

VYUŽITÍ KAPACIT ZAŘÍZENÍ POSKYTOVATELŮ POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB Z HLEDISKA ŘEŠENÍ POTŘEB JEJICH UŽIVATELŮ

SOCIÁLNÍ SLUŽBY POSKYTOVANÉ VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH LŮŽKOVÉ PÉČE

ZPRACOVATEL: QQT, S.R.O.

Řešitel projektu: PhDr. Jakub Čtvrtník, MBA

Hlavní realizační tým: Mgr. Ilona Čtvrtníková, Mgr. Helena Marková, JUDr. Tatiana Kašlíková, Mgr. Martina Zimmermanová, Mgr. Jiřina Kafková, PhDr. Ladě Furmaníková, Mgr. Šárka Káňová, Mgr. Karolína Harries, Mgr. Martina Ludvíková, Mgr. Ferdinand Raditsch, Mgr. Kamil Kunc, Mgr. at Ing. Matěj Lejsal, PhDr. Jiří Šafr, Ph.D.

S FINANČNÍ PODPOROU TECHNOLOGICKÉ AGENTURY ČR

ČÍSLO PROJEKTU: TB04MPSV001

Vstupní informace.....	2
Část A – Východiska – Závěry z provedeného dotazníkového šetření – sociální služby poskytované ve zdravotnických službách lůžkové péče.....	6
1. Informace o výzkumu.....	7
2. Analýza přijímacích procedur poskytovatelů sociálních služeb z hlediska způsobu vyhodnocování míry a formy poskytování potřebné péče	10
3. Analýza metody individuálního plánování ve vztahu k řešení potřeb.....	17
4. Využití kapacit ve vztahu k řešení potřeb péče, podpory a bydlení uživatelů	25
Část B – Metodický postup pro přijímání žadatelů do pobytové sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče	26
1. Vstupní informace a teoretická východiska pro zpracování a použití metodiky	27
1.1 Nejčastější překážky kvalitního a efektivního poskytování služby ve fázi jednání se zájemcem o službu.....	27
1.2 Legislativní východiska pro zpracování metodiky	28
2. Metodický postup pro přijímání zájemců o sociální službu poskytovanou ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče	34
2.1 Zveřejnění informací o možnostech a podmínkách poskytování služby.....	34
2.2 První kontakt.....	36
2.3 Osobní setkání v rámci jednání se zájemcem o službu (tzv. sociální šetření)	41
Část C - Metodický postup pro standardizované zjišťování potřeb u žadatelů o pobytové sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče	48
1. Vstupní informace a teoretická východiska pro zpracování a použití metodiky	49
1.1 Nejčastější překážky kvalitního a efektivního poskytování služby ve fázi zjišťování potřeb	49
1.2 Legislativní východiska pro zpracování metodiky	49
1.3 Příloha č. 2 k vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Obsah standardů kvality sociálních služeb.....	52
2. Metodický postup pro standardizované zjišťování potřeb zájemců o sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče	53
2.1 Stanovení pravidel pro zjišťování potřeb	53
2.2 Postup zjišťování potřeb.....	54
2.3 Práce se zjištěním potřeb zájemce	59
Seznam použitých zdrojů.....	66
Seznam použitých zkratk	67

VSTUPNÍ INFORMACE

Aplikovaný výzkum byl realizován pomocí činností: studium dostupných zdrojů, expertní setkání, Focus groups a realizací rozsáhlého dotazníkové šetření.

Dotazníkové šetření probíhalo v březnu 2016 formou on-line vyplňování strukturovaného formuláře dle jednotlivých druhů sociálních služeb v dílčích případech s odlišením cílové skupiny.

Otázky v online dotazníku vycházely z expertního zjištění a z podkladů, které byly shromážděny při realizaci fokusních skupin s poskytovateli vybraných sociálních služeb v listopadu předešlého roku. Byly použity otázky uzavřené, polootevřené i otevřené. U většiny otázek byl vymezen prostor pro případné komentáře.

Samotné dotazníky vznikly pro tyto druhy zkoumaných sociálních služeb: sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, azylové domy pro jednotlivce, azylové domy pro matky s dětmi, domy na půl cesty, domovy se zvláštním režimem – pro osoby s demencí a osoby s chronickým duševním onemocněním nebo závislostí na návykových látkách, chráněné bydlení, domovy pro osoby se zdravotním postižením (DOZP).

Prvotně byly vytvořeny dva samostatné dotazníky pro domovy pro osoby se zdravotním postižením pro dospělé nad 18 let a pro děti do 18 let. Na základě informací z dat Výkaz poskytovatelů sociálních služeb MPSV ČR za rok 2014 bylo zjištěno, že poskytovatelé tohoto druhu služeb poskytují služby všem věkovým kategoriím. Na základě této skutečnosti došlo ke sloučení dotazníků a vytvoření jednoho společného dotazníku.

Všechny dotazníky byly vytvořeny dle klíčových oblastí výzkumu, tj. byly členěny do oblastí 1 – 4, konkrétně:

- Základní data obsahující kapacitu služby, aktuální počet uživatelů a jejich věkové zastoupení,
- Analýza přijímacích procedur poskytovatelů sociálních služeb z hlediska způsobu vyhodnocování míry a formy poskytování potřebné péče,
- Analýza metody individuálního plánování ve vztahu k řešení potřeb,
- Využití kapacit ve vztahu k řešení potřeb péče, podpory a bydlení uživatelů.

Elektronicky byly osloveny všechny registrované sociální služby dle poskytnutého adresáře poskytovatelů sociálních služeb od Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. Každé službě byl poslán emailem elektronický link, kde byl k dispozici on-line dotazník poskytovaného druhu sociální služby a zároveň pokyny k jeho vyplnění. Přílohou zasílaných emailů byla také žádost a pověření MPSV ČR k realizaci výzkumu. Tento dopis byl také dostupný v úvodním slově při spuštění odkazu u všech zkoumaných pobytových služeb.

Všechny služby byly osloveny a následně elektronicky urgovány ve dvou kolech a to v období více než dvou týdnů. Vyplňování dotazníků tak probíhalo celý měsíc březen a bylo na základě vysokého zájmu poskytovatelů časově prodlouženo.

Níže uvedená tabulka uvádí počet obeslaných poskytovatelů (elektronických adres), návratnost vyplněných dotazníků a také využitelné zdroje.

	Obesláno	Návratnost/využitelné zdroje	V % návratnost/využitelné zdroje
Azylové domy pro jednotlivce	227	Celkem 140/132 - z toho 84/80 ADMD - z toho 56/52 ADJ	62/58 % - z toho 37/35 % ADMD - z toho 25/23 % ADJ
Azylové domy pro matky s dětmi			
Domovy se zvláštním režimem – osoby s chronickým duševním onemocněním nebo závislostí na návykových látkách	294	Celkem 154/133 - z toho 30/23 osoby s chronickým duševním onemocněním - z toho 124/110 osoby s demencí	52/45 % - z toho 10/8 % osoby s chronickým dušením onemocnění - z toho 42/37 % osoby s demencí
Domovy se zvláštním režimem – osoby s demencí			
Domovy pro seniory	505	279/261	55/52 %
Domy na půl cesty	35	22/19	63/54 %
Chráněné bydlení	200	121/106	58/53 %
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	207	115/100	56/48 %
Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče	119	68/56	57/47 %
Celkem	1587	899/807	57/51 %

Tabulka č 1 - Počet obeslaných poskytovatelů pobytových sociálních služeb a návratnost dotazníkového šetření.

Podporu v dotazníkovém šetření nám také poskytly oslovené kraje, které obeslaly příslušné sociální služby s žádostí o spolupráci.

Během spuštění dotazníkového šetření jsme byli několika poskytovateli osloveni s dotazy převážně technického směru.

Poskytovatelé velice oceňovali zaměření výzkumu, nicméně si také nejvíce stěžovali na časovou náročnost vyplňování. Někteří poskytovatelé domovů pro seniory a azylových domu chtěli dotazník využít i jako zpětnou vazbu pro svou organizaci, zaměřit se na zjištěné nedostatky, využít ho v rámci školení svých zaměstnanců atd.

Zpětné reakce potvrzují aktuálnost řešených témat a návratnost dotazníků přes 50 % ukazuje na vysokou vypovídací hodnotu výzkumu.

S ohledem na různá pojetí jednání se zájemcem o službu resp. sociálního šetření a individuálního plánování sociálních služeb a variabilitu výkladů obou procesů jsme zároveň požádali poskytovatele o poskytnutí anonymizovaných materiálů k jednomu uživateli služby. Jednalo se o záznam ze sociálního šetření, resp. zjišťování potřeb a individuální plán. Na základě dodaných materiálů, byla provedena analýza materiálů.

Níže uvedená tabulka uvádí počet služeb, které nám poskytly dokumenty a jejich počet.

	Počet služeb, které poskytly dokumenty	Počet poskytnutých dokumentů
Azylové domy pro jednotlivce	33	122
Azylové domy pro matky s dětmi	23	42
Domovy se zvláštním režimem – osoby s chronickým duševním onemocněním nebo závislostí na návykových látkách	10	19
Domovy se zvláštním režimem – osoby s demencí	35	121
Domovy pro seniory	112	544
Domy na půl cesty	9	26
Chráněné bydlení	32	114
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	33	200
Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče	6	53
Celkem	293	1241

Tabulka č. 2 - Počet poskytnutých dokumentů.

Veškerá data získaná z online dotazníků byla zpracovávána anonymně.

**ČÁST A – VÝCHODISKA – ZÁVĚRY
Z PROVEDENÉHO DOTAZNÍKOVÉHO
ŠETŘENÍ – SOCIÁLNÍ SLUŽBY
POSKYTOVANÉ VE ZDRAVOTNICKÝCH
SLUŽBÁCH LŮŽKOVÉ PÉČE**

1. Informace o výzkumu

Poskytovatelé sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče byli osloveni a požádáni o spolupráci při vyplňování dotazníku. Vyplňování elektronických dotazníků probíhalo v průběhu měsíce března roku 2016. Počet obeslaných poskytovatelů (elektronických adres) a také návratnost vyplněných dotazníků je uvedena v předchozí části. Dotazník je obsahem samostatné přílohy.

Reprezentativnost zkoumaného vzorku

Do výzkumu se zapojilo 56 sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. V Registru poskytovatelů sociálních služeb nejsou služby §52 sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče zveřejněny. Ve Výkazu o sociálních službách MPSV ČR za rok 2014 bylo vedeno celkem 119 sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče.

61 služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče ve Výkazu o sociálních službách MPSV ČR za rok 2014 nemá uvedenou kapacitu a zároveň zde nejsou vůbec uvedena zařízení z Libereckého kraje. Dle Katalogu poskytovatelů sociálních služeb v Libereckém kraji 2015, bylo v roce 2015 na území kraje 5 poskytovatelů sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnictví, s celkovou kapacitou 21 lůžek.

Do výzkumu se zapojilo cca 45 % sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče.

Celková kapacita sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních, které vyplnily dotazník, je 825 uživatelů, což odpovídá 31 % celkové přepočtené kapacity, kterou služby uváděly ve výkaze o sociálních službách MPSV za rok 2014.

Ze získaných údajů viz níže a údajů z Focus groups vyplynulo, že v období 2014 až 2016 došlo ke snížení kapacity či ukončení činnosti řady poskytovatelů sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních. Získaný vzorek bude tedy pravděpodobně vyšší především v oblasti pokryté kapacity.

Kapacita sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče

Zastoupení poskytovatelů služeb dle jejich kapacity ve výzkumu ukazuje na trend, který uváděli poskytovatelé v rámci Focus groups, kdy dochází k poklesu kapacity jednotlivých zařízení.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že:

- 55 % respondentů má kapacitu do 10 osob (33 poskytovatelů),
- 39 % respondentů má kapacitu mezi 11 – 35 osobami (22 poskytovatelů),
- 5 % respondentů má kapacitu větší než 35 osob (3 poskytovatelé).

Z Výkazu o sociálních službách MPSV za rok 2014 vyšla kapacita takto:

- 42 % poskytovatelů mělo kapacitu do 10 osob (33 poskytovatelů),
- 41 % poskytovatelů mělo kapacitu mezi 11 – 35 osobami (22 poskytovatelů),
- 17 % poskytovatelů mělo kapacitu větší než 35 osob (3 poskytovatelé).

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že:

- 21 % uživatelům služby dle §52 byly poskytovány služby v zařízení s kapacitou do 10 uživatelů,
- 57 % uživatelům byly služby poskytovány v zařízeních s kapacitou 11 – 35 osob,
- 22 % uživatelům byly služby poskytovány v zařízeních s kapacitou nad 35 osob.

Z Výkazu o sociálních službách MPSV za rok 2014 (údaj od 59 poskytovatelů) vyplynulo, že:

- 13 % uživatelům služby dle §52 byly poskytovány služby v zařízení s kapacitou do 10 uživatelů,
- 40 % uživatelům byly služby poskytovány v zařízeních s kapacitou 11 – 35 osob,
- 46 % uživatelům byly služby poskytovány v zařízeních s kapacitou nad 35 osob.

Údaje o počtu uživatelů ve vazbě na kapacitu služby potvrzují trend, kdy dochází ke snižování kapacity sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních.

Tato skutečnost potvrzuje sdělení z fokusních skupin, že dochází ke zvyšování tlaku zadavatelů na zařízení směrem k plnění role tohoto druhu sociální služby, tzn. poskytování služby pouze na dobu nezbytně nutnou tj. do doby než je uživatelům zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb.

Průměrný počet volných míst na jeden domov se zvláštním režimem s cílovou skupinou osoby s demencí

Počet volných lůžek v sociálních službách poskytovaných ve zdravotnických zařízeních, dle údajů poskytovatelů, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření, činil 169 lůžek. Při 45% zastoupení sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče v dotazníkovém šetření to znamená, že celkový počet neobsazených lůžek v ČR je možné odhadovat na přibližně 376 lůžek, tj. 21 % celkové kapacity sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních.

Průměrný počet volných míst na jedno zařízení dle §52 činí 3,13 lůžek při průměrné kapacitě jedné služby 15 lůžek.

Rozptyl volných míst v zařízeních dle § 52 je 1 – 21 lůžek. Nejvíce byla v době dotazníkového šetření využita zařízení s kapacitou 11 – 35 lůžek.

Neobsazená kapacita byla celkově vyšší, než odpovídá podílu na celkové kapacitě sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních u služeb s kapacitou vyšší než 35 osob. Jedno zařízení

uvedlo počet neobsazených lůžek 21 (zařízení s kapacitou 30 osob). 6 poskytovatelů v době vyplnění dotazníku neposkytovalo službu žádnému uživateli (kapacita služeb 2 – 15 osob).

Věk osob v sociálních službách poskytovaných ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že:

- Osoby starší 81 let tvoří 56 % celkového počtu uživatelů všech sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních zapojených do dotazníkového šetření;
- 34 % uživatelů jsou osoby ve věku 66 – 80 let;
- cca 8 % uživatelů tvořili osoby ve věku 51 – 65 let;
- cca 2 % uživatelů tvoří osoby mladší 50 let.

Z Focus groups vyplynulo, že příčinou poskytování služby osobám v produktivním věku jsou nejčastěji úrazy mozku a degenerativní neurologická onemocnění.

Charakter sociální služby

Z Výkazu o sociálních službách MPSV ČR za rok 2014 (údaje za 62 poskytovatelů) vyplynulo, že sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních tvoří:

- 37 % příspěvkové organizace (23 poskytovatelů),
- 24 % akciové společnosti (15 poskytovatelů),
- 24 % společnosti s ručením omezeným (15 poskytovatelů),
- 5 % obecně prospěšné společnosti (3 poskytovatelé),
- 3% státní příspěvková organizace ostatní (2 poskytovatelé),
- 1 církevní a náboženská společnost,
- 1 občanské sdružení.

2. Analýza přijímacích procedur poskytovatelů sociálních služeb z hlediska způsobu vyhodnocování míry a formy poskytování potřebné péče

Nástroj pro posouzení nepříznivé sociální situace

58 % respondentů odpovědělo, že při posouzení nepříznivé sociální situace využívá určitý pomocný nástroj, 42 % respondentů uvedlo, že nepoužívá žádný nástroj, pevnou strukturu, pravidlo.

Nejvíce respondenti vycházejí při tvorbě vlastní metodiky z kritérií pro posuzování schopnosti zvládat základní životní potřeby, posouzení pro stanovení výše příspěvku na péči, Příloha č. 1 k vyhlášce 505/2006 Sb., Vymezení schopností zvládat základní životní potřeb. Tuto možnost uvedlo 47 % respondentů, kteří využívají nějakého nástroje, 15 % respondentů uvedlo, že při tvorbě nástroje vycházelo z činností ze zákona. Poskytovatelem využívaný informační systém je určujícím východiskem pro strukturu posuzování NSS u 13 % respondentů.

Z uvedeného vyplývá, že zhruba polovina poskytovatelů sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních vnímá potřebu sjednotit postup pro posouzení nepříznivé sociální situace (zjištění potřeb zájemce). Přičemž úkolem těchto služeb je v první řadě nalezení či vytvoření trvalého řešení jejich situace tzn., velký důraz by měl být kladen na sociální práci se zájemci a uživateli těchto služeb. Z odpovědí poskytovatelů vyplývá důraz na posouzení zdravotního stavu a to především v otázce, zda stav zájemce vyžaduje poskytování zdravotní péče.

Z odpovědí týkajících se charakteru nástroje, který pro posouzení NSS poskytovatelé využívají, vyplývá, že v této otázce není zavedená jednotná praxe, že poskytovatelé se snaží vycházet z dostupných vodítek a materiálů.

Evidence odmítnutých žadatelů

Celkový počet odmítnutých žadatelů vedených v evidenci odmítnutých žadatelů ke dni vyplnění dotazníku byl 353 osob (odpověď vyplnilo 52 poskytovatelů). Významný je rozptyl v počtu odmítnutých žadatelů vedených v evidenci 0 - 167 odmítnutých žadatelů, při průměrné kapacitě 15 uživatelů.

Z údajů je patrný rozdílný přístup jednotlivých respondentů k výkladu §88 písm. g). Z poznámek respondentů vyplývá, že v některých zařízeních převádějí osoby mezi zdravotními a sociálními lůžky podle jejich stavu v rámci jednoho oddělení. Tzn., že mají určitý společný počet lůžek např. v rámci LDN, která využívají buď ke zdravotnímu účelu, nebo jako sociální službu poskytovanou ve zdravotnickém zařízení. Z tohoto důvodu poskytovatelé v některých případech zájemce z důvodu plné kapacity neodmítají.

V jiných případech poskytovatelé uvádějí, že zájemce z důvodu plné kapacity neodmítají, ale vedou je v pořadníku. Jedná se o nepochopení §88 písm. g).

Vyjednávání poskytnutí pomoci

- 71 % respondentů uvádí, že poprvé vyjednává, jak bude osobě poskytována pomoc nebo podpora ve fázi jednání se zájemcem o službu.

Z poznámek od respondentů a Focus groups vyplynulo, že k vyjednávání dochází v průběhu hospitalizace osoby, kdy zdravotní stav osoby již nadále nevyžaduje poskytování zdravotní péče a sociální pracovník nemocnice, který je obvykle i sociálním pracovníkem sociální služby poskytované ve zdravotnickém zařízení jedná s osobou o dalším řešení její nepříznivé sociální situace.

- 13 % respondentů uvedlo, že poprvé vyjednává, jak bude osobě poskytována pomoc nebo podpora, při vstupu uživatele do služby.
- 9 % respondentů uvedlo, že o podobě poskytování pomoci a podpory osobě vyjednává při uzavření smlouvy.

Umístění lůžek sociální služby ve zdravotnických zařízeních

- 38 % respondentů uvedlo, že lůžka pro účely poskytování sociální služby dle §52 umístěna na samostatném oddělení přizpůsobeném pro poskytování sociální služby;
- 29 % respondentů uvedlo, že lůžka pro poskytování sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních jsou součástí běžného zdravotnického oddělení, jsou však vyčleněna do samostatných pokojů (16 poskytovatelů);
- 27 % respondentů uvedlo, že tato lůžka jsou součástí běžného zdravotnického oddělení, lůžka jsou využívána dle potřeby na různých pokojích.

Z uvedeného vyplývá, že praxe poskytovatelů je v dané oblasti nastavena různě. Prostorové pojetí poskytování sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních výrazně ovlivňuje způsob poskytování služby, způsob jednání se zájemcem o službu atd.

Z Focus groups vyplynulo, že pokud jsou sociální lůžka součástí běžného zdravotnického oddělení a využívána dle potřeby na různých pokojích, podléhá provoz a následně průběh dne uživatele služby režimu zdravotnického zařízení. V takovém případě je z provozních důvodů obtížné zajistit poskytování služby tak, aby uživatel mohl co nejvíce žít způsobem života, na který byl zvyklý.

Z Focus groups vyplynulo, že pokud jsou pro poskytování sociální služby pokoje vyčleněny, že se v nich poskytovatelé snaží vytvořit prostředí a podmínky, které se více přibližují domácímu prostředí a to včetně uzpůsobení provozu zařízení a přístupu k uživatelům např. doba vstávání, úklid a údržba pokoje, vybavení, návštěvy lékařů atd. Rovněž poskytovatelé ve Focus groups uváděli, že usilují o ovlivnění a nastavení jiného přístupu personálu k uživatelům služby, snahu více akcentovat respekt k soukromí a vlastní vůli uživatele. Poskytovatelé ve Focus groups rovněž uváděli, že pokud pracovníci v přímé péči pracují jak v sociální službě, tak zároveň ve zdravotnickém zařízení, je pro ně velmi obtížné odlišovat rozdílný charakter a účel těchto dvou služeb a promítat ho do způsobu zajišťování péče a poskytování podpory pacientům a uživatelům těchto služeb.

Výkon práce personálu i na jiných odděleních zdravotnického zařízení

55 % respondentů uvedlo, že pracovníci v přímé péči pracují zároveň i na odděleních, kde je poskytována zdravotní péče.

45 % respondentů uvedlo, že pracovníci v přímé péči pracující v sociální službě poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče pracují pouze v této sociální službě.

Z uvedeného vyplývá, že více jak polovina poskytovatelů neodděluje personálně poskytování sociální služby od poskytování zdravotní péče ve stejném zařízení.

Rozdíly mezi provozem a přístupem k pacientovi/uživateli

Na otázku, v čem spatřují největší rozdíl mezi provozem a přístupem k pacientovi/uživateli na zdravotních resp. sociálních lůžkách odpovědělo 43 respondentů.

- 33 % respondentů, kteří odpověděli, uvedlo, že nespatřuje žádný rozdíl mezi provozem a přístupem k pacientovi/uživateli na zdravotních resp. sociálních lůžkách nebo že nerozumí otázce;
- 7 % respondentů uvedlo, že na sociálních lůžkách je náročnější administrativa;
- 60 % respondentů spatřovalo rozdíly mezi poskytováním zdravotní a sociální péče.

Nejčastěji uváděné rozdíly mezi provozem a přístupem k pacientovi/uživateli na zdravotních resp. sociálních lůžkách:

- „v sociální službě je uživatel rovnocenný partner“,
- „sociální lůžka se řídí především sociálními standardy, individuálně plánují, klient je "odborník", který má rozhodovat. Na zdravotním lůžku je "odborníkem" lékař, ten nařizuje léčbu, medikaci, atp.“,
- „práva jsou před zdrav. stavem, musí se vyjít vstříc jeho požadavkům, zda chce či nechce něco dělat, cílem ošetrovatelské péče je ale nutit pacienty, aby si schopnosti zlepšili, dodržování“,
- „individuální plánování průběhu služby, prostředí přizpůsobené potřebám uživatelů, aktivizační programy, dlouhodobá sociální práce s uživatelem, navázání bližšího vztahu s poskytovateli péče, i spoluklienty“,
- „přizpůsobením provádění činností dle klienta, ne dle provozu oddělení (zejména hygiena, strava), volnočasové aktivity v odpoledních hodinách“,
- „klient čerpá služby ze zdravotního pojištění a pečuje o něj zdravotní personál. Klient má nasmlouván rozsah péče a pečuje o něho pracovníci v sociálních službách“,
- „komfortnější vybavení pokoje např. chladnička“,
- „neomezené návštěvy“,
- „provoz je přizpůsoben běžnému režimu jako v domácím prostředí, financování, individuální režim a přístup ke klientovi, ochrana soukromí, vyplňování volného času klienta, dodržování standardů kvality“.

Řešení situace u odmítnutých žadatelů

Pokud je uživateli odmítnuto poskytnutí sociální služby z kapacitních důvodů, uvedli respondenti následující postup:

- 35 % respondentů uvedlo, že je jim prodloužen pobyt ve zdravotnickém zařízení na dobu nezbytně nutnou,
- 28 % respondentů uvedlo, že je jim poskytnuta sociální služba, která zcela neodpovídá jejich požadavkům (např. vzdálenost od místa původního bydliště, vícelůžkové pokoje), ale má volnou kapacitu,
- 37 % respondentů využilo možnost vlastní odpovědi.

Nejčastější vlastní odpovědi respondentů:

- „aktivní hledání jiného řešení sociální situace (MÚ, PS, rodina, jiná zařízení sociální péče ...)“,
- „čekají na uvolněné sociální lůžko v LDN, můžou léčbu přerušit pobyt doma či na odlehčovací službě“,
- „doporučení jiné služby“,
- „jsme zároveň poskytovatel zdravotních služeb, žadatele překládáme na zdravotní/ sociální lůžka dle volné kapacity“.

Skladba uživatelů dle přiznaného příspěvku na péči

Z odpovědí respondentů vyplývá, že:

- 52 % uživatelů sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních, které se zúčastnily dotazníkového šetření, tvoří uživatelé s III. a IV. stupněm PnP,
- 19 % tvoří uživatelé s II. stupněm PnP,
- 9 % s I. stupněm PnP,
- 4 % uživatelů nemá nárok na PnP.
- U 17 % uživatelů v době přijetí nebylo požádáno nebo doposud nedoběhlo řízení o přiznání příspěvku na péči.

Z poznámek poskytovatelů vyplynulo, že někteří uživatelé s nízkým stupněm příspěvku na péči mají požádáno o jeho zvýšení.

Z přehledu je patrné, že čím má sociální služba poskytovaná ve zdravotnickém zařízení vyšší kapacitu, tím víc jsou v ní zastoupeni uživatelé s vyšší mírou závislosti.

Podíl osob s III. a IV. stupněm v závislosti ve službě:

- s kapacitou nad 36 osob je 73 %,
- ve službách s kapacitou 11 – 35 uživatelů je to 46 %,
- v zařízeních s kapacitou do 10 uživatelů je to 39 % uživatelů.

Na základě uvedeného přehledu a informací z fokusních skupin je patrné, že ve službách s nízkou kapacitou dochází častěji k rychlé obměně uživatelů, proto v průběhu poskytování služby často běží řízení o zvýšení příspěvku na péči a ve skladbě uživatelů dle PnP jsou více zastoupeni uživatelé s nižším stupněm PnP.

Z internetových stránek některých poskytovatelů sociální služby dle §52 vyplývá, že se zaměřují, a tak se i prezentují, na dlouhodobou péči o uživatele, jsou alternativou domova pro seniory bez omezení věku, tzn., že poskytují službu i lidem v produktivním věku.

Důvody pro přijímání osob

Jako hlavní důvod pro poskytnutí sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče uživateli, označili respondenti následující situace uživatelů:

- 70 % uživatelů má zažádáno o umístění do domova pro seniory nebo domova se zvláštním režimem – není volná kapacita,
- 9 % uživatelů potřebuje rehabilitaci a nácvik soběstačnosti pro návrat do domácího prostředí a získání času pro přizpůsobení domácího prostředí především odstranění bariér, zajištění potřebných pomůcek atd.,
- u 5 % uživatelů je důvodem absence rodiny, neochota/neschopnost rodiny poskytovat péči,
- u 5 % přání osoby zůstat v blízkosti svého dosavadního bydliště v kombinaci s nedostatečným příjmem pro zajištění terénních služeb,
- u 3 % nízký příjem uživatele, který je překážkou pro umístění do domova pro seniory nebo domova se zvláštním režimem,
- u 2 % nedostupnost nebo omezený rozsah provozní doby terénní služby,
- u 1 % nedostupnost pobytových sociálních služeb pro lidi s demencí v produktivním věku, která vznikla jako důsledek závislosti na návykových látkách.

Z Focus groups vyplynulo, že nízký příjem uživatele bývá v některých případech překážkou pro umístění do domova pro seniory nebo domova se zvláštním režimem. Poskytovatelé uvedli, že se jim nedaří umísťovat osoby v seniorském věku s nízkým příjmem obvykle bez přístřeší nebo s nevhodným bydlením, dochází tak k jejich propuštění a následně při zhoršení zdravotního stavu k nové hospitalizaci a následně pobytu v sociální službě poskytované ve zdravotnickém zařízení.

Doba pobytu v sociálních službách poskytovaných ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče

- 39 % respondentů uvedlo, že průměrná délka poskytování služby činí 7 – 12 měsíců;
- 35 % respondentů uvedlo, že průměrná délka poskytování služby činí 4 – 6 měsíců;
- 17 % respondentů uvedlo, že průměrná délka poskytování služby činí do 3 měsíců;
- 8 % respondentů uvedlo, že délka průměrná délka poskytování služby je delší než 2 roky.

Z uvedeného vyplývá, že naprostá většina uživatelů sociální služby dle §52 využívá službu po dobu delší než 3 měsíce. 83 % respondentů uvedlo průměrnou dobu poskytování služby delší než 3 měsíce.

Z Focus groups, údajů v dotazníkovém šetření a informacích, které o sobě poskytovatelé zveřejňují na internetových stránkách, vyplývá, že jsou především dvě hlavní příčiny dlouhodobého poskytování služby:

2. Poskytovatel pojal sociální službu dle §52 jako alternativu k poskytování služby domova pro seniory s širší cílovou skupinou pokrývající i osoby v produktivním věku.
3. Poskytovateli se nedaří najít trvalé řešení pro některé uživatele např. osoby s nízkým příjmem, osoby v produktivním věku obvykle po úrazech mozku nebo s degenerativním neurologickým postižením atd.

Opakované přijetí na sociální lůžka

Respondenti uvedli následující důvody opakovaného přijetí ve zdravotnickém zařízení:

- 12 % respondentů uvedlo, osoby s nízkými či žádnými příjmy, které jsou opakovaně přijímány do zdravotnického zařízení ze zdravotních důvodů;
- 27 % respondentů uvedlo, že opakovaně na sociální lůžka přijímají osoby po opakované hospitalizaci z důvodu zhoršení zdravotního stavu, pokud se nepodaří osobu ani po té umístit do pobytové sociální služby trvalého charakteru nebo pokud čeká na toto umístění;
- 4 % respondentů uvedlo, že někteří klienti propuštění do domácí péče se opakovaně vrací do zdravotnického zařízení a na sociální lůžko;
- 31 % respondentů uvedlo, že nepřijímá žádné osoby opakovaně.

Z uvedeného vyplývá, že poskytovatelé služeb mají různou praxi v oblasti řešení situace lidí, pro které se nedaří zajistit pobytovou službu trvalého charakteru především domov pro seniory nebo domov se zvláštním režimem. Způsob zvoleného řešení je závislý na celkovém nastavení služby a to i v závislosti na požadavcích krajů a tlaku kontrolních subjektů tzn. inspekce kvality sociálních služeb. Jak už bylo dříve zmíněno a jak vyplývá z poznámek respondentů k jednotlivým otázkám, někteří respondenti pojali sociální službu dle §52 jako alternativu k poskytování služby domova pro seniory s širší cílovou skupinou pokrývající i osoby v produktivním věku, v takovém případě nedochází k opakované hospitalizaci a doba poskytování sociální služby není omezoována 3 popř. 6 měsíci, ale služby jsou poskytovány průměrně po dobu 1 – 3 let.

V druhém případě je služba pojata jako služba poskytovaná do doby než bude osobě zajištěna pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování sociálních služeb. V takovém případě někdy dochází z důvodu absence jiného řešení k opakovaným hospitalizacím a poskytování sociální služby dle § 52. Tato situace se dle informací uvedených v dotazníku a Focus groups týká osob, pro které nejsou dostupné specializované služby (osoby s degenerativním onemocněním, po vážných úrazech mozku atd.) a osoby s nízkými příjmy nedosahující výše úhrady v pobytových zařízeních, které nemají jinou blízkou osobu, která by za ně úhradu pokryla. Týká se to však i osob, jejichž situace vyžaduje vyšší míru podpory jiné fyzické osoby a tuto péči není schopna nebo ochotna poskytnout rodina a dostupnost včetně časové dostupnosti terénních a ambulantních služeb neodpovídá potřebám dané osoby. Ale i případů, kdy není volná kapacita pobytové služby.

Uživatelé, pro které je obtížné nalezení trvalého řešení

Z údajů od respondentů vyplynulo, že je obtížné zajistit trvalé řešení nepříznivé sociální situace pro následující skupiny osob:

- 46 % respondentů, uvedlo skupinu uživatelů s nízkými příjmy (pro osoby s dávkami hmotné nouze) např. osoby bez přístřeší, se závislostí v anamnéze,
- 19 % respondentů uvedlo uživatele v produktivním věku s neurologickými diagnózami např. onemocněním typu roztroušené sklerózy, ve vigilním kómatu a s Huntingtonovou chorobou,
- 11 % respondentů uvedlo uživatele s demencí,
- uživatele s psychiatrickou diagnózou,
- uživatele, kteří nechtějí změnit trvalé bydliště a přejí si být v blízkosti své rodiny,
- těžce postižené děti ve věku od 6 let.

V poznámkách respondenti dále uváděli, že „uživatele starší 85 let, nechtějí se stěhovat a zvykat v další službě“, v Praze jsou dlouhé čekací doby ve všech domovech pro seniory. Jeden poskytovatel uvedl: *„Ani sociální zařízení s trvalým pobytem mnohdy nedovedou zajistit odpovídající ošetrovatelskou péči (hydratace, léčebné polohování, péči o rány atd.“.*

Schopnost úhrady za služby

V úhradách se objevují např. cena za péči ve výši přiznaného příspěvku na péči min. však 270 Kč za den, což přesahuje III. stupeň PnP. Navíc tato informace neodpovídá § 73 odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

Z informací uveřejněných na internetových stránkách některých subjektů poskytujících sociální službu ve zdravotnických zařízeních není možné vyčíst, že takovou službu poskytují např. LRS Chvaly. Z dokumentu Krajská síť sociálních služeb pro rok 2016, Odbor zdravotnictví, sociální péče a prevence MHMP vyplývá, že kapacita služby pro rok 2016 klesla oproti roku 2014 ze 110 na 3 uživatele.

3. Analýza metody individuálního plánování ve vztahu k řešení potřeb

První individuální plánování

První individuální plán respondenti dle svého sdělení vytvářejí:

- 15 % respondentů uvedlo, že první individuální plán průběhu služby vytváří s uživatelem ještě před nástupem do služby,
- 44 % respondentů uvedlo, že první individuální plán vytvářejí v den nástupu uživatele do služby. Z údajů poskytovatelů vyplývá, že den nástupu do služby, může být dnem formálního zahájení poskytování služby, kdy uživatel zůstává v na stejném lůžku, kde mu byla poskytována zdravotní péče a nadále je mu poskytována péče sociální (27 % respondentů).
- 21 % respondentů uvedlo, že první individuální plán popř. plán péče vytváří po ukončení adaptačního období. Přičemž období, do kterého musí vzniknout první individuální plán popř. plán péče se různí, od 1 týdne až po 3 měsíce.
- 19 % respondentů uvedlo, že první individuální plán popř. plán péče vytváří po skončení adaptačního období.

Z uvedeného vyplývá, že praxe respondentů v oblasti vyjednávání a nastavování průběhu služby, se u jednotlivých služeb velmi liší. Někteří poskytovatelé projednávají průběh poskytování služby již před nástupem žadatele do služby, někteří tvoří první verzi plánu až po 3 měsících poskytování služby. S ohledem na účel poskytování sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních podle §52 je otázkou, jak je možné naplnit svůj účel při vytvoření první verze individuálního plánu po 3 měsících od zahájení služby. Přičemž 52 % respondentů uvedlo, že průměrná doba poskytování služby je do 6 měsíců.

Tento aspekt se odráží i v plnění kritéria 4c Standardů kvality sociálních služeb, který říká: „Poskytovatel sjednává s osobou rozsah a průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíl závislý na možnostech, schopnostech a přání osoby“.

Z Focus groups a sdělení expertů vyplynulo, že toto ustanovení bývá v praxi naplňováno zanesením hlavních činností sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních. Významnou roli v naplnění tohoto kritéria a dále povinnosti poskytovatele dle §88 písm. f) plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob.

Informace, ze kterých se vychází při sestavování individuálního plánu

- 84 % respondentů uvedlo, že při sestavování individuálního plánu vycházejí ze zjištěných potřeb uživatele ve všech oblastech běžného života.
- 80 % respondentů uvedlo, že vycházejí z přání a uživatelem formulovaných požadavků. Obě možnosti označilo 33 respondentů.
- 27 % respondentů využilo možnost vlastní odpovědi.

- V 58 % zde respondenti uváděli, že informace pro sestavení individuálního plánu čerpají od rodiny, od přátel a dalších blízkých osob uživatele.

V jednom případě poskytovatel odpověděl, že individuální plány nevytvářejí.

V jednom případě uvedl, že individuální plány vycházejí z možností zařízení.

Tvorba individuálního plánu

- 38 % respondentů uvedlo, že první individuální plán sestavuje pracovník v sociálních službách na základě informací sociálního pracovníka.
- 31 % respondentů uvedlo, že první individuální plán sestavuje sociální pracovník.
- 13 % respondentů uvedlo, že první verzi individuálního plánu vytváří pracovník v sociálních službách.

18 % respondentů využilo možnosti vlastní odpovědi. Z odpovědí vyplynulo, že v řadě sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních se na tvorbě první verze individuálního plánu podílejí i zdravotní sestry popř. lékař.

Z odpovědí respondentů vyplývá, že v 80 % se sociální pracovník podílí na tvorbě prvního individuálního plánu. Ve 13 % ponechává poskytovatel tuto odpovědnost na pracovnících v sociálních službách.

Tvorba prvního individuálního plánu by měla vést k nastavení poskytování služby včetně poskytnutí sociálního poradenství s cílem posílit vlastní soběstačnost a samostatnost osoby. Jedná se tedy o odbornou činnost, která je klíčová s ohledem na schopnost řešení nepříznivé sociální situace osoby s podporou dané služby.

Zaměření individuálního plánu

- 50 % respondentů uvedlo, že obsahem individuálního plánu jsou především jednotlivá přání uživatele a způsob jejich naplnění.
- 43 % respondentů uvedlo, že individuální plán obsahuje především zjištěné potřeby uživatele a vyjednaný způsob podpory služby.
- 7 % respondentů uvedlo, že obsahem individuálního plánu je především výčet poskytovaných činností/úkonů.

Z poznámek od respondentů vyplývá, že služba v případech, kdy individuální plán staví především na zjištěných potřebách zájemce, se při nastavování podpora řídí přáním uživatele.

Z uvedeného vyplývá, že 43 % respondentů zjišťuje potřeby v oblastech běžného života. Zjištění potřeb v oblastech běžného života je základní předpoklad sestavení individuálního plánu a naplnění §2, zákona o sociálních službách, který říká, že služba musí vycházet z individuálně určených potřeb osob.

Zaznamenávání rozsahu podpory

60 % respondentů označilo více než jednu odpověď.

- 56 % respondentů uvedlo, že k zaznamenání potřebného rozsahu podpory využívá konkrétní popis.
- 56 % respondentů uvedlo, že k zaznamenání potřebného rozsahu podpory využívá způsob: zvládá uživatel samostatně / zvládá s podporou / nezvládá – provádí pracovník za/místo uživatele.
- 24 % respondentů využívá k rozlišení rozsahu podpory označení podpořit/provést.
- 24 % respondentů uvedlo, že využívá vícestupňové rozlišení rozsahu podpory - bez podpory / připomenutí / dohled / slovní doprovod / částečná fyzická podpora / převážná či úplná fyzická podpora.

Kombinaci vícestupňového rozlišení rozsahu podpory a konkrétním popisem podpory označilo 7 poskytovatelů tj. 16 %.

Zaměření poskytované podpory uživatelům dle oblastí potřeb

Respondenti nejčastěji uvedli, že poskytují většinu (95 – 100 %) uživatelů podporu v dané oblasti u oblastí:

- zajištění bezpečí (přivolání pomoci, prevence pádu atd.) – 74 %,
- zdraví (jednoduché ošetření, návštěva lékaře atd.) – 59 %,
- zdravá výživa – 59 %,
- mytí a koupání – 57 %,
- příprava stravy – 57 %,
- udržení tepelného komfortu – 50 %,
- péče o oblečení, boty – 48 %,
- využití sociálních dávek a jiných výhod – 48 %,
- úklid a údržba vlastního prostoru – 46 %.

Z odpovědí respondentů vyplývá, že svou nejvýznamnější roli spatřují dle charakteru zařízení v oblastech spojených se zdravím osoby, tzn. zajištění bezpečí, zdraví (jednoduché ošetření, návštěva lékaře atd.) a zajištění zdravé výživy a zajištěním osobní hygieny. Toto jsou zároveň úkony, na které je kladen důraz i při poskytování zdravotní péče.

Další činnosti, ve kterých respondenti podporují většinu uživatelů, jsou úzce spojeny s provozem zařízení např. příprava stravy, zajištění úklidu, praní prádla. Významný důraz kladou poskytovatelé na poskytnutí podpory v oblasti využití sociálních dávek a jiných výhod, což koresponduje s údaji o podávání žádostí o příspěvek na péči či o jeho zvýšení.

Míra závislosti na pomoci druhé osoby a zdůvodnění pravidelné potřeby pomoci druhé osoby jsou svázány nejvíce s potřebami: denní hygiena, příjem stravy, změna polohy, výkon fyziologické potřeby, oblékání a pohyb ve vlastním prostoru popř. manipulace s předměty, komunikace. Potřeba podpory především v těchto oblastech by měla být hlavním důvodem poskytnutí služby. Vysoké %

uživatelů, kterým je tato podpora poskytována však uvedlo nejvíce 57 % poskytovatelů a to v případě mytí a koupání. Podporu většiny uživatelů v oblasti výkonu fyziologické potřeby uvedlo 28 % poskytovatelů, oblékání 26 % uživatelů, příjem stravy 7 %, denní hygiena 41 %.

14 % poskytovatelů uvedlo, že ve změně polohy nepodporují nebo výjimečně své uživatele, přičemž celkem 34 % poskytovatelů uvedlo, že ve změně polohy podporují méně než polovinu svých uživatelů.

Z údajů týkajících se potřeb uživatelů je pravděpodobné, že způsob vyplnění je ovlivněn zažitým způsobem přemýšlení o uživateli. Např. u potřeby podpory v pohybu mimo zařízení/domov poskytovatelé označili velmi nízkou potřebu uživatelů. Z toho vyplývá, že posouzení potřeb a nastavení podpory nevychází z porovnávání potřeb osob ve vztahu k běžnému životu, ale že nastavení podpory vychází z limitů služby.

V některých oblastech z odpovědí vychází nízká míra závislosti u uživatelů služeb, např. 14 % poskytovatelů uvedlo, že ve změně polohy podporují uživatele buď výjimečně, nebo nepodporují žádného uživatele ve službě.

Z odpovědí zároveň vychází nízká podpora osob v oblasti hospodaření s finančními prostředky, 26 % poskytovatelů odpovědělo, že v dané oblasti uživatele buď vůbec nepodporují, nebo pouze výjimečně tzn. 1 – 10 % uživatelů. 72 % poskytovatelů uvedlo, že uživatele nepodporují nebo jen výjimečně v oblasti nakládání s majetkem (převedení, pronájem, darování majetku atd.).

Další oblasti, ve kterých poskytovatelé neposkytují podporu nebo jen výjimečně, jsou: vzdělávání a pracovní uplatnění, využívání běžných veřejných služeb, oblíbené činnosti, péče o oblečení a boty.

Kvalitativní hodnocení

Z materiálů (písemné nástroje pro zjišťování potřeb zájemce o službu, zjištění potřeb konkrétních zájemců, individuální plány) zaslaných 6 službami vyplynula následující zjištění, tzn., opakovaně šlo z materiálů vyčíst dobrou praxi i praxi, která může být překážkou efektivního poskytování služby:

1. Jedna služba zaslala záznam o tom, jak pečlivě zjišťuje nepříznivou sociální situaci zájemce, včetně toho, jaké služby zájemce využíval a zda jsou pro něj dostupné. Na zjišťování potřeb používá služba manuál, který obsahuje část oblastí běžného života.
2. Další materiály dokládají, že se služby podle § 52 potýkají s administrativní zátěží a rozštěpeností individuálního plánování jako ostatní služby sociální péče, tj. zvlášť zaznamenávají v individuálním plánu přání zájemce, zvlášť vytvářejí plán péče resp. podpory, který se týká běžných oblastí života.
3. Služby si ztěžují administrativu spojenou s poskytováním služby tím, že zapisují denně, nebo téměř denně co uživatel služby dělá - snímek jeho aktivit.
4. Ani jedna služba nezaslala zjišťování potřeb zájemce o služby, které by obsahovalo všechny oblasti potřeb běžného života. Žádný ze zaslaných materiálů k zjišťování potřeb a plánování

potřebné podpory neobsahoval rozsah potřebné podpory služby a popis zbylých schopností zájemců/uživatelů.

5. Služby v materiálech vyhodnocují naplnění přání uživatele a jeho spokojenost, nikoliv zda jsou schopny podpořit zachování zbylých schopností uživatele služby.

Zajištění nácviku na oddělení

Respondenti uvedli, že zajišťují nácvik samostatnosti v jednotlivých oblastech následovně:

- 98 % respondentů sdělilo, že zajišťuje uživatelům nácvik v oblasti samostatného pohybu,
- 96 % respondentů sdělilo, že zajišťuje nácvik ve využití WC,
- 91 % respondentů sdělilo, že zajišťuje nácvik v oblasti hygieny – např. mytí, koupání, česání, holení atd.,
- 96 % respondentů sdělilo, že zajišťuje nácvik v oblasti sebeobsluhy – např. oblékání,
- 96 % respondentů sdělilo, že zajišťuje nácvik v oblasti komunikace,
- 87 % respondentů sdělilo, že zajišťuje nácvik v oblasti orientace,
- 36 % respondentů sdělilo, že zajišťuje nácvik v oblasti příprava stravy – např. nalití kávy, uříznutí chleba, ohřátí jídla atd.

Jeden poskytovatel v poznámce uvedl, že provádí nácvik kognitivních funkcí. Jeden poskytovatel k danému tématu uvedl, že nácviky nezajišťují, jelikož jsou uživatelé soběstační.

Kompenzační a rehabilitační pomůcky

- 63 % respondentů uvedlo, že v době odchodu do domácího prostředí mají uživatelé k dispozici kompenzační a rehabilitační pomůcky,
- 36 % respondentů uvedlo, že kompenzační a rehabilitační pomůcky předepisuje lékař ve zdravotnickém zařízení,
- 27 % respondentů uvedlo, jsou zapůjčeny z půjčovny kompenzačních a rehabilitačních pomůcek,
- 37 % respondentů uvedlo, že v době odchodu do domácího prostředí nemají uživatelé k dispozici kompenzační a rehabilitační pomůcky,
- 15 % respondentů uvedlo, že kompenzační a rehabilitační pomůcky předepisuje praktický lékař až po příchodu do domácího prostředí,
- 17 % respondentů uvedlo, že návrh a zajištění kompenzačních pomůcek zprostředkovává terénní služba,
- 5 % respondentů neuvedlo bližší specifikaci.

Z poznámek respondentů vyplynulo, že někteří poskytovatelé zapůjčují kompenzační pomůcky z vlastních zdrojů, jiní se vyhrazují, že takové pomůcky díky povaze své služby nemají.

Někteří respondenti uvedli, že „pokud má osoba z dřívějška, používá své pomůcky, podle potřeby zajišťujeme předpis od praktického lékaře nebo specialisty“, jiní uvedli, že: „kompenzační pomůcky

předepisuje odborný lékař, proto je klient při odchodu nasměrován na půjčovnu pomůcek v rámci terénní služby“.

Dva poskytovatelé uvedli, že ze sociálních lůžek uživatelé do domácího prostředí neodcházejí. Jeden poskytovatel na téma kompenzačních a rehabilitačních pomůcek uvedl, že „pomůcky nezajišťuje, jelikož všichni uživatelé jsou ležící a plně závislí na pomoci personálu“.

Z uvedených příkladů komentářů vyplývá velmi odlišná praxe poskytovatelů, pro některé je běžnou praxí pomůcky zajišťovat, mají k dispozici vlastní pomůcky, zajišťují předpisu od praktických a odborných lékařů, v případě potřeby je mu zapůjčena z půjčovny. Z odpovědí některých poskytovatelů je patrné, že s pomůckami běžně nepracují.

Vyhodnocení individuálního plánu

Vyhodnocení individuálního plánu je příležitost k celkovému zamyšlení nad situací uživatele, je to příležitost znovu se zamyslet nad tím, jak co nejvíce a nejvhodněji podpořit soběstačnost a samostatnost osoby včetně schopnosti o sobě rozhodovat.

- 33 % respondentů uvedlo, že vyhodnocuje individuální plán sociální pracovník.
- 31 % respondentů uvedlo, že vyhodnocuje individuální plán s uživatelem pracovník v sociálních službách. Jedná se o pracovníka, který zajišťuje běžně péči o uživatele. A zároveň pracovníka v přímé péči s nejnižším vzděláním.
- 13 % respondentů uvedlo, že vyhodnocuje individuální plán pracovník v sociálních službách ve spolupráci se sociálním pracovníkem.
- 22 % respondentů uvedlo, že využilo možnost vlastní odpovědi. V odpovědích uváděli, že do vyhodnocení individuálního plánu se zapojují zdravotničtí pracovníci nejčastěji zdravotní sestra, fyzioterapeut, lékař. Dále uváděli, že se na vyhodnocování podílí ergoterapeut, aktivizační pracovník atd.

K tématu zaměření vyhodnocení individuálního plánu většina poskytovatelů označila více možností odpovědí:

- 80 % poskytovatelů uvedlo, že se při vyhodnocování individuálního plánu zaměřují na zjištění, zda poskytování služby vede k naplnění přání uživatele.
- 76 % poskytovatelů odpovědělo, že při vyhodnocování se zaměřují na spokojenost uživatele s poskytováním služby.
- 62 % poskytovatelů uvedlo, že se při vyhodnocení zaměřuje na ověření, jak podpora služby přispívá k uchování, posílení schopností a dovedností uživatele včetně schopnosti se rozhodovat. Toto zaměření nejvíce odpovídá obecnému cíli a smyslu sociálních služeb vyjádřenému v §2, zákona o sociálních službách.
- 42 % uvedlo, že se zaměřuje na poskytování činností/úkonů dle individuálního plánu.

Nejčastěji poskytovatelé uváděli kombinaci možností vyhodnocování naplnění přání uživatele a vyhodnocování spokojenosti uživatele s poskytováním služby.

Uvedené potvrzuje skutečnost, že poskytovatelé často při poskytování služby velmi akcentují naplňování přání uživatele a je pro ně důležitým východiskem pro naplňování individuálního plánu.

Kritérium 5c Standardů kvality sociálních služeb – Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní cíle.

- 79 % respondentů uvedlo, že plán vyhodnocuje pravidelně, v pevně daných časových úsecích.
- 16 % respondentů uvedlo, že vyhodnocuje pravidelně, ale reaguje i na změny způsobené nejčastěji změnou zdravotního stavu uživatele.
- 5 % respondentů označilo možnost nepravidelně. Poskytovatelé za důvody nepravidelného hodnocení nejčastěji uvedli např. „často se přání klientů mění“, „pokud dojde ke změně zdravotního stavu uživatele nebo na jeho přání“.

Z poznámek respondentů vyplývá, že praxe v této oblasti se velmi různí. V případě, že poskytovatelé mají nastavenou pevnou dobu, po které plán vyhodnocují, tato době se velmi různí 1 – 6 měsíců.

Charakter služby a předpoklad krátkodobého poskytování služby, které má vést k přípravě na život s podporou v domácím prostředí nebo přechod do pobytové služby, je zde předpoklad velmi intenzivní práce ať už v oblasti řešení nepříznivé sociální situace ve spolupráci především se sociálním pracovníkem služby tak v oblasti dosažení co největší míry samostatnosti a soběstačnosti ve všech oblastech běžného života s cílem umožnit osobě návrat do domácího prostředí s podporou terénních popř. ambulantních služeb.

Spolupráce s odborníky při zajištění péče o uživatele

- 83 % respondentů uvedlo, že spolupracuje při zajištění péče s fyzioterapeutem.
- 72 % respondentů uvedlo, že spolupracuje při zajištění péče s praktickým lékařem.
- 70 % respondentů uvedlo, že spolupracuje s nutričním specialistou.
- 63 % respondentů uvedlo, že spolupracuje s psychiatrem.
- 39 % respondentů uvedlo, že zajišťuje pro své uživatele služby canisterapeuta.
- 37 % respondentů uvedlo, že zajišťuje péči logoterapeuta.
- 13 % respondentů uvedlo, že zajišťuje péči odborného lékaře na léčbu bolesti.

Do možnosti, kde respondenti mohli sami uvést odborníky, se kterými mají navázanu spolupráci, poskytovatelé nejčastěji uváděli odborné lékaře (diabetolog, internista, rehabilitační lékař atd.). Dále pastorační pracovníky a hospicovou péči.

Zajištění spolupráce s fyzioterapeutem a logopedem svědčí o snaze o nácvik soběstačnosti v oblasti samostatného pohybu a komunikace.

57 % respondentů uvedlo, že nemají žádný problém při zajišťování odborníků a spolupráci s nimi považují za dostatečnou. Poskytování sociální služby v návaznosti na zdravotnické zařízení se zde ukazuje jako významná výhoda při zajišťování péče odborných lékařů a jiných zdravotnických

pracovníků pro péči o uživatele. Nejvýznamněji je tato situace patrná z údaje o tom, že 83 % respondentů má navázanu spolupráci s fyzioterapeutem.

Nejčastěji respondenti uvedli, že schází nebo je nedostatečná spolupráce s psychology, psychiatry a logopedy. Potřebu spolupráce s psychologem nebo psychiatrem uvedlo 25 % respondentů. V 7 % respondenti uvedli, že není dostatečná spolupráce s canisterapeutem.

V komentářích k této otázce si jeden poskytovatel uvedl, že péče praktického lékaře je zaměřena pouze na předepisování léků.

Charakter ubytování

Na otázku ohledně charakteru ubytování odpovědělo 32 poskytovatelů.

Z celkového počtu 183 pokojů je:

- 17 % jednolůžkových,
- 40 % dvoulůžkových,
- 43 % trojlůžkových a čtyř a více lůžkové pokoje.

Z uvedeného vyplývá, že:

- 8 % uživatelů žije v jednolůžkových pokojích,
- 35 % v dvoulůžkových,
- 58 % v trojlůžkových pokojích.

Z uvedeného vyplývá, že v charakteru ubytování je oproti službám trvalého charakteru významný rozdíl ve smyslu bydlení společně s dalšími osobami. V domově pro seniory žije ve tři a vícelůžkovém pokoji 12 % uživatelů, v domově se zvláštním režimem žije ve tři a vícelůžkovém pokoji 10 % uživatelů. Jeden poskytovatel v poznámce uvedl, že nemají v zařízení pokoje menší než třílůžkové.

4. Využití kapacit ve vztahu k řešení potřeb péče, podpory a bydlení uživatelů

Jiné řešení nepříznivé sociální situace

Respondenti ve svých odpovědích uvedli, že pro 215 uživatelů jejich služeb by bylo vhodnější jiné řešení jejich nepříznivé sociální situace než poskytování sociální služby poskytované ve zdravotnickém zařízení (tzn. u 32 % uživatelů).

Z toho 38 % uživatelů (80 uživatelů) dle sdělení respondentů by mohlo žít v domácím prostředí s využitím terénní, ambulantní nebo odlehčovací služby za předpokladu odpovídající provozní doby a odpovídajícího bydlení.

Podmínky pro optimálnější poskytování služby

Na otázku, jaké vnější a vnitřní podmínky brání optimálnímu poskytování služby, 61 % respondentů označilo enormní administrativní zátěž při zaznamenávání poskytování péče.

Velmi četně jsou v odpovědích zaznamenány odpovědi související s personálním zajištěním služby:

- 32 % respondentů označilo nedostatečný počet personálu,
- 29 % respondentů uvedlo nedostatek kvalifikovaných žadatelů o práci s osobnostními předpoklady pro práci s cílovou skupinou,
- 17 % respondentů uvedlo minimální nároky na vzdělání pracovníka v sociálních službách, ale vysoké nároky na znalosti a dovednosti (speciální metody práce, znalost práce s aplikacemi – PC),
- 10 % respondentů uvedlo vysokou fluktuaci.

Mezi další důležité překážky poskytovatelé uvedli:

- 37 % respondentů uvedlo nejistotu o správnosti individuálního plánování vzhledem k rozdílným doporučením a názorům kontrolujících subjektů, školitelů,
- 37 % respondentů uvedlo očekávání blízkých osob uživatelů,
- 22 % respondentů uvedlo, že překážkou optimálního nastavení poskytování služby je charakter zařízení (bariérovost, vícelůžkové pokoje atd.).

ČÁST B – METODICKÝ POSTUP PRO PŘIJÍMÁNÍ ŽADATELŮ DO POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY POSKYTOVANÉ VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH LŮŽKOVÉ PÉČE

1. Vstupní informace a teoretická východiska pro zpracování a použití metodiky

Tato část bude věnována jednak prezentaci základních výstupů z dotazníkového šetření v sociálních službách poskytovaných ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče a analýzy dokumentů, které tyto služby poskytly (kap. 1.1), jednak přehledu legislativních východisek (kap. 1.2), které se staly základními podklady pro zpracování metodiky přijímání žadatelů (viz kap. 2).

1.1 Nejčastější překážky kvalitního a efektivního poskytování služby ve fázi jednání se zájemcem o službu

Předkládaná metodika je zaměřena především na vybrané aspekty procesní stránky jednání se zájemcem o službu, které jsou klíčové z hlediska efektivity poskytování sociálních služeb (např. přijímání osob s nízkou mírou podpory do pobytových služeb), a neobsahuje některé jeho aspekty formální nebo organizační, o které by si poskytovatelé měli vlastní metodiky rozšířit sami podle své situace, potřeb a příslušných zákonných norem¹.

Potřeba zdůraznit v metodice některé aspekty procesu přijímání zájemců do sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče **vzešla z dotazníkového šetření a analýzy dokumentů**, které respondenti poskytli (záznam z jednání se zájemcem o službu, resp. zjišťování potřeb a materiály, které obsahují popis individuálního naplánování poskytování služby - individuální plán, plán péče, dohoda o podpoře apod.).

Zjištění, která vyplynula z analýzy zaslaných materiálů a která popisují nejčastější překážky kvalitního a efektivního poskytování služby:

1. Poskytovatelé nezjišťují nepříznivou sociální situaci zájemců, včetně toho, jaké služby zájemce využíval a zda jsou pro něj dostupné.
2. Poskytovatelé vždy neposkytují dostatečné sociální poradenství a podporu při řešení nepříznivé sociální situace při jednání se zájemcem o službu tak, aby mohla být nepříznivá sociální situace osoby řešena v souladu s §38 zákona o sociálních službách.
3. Sociální služby ve zdravotnickém zařízení přijímají osoby s různou mírou potřeby podpory – od osob s vysokou závislostí na péči druhé osoby po osoby s potřebou dohledu, které nepotřebují pravidelnou péči.
4. Někteří poskytovatelé pojali sociální službu poskytovanou ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče jako alternativu k poskytování služby domova pro seniory s širší cílovou skupinou pokrývající i osoby v produktivním věku.

¹ Může se jednat například o vymezení kompetencí a rolí jednotlivých pracovníků v procesu jednání se zájemcem, zjišťování a ověřování identity a rolí jednotlivých účastníků jednání (např. oblasti zastupování zájemce opatrovníkem) nebo formální zajištění sběru informací o zájemci a jejich zaznamenávání (souhlas se zpracováním osobních údajů). Osvědčuje se také rozšířit vlastní metodiku o popis složitých nebo obtížných situací při jednání se zájemcem o službu a o popis postupů v těchto případech.

5. Někteří poskytovatelé vytvářejí první verzi individuálního plánu až po 3 měsících poskytování služby. S ohledem na účel poskytování sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních podle § 52 je otázkou, jak je možné naplnit svůj účel při vytvoření první verze individuálního plánu po 3 měsících od zahájení služby.

1.2 Legislativní východiska pro zpracování metodiky

Vymezení klíčových zákonných východisek v kontextu zjištěných informací z dotazníkového šetření realizovaného v březnu roku 2016 se zaměřením na posílení efektivity poskytování sociálních služeb.

Základní východiska dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. v aktuálním znění (dále zákon o sociálních službách), která stanovují:

§ 1 Předmět úpravy

*1) Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory **fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci** (dále jen "osoba") prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách.*

Komentář v kontextu Metodického postupu: Úvodní ustanovení zákona o sociálních službách stanoví, že fyzické osoby, kterých se zákon týká, jsou pouze osoby nacházející se v nepříznivé sociální situaci.

Základním východiskem pro poskytování sociálních služeb je tedy posouzení, zda se osoba nachází v nepříznivé sociální situaci.

§ 3 Vymezení některých pojmů

*b) **nepříznivou sociální situací** [se rozumí] oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením,*

*e) **sociálním začleňováním** [se rozumí] proces, který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené dosáhnou příležitostí, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný.*

Komentář v kontextu Metodického postupu: Nepříznivá sociální situace je určena souborem potřeb, které není osoba schopna si sama zajistit a jejichž zajištění vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Zmapování nepříznivé sociální situace osoby tudíž znamená zjistit, v jakých oblastech života je osoba odkázána na pomoc druhé osoby, jaké kompetence jí scházejí.

§ 2 Základní zásady

*(1) **Každá osoba** má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství (§ 37 odst. 2) o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení.*

Komentář v kontextu Metodického postupu: Zákon o sociálních službách vychází z předpokladu, že osoba v situaci, kterou vnímá jako nepříznivou, se obrací na sociální službu proto, že ji sama není schopna řešit, to znamená, že:

- jí chybí informace o možnostech řešení nepříznivé sociální situace a zdrojích podpory,
- nemá zkušenost s využitím různých forem podpory, popř. jejich kombinací,
- potřebuje podporu, aby byla schopna uvažovat o všech aspektech řešení své situace.

Do kompetencí sociálního pracovníka náleží i odborná dovednost zjistit, v čem osoba nepříznivou sociální situaci vidí, v čem reálně spočívá, a nabídnout jí optimální řešení, a to s ohledem na ustanovení § 38 zákona o sociálních službách (viz níže).

§ 2 odst. 2

*(2) Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z **individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování.** Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.*

Komentář v kontextu Metodického postupu: Ustanovení rozvíjí a odůvodňuje povinnost obsaženou v § 1 a § 2 odst. 1 zákona o sociálních službách, nebo z ní vyplývající.

Sociální pracovník služby musí vždy zjistit:

- zda se osoba nachází v nepříznivé sociální situaci,
- v čem nepříznivá sociální situace spočívá – k naplnění jakých konkrétních potřeb potřebuje zájemce pomoc druhé osoby,
- jak rozsáhlou podporu/péči potřebuje a jakou formou mu má být poskytována podle jeho možností a přání.

Pokud nedorazí k identifikaci potřebné podpory, nemůže sociální pracovník zodpovědně nabídnout zájemci službu, která bude odpovídat zákonnému požadavku, tzn., bude na osobu působit aktivně a bude nabízet jen tolik podpory, kolik osoba skutečně potřebuje.

Pobyťová služba si musí být vědoma toho, že zajišťuje většinu denních činností prostřednictvím svého personálu - vaření, úklid, praní apod., takže pokud je toho osoba byt i jen z části schopna, hrozí riziko ztráty zbylých schopností a dovedností a omezování aktivity uživatelů a redukce činností, které naplňovaly každodenní život uživatele.

§ 37

(2) Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit.

Komentář v kontextu Metodického postupu: Poskytnutí sociálního poradenství, tj. zjištění, v čem spatřuje zájemce nepříznivou sociální situaci a v čem reálně z pohledu sociálního pracovníka spočívá, je základem pro další jednání se zájemcem o službu, volbu a nastavení optimálního řešení jeho situace.

Sociální pracovník je povinen upozornit zájemce (nebo osobu, která jeho jménem jedná), že služba je ze zákona povinna nabízet zájemci řešení, které jeho situaci zlepší a zasahuje co nejméně do jeho současného života, resp. pomáhá mu nadále jeho životní styl v přirozeném prostředí udržet.

Součástí zjišťování nepříznivé sociální situace je i mapování zdrojů, tj. zjišťování přirozených možností podpory a pomoci, které by mohl uživatel získat či využívat, poskytovaných běžnými veřejnými službami, sdruženími, blízkými osobami či místní komunitou.

§ 38

Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování sociální péče v nejméně omezujícím prostředí.

Komentář v kontextu Metodického postupu: Sociální pracovník při jednání se zájemcem musí vždy prověřit, zda nepříznivá sociální situace zájemce vylučuje život v přirozeném prostředí (s podporou všech dostupných zdrojů), a teprve tehdy domlouvá poskytnutí pobytové služby.

Ustanovení § 38 zákona o sociálních službách nelze naplnit bez toho, že služba zjistí a zhodnotí nepříznivou sociální situaci zájemce o službu. Teprve poté je služba schopna navrhnout takové řešení, které nejméně mění životní styl osob v jejich přirozeném prostředí.

Nerespektování tohoto zákonného požadavku a zúžení poradenství jen na nabídku řešení nepříznivé sociální situace podporou pobytové sociální služby, může přinést problémy zájemci např. v těchto oblastech:

- riziko neodůvodněné zvýšené závislosti na službě,
- ztráta části jeho schopností a dovedností,
- zpřetrhání přirozených vazeb na rodinu, přátele, sousedy, známé.

Nerespektování zákonného požadavku však může přinést obtíže i službě samé – osoba s nízkou potřebou podpory bude vyžadovat pozornost pracovníků neodpovídající její potřebě podpory.

§ 109

*Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, **sociální poradenství** a sociální rehabilitaci.*

Komentář v kontextu Metodického postupu: Sociální poradenství je v tomto ustanovení uvedeno jako jedna z odborných činností sociálního pracovníka. Kompetentní sociální pracovník má přehled o aktuální nabídce služeb (sociálních, zdravotních, jiných veřejných) v místě, respektive v regionu, které by mohly situaci zájemce řešit. Stejně tak je odborně připraven vést rozhovor se zájemcem, jeho blízkými, zjišťovat potřeby zájemce, to vše s porozuměním pro potřeby zájemce a jeho rodiny.

V rámci svých zákonných kompetencí spolupracuje sociální pracovník (se souhlasem zájemce o službu, nebo toho, kdo je oprávněn za zájemce jednat) se sociálním pracovníkem obce s rozšířenou působností, a to nejen při řešení nepříznivé sociální situace jednotlivých osob, ale také mu předává cenné informace ze své praxe – zda terénní a ambulantní síť sociálních služeb na území obce s rozšířenou působností umožňuje osobám žít v přirozeném prostředí, event. jaké jsou překážky na straně terénních a ambulantních sociálních služeb (např. omezená provozní doba, nabídka služeb pouze ve všední den apod.).

§ 52 Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče

(1) Ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče se poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových služeb v zařízení sociálních služeb.

Komentář v kontextu Metodického postupu: Sociální služby ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče jsou jednou ze sociálních služeb, která je schopna poskytovat péči a podporu uživateli 24 hodin denně. Z charakteru služby vyplývá její poslání – poskytovat péči těm osobám, jejichž zdravotní stav a sociální situace neumožňuje okamžitý odchod ze zdravotnického zařízení, protože potřebují pomoc jiné fyzické osoby a pomoci jim nalézt optimální řešení jejich nepříznivé sociální situace.

§ 88

Poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni

a) zajišťovat dostupnost informací o druhu, místě, cílech, okruhu osob, jimž poskytují sociální služby, o kapacitě poskytovaných sociálních služeb a o způsobu poskytování sociálních služeb, a to způsobem srozumitelným pro všechny osoby,

b) informovat zájemce o sociální službu o všech povinnostech, které by pro něho vyplývaly ze smlouvy o poskytování sociálních služeb, o způsobu poskytování sociálních služeb a o úhradách za tyto služby, a to způsobem pro něj srozumitelným,

Komentář v kontextu Metodického postupu:

Ad a) Povinnost transparentně informovat veřejnost o tom, pro koho je služba určena v sobě obsahuje i povinnost upřesnit cílovou skupinu z hlediska dalších ustanovení zákona, zejména § 2 a § 38 zákona o sociálních službách.

Cílová skupina je v případě sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče definována kombinací více ustanovení, z nichž některá zde byla již zmíněna. Ustanovení o cílové skupině v § 48 zákona o sociálních službách („osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby“) je výchozí, ale je do něho třeba promítnout všechny ostatní požadavky plynoucí především z § 2, 3 a 38 tohoto zákona. To znamená, že je třeba při definování cílové skupiny zohlednit všechny požadavky zákona s důrazem na podporu soběstačnosti, sociálního začlenění, respekt k právům uživatele a na „důstojné prostředí a zacházení“.

Výše zmiňovanou charakteristiku cílové skupiny je tedy třeba dát do souvislosti se zjištěnou potřebou rozsahu a způsobu poskytování podpory konkrétnímu uživateli a zdroji, které má k dispozici ve svém přirozeném prostředí, a takto ji i zveřejňovat.

Sociální služba poskytovaná ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče je službou s nejrozsáhlejší časovou podporou, která díky úzké spolupráci nebo ve většině případů díky stálé přítomnosti zdravotního personálu poskytuje nejvyšší odbornost a je schopná pečovat i o osoby, které by jiná sociální služba, bez podílu rodiny na péči, zvládala jen s obtížemi (např. uživatelé s umělým vstupem (sondou) do žaludku pro podání výživy - PEG, uživatelé, kteří potřebují stálý dohled nebo péči zdravotního personálu pro specifická zdravotní rizika, např. tvorba proleženin a potřeba polohování v krátkých časových úsecích apod.). Stejně tak je služba určena osobám s potřebou pravidelných pečovatelských úkonů v průběhu celého dne event. i v noci (např. pravidelné polohování imobilních osob v krátkých časových úsecích, pravidelný, častý kontakt s osobami se sníženou orientací apod.).

Ad b) Zároveň je důležité, aby v balíčku informací, které sociální pracovník poskytuje zájemci o službu, nechyběla ani informace o tom, že cílem služby je podporovat uživatele v samostatnosti a soběstačnosti včetně schopnosti o sobě rozhodovat, a že smyslem služby je proto doplňovat jeho schopnosti a dovednosti tam, kde je omezen, tedy že služba bude osobě poskytována jen v tom rozsahu, v jakém ji potřebuje.

Poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni

g) vést evidenci žadatelů o sociální službu, se kterými nemohl uzavřít smlouvu o poskytnutí sociální služby z důvodů uvedených v § 91 odst. 3b)

§ 91 odst. 3

Poskytovatel sociálních služeb může odmítnout uzavřít smlouvu o poskytování sociálních služeb pouze, pokud:

a) neposkytuje sociální službu, o kterou osoba žádá, a to i s ohledem na vymezení okruhu osob v registru poskytovatelů sociálních služeb,

b) nemá dostatečnou kapacitu k poskytnutí sociální služby, o kterou osoba žádá,

c) zdravotní stav osoby, která žádá o poskytnutí služby, vylučuje poskytnutí takové sociální služby; tyto zdravotní stavy stanoví prováděcí právní předpis, nebo

d) osobě, která žádá o poskytnutí sociální služby, vypověděl v době kratší než 6 měsíců před touto žádostí smlouvu o poskytnutí téže sociální služby z důvodu porušování povinností vyplývajících ze smlouvy.

Standardy kvality sociálních služeb - Standard č. 3

c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro postup při odmítnutí zájemce o sociální službu z důvodu stanoveným zákonem; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

Komentář v kontextu Metodického postupu: Poskytovatel dbá na správné zařazení do evidence s ohledem na důvod pro odmítnutí poskytnutí služby. Poskytovatelé vedou evidenci odmítnutých zájemců z důvodu nedostatečné kapacity k poskytnutí sociální služby, o kterou osoba žádá. Poskytovatel do této evidence nezařazuje osoby, se kterými nemohl uzavřít smlouvu dle § 91 odst. 3 a byly odmítnuty z jiných důvodů (např. protože jejich sociální situace nevyžaduje poskytnutí pobytové sociální služby a je možné její situaci řešit s využitím terénních sociálních služeb, veřejných služeb a přirozených zdrojů, nebo protože si nepřejí využívat službu bezodkladně a podávají žádost tzv. pro jistotu), a to ani v případě, že nemá v daný okamžik volnou kapacitu. U takových osob poskytovatel může vést evidenci o nabídnutí nebo poskytnutí základního sociálního poradenství.

Zařazování do evidence žadatelů, kterým poskytovatel nemohl poskytnout službu z důvodu plné kapacity, i osob, které nespádají do cílové skupiny, vede ke zkreslení informací o potřebné kapacitě pobytových služeb na daném území a zároveň často vytváří očekávání žadatelů, že v případě potřeby jim služba v budoucnu bude schopna službu poskytnout.

Standardy kvality sociálních služeb - Standard č. 4

c) Poskytovatel sjednává s osobou rozsah a průběh poskytování služby sociální služby s ohledem na osobní cíl závislý na možnostech, schopnostech a přání osoby.

Komentář v kontextu Metodického postupu: Kvalita jednání se zájemcem o službu včetně zjišťování potřeb zájemce je určující pro sjednání rozsahu a průběhu poskytování služby. V rámci jednání se zájemcem o službu dochází ke zmapování jeho nepříznivé sociální situace, včetně zjištění potřeb, stávajících omezení nebo chybějících schopností a dovedností v jednotlivých oblastech běžného života, což je nezbytný podklad pro sjednání rozsahu a průběhu poskytování služby s ohledem na osobní cíl závislý na možnostech, schopnostech a přání osoby.

2. Metodický postup pro přijímání zájemců o sociální službu poskytovanou ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče

V této části naleznete jednak doporučení pro zveřejňování informací o poskytované službě s ohledem na zákonné povinnosti poskytovatelů a cílovou skupinu (kap. 2.1), jednak metodický postup pro jednání se zájemcem o službu, případně jeho rodinou. Tento postup je členěn do dvou částí: První z nich se zabývá prvním kontaktem mezi zájemcem a poskytovatelem služby (kap. 2.2), druhá pak průběhem tzv. sociální šetření, tedy postupem osobního/osobních setkání v rámci jednání se zájemcem o službu (kap. 2.3).

Klíčovou součástí jednání se zájemci o pobytovou sociální službu je zjišťování jejich potřeb. Tomuto tématu je věnován samostatný metodický postup (část C - Návrh metodického postupu pro standardizované zjišťování potřeb u žadatelů o službu sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče).

2.1 Zveřejnění informací o možnostech a podmínkách poskytování služby

Tato část bude věnována vymezení povinností poskytovatelů týkajících se zveřejňování informací o poskytované sociální službě a aspekty, které jsou při informování významné s ohledem na kvalitu a zvýšení efektivity poskytovaných služeb a také na předcházení očekávání zájemce popř. blízkých osob týkajících se poskytování služby, které služba nebude schopna naplnit.

2.1.1 Vymezení povinností

Zákon o sociálních službách v § 88 písm. a) stanoví jaké informace je služba povinna zveřejnit, popř. poskytnout zájemci, v procesu jednání se zájemcem o službu resp. před uzavřením smlouvy.

Jedná se o tyto informace o:

- druhu sociální služby,
- místě, kde je služba poskytována,
- okruhu osob,
- kapacitě sociální služby,
- způsobu poskytování sociální služby.

Standard č. 1 písm. a) ukládá službě definovat a zveřejnit její veřejný závazek:

- poslání,
- cíle a zásady poskytované sociální služby,
- okruh osob, kterým je služba určena.

Zákon ukládá poskytovatelům povinnost zveřejnit tyto informace způsobem srozumitelným pro všechny osoby.

Dále je vhodné zveřejnit rovněž informace, o kterých je poskytovatel povinen informovat zájemce (dle § 88 písm. b) zákona o sociálních službách) v rámci jednání se zájemcem o službu před uzavřením smlouvy:

- o povinnostech, které by pro zájemce vyplývaly ze smlouvy o poskytování služby,
- o způsobu poskytování sociální služby,
- o úhradách za tyto služby.

Při volbě způsobu informování je vhodné opět dbát na srozumitelnost sdělovaných informací.

2.1.2 Významné oblasti v procesu zveřejňování informací

Způsob poskytování služby

Pokud má poskytovatel informovat o způsobu poskytování služby, pak je důležité, aby z těchto informací zájemce poznal, že je služba připravená a dostatečně kompetentní reagovat na jeho nepříznivou sociální situaci. Vedle informací např. o způsobu ubytování a stravování se poskytovatel zaměří na informace o tom, jak je služba připravena reagovat na konkrétní potřeby cílové skupiny, tzn., informuje o přístupech, metodách práce, pomůckách či úpravách prostředí, které jsou zájemcům k dispozici.

Poskytovatel by měl dále informovat o tom, jak zajišťuje „důstojné prostředí a zacházení“ (viz § 38 zákona o sociálních službách) a co nabízí osobám, které jsou ve všech, nebo ve většině oblastí života závislé na péči druhé osoby, nebo potřebují odbornou péči vzhledem ke svému stavu.

Součástí sdělení o způsobu poskytování služby by měla být informace o tom, že povinností sociální služby podle zákona o sociálních službách je podpořit udržení nebo rozvoj schopností a dovedností uživatele služby, usilovat o jeho sociální začlenění, vytvářet příležitosti k rozhodování a řízení vlastního života, a to i u osob, jejichž závislost na pomoci druhé osoby je vysoká. Služba doplňuje svou podporou vlastní možnosti uživatele a poskytuje mu takovou podporu a péči, kterou vzhledem ke své nepříznivé sociální situaci potřebuje a to do té míry, do jaké ji potřebuje. Služba je také schopná reagovat okamžitě na změnu situace zájemce, a to buď zvýšením, nebo snížením podpory/péče.

Cílová skupina

Poskytovatel by měl jasně informovat zájemce o tom, komu je určena: služba je určena osobám, které se nemohou sami vrátit do svého přirozeného prostředí, protože nejsou schopny se obejít bez pomoci druhé osoby a tato pomoc není dosud zajištěna. Ze zákonného vymezení služby vyplývá, že kromě zajištění ubytování, stravování, atd. je činnost služby zaměřena na hledání řešení nepříznivé sociální situace osoby (pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarání osobních

záležitostí) a to podporou terénních, ambulantních či pobytových sociálních služeb, jiných veřejných služeb či přirozených zdrojů a na podporu, event. zbylých schopností a dovedností zájemce, na jeho přechod do přirozeného prostředí, nebo do pobytové sociální služby.

Informace o úhradách za služby

Informaci o úhradách za poskytované služby (úhrada za ubytování a stravu) a její možnou diferenciaci podle komfortu ubytování je nutné zařadit do zveřejněných informací o službě, stejně jako informaci o nároku poskytovatele na osobě přiznaný příspěvek na péči v případě poskytnutí služby.

Nezbytnou součástí zveřejněných informací o úhradách, by mělo být rovněž seznámení zájemce s nárokem vyplývajícím z § 73 odst. 3 zákona o sociálních službách, který stanoví, že osobě musí po zaplacení úhrady za ubytování a stravy zůstat min. 15 % jejího příjmu, a s tím související povinností zájemce doložit poskytovateli výši svého příjmu, pokud hodlá nárok na snížení úhrady uplatnit.

V případě, že zveřejněné informace o výši úhrady za poskytované služby nejsou doplněny informací o nároku na snížení úhrady dle § 73 odst. 3 zákona o sociálních službách, může v praxi docházet k tomu, že se zájemce z důvodu neschopnosti hradit službu v plné výši na poskytovatele služby neobráť, a to ani v případě, že jeho nepříznivá sociální situace vyžaduje poskytnutí dané služby.

Pokud informaci o úhradách za poskytování služby doplňuje v informačních materiálech informace pro osobu blízkou zájemci o službu, popř. jinou fyzickou nebo právnickou osobu o možnosti podílet se na úhradě podle § 71 odst. 3, pak tato informace musí být formulována jako možnost, nikoliv jako podmínka poskytnutí služby zájemci, který nemá vlastní příjem, nebo jeho příjem na úhradu nákladů nepostačuje.

2.2 První kontakt

První kontakt slouží jednak k vyjasnění obsahu služby, jednak k rámcovému zjištění, zda osoba, která nebo pro kterou se zvažuje využívání služby (zájemce, osoba oprávněná za zájemce jednat, rodinný příslušník, sociální pracovník jiné služby, sociální pracovník obce, atd.), splňuje základní podmínky pro přijetí (potřeba služby je aktuální a zájemce potřebuje pravidelnou pomoc druhé osoby). Jeho výstupem je buď dohoda na osobním setkání určeném pro jednání o poskytování služby, nebo nabídka telefonického či osobního základního sociálního poradenství.

2.2.1. Pravidla pro provedení prvního kontaktu

Způsob prvního kontaktu:

- telefonicky,
- písemně (email, dopis, žádost o přijetí atd.),
- osobně.

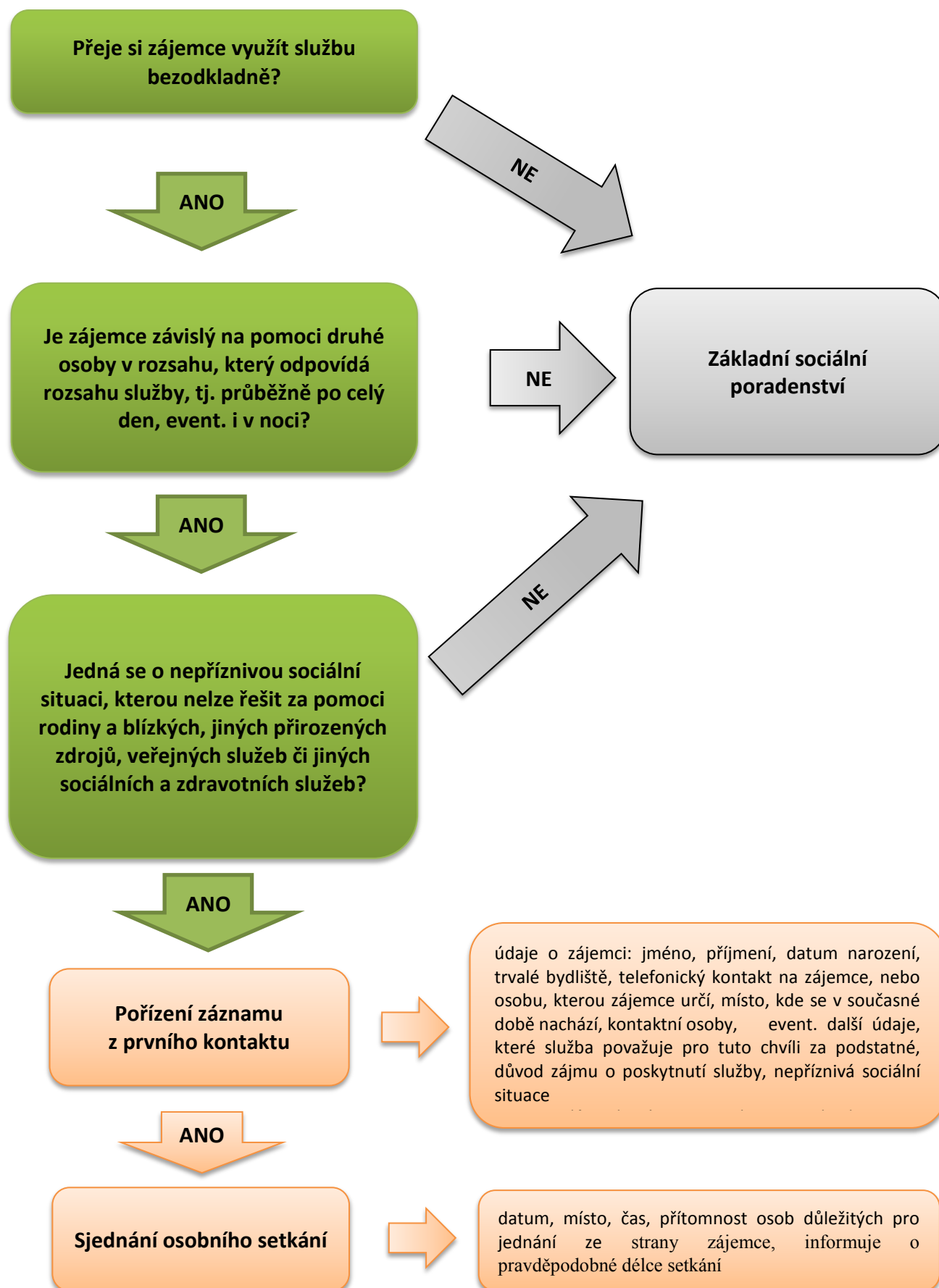
Poskytovatel ve svých vnitřních pravidlech vymezuje:

- Kdo první kontakt zajišťuje, popř. kdo toho pracovníka může zastoupit:
Pozn.: Je důležité, aby poskytovatel upravil vnitřním předpisem, že první kontakt se zájemcem o službu je v kompetenci sociálního pracovníka, a dále zda, kdo a v jakém přesně vymezeném rozsahu může poskytovat základní informace o službě v případě, že sociální pracovník není na pracovišti. Ostatní pracovníci musí být informováni o tom, že k takovému jednání nejsou kompetentní. Zájemce, nebo osoba, která jeho jménem jedná, by měla obdržet kontakt na sociálního pracovníka s tím, že ten poskytne informace o službě, event. základní sociální poradenství k řešení nepříznivé sociální situace zájemce.
- Kde probíhá první kontakt v případě osobního jednání a okolnosti jednání:
Pozn.: Služba si určí prostor a pravidla pro realizaci prvního kontaktu vedeného osobně s ohledem na prostorové možnosti, bezpečnost, soukromí apod.
- Jaké minimální informace se při prvním kontaktu podávají ústně:
 - poslání, cílová skupina,
 - podmínky poskytování sociální služby ze zákona o sociálních službách,
 - způsob poskytování služby (jak služba reaguje poskytováním služby na potřeby osob),
 - nabídka návštěvy zařízení.
- Jaké minimální informace se předávají v písemné formě (v tištěné podobě, zaslání emailem atd.):
 - poslání, cílová skupina,
 - podmínky poskytování sociální služby dle zákona o sociálních službách, způsob poskytování služby (jak služba reaguje poskytováním služby na potřeby osob),
 - nabídka návštěvy zařízení,
 - informace o právech a povinnostech uživatele služby,
 - finanční požadavky spojené s poskytováním služby (cenu ubytování, stravování, cena fakultativních služeb, nárok služby na přiznaný příspěvek na péči),
 - informace o nároku na snížení úhrady, pokud má zájemce nižší příjem než je cena za ubytování a stravování (zachování minimálně 15 % příjmu osoby po odečtení úhrady za stravování a ubytování),
 - informace o možnosti finanční účasti blízkých osob na úhradě nákladů za poskytnutí služby, pokud příjmy zájemce na úhradu nákladů nestačí, včetně informace o tom, že nedostatek finančních prostředků není důvodem pro neposkytnutí služby,
 - žádost o poskytování služby a informace k jejímu podání.

2.2.2 Postup při jednání v rámci prvního kontaktu

Celý postup jednání lze shrnout do následujícího schématu, jednotlivé jeho části budou upřesněny v dalším textu:

Schéma č. 1 – Postup při jednání v rámci prvního kontaktu



Zjištění hlavního důvodu zájmu o službu

V úvodu rozhovoru se pracovník vždy zajímá o situaci zájemce a případně i jeho rodiny, která ho vedla k tomu, že kontaktoval službu. Pracovník vyzve zájemce (popř. osobu, která jeho jménem jedná), aby popsal situaci, kterou chce s využitím služby řešit. V úvodu rozhovoru vždy nechá zájemce volně hovořit o situaci, teprve poté přistoupí k vlastnímu rámcovému zjišťování situace. Je důležité nezačít jednání nabízením služby (poskytovaných úkonů a činností).

Pokud za zájemce jedná druhá osoba (a zejména pokud je to bez přítomnosti zájemce), ověří sociální pracovník, jaký je vztah této osoby k zastupovanému (zda se jedná o opatrovníka dospělého zájemce, případně upozorní na limity jednání, pokud druhá osoba nemá se zájemcem žádný právní vztah).

Pro rozhodnutí o tom, jestli se zájemcem bude vedeno celé jednání se zájemcem o službu, které by případně mohlo vyústit až k dojednání poskytování služby, nebo zda bude zájemci poskytnuto v jeho situaci základní sociální poradenství, je nutné odpovědět si na následující tři otázky:

Přeje si zájemce využít službu bezodkladně?

Sociální pracovník zjišťuje, zda si zájemce přeje využít službu bezodkladně, tj. bude propuštěn ze zdravotnického zařízení lůžkové péče a nemá zajištěnou pomoc druhé osoby, na které je vzhledem ke svému zdravotnímu stavu závislý.

Je zájemce závislý na pomoci druhé osoby v rozsahu, který odpovídá rozsahu služby, tj. průběžně po celý den, event. i v noci?

V prvním kontaktu se zájemcem, který se často odehrává telefonicky, nebo při návštěvě osoby, která jedná za zájemce, v pobytové službě, nezjišťuje sociální pracovník detailně míru závislosti zájemce na péči, ale orientačně zjišťuje, v jaké formě, jak často a v jakých oblastech života zájemce podporu potřebuje.

Jedná se o nepříznivou sociální situaci, kterou nelze řešit za pomoci rodiny a blízkých, jiných přirozených zdrojů, veřejných služeb či jiných sociálních a zdravotních služeb?

Již v prvním kontaktu může sociální pracovník zjistit, že zájemce, přestože si přeje využít službu okamžitě, nespadá do skupiny osob, kterým je služba určena, tedy že jeho závislost na pomoci druhé osoby může být uspokojena terénní nebo ambulantní sociální službou nebo jinou veřejnou službou, a může nabídnout vhodnější řešení. Sociální pracovník nijak nehodnotí ne/zájem nebo ne/ochotu nebo ne/schopnost rodiny nebo blízkých poskytovat osobě podporu nebo péči. Posuzuje pouze, zda a jak by bylo možné nepříznivou sociální situaci řešit.

Pokud toto první mapování vede ke zjištění, že se jedná o zájemce, který si přeje využít službu okamžitě, a zároveň první informace ukazují, že by se mohlo jednat o osobu, jejíž nepříznivá sociální situace vyžaduje poskytnutí sociální služby ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, je možné

přistoupit ke sjednání prvního osobního setkání (viz kap. 2.3.). V opačném případě může být v rámci prvního kontaktu nebo v jiném termínu nabídnuto základní sociální poradenství.

Pořízení záznamu z prvního kontaktu

Z prvního kontaktu je pořízen záznam. Záznam o zájemci obsahuje minimálně informace:

- jméno a příjmení,
- datum narození,
- trvalé bydliště,
- telefonický kontakt na zájemce, nebo osobu, která jednala za zájemce,
- místo, kde se v současné době nachází,
- kontaktní osoby,
- důvod zájmu o poskytnutí služby - popis nepříznivé sociální situace,
- co bylo zájemci doporučeno nebo nabídnuto a jaký je výsledek tohoto jednání,
- event. další údaje, které služba považuje pro tuto chvíli za podstatné.

Sjednání osobního setkání

Sjednáním osobního setkání je myšleno vyjednání:

- data,
- místa,
- času,
- přítomnosti osob důležitých pro jednání za strany zájemce,
- pravděpodobné délky setkání.

Základní sociální poradenství

Pokud se zájemce (nebo ten, kdo jeho jménem jedná) obrátí na službu, je sociální pracovník vždy povinen zjistit, v čem spočívá nepříznivá sociální situace zájemce.

I tehdy, když zájemce nespadá do cílové skupiny služby a ta jeho nepříznivou sociální situaci nemůže řešit, je sociální pracovník povinen nabídnout základní sociální poradenství.

Sociální pracovník je povinen nabídnout zájemci informace o možnostech řešení jeho nepříznivé sociální situace, o zdrojích, které by mohl využít, např.:

- veřejné služby (např. dodání jídla do domu, praní prádla, dovážka nákupů, úklid, dopravní služby atd.),
- zdravotní služby,
- sociální služby,
- vhodné kompenzační pomůcky a možnost jejich získání,
- sociální dávky, popř. nároky ze sociálního pojištění,

- sociální pracovník nabídne zájemci kontakt na sociálního pracovníka obce, event. mu pomůže kontakt zprostředkovat.

2.3 Osobní setkání v rámci jednání se zájemcem o službu (tzv. sociální šetření)

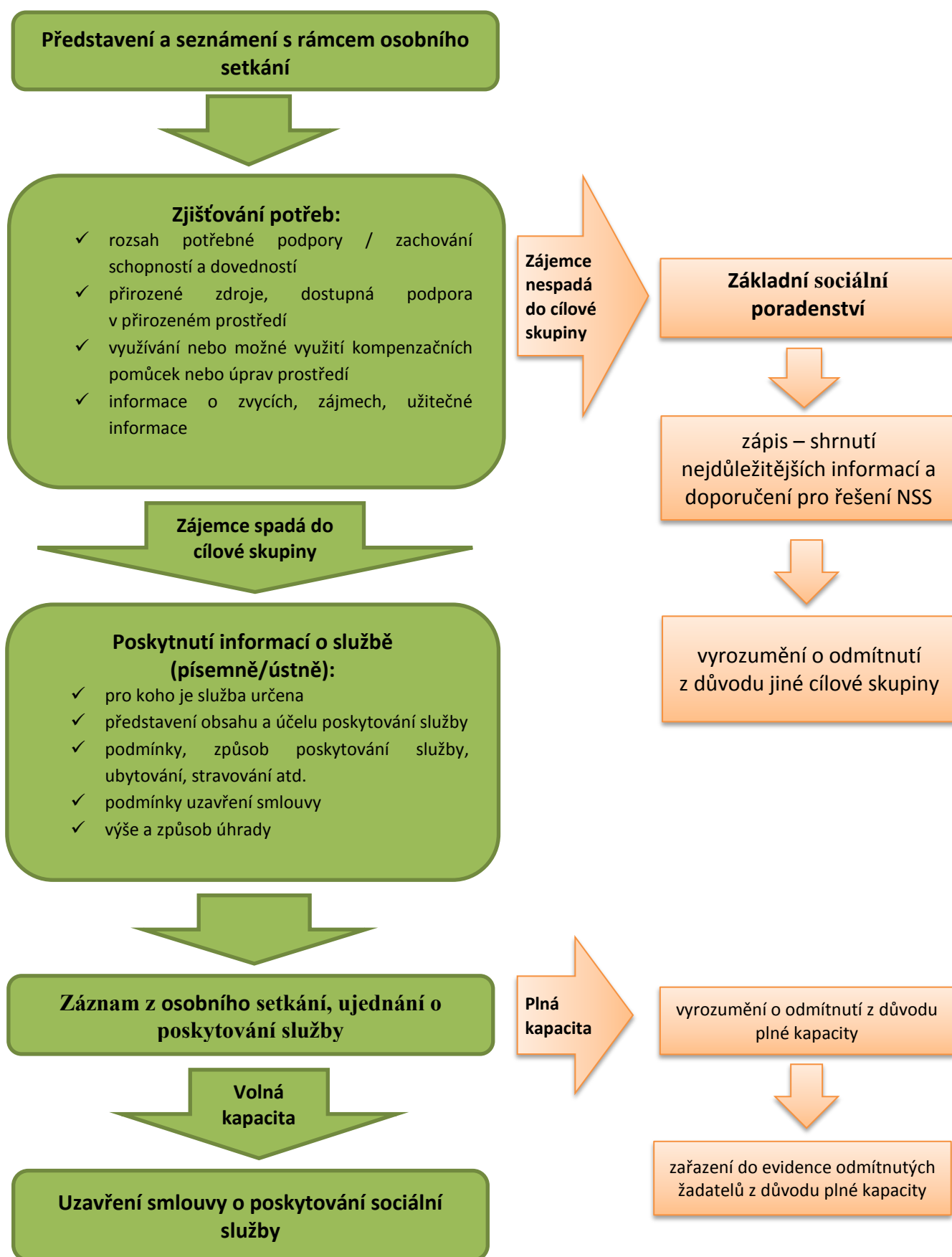
2.3.1 Pravidla sociálního šetření v rámci jednání se zájemcem o službu

- Osobní setkání se zájemcem o službu (poskytovatelé v praxi označují toto setkání termínem sociální šetření, dále tedy sociální šetření) probíhá ve zdravotnickém zařízení.
- Sociální pracovník nabízí zájemci možnost, aby se rozhovoru účastnil i člen rodiny nebo jiná blízká osoba, nebo sociální pracovník zdravotnického zařízení.
- Sociální pracovník sjednává, pokud již nedošlo ke sjednání v rámci prvního kontaktu:
 - datum,
 - čas,
 - přítomnost osob důležitých pro jednání za strany zájemce,
 - pravděpodobnou délku setkání.

2.3.2 Postup při jednání v rámci sociálního šetření

Celý postup sociálního šetření je shrnut v následujícím schématu, jednotlivé jeho části budou upřesněny v dalším textu:

Schéma č. 2 – Průběh osobního setkání



Představení a sdělení rámce osobního setkání

Sociální pracovník se v úvodu sociálního šetření představí a sdělí zájemci, popř. blízké osobě:

- kdo je a jaký je účel setkání (zjistit, zda je pro něj pobytová služba vhodná, poskytnout poradenství),
- informuje ho o předpokládané délce setkání,
- upozorní zájemce a jeho blízké, že si během jednání bude dělat poznámky, které mohou být pomůckou při sestavování plánu poskytování služby zájemci,
- informuje zájemce, že pokud se bude cítit unavený, je možné jednání přerušit a dokončit ho v náhradním termínu.

Zjišťování potřeb zájemce o službu

Komentář zpracovatele:

Předmětná část je uvedena v související části označené jako „C“ s názvem „Metodický postup pro standardizované zjišťování potřeb u žadatelů o pobytovou sociální službu poskytovanou ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče. Oddělení této části je dáno nutností uvádět tuto část jako samostatný výstup v rámci aplikovaného výzkumu (tzv. Hneleg). V praxi se předkládá vložení této části do textu a získání tak kompletní metodiky pro průběhu jednání se zájemcem o službu.

Rozhodování o možnosti poskytnutí služby

Proces zjišťování potřeb vyústí v rozhodnutí sociálního pracovníka doporučit poskytovateli poskytnout zájemci službu, nebo poskytnout základní sociální poradenství zájemci včetně doporučení, jak lze řešit jeho nepříznivou sociální situaci jinak než poskytnutím pobytové služby.

- **Poskytovatel může zájemci službu poskytnout**
Pokud poskytovatel rozhodne, že službu zájemci může poskytnout (zájemce spadá do cílové skupiny a poskytovatel má volnou kapacitu), zpracuje sociální pracovník podle zjištěných informací první individuální plán (plán průběhu poskytování služby), který bude spolu s dalšími důležitými informacemi, které během jednání se zájemcem zjistil, prvním podkladem pro pracovníky služby, kteří o zájemce budou pečovat. Předání informací zjištěných při jednání se zájemcem se řídí vnitřními pravidly služby.
- **Poskytovatel nemůže z důvodu plné kapacity zájemci službu poskytnout, přestože spadá do cílové skupiny**
Pokud na základě jednání se zájemcem služba zjistí, že zájemce spadá do její cílové skupiny, ale z důvodů naplněné kapacity jej nelze přijmout okamžitě, informuje o tom kromě zájemce také sociálního pracovníka zdravotnického zařízení lůžkové péče, event. předá zájemci kontakt na sociálního pracovníka obce.

Nevyhovění žádosti zájemce o službu zaznamená sociální pracovník podle § 88 g) zákona o sociálních službách do evidence žadatelů, kterým nemohla být poskytnuta služba z důvodů naplněné kapacity, a písemně o tom vyrozumí zájemce o službu s tím, že pokud se ve službě uvolní místo, bude zájemce neprodleně kontaktovat.

▪ **Poskytovatel nemůže zájemci službu poskytnout, protože nespadá do cílové skupiny**

V případě, že po zhodnocení nepříznivé sociální situace zájemce dospěje sociální pracovník k závěru, že nepříznivá sociální situace zájemce nevyžaduje řešení prostřednictvím služby, poskytne zájemci základní sociální poradenství, tj. nabídne zájemci kontakty na služby (veřejné, zdravotní, sociální), které mu pomohou jeho situaci řešit, kontakt na sociálního pracovníka obce, nabídne informace o možnosti uplatnit nárok na dávky, příspěvek na péči a další možnosti řešení jeho situace.

Poskytnutí informací o službě

Poskytnutí informací zájemci o službu:

- představení budovy a zázemí služby zájemci (umístění, kapacita, způsob ubytování, vybavení atd.),
- seznámení se způsobem poskytování služby a odbornou připraveností služby, tzn. služba je připravená a umí reagovat na situaci a potřeby uživatele,
- nabídka informačních materiálů (videa, fotografie, letáky obsahující popis všech činností, které služba pro uživatele nabízí),
- seznámení s právy a povinnostmi uživatele služby,
- sdělení výše úhrady za poskytování služby (cenu ubytování, stravování) a nárok poskytovatele na příspěvek na péči, který byl (nebo bude) zájemci o službu přiznán,
- informace o nároku na snížení úhrady za poskytování služby v případě, že by zájemci nezůstalo po zaplacení úhrady za ubytování a stravu min. 15 % jeho příjmu,
- informace o možnosti finanční účasti blízkých osob na úhradě nákladů za poskytnutí služby, pokud příjmy zájemce na úhradu nákladů nestačí,
- informace o tom že nedostatek finančních prostředků není důvodem pro neposkytnutí služby,
- nabídka pomoci při vyplnění žádosti o poskytování služby,
- informace o dokladech, které je k žádosti třeba doložit,
- informace o tom, zda a v jakém termínu bude jeho žádost o poskytnutí služby pravděpodobně vyřízena.

Minimální informace/informační materiály, které je vhodné předat zájemci v písemné podobě:

- leták či jiný informační materiál o službě (obsahuje veřejný závazek, údaje o kapacitě, druhu, místě a způsobu poskytovaných služeb);
- informace o právech a povinnostech vyplývajících z uzavření smlouvy o poskytování služby;

- vzor smlouvy o poskytování služby (pro zájemce se sníženými schopnostmi a dovednostmi může být ve zjednodušené podobě doplněné např. fotografiemi; pokud se zájemce alespoň minimálně orientuje v psaných textech, je tento vzor předán i zájemci s omezenou svéprávností).
- informace o úhradách za poskytované služby včetně informace o možnosti požádat o snížení úhrady za ubytování a stravu, pokud by po jejich odečtení nezůstalo zájemci minimálně 15 % jeho příjmu;
- formulář žádosti o poskytnutí služby a informace o způsobu jejího podání včetně informace o dokladech, které zájemce musí předložit:
 - posudek registrujícího poskytovatele zdravotních služeb,
 - doklad o výši příjmu, pokud hodlá uplatnit nárok na snížení úhrady, aby mu mohlo zůstat alespoň 15 % příjmu,
 - doklad o výši příspěvku na péči, pokud mu byl přiznán.

Informace, které je vhodné při jednání se zájemcem o službu sdělit:

▪ Podmínky poskytování sociální služby podle zákona o sociálních službách

Povinností služby je doplňovat chybějící schopnosti a dovednosti uživatelů služby, podporovat jejich soběstačnost v míře, která respektuje jejich aktuální stav (zdravotní stav, únavu apod.), dbát o zachování jejich důstojnosti a vytvářet podmínky pro to, aby mohli dál rozhodovat o svém životě, a to i při vysoké závislosti na podpoře druhé osoby.

Je vhodné věnovat vysvětlení účelu služby náležitou pozornost, nabídnout příklady z praxe, aby informace byly pro zájemce srozumitelné. Shodně informovat i rodinné příslušníky, resp. blízké osoby, které se jednání účastní, a zdůraznit zaměření služby na potřeby a přání zájemce.

Zdůraznit, že péče o uživatele je v sociální službě diferencována, řídí se potřebami a aktuální situací konkrétní osoby, není poskytována shodně všem uživatelům.

Zájemce/uživatel může očekávat tolik péče/podpory, kolik jí potřebuje. Např. pokud je schopen sám si nalít čaj, upravit si vlasy, obléknout se atd., nebude tyto činnosti zájemci/uživateli služba nabízet.

Současně je třeba zájemce, popř. blízké osoby ujistit, že na každé zhoršení zdravotního stavu zájemce, resp. úbytek schopností a dovedností, akutní zhoršení zdravotního stavu, bude služba reagovat tak, že nikdy nezůstane bez podpory/péče, kterou bude potřebovat.

Se zájemcem je jeho situace vždy projednána způsobem odpovídajícím jeho možnostem, je vyhotoven záznam o tom, v jakých oblastech potřebuje podporu a do jaké míry, a na jeho základě je sjednána péče tzv. na míru.

Transparentní informování zájemce, event. jeho rodiny o tom, v čem spočívá odborná sociální služba, jaké jsou povinnosti sociální služby (poskytování pomoci/podpory jen tomu, kdo ji potřebuje, a jen do míry, do jaké ji potřebuje) a jak konkrétně tyto povinnosti uplatňuje, pomáhá snížit riziko budoucích neshod mezi uživatelem, jeho blízkými a službou a omezuje nereálná očekávání zájemce a jeho blízkých.

▪ **Možnost blízkých osob podílet se na podpoře a péči**

Pro řadu rodinných příslušníků a blízkých osob je velmi důležitá možnost podílet se na péči o svého blízkého i během jeho pobytu v sociální službě poskytované ve zdravotnickém zařízení. Pokud s tím zájemce o službu souhlasí, resp. projeví zájem, je vhodné nabídnout členům rodiny či jiné blízké osobě možnost podílet se na péči o zájemce v pobytové službě. Důležitou součástí této informace je možnost dohodnout konkrétní podobu zapojení blízkých osob do péče.

▪ **Výše úhrady a nárok na snížení úhrady dle § 73**

V rámci jednání se zájemcem o službu je třeba informovat zájemce o výši úhrady za poskytnutí sociální služby (úhrada za ubytování, stravu a úhrady za fakultativní služby) a její diferenciaci podle komfortu ubytování a seznámit osobu s nárokem poskytovatele na zájemci přiznaný příspěvek na péči v případě poskytnutí péče.

Nezbytnou součástí informací by mělo být rovněž seznámení zájemce s nárokem vyplývajícím z § 73 odst. 3 zákona o sociálních službách, který stanoví, že osobě musí po zaplacení úhrady za ubytování a stravy zůstat min. 15 % jejího příjmu, a informace o povinnosti zájemce doložit poskytovateli výši svého příjmu pro účely stanovení snížené úhrady v souvislosti s uplatněním tohoto nároku a dále neprodleně poskytovateli oznamovat změny v příjmu, které by měly vliv na výši úhrady.

Záznam ze sociálního šetření - ujednání o poskytování služby

Zápis z osobního setkání obsahuje:

- jméno a příjmení,
- datum narození,
- trvalé bydliště,
- telefonický, emailový kontakt na zájemce,
- místo, kde se v současné době nachází,
- kontaktní osoby,
- datum osobního setkání,
- místo osobního setkání,
- čas osobního setkání,
- přítomnost osob důležitých pro jednání ze strany zájemce, zdravotnického či jiného zařízení,
- popis nepříznivé sociální situace,
Pozn.: V čem spočívá nepříznivá sociální situace zájemce, která vyžaduje poskytnutí pobytové služby, tzn. v jakých oblastech života je zájemce závislý na pomoci druhé osoby a do jaké míry, tj. popis stavu, který vylučuje v současné době život zájemce v jeho přirozeném prostředí, nebo v jiné pobytové sociální službě. Z popisu vyplývá, že nepříznivou sociální situaci zájemce nelze řešit jinak než využitím pobytové služby poskytované ve zdravotnickém zařízení.
- přehled potřeb zájemce,

Pozn.: První přehled potřeb zájemce (oblasti, ve kterých zájemce potřebuje podporu druhé osoby) s vyznačením míry jeho závislosti na podpoře služby a potřebnou frekvencí podpory. První nastavení rozsahu a způsobu podpory dohodnuté se zájemcem o službu.

- obsah toho, co bylo pracovníkem provedeno, nabídnuto a nakonec dohodnuto,
Pozn.: Pracovník uvádí, jaké metody a potupy při jednání použil (jak zjistil potřeby zájemce), k jakému dospěl závěru a jaký další postup byl stanoven (např. domluva na návštěvě zařízení, dohoda o zkušebním pobytu, zařazení zájemce do evidence žadatelů, stanovení data dalšího setkání určeného k sepsání smlouvy atp.).
- záznam o tom, že sociální pracovník poskytl základní sociální poradenství zájemci, který nespadá do cílové skupiny osob, pro které je služba určena.

Uzavření smlouvy o poskytování sociální služby

Jednání se zájemcem o službu vyústí, v případě, že se jedná o osobu, která spadá do cílové skupiny a sociální služba má volnou kapacitu, v uzavření smlouvy o poskytování sociální služby. Podkladem pro uzavření smlouvy je záznam z jednání se zájemcem o službu včetně záznamu o potřebném rozsahu podpory, kterou bude služba zájemci poskytovat (viz. Metodika zjišťování potřeb) a který je dokladem o vyjednání rozsahu a průběhu poskytování služby se zájemcem.

**ČÁST C - METODICKÝ POSTUP PRO
STANDARDIZOVANÉ ZJIŠŤOVÁNÍ
POTŘEB U ŽADATELŮ O POBYTOVÉ
SOCIÁLNÍ SLUŽBY POSKYTOVANÉ VE
ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH
LŮŽKOVÉ PÉČE**

1. Vstupní informace a teoretická východiska pro zpracování a použití metodiky

Tato část bude věnována jednak prezentaci základních výstupů z dotazníkového šetření v sociálních službách poskytovaných ve zdravotnických zařízeních a analýzy dokumentů, které tyto služby poskytly (kap. 1.1), jednak přehledu legislativních východisek (kap. 1.2), které se staly základními podklady pro zpracování metodiky přijímání žadatelů (viz kap. 2).

1.1 Nejčastější překážky kvalitního a efektivního poskytování služby ve fázi zjišťování potřeb

Metodika vychází ze zjištění nejčastějších překážek kvalitního a efektivního poskytování služby, které byly zjištěny z písemných materiálů, které služby poskytly a z informací, které poskytlo celkem 56 poskytovatelů sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče v rámci dotazníkového šetření:

1. Zaslané materiály neobsahovaly pomůcku/manuál pro zjišťování potřeb, schopností a dovedností zájemce o službu ve všech oblastech běžného života.
2. Zaslané materiály neobsahovaly ucelený přehled poskytované péče/podpory.
3. Část zaslaných materiálů obsahovala přání zájemce, které služba zpracovala do individuálního plánu, část poskytovatelů vytváří plán poskytování péče.
4. Žádný ze zaslaných materiálů neobsahoval záznam o rozsahu potřebné podpory služby a popis zbylých schopností zájemců/uživatelů.

1.2 Legislativní východiska pro zpracování metodiky

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. v aktuálním znění (dále i zákon o sociálních službách) stanovuje:

§ 2 Základní zásady

Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování jejich nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování.

Komentář v kontextu Metodického postupu: V souvislosti se zjišťováním potřeb zájemce o službu je třeba zaměřit pozornost na tu část ustanovení § 2 odst. 2 zákona o sociálních službách, která ukládá službě povinnost: „... vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně ...“.

Poskytovaná podpora služby musí být proto zaměřena k rozvoji nebo podpoře stávajících dovedností a schopností uživatele. Aktivní působení služby musí předpokládat pečlivé zjišťování zbylých schopností a možností osoby (byť se jedná jen o jemný pohyb, vyjádření souhlasu/nesouhlasu mimikou obličeje apod.), vytváření prostoru pro jejich využití a hledání vhodných podnětů zvláště pro každou takovou osobu. Základní zásady zákona stanoví, že veškerá pomoc, která je uživateli sociální služby poskytována musí vycházet z jeho jedinečné konkrétní situace. Základním východiskem pro poskytnutí služby je tedy zjištění jeho možností, schopností a potřeb.

Nepříznivá sociální situace je určena souborem potřeb, které není osoba schopna si sama zajistit a jejichž zajištění vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Zmapování nepříznivé sociální situace osoby tudíž znamená zjistit, v jakých oblastech života je osoba odkázána na pomoc druhé osoby, jaké kompetence jí scházejí, a to nejen při jednání se zájemcem o službu, ale po celou dobu poskytování služby.

§ 3 Vymezení některých pojmů

e) sociálním začleňováním [se rozumí] proces, který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené dosáhnou příležitostí a možností, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný.

Komentář v kontextu Metodického postupu: Zákon o sociálních službách ve svých ustanoveních říká, že služba má podporovat uživatele aktivně a usilovat o jeho sociální začleňování. Jestliže je zjišťování potřeb základním východiskem pro nastavení služby, je tedy třeba se při zjišťování potřeb zájemce/uživatele zaměřit na jeho potřeby s ohledem na možnost a podporu sociálního začlenění (jakou podporu osoba potřebuje v jednotlivých oblastech života, aby mohlo dojít k jejímu sociálnímu začlenění). Poskytnutí pobytové sociální služby osobě v nepříznivé sociální situaci s nižší mírou závislosti může vést k ohrožení sociálním vyloučením. U osob s vysokou mírou závislosti na péči druhé osoby nebo s postižením, které ji stigmatizuje, může k sociálnímu vyloučení dojít i v pobytovém zařízení. Proto je důležité, aby již ve fázi jednání se zájemcem o službu sociální pracovník riziko sociální izolace identifikoval a nenaplněnou potřebu sociálních kontaktů zaznamenal a zdůraznil nutnost zaměřit budoucí podporu také do této oblasti, avšak v míře a formě, která je úměrná věku, vkusu a životnímu stylu zájemce.

§ 88 Povinnosti poskytovatelů sociálních služeb

f) plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým poskytují sociální služby, vést písemné záznamy o průběhu poskytování sociální služby a hodnotit průběh poskytování sociální služby za účasti těchto osob, je-li to možné s ohledem na jejich zdravotní stav a druh poskytované sociální služby, nebo za účasti jejich zákonných zástupců nebo opatrovníků a zapisovat hodnocení a jeho výstupy do písemných individuálních záznamů.

Komentář v kontextu Metodického postupu: Povinnosti poskytovatele zakotvené v § 88 zákona o sociálních službách zdůrazňují individuální nastavení poskytování sociální služby každému zájemci a zjištění jeho potřeb a schopností, jako zásadní podmínku plánu poskytování služby. Pokud služba detailně nezjistí potřeby a schopnosti zájemce a nezachytí je písemně jako podklad pro plán, nemůže zaručit, že naplní základní zásadu zákona, a to že podporuje osobu v samostatnosti a nečiní ji na službě víc závislou než je vzhledem k její nepříznivé situaci nezbytné.

Zjišťování potřeb zájemce je tedy hlavním východiskem pro nastavení průběhu poskytování služby.

§ 37

(2) Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit.

Komentář v kontextu Metodického postupu: Základním úkonem v podpoře samostatnosti a soběstačnosti osoby je kvalitní poskytnutí základního sociálního poradenství, které je součástí činnosti každé sociální služby. Poskytnutí informací o možnosti využití kompenzačních a rehabilitačních pomůcek, o sociálních dávkách, o existujících zdrojích pomoci – sociálních, zdravotních a jiných veřejných službách, dobrovolnicích atd., může velmi přispět k rozvoji samostatnosti a soběstačnosti osoby a umožnit její sociální začleňování.

Povinnost poskytnout základní sociální poradenství se neváže jen na službu, kterou sociální pracovník reprezentuje, ale vztahuje se k nepříznivé sociální situaci osob, které se na sociálního pracovníka obrátí, tj. zájemce, nebo toho, kdo v jeho zájmu jedná.

Sociální pracovník je povinen upozornit zájemce (nebo osobu, která jeho jménem jedná), že je povinen nabízet zájemci řešení, které jeho situaci z pohledu sociálního začlenění zlepší a zasahují co nejméně do jeho současného života, pokud zájemce přichází z domácího prostředí (pracovník mu pomáhá jeho životní styl v přirozeném prostředí udržet).

§ 109 Sociální pracovník

*Sociální pracovník vykonává **sociální šetření**, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, **sociální poradenství** a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.*

Komentář v kontextu Metodického postupu: Sociální pracovník je dle ustanovení § 109 zákona o sociálních službách hlavní osobou, která v sociální službě vstupuje do oblasti jednání se zájemcem o službu a zjišťování potřeb jako základního kroku pro sjednání obsahu a průběhu služby.

Sociální poradenství je v tomto ustanovení uvedeno jako jedna z odborných činností sociálního pracovníka. Kompetentní sociální pracovník má přehled o aktuální nabídce služeb v místě, resp. v

regionu (sociálních, zdravotních, jiných veřejných služeb), které by mohly situaci zájemce řešit a je v úzkém kontaktu se sociálním pracovníkem obce při hledání optimálního řešení nepříznivé sociální situace zájemce/uživatele.

Sociální pracovník je tedy hlavním garantem poskytování služby v souladu s § 2 zákona o sociálních službách, hlavním garantem nastavení průběhu poskytování služby tak, aby služba podporovala samostatnost a soběstačnost uživatele a jeho sociální začleňování.

Sociální pracovník je odborně připraven vést rozhovor se zájemcem (tj. i se zájemcem s omezenou schopností verbální komunikace a omezenou schopností porozumět), zjišťovat jeho potřeby, přitom je schopný empaticky komunikovat s jeho blízkými.

1.3 Příloha č. 2 k vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Obsah standardů kvality sociálních služeb

Standardy kvality sociálních služeb - Standard č. 3

b) Poskytovatel projednává se zájemcem o službu jeho požadavky, očekávání a osobní cíle, které by vzhledem k jeho možnostem a schopnostem bylo možné realizovat prostřednictvím sociální služby;

Komentář v kontextu Metodického postupu: Povinnost vycházet z individuální (konkrétní) situace osoby je zakotvena rovněž ve Standardu kvality sociálních služeb č. 3.

Standard č. 3 zdůrazňuje roli zájemce samotného při vyjednávání obsahu služby, a to i v případě, že se jedná o osobu s velmi vysokou potřebou podpory. Kritérium požaduje, aby měl poskytovatel k dispozici nástroje, které mu umožní požadavky, očekávání, osobní cíle, možnosti a schopnosti zjišťovat, a to jak z hlediska obsahu (tj. mít jasně vymezeno, co se zjišťuje), tak do metod a postupů (jak probíhá zjišťování). Projednávání požadavků a očekávání zájemce o službu je třeba vnímat v kontextu zákonných povinností služby.

Služba může potvrdit a přijmout při jednání se zájemcem o službu jen ta očekávání a přání zájemce, která korespondují s ustanovením § 2 odst. 2 zákona o sociálních službách. Je povinností sociálního pracovníka, aby srozumitelně vysvětlil zájemci a jeho blízkým jaké požadavky, očekávání a osobní cíle mohou být poskytováním služby podpořeny, resp. k jejich naplnění může služba přispět, a to v rozsahu, který jí ukládá zákon.

2. Metodický postup pro standardizované zjišťování potřeb zájemců o sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče

Metodický postup stanovuje jednak základní pravidla pro zjišťování potřeb (kap. 2.1), jednak postup zjišťování potřeb (kap. 2.2), včetně práce s těmito zjištěními (kap. 2.3). Součástí je i tabulka obsahující přehled oblastí běžného života, které jsou východiskem nástroje pro zjišťování potřeb.

2.1 Stanovení pravidel pro zjišťování potřeb

Při tvorbě vlastních pravidel musí poskytovatel stanovit, kdo bude kompetentní osobou nebo kompetentními osobami pro zjišťování potřeb a jaký nástroj bude pro toto zjišťování využíván.

Kdo zjišťování potřeb provádí:

Zjišťování potřeb v rámci jednání se zájemcem o službu obvykle provádí sociální pracovník, popř. společně se zdravotnickým pracovníkem.

Rozsah zjišťovaných potřeb:

Vytvoření nástroje/pomůcky pro zjišťování potřeb, schopností a dovedností zájemce/uživatele přispívá k zajištění jednotného postupu a účelnosti procesu.

Přehled oblastí běžného života jako východiska nástroje pro zjišťování potřeb viz tabulka Přehled oblastí běžného života jako východisko nástroje pro zjišťování potřeb.

Využívání nástroje v rámci sociálního šetření přispěje k tomu, že sociální pracovník:

- udrží strukturu jednání a směřuje rozhovor se zájemcem nebo blízkými osobami, případně jiné postupy (např. pozorování) k získání informací nezbytných pro rozhodování o poskytnutí služby, ale také k nastavení individuálního plánu průběhu sociální služby,
- nezapomene zjišťovat schopnosti, dovednosti a potřebu podpory zájemce v těch oblastech, které se mohou zdát, vzhledem k jeho zdravotnímu stavu, nepodstatné (např. seberealizace u osoby významně omezené v pohybu a vyjadřování),
- získá podrobný obraz o potřebách podpory/péče o zájemce,
- získá důkaz o tom, že zájemce patří/nepatří do okruhu osob, kterým je služba určena,
- získá podklad pro sestavení plánu průběhu poskytování služby zájemci,
- je připraven zájemci, event. rodinám zájemce nabídnout podrobný přehled podpory/péče, kterou bude jejich blízký od služby potřebovat.

Podpora/péče služby naplánovaná a poskytovaná na základě podrobného zjištění potřeb bude důkazem o poskytování služby v souladu se zákonnými požadavky.

Individuální plán (plán průběhu poskytování služby) sestavený na základě podrobného zjištění potřeb zájemce je důkazem o respektování práv klienta, podpoře jeho nezávislosti, důkazem o tom, že služba na klienta působí aktivně a podpora je poskytována tak, jak byl klient zvyklý atd.

Individuální plán (plán průběhu poskytování služby) sestavený na základě podrobného zjištění potřeb vede pracovníky služby k tomu, aby se zaměřili na podporu zbylých schopností i u uživatelů s nejvyšší mírou závislosti, u kterých vždy hrozí riziko vnímání uživatele jako zcela neschopného jakékoliv činnosti a rozhodování.

2.2 Postup zjišťování potřeb

Při přípravě setkání je třeba, aby sociální pracovník plánoval na setkání se zájemcem dostatek času tak, aby mohl zjistit schopnosti a dovednosti zájemce a jeho potřebu podpory.

Při zjišťování potřeb zájemce o službu se sociální pracovník musí v první řadě zaměřit na vytvoření dobré atmosféry, která by pro zájemce byla co nejméně zatěžující a ve které by mohl vyjádřit své požadavky.

Nejprve je vhodné nechat zájemce volně hovořit o jeho situaci. Pokud zájemce není schopen verbálního projevu, nebo je jeho projev výrazně omezený, dá sociální pracovník prostor členu rodiny, nebo jiné pečující osobě, event. sociálnímu pracovníkovi zdravotnického zařízení přičemž stále dává zájemci najevo, že si uvědomuje jeho přítomnost a respektuje ho jako zájemce o službu.

Teprve poté, co zájemce sdělí to, co považuje za důležité, upřesňuje sociální pracovník svými otázkami celkový obraz nepříznivé sociální situace zájemce a kontroluje (nejlépe s pomocí písemné pomůcky/manuálu), zda zjistil vše, co k nastavení péče a k vytvoření přehledu o jeho schopnostech, dovednostech a potřebách služba potřebuje.

Někteří zájemci uvítají, když jim sociální pracovník nabídne tištěný manuál/pomůcku k přečtení – mohou získat konkrétní představu o tom, co sociální pracovník zjišťuje.

2.2.1 Způsob a hlavní body procesu zjišťování potřeb

Sociální pracovník zjišťuje potřebu podpory zájemce ve všech oblastech běžného života, nespolehá pouze na sdělení zájemce, co by od služby potřeboval, ale nabízí podporu ve všech oblastech běžného života.

Sociální pracovník neklade pouze otevřené otázky typu: „Co od služby očekáváte,“, „Co si přejete?“, ale sám **aktivně nabízí** podporu ve všech oblastech běžného života.

Sociální pracovník prochází všechny oblasti běžného života s cílem zjistit, zda je v těchto oblastech zájemce samostatný, popř. zda je možné kompenzovat jeho ztrátu samostatnosti kompenzační pomůckou či úpravou prostředí, využitím přirozených zdrojů či veřejných služeb.

Sociální pracovník ujišťuje zájemce o tom, že služba bude vždy reagovat na změnu jeho potřeb, to znamená:

- pokud se jeho stav zhorší a potřeba péče a podpory se zvýší, služba mu ji okamžitě poskytne v takovém rozsahu, v jakém bude potřebovat,
- pokud se zvýší jeho schopnosti a dovednosti, nebude mu poskytována větší péče/podpora, než jakou bude potřebovat: „Pomůžeme vám v tom, v čem pomoc potřebujete. Podpoříme vás, abyste dál dělal to, co dokážete, a třeba se nám společně podaří, že se váš stav zlepší a vy nás tolik nebudete potřebovat. Budeme hledat pomůcky, které by vám mohly pomoci apod.“.

V rozhovoru se sociální pracovník řídí strukturou pomůcky, aby se neodchýlil od účelu jednání a zjistil co nejvíc informací, které potřebuje.

Sociální pracovník zjišťuje, které činnosti zájemce není schopen zcela nebo z části provést sám, při kterých potřebuje pomoc a v jakém rozsahu. Sociální pracovník zjištění zaznamenává a doptává se na témata, která uživatel nezmínil.

Nabízí podporu v jednotlivých oblastech. Nabídka by měla být konkrétní, pro zájemce (osobu, která za něj jedná) srozumitelná – např.: *„Pokud byste měl starost, jak finančně vyřešíte úhradu za naše služby, můžete se s námi o tom poradit, budeme společně hledat řešení.“*, *„Můžeme vám pomoci s žádostí o přiznání/zvýšení příspěvku na péči.“* apod.

Sociální pracovník se při jednání nevyhýbá citlivým tématům, např. používání inkontinenčních pomůcek. Pokud jedná otevřeně a s respektem, zájemci tím dává zprávu, že pracovníci služby nebudou zaskočení žádným omezením nebo zdravotním postižením zájemce.

Při zjišťování schopností zájemce se sociální pracovník neomezuje pouze na konstatování „zvládá s podporou“, „nezvládá“. I u zájemců značně závislých na pomoci druhé osoby se ptá, do jaké míry se mohou do jednotlivých úkonů zapojit fyzicky a pokud to již není možné, zda jsou schopni pečujícímu říci, jak má být péče o něj prováděna, aby mu vyhovovala, např. posoudí teplotu vody při mytí.

Sociální pracovník zaznamenává nejen nutnost podpory, ale také její rozsah. To koresponduje s požadavkem zákona na udržování aktivity uživatele služby. Pokud tyto informace není možné zjistit od zájemce, ptá se sociální pracovník osoby, která za zájemce jedná, jak byl uživatel zvyklý tyto úkony provádět, jak byl podporován pečující osobou atd.

V průběhu jednání informuje sociální pracovník přítomné členy rodiny, resp. blízké osoby zájemce také o zákonných podmínkách poskytování služby, zdůrazňuje zaměření služby na podporu zbylých schopností zájemce, včetně schopnosti se samostatně rozhodovat.

Sociální pracovník s respektem, ale otevřeně, označuje ty nároky vznesené zájemcem nebo jeho blízkými, které překračují rámec služby, za nereálné a objasňuje zákonný rámec služby.

Otevřený postoj služby k nereálným očekáváním zájemce, resp. jeho blízkých osob předejde neshodám mezi zájemcem/jeho rodinou a pracovníky služby, nebo nespokojenosti zájemce s poskytováním služby.

Pokud s tím zájemce o službu souhlasí, resp. projeví zájem, nabízí sociální pracovník členům rodiny či jiné blízké osobě možnost podílet se na péči o zájemce v pobytové službě v rozsahu, který je blízké osoby únosný, a informuje o možnosti dohodnout konkrétní podobu zapojení blízkých osob do péče.

U oblastí běžného života, ve kterých zájemce potřebuje podporu, zjišťuje sociální pracovník jeho schopnosti a dovednosti a míru potřebné podpory pomocí služby.

Sociální pracovník projednává se zájemcem rozsah podpory, např. pokud zájemce uvede, že při oblékání je sice schopen obléci si košili, ale není schopen zapnout si knoflíky, pracovník dojedná a zaznamená, že služba bude zájemci/uživateli každý den zapínat knoflíky košile, kterou mu však nebude oblékat.

Pokud zájemce uvede, že je schopen si umýt obličej a ruce, ale není schopen si umýt ostatní části těla, zaznamená sociální pracovník, že služba bude poskytovat pomoc při mytí tak, že umyje zájemci/uživateli tělo s výjimkou obličeje a rukou, které si zájemce bude mýt sám.

Sociální pracovník se průběžně ujišťuje, že zájemce rozumí výsledku jednání a souhlasí s ním, např.: *„Souhlasíte s tím, že se dál budete oblékat a služba vám bude zapínat knoflíky? Mohu zapsat, že obličej a ruce si budete dál mýt sám?“*

Popsaná potřeba podpory a její míra, popsané schopnosti a dovednosti zájemce o službu jsou nezbytným podkladem pro sestavení plánu průběhu poskytování služby konkrétnímu zájemci.

Pokud sociální pracovník takto zjišťuje potřeby zájemce, jeho schopnosti a dovednosti a jedná o budoucí podpoře služby, umožňuje zájemci pochopit roli služby v jeho životě. Plán průběhu poskytování služby sestavený z takto získaných informací je důkazem o individuálním přístupu k zájemci/uživateli a důkazem o podpoře jeho soběstačnosti a samostatnosti, naplněním zákonných povinností služby.

Sociální pracovník ověřuje nejasná nebo nereálná tvrzení zájemce.

V průběhu rozhovoru se sociální pracovník může setkat s tím, že zájemce např. zdůrazňuje svou závislost a nutnost využití pobytové sociální služby, přestože sociální pracovník vidí, že je zájemce schopen většinu denních činností zvládnout bez pomoci, a je zřejmé, že přání zájemce využít pobytovou službu je motivováno především osamělostí. V opačném případě zájemce nechce využít pobytovou službu, ale ti, kdo o něj pečují, již nejsou ochotni nebo schopni péči zajišťovat. V obou případech sociální pracovník svá zjištění projedná se zájemcem a jeho blízkými a hledá řešení, které by odpovídalo potřebám zájemce, možnostem blízkých osob i zákonným požadavkům kladeným na službu.

V návaznosti na zjištěnou oblast potřebné podpory sociální pracovník zjišťuje dostupnou podporu zájemce v jeho přirozeném prostředí (pomoc rodiny a blízkých, veřejné služby atd.).

Sociální pracovník při jednání se zájemcem zjišťuje detailně jeho nepříznivou sociální situaci v celém rozsahu, tzn. kromě potřeby podpory zjišťuje i existující zdroje pro řešení jeho nepříznivé sociální situace v jeho přirozeném prostředí (návaznost na § 38 zákona o sociálních službách).

Zjišťuje, zda a v jakém rozsahu by mohl zájemce využít ve své situaci především:

- pomoc z přirozených zdrojů – zda a jak mu mohou pomoci jeho blízcí, přátelé;
- zda a v jakém rozsahu lze k podpoře zájemce využít běžných veřejných služeb, (pracovník však nikdy nehodnotí ne/ochotu, ne/zájem nebo ne/možnost blízkých osob poskytovat zájemci podporu a péči v domácím prostředí);
- zda je možné řešit jeho nepříznivou sociální situaci pomocí jiných sociálních služeb (ambulantních, terénních, pobytových);
- zda a v jakém rozsahu je možné řešit jeho nepříznivou sociální situaci pomocí terénní zdravotní služby;
- zda by nepříznivou sociální situaci zájemce mohlo řešit také získání bezbariérového bytu zvláštního určení obce nebo jiná forma bydlení.

Sociální pracovník poskytuje sociální poradenství, informuje zájemce o možnostech řešení jeho nepříznivé sociální situace pomocí úpravy prostředí, kompenzačních pomůcek, jiných sociálních, zdravotních nebo jiných veřejných služeb a přirozených zdrojů.

V průběhu rozhovoru se zájemcem o službu a projednávání oblastí běžného života, ve kterých zájemce potřebuje podporu, se někdy ukazuje, že omezení schopností a dovedností zájemce lze do určité míry kompenzovat úpravou prostředí, kompenzační pomůckou a zájemce tuto pomůcku nemá k dispozici. Např. pokud sociální pracovník zjistí, že se zájemce není schopen bez cizí pomoci bezpečně pohybovat, zjišťuje, zda má/měl zájemce pomůcku, která mu k bezpečnému pohybu pomůže. Stejně tak zjišťuje, zda má upravené prostředí tak, aby pohyb po bytě byl méně rizikový. Pokud sociální pracovník v průběhu jednání zjistí, že zájemce neví, na jaké sociální dávky má nárok, nebo že jeho zdravotní stav s největší pravděpodobností zakládá nárok na příspěvek na péči a/nebo není schopen sám tyto nároky uplatnit, v takovém případě nabízí podporu při uplatnění nároku, resp. jej kontaktuje se sociálním pracovníkem obce s rozšířenou působností.

Sociální pracovník poznamená možnost kompenzace potřeb a seznámí s ní zájemce, a to zvláště v případě, že se v průběhu rozhovoru ukazuje, že by bylo možné řešit nepříznivou sociální situaci zájemce v přirozeném prostředí.

Při zjišťování potřeb, schopností a dovedností zájemce o službu zjišťuje a zaznamenává sociální pracovník také rizika, která zájemci vzhledem k jeho nepříznivé sociální situaci hrozí a o kterých by měla být služba informována, aby byla připravena je minimalizovat.

Sociální pracovník identifikuje zjevná nebo možná rizika, která zájemci o službu hrozí vzhledem k jeho nepříznivé sociální situaci, a zaznamenává je pro potřeby služby, která by měla být připravena je minimalizovat, pokud se zájemce stane uživatelem služby.

Dojednání obsahu a rozsahu podpory v jednotlivých oblastech života je dojednáváním „osobního cíle“ zájemce o službu, resp. společného cíle zájemce a služby.

Osobní cíl je v kontextu podpory samostatnosti a soběstačnosti spatřován v tom, jaké kompetence, dovednosti uživatele zůstanou zachovány nebo budou dosaženy pomocí poskytování služby. Jaké míry samostatnosti v jednotlivých oblastech běžného života může být poskytováním služby dosaženo. Takový cíl je zároveň snadno měřitelný a vyhodnotitelný.

U osob s vysokou mírou závislosti a minimální schopností vyjadřovat se, je společným cílem, na který by měla být služba vždy zaměřena, takový stav, kdy osoba nejeví neklid, nepohodu, bolest. Aby takového cíle mohlo být dosaženo, je nezbytné, aby sociální pracovník při zjišťování potřeb zaznamenal, jak se projevuje osoba ve stavu neklidu, nepohody, bolesti a naopak jak vyjadřuje spokojenost, pohodu.

2.2.2 Specifika zjišťování potřeb ve zdravotnickém zařízení nebo jiném neosobním prostředí

Při jednání se zájemcem o službu, který je v péči zdravotnického zařízení a jeho zdravotní stav vyžaduje rozsáhlou podporu pečujícího personálu, zvažuje sociální pracovník, jaké informace bude zjišťovat přímo od zájemce o službu, které informace získá pozorováním a jaké informace o potřebě podpory může získat od pečujícího zdravotního personálu, sociálního pracovníka zdravotnického zařízení, rodiny. Zjevnou potřebu pomoci nemusí sociální pracovník komentovat a pouze zaznamená, že zájemce potřebuje maximální pomoc např. při změně polohy na lůžku, při mytí, koupání, podání stravy.

Sociální pracovník předem pečlivě zváží, jaké informace bude zjišťovat, pokud jednání se zájemcem o službu je vedeno ve zdravotnickém zařízení nebo v sociální službě ve zdravotnickém zařízení.

V takovém prostředí, kde není dostatek soukromí, není vždy možné hovořit se zájemcem o všech podrobnostech jeho nepříznivé sociální situace. Přesto musí sociální pracovník zjistit, zda nejvhodnější řešení nepříznivé sociální situace zájemce spočívá v poskytnutí sociální služby ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče.

Jestliže to dovoluje zdravotní stav zájemce a prostory zdravotnického zařízení, vyjedná sociální pracovník možnost jednat se zájemcem v soukromí.

Sociální pracovník uzpůsobí délku i obsah jednání se zájemcem jeho zdravotnímu stavu a faktu, že jednání probíhá obvykle v místnosti s více pacienty.

2.2.3 Zásady práce s informacemi při zjišťování potřeb

Hlavní zásady:

- Sociální pracovník se vždy řídí zásadou, že informace o životě zájemce by měl v první řadě poskytovat zájemce sám, jen pokud není schopen je poskytnout, obrací se sociální pracovník na osoby blízké, příp. další osoby (soc. pracovník zdravotnického zařízení, soc. pracovník obce, zdravotničtí pracovníci).
- Informace by se měly týkat dosavadního způsobu života, zvyků, rituálů, průběhu dne, oblíbených činností atd., které mohou být užitečné při nastavování podpory službou. Pokud informace poskytuje za zájemce jeho rodina, upozorní ji sociální pracovník, aby informace poskytovala s rozvahou a s vědomím, jaké informace by o sobě chtěl sdělit zájemce.
- Sociální pracovník zváží, které informace jsou pro poskytování služby zájemci důležité, ty zaznamená do záznamu z jednání se zájemcem.
- Sociální pracovník nezjišťuje a do záznamu ze sociálního šetření zásadně neuvádí stigmatizující nebo hodnotící informace typu, zda zájemce zvládá agresivitu, jakou má povahu apod.
- Sociální pracovník nabízí zájemci možnost poskytnout službě informace o tom, se kterými členy rodiny, resp. blízkými osobami chce být v kontaktu, pokud k tomu potřebuje podporu služby (např. pomoc při telefonování, psaní či přečtení dopisu apod.). Sociální pracovník se neptá, zda má dobré či špatné vztahy se členy rodiny, popř. jinými osobami.
- Sociální pracovník nabízí zájemci možnost předem informovat službu o tématech, která jsou mu nepříjemná, a očekává, že je služba nebude v kontaktu s ním zmiňovat (sociální pracovník se neptá, jaká traumata zájemce zažil).
- Sociální pracovník postupuje v oblasti informací ze života zájemce citlivě, je si vědom toho, že pro zájemce jsou pracovníci služby cizí lidé a že může být obtížné jim sdělovat soukromé informace.
- Sociální pracovník při zjišťování, zda zájemce potřebuje podporu v orientaci zájemce o službu „nezkouší“. Pomocí vlastních komunikačních dovedností a schopností z projevů zájemce jeho potřeby zjistit, zjišťuje potřebu podpory, aniž by zájemce uváděl do role „žáka“, který si není jistý odpovědí.
- Sociální pracovník respektuje při zjišťování citlivých informací právo zájemce na soukromí, a proto v průběhu rozhovoru zdůrazňuje, že je na vůli zájemce, zda takové informace službě poskytne.

2.3 Práce se zjištěním potřeb zájemce

Jakmile sociální pracovník zjistí, v jakých oblastech běžného života potřebuje zájemce o službu podporu, jaké jsou jeho schopnosti, dovednosti a potřeby, přistoupí k vyhodnocení zjištěných informací. **Ze zjištění vyplývá, že:**

Zájemce o službu se neobejde bez pomoci jiné fyzické osoby

Sociální pracovník zpracuje informace z jednání se zájemcem o službu do návrhu plánu průběhu poskytování služby (jedná se o první verzi plánu průběhu poskytování služby popř. individuálního

plánu, který bude po zahájení poskytování služby upřesňován a doplňován). Vypracování plánu a předání příslušným pracovníkům služby se řídí vnitřními pravidly služby. V materiálu upozorní na nutnost následného zjištění těch informací, které nebylo možno od zájemce během jednání získat.

Pokud se jednání účastní členové rodiny zájemce (a pokud o to projeví zájemce zájem, nebo s tím souhlasí), nabízí jim sociální pracovník možnost podílet se na péči o zájemce v sociální službě poskytované ve zdravotnickém zařízení (nejen návštěvou v pokoji, ale např. podáním jídla, doprovodem při chůzi, apod.). Sociální pracovník zdůrazní, že přítomnost rodiny služba přijímá jako přirozenou součást života zájemce ve službě.

Sociální pracovník nabídne rodině podporu v nácviku péče např. při použití kompenzačních pomůcek, používání inkontinenčních pomůcek apod.

Zájemce potřebuje podporu jen výjimečně, nebo jen v takových oblastech života, ve kterých může podporu nabídnout jiný druh sociální služby (terénní, ambulantní).

Sociální pracovník zájemci sdělí, že nepatří k osobám, které potřebují pravidelnou a rozsáhlou péči/podporu. Sociální pracovník nabídne zájemci sociální poradenství, tj. informuje o tom, jak je možné řešit jeho nepříznivou sociální situaci jiným způsobem. Příkladem může být situace, kdy si zájemce přeje využít pobytovou službu jen proto, že zůstal sám, cítí se osamělý, neví si rady v zařizování běžných záležitostí, neví, že terénní sociální služba je schopna ho podpořit i např. v péči o finanční záležitosti, v kontaktu se společenským prostředím, v trénování chůze, podporovat v orientaci, či nácviku komunikace, podporovat paměť, apod.

Zájemce o službu potřebuje podporu ve většině oblastí běžného života, ale jeho zájem o službu iniciovala rodina nebo zdravotnické zařízení a sám zájemce by raději zůstal ve svém přirozeném prostředí.

Sociální pracovník poskytne zájemci a blízké osobě veškeré informace o možnosti řešení jeho nepříznivé sociální situace v domácím prostředí. Informuje o možnostech využití terénních a ambulantních sociálních služeb, služby domácí zdravotní péče, jiných veřejných služeb, dobrovolnických organizací apod.

Přehled oblastí běžného života jako východisko nástroje pro zjišťování potřeb

Oblast potřeb		Ověření zajištění potřeb v dané oblasti	Získané kompetence
1. Osobní hygiena	Denní hygiena	Osoba má možnost provést všechny úkony osobní hygieny a péče o tělo s podporou služby v tempu, které je osobě příjemné a kterého je osoba schopna, důstojně a v soukromí	Osoba pečuje o svou hygienu podle svých potřeb a zvyklostí
	Mytí a koupání		
	Výkon fyziologické potřeby		
2. Zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu	Oblékání	Osoba má možnost nadále udržovat s podporou služby svůj styl v oblékání a celkové úpravě vzhledu, je respektována při volbě svého vzhledu	Osoba pečuje o sebe dle svých potřeb a zvyklostí
3. Samostatný pohyb	Změna polohy	Osoba má podporu při změně polohy na lůžku/vstávání z lůžka, je seznámena a má k dispozici pomůcky/postupy, které usnadňují pohyb	Osoba se pohybuje ve svém prostoru i mimo něj podle svých potřeb
	Manipulace s předměty	Osoba má možnost rozhodovat o umístění předmětů denní potřeby, přizpůsobit vlastní prostor svým potřebám	
	Pohyb ve vlastním prostoru	Osoba má možnost využívat vlastní prostor podle svých potřeb, možnost užívat si soukromí ve vlastním prostoru	
	Pohyb mimo zařízení	Osoba má k dispozici pomůcky/informace pro usnadnění bezpečného pohybu	
4. Zajištění stravování	Zajištění potravin	Osoba má možnost přípravy jednoduchých jídel, nápojů s podporou služby Osoba má možnost kontrolovat spotřebu vlastních potravin, má možnost rozhodovat o jejich spotřebě nebo zlikvidování	Osoba se stravuje podle svých zvyklostí a potřeb, má zajištěnou stravu
	Příprava a		

Oblast potřeb		Ověření zajištění potřeb v dané oblasti	Získané kompetence
	příjem stravy	<p>Osoba má možnost najíst se / napít se způsobem podle vlastního výběru, v místě podle vlastního výběru (vlastní prostor/pokoj, nebo společný prostor)</p> <p>Osoba má vždy jídlo připravené tak, aby nebylo obtížné ho sníst</p> <p>Osoba má k dispozici pomůcky pro usnadnění najedení/napití (např. zvýšený okraj talíře, speciální hrneček, odlehčený příbor, atd.)</p>	
5. Péče o vlastní prostor	Úklid a údržba vlastního prostoru	<p>Osoba má možnost s podporou služby ukládat věci na místo podle vlastního uvážení, nebo projevit vůli, jak mají být uloženy</p> <p>Osoba má možnost rozhodovat o tom, jak a kdy bude provedena údržba a úklid vlastního prostoru, má možnost se na tom s podporou služby podílet</p> <p>Osoba má možnost rozhodovat o způsobu stlaní lůžka, o době převlékání lůžkovin, o výběru lůžkovin</p>	Osoba pečuje o svůj prostor / své věci, rozhoduje, jak se o něj má pečovat
	Péče o oblečení, boty	Osoba má možnost s podporou služby pečovat o oblečení, obuv, popř. má možnost rozhodovat o péči o oblečení a obuv	
	Udržování tepelného komfortu, obsluha spotřebičů	<p>Osoba má možnost ovlivňovat tepelnou pohodu ve vlastním prostoru, rozhodovat o ní</p> <p>Osoba má možnost využít podporu služby k obsluze spotřebičů</p>	
6. Zajištění kontaktu se společenským	Společenské kontakty	Osoba má možnost se setkávat s rodinou a dalšími blízkými osobami ve vlastním prostoru,	Osoba je v kontaktu se společenským prostředím a využívá

Oblast potřeb		Ověření zajištění potřeb v dané oblasti	Získané kompetence
prostředím		nebo v jiných prostorách zařízení, má soukromí při těchto setkáních	běžné veřejné služby
	Orientace	Osoba má možnost využít odborné podpory při event. oslabení orientace Osoba má k dispozici nabídku pomůcek/informací, které orientaci usnadní	
	Komunikace	Osoba má podporu při rozvíjení schopnosti komunikovat, rozšiřovat slovní zásobu, vyjadřovat se způsobem, který je úměrný věku a ve společnosti obvyklý Osoba má podporu při nácviu a rozvíjení optimální formy alternativní komunikace	
	Využívání běžných veřejných služeb	Osoba má možnost, s event. fyzickou podporou, dál využívat veřejné služby, má informace o těchto službách a jejich možném využití	
7. Seberealizace	Vzdělávání	Osoba má možnost využít informací / kontaktů / nabídky vzdělávání Osoba má podporu při návštěvě vzdělávacích akcí	Osoba má možnost se realizovat ve smysluplné činnosti a může trávit volný čas tak, jak je jí to příjemné a jak to odpovídá jejímu věku, či zálibám
	Oblíbené činnosti	Osoba má možnost realizovat své zájmy, a to individuálně nebo ve skupině Osoba má možnost využít pomůcky, nebo odbornou pomoc k realizaci svých zájmů	
8. Péče o zdraví a bezpečí	Zajištění bezpečí (přivolání	Osoba má k dispozici bezpečnou pomůcku / bezpečný způsob, jak přivolat pomoc	Osoba zná svůj zdravotní stav, ví, co je pro její zdraví

Oblast potřeb		Ověření zajištění potřeb v dané oblasti	Získané kompetence
	pomoci, prevence pádu atd.)	Osoba má dostatek informací o tom, jak omezit rizika pádu a zranění Osoba má podporu při hledání a využívání kompenzačních a jiných pomůcek	vhodné
	Zdraví (jednoduché ošetření, návštěva lékaře atd.)	Osoba má možnost provést drobné ošetření sebe sama Osoba má možnost rozhodnout se, zda k užívání léků potřebuje osoba asistenci, dohled Osoba má dostatek informací k rozhodnutí o návštěvě lékaře / dodržování léčebného režimu Osoba je respektována ve svých rozhodnutích	
	Zdravá výživa	Osoba má dostatek informací o zdravé výživě (poradenství) a možnost její zásady uplatňovat	
9. Uplatňování práv a oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí	Finanční oblast	Osoba má informace o tom, kdo by mohl osobě pomoci s hospodařením s finančními prostředky, má nabídku základního poradenství	Osoba zná svá práva a rozhoduje se o jejich uplatnění Osoba zná způsoby, jak stabilizovat svou finanční situaci
	Nakládání s majetkem	Osoba má k dispozici poradenství, kontakty na poradenské subjekty	
	Využití sociálních dávek a jiných výhod	Osoba má možnost využít nabídky základního poradenství, má podporu při uplatnění nároků na ně	
	Základní osobní doklady (občanský průkaz, průkaz zdravotní	Osoba má podporu, dojde-li ke ztrátě či vyprší-li platnost dokumentů	

Oblast potřeb		Ověření zajištění potřeb v dané oblasti	Získané kompetence
	pojišťovny atd.)		
	Účast na veřejném životě	Osoba má k dispozici informace o možnosti realizovat politická práva Osoba má podporu při realizaci politických práv	
	Ochrana práv	Osoba má možnost využít informace, event. podporu při ochraně svých práv Osoba má informace o možné formě či rizicích zneužívání a způsobu, jak se mu bránit Osoba má v zařízení zajištěno bezpečí bez rizika zneužívání pracovníky nebo ostatními obyvateli zařízení	

Tabulka č. 3 - Přehled oblastí běžného života jako východisko nástroje pro zjišťování potřeb

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ÚZ Úplné znění, 2015: Sociální zabezpečení, nakl. Sagit, ISBN:978-80-7488-095-7

ÚZ Úplné znění, 2016: Sociální zabezpečení, nakl. Sagit, ISBN: 978-80-7488-155-8

Webové odkazy:

MPSV, 2016: Předpis č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách – Dostupné z www.mpsv.cz

MPSV, 2016: Předpis č. 505/2006 Sb. Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách – Dostupné z www.mpsv.cz

MPSV, 2016: Příloha č. 2 k vyhlášce č. 505/2006 Sb. Obsah standardů kvality sociálních služeb – Dostupné z www.mpsv.cz

MPSV, 2016: Registr poskytovatelů sociálních služeb – Dostupné z iregistr.mpsv.cz

Český statistický úřad: Obyvatelstvo: Dostupné z <https://www.czso.cz>

Další zdroje MPSV:

Výkaz o sociálních službách MPSV za rok 2014

Dotační řízení 2016 MPSV

Interní zdroje výzkumu:

Dotazníkové šetření formou online dotazníku

Expertní setkání členů výzkumného týmu

Focus groups

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

TA ČR = Technologická agentura České republiky
FG = Focus groups
MPSV ČR = Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
DOZP = domovy pro osoby se zdravotním postižením
ADJ = azylové domy pro jednotlivce
ADMD = azylové domy pro matky s dětmi
DpS/DPS = domovy pro seniory
ČR = Česká republika
PC = osobní počítač
PEG = perkutánní endoskopická gastrostomie
PnP = příspěvek na péči
NSS = nepříznivá sociální situace
LRS Chvaly = Léčebné a rehabilitační středisko Chvaly
MHMP = Magistrát hlavního města Prahy
AD = azylový dům
DPP = dohoda o provedení práce
DPČ = dohoda o provedení činnosti
ŽL = živnostenský list
LDN = léčebna dlouhodobě nemocných
OSPOD = oddělení sociálně právní ochrany dětí
SPOD = sociálně právní ochrana dětí
SAS = sociálně aktivizační služby
OZP = osoba/y se zdravotním postižením
Hl./hl. m. = hlavní město
DPC = domy na půl cesty
TP = terénní programy
ORP = obec s rozšířenou působností
NZDM = nízkoprahová zařízení pro děti a mládež
SASRD = sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi
IP = individuální plán
p. o. = příspěvková organizace
a. s. = akciová společnost
ZDVOP = zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc
DZR = domovy se zvláštním režimem
ZSS/zss = zákon o sociálních službách
CHB = chráněné bydlení
CAN = Camberwelský formulář pro hodnocení potřeb/Camberwelské šetření potřeb
st. = stupeň
ORL = otorinolaryngolog
Sb. = sbírky
PS = pečovatelská služba
OA = osobní asistence
DS = denní stacionáře
CDS = centra denních služeb

PSB = podpora samostatného bydlení

TKP = telefonická krizová pomoc

NDC = nízkoprahová denní centra