



Expertní zpráva z plnění zákonných standardů

v rámci projektu:

„Zvýšení kvality sociálních služeb v domovech pro seniory v Praze“ registrační číslo CZ.03.2.63/0.0/0.0/19_099/0015316, prioritní osa OPZ: 2. Sociální začleňování a boj s chudobou

Subjekt:

Domov pro seniory Chodov
Donovalská 31/2222, Praha 11, 149 00
IČ: 70876606

Květen 2021



Obsah

Zhodnocení materiálů a open-source zdrojů	3
Webové stránky	3
Registr poskytovatelů sociálních služeb	3
Plán finančního zajištění sociálních služeb	4
Popis personálního zajištění poskytovaných sociálních služeb	4
Popis realizace poskytování sociálních služeb	4
Smlouva	6
Ceník	7
Etický kodex	8
Návrhy zlepšení standardů kvality	9
Standard č. 1	9
Standard č. 2	9
Standard č. 3	9
Standard č. 4	10
Standard č. 5	10
Standard č. 6	11
Standard č. 7	11
Standard č. 8	11
Standard č. 9	12
Standard č. 10	12
Standard č. 11	12
Standard č. 12	13
Standard č. 13	13
Standard č. 14	13
Standard č. 15	14
GAP analýza odpovědí zaměstnanců „Domov pro seniory Chodov“	15
Závěrečné vyhodnocení	26



Zhodnocení materiálů a open-source zdrojů

Analýza probíhala prostřednictvím SW aplikace pro hodnocení plnění zák. standardů, kterou poskytl žadatel. Aplikaci vyplňovali delegovaní vedoucí nebo soc. pracovníci DSS. Vkládala se také příslušná dokumentace. Informace byly následně vyhodnoceny nezávislými experty. Výstupem byly expertní posudky stávajícího stavu plnění standardů, složené z rozdílové GAP analýzy a z návrhů na zlepšení.

Pro zhodnocení byly Domovem pro seniory Chodov poskytnuty standardy kvality sociální služby 1-15 a vzor smlouvy. Další hodnocení probíhalo z veřejně dostupných zdrojů (zejm. webové stránky poskytovatele, registr poskytovatelů sociálních služeb apod.) a pomocí rozhovorů se zaměstnanci poskytovatele.

Webové stránky

Webové stránky jsou přehledné, informačně dostatečné a barevně příjemné. Sekce „O nás“ funguje pouze jako rozcestník bez vlastního textu, což může být pro klienty nečekané; na tomto místě bývá zpravidla uveřejněn veřejný závazek. Druhá sekce „O nás“ je na homepage zcela dole a bez propojení je její umístění pod aktualitami nejasné.

Sekce „historie“ je zcela prázdná. Některé další sekce fungují jen jako rozcestníky k „seznamu“ dalších rubrik.

Chválíme myšlenku „verze pro slabozraké“, do které je možné překliknout; následuje zvětšení a zvýraznění písma. Jako námět z dobré praxe doplňujeme, že verze pro slabozraké může obsahovat také např. zvukové stopy načtených dokumentů.

Navrhujeme web lépe propojit a zjednodušit, abych při proklikávání nedocházelo k odkazování na prázdné sekce apod. viz popis výše.

Registr poskytovatelů sociálních služeb

Aktuálnost dokumentů jsme ověřili v rámci Registru poskytovatelů sociálních služeb, spravovaným MPSV. Domov pro seniory Chodov (ID 5491825). Doporučení strukturujeme podle jednotlivých dokumentů.



Plán finančního zajištění sociálních služeb

Příloha tohoto typu není v registru poskytovatelů sociálních služeb evidována. Jde pouze o doplňkový údaj služby; pokud jej registrující orgán nevyžaduje, není nezbytné jej dokládat.

Popis personálního zajištění poskytovaných sociálních služeb

Poslední aktualizace organizačního schématu je k 1. 9. 2020.

Doporučujeme ke zvážení, zda zkontrolovat tuto poslední aktualizaci a současný stav. Praxe ukazuje, že 6 měsíců může být z hlediska změn dlouhá doba s řadou změn, které by měly být registrujícímu orgánu nahlášeny.

Popis realizace poskytování sociálních služeb

Popis realizace služby (aktualizace k 20. 01. 2020) je přehledný a dobře pochopitelný dokument, textově téměř odpovídá veřejnému závazku, uveřejněnému na webových stránkách Domova. Aktuální dokument v registru neobsahuje negativní vymezení cílové skupiny („Služba není určena pro...“), což chválíme.

V dokumentu je však uvedeno, že ve výjimečných případech je možné poskytnout službu mladším osobám, než je 65 let. V registru poskytovatelů sociálních služeb je nicméně uvedeno, že cílovou skupinou jsou senioři ve věkových kategoriích mladší senioři (65–80 let) a starší senioři (nad 80 let). Pokud by byly služby poskytovány mladším osobám, doporučujeme rozšíření cílové skupiny v registru (např. osoby s fyzickým postižením atd.). Pokud k tomu nedochází, doporučujeme tuto větu vypustit. Případná kontrola může shledat jako problematické, že je poskytována služba v rozporu s údaji uvedenými v registru.

Dokument dále uvádí:

„Jedná se o pobytovou sociální službu domov pro seniory podle zákona č. 108/2006 Sb., který uvádí i kontraindikace pro poskytování této služby, a to zejména osobám, které trpí Alzheimerovou chorobou, závažnými psychiatrickými chorobami, nebo jejichž zdravotní stav vyžaduje poskytování péče ve zdravotnickém zařízení, jsou určené jiné sociální či zdravotní služby, jako Domov se zvláštním režimem, nebo LDN apod.“ (str. 1)

Tento odstavec, odvolávající se na zákon 108/2006 Sb., obsahuje nepřesné tvrzení, že zákon považuje Alzheimerovu chorobu či psychiatrická onemocnění za kontraindikaci k poskytnutí této služby. Žádné



takové ustanovení však v tomto zákoně (ani v žádném jiném) není. Naopak §91 odst. (3) tohoto zákona stanovuje jediné možné kontraindikace, resp. podmínky odmítnutí žadatele:

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

- neposkytuje sociální službu, o kterou osoba žádá, a to i s ohledem na vymezení okruhu osob v registru poskytovatelů sociálních služeb,
- nemá dostatečnou kapacitu k poskytnutí sociální služby, o kterou osoba žádá,
- zdravotní stav osoby, která žádá o poskytnutí pobytové sociální služby, vylučuje poskytnutí takové sociální služby; tyto zdravotní stavy stanoví prováděcí právní předpis, nebo
- 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.

Pouze při naplnění těchto podmínek je možné žadatele odmítnout. Shodné stanovisko je také v doporučeném postupu MPSV 5/2019, účinném k 2/2020 „Jednání se zájemcem o sociální službu“. Může se jednat o „zužování“ cílové skupiny vůči registru a takové jednání či opatření není z hlediska zákonnosti přípustné:

„Například pokud má poskytovatel domova pro seniory uvedeno v registru poskytovatelů sociálních služeb, že poskytuje služby seniorům v nepříznivé sociální situaci, nemůže bez srozumitelného zdůvodnění, jaké nepřiměřené zatížení by to pro něj znamenalo, odmítat seniory v nepříznivé sociální situaci, kteří jsou duševně nemocní, imobilní nebo nevidomí.“ (DP MPSV 5/2019, str. 20).

Odmítnutí musí být vždy řádně zdůvodněno, a to pouze na základě zákonných parametrů poskytování služby, nikoliv na zužování cílové skupiny ze strany poskytovatele.

Zbytek dokumentu popisuje srozumitelným způsobem vybavení a možnosti domova/pokojů a je z legislativního hlediska bez připomínek.

Informace na webu (částečně v rozporu s informacemi v popisu) však negativní vymezení cílové skupiny využívá:



Služby Domova nejsou určeny:

- seniorům odkázaným na speciální prostředky komunikace, které personál neovládá;
- osobám, jejichž situace nevyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby;
- osobám, jejichž zdravotní stav vyžaduje dlouhodobě trvalé poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení nebo v domově se zvláštním režimem.

Zmíněné metodické doporučení MPSV 5/2019, účinné od 2/2020, toto vymezení neumožňuje:

„Důvodem pro odmítnutí zájemce o službu nemůže být ani negativní vymezení okruhu osob, které bývá někdy uváděno v letácích, na webových stránkách poskytovatele nebo ve vnitřních pravidlech. Podle § 79, odst. 5, písm. d) Zákona o sociálních službách obsahuje žádost o registraci také „okruh osob, pro které je sociální služba určena, popřípadě jejich věková hranice nebo druh zdravotního postižení“, nikoliv okruh osob, pro které služba určena není.“ (cit., Doporučený postup 5/2019, „Jednání se zájemcem o sociální službu“, str. 19).

Odmítnout uzavřít smlouvu o poskytování sociálních služeb se zájemcem o službu může poskytovatel pouze z důvodů uvedených v Zákoně o sociálních službách, § 91, odst. 3 (cit. výše).

Doporučujeme proto část textu na webu přepracovat v duchu zmíněného §91, přičemž obsahově a smyslem se může text částečně shodovat (např. přijímání klientů s psychiatrickým onemocněním; nemohou být odmítnuti z důvodu faktické diagnózy, ale z důvodu toho, že zařízení nemá v registraci jako cílovou skupinu osoby s duševním postižením). V žádných materiálech by se nemělo objevit negativní vymezení cílové skupiny.

Smlouva

Náležitosti smlouvy dle §91 zákona 108/2006 Sb. v platném jsou vymezeny jasně a jednoduše:

- označení smluvních stran,
- druh sociální služby,
- rozsah poskytování sociální služby,
- místo a čas poskytování sociální služby,



- výši úhrady za sociální služby sjednanou v rámci výše úhrady stanovené v § 73 až 77 a způsob jejího placení, včetně způsobu vyúčtování,
- ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených poskytovatelem pro poskytování sociálních služeb,
- výpovědní důvody a výpovědní lhůty,
- dobu platnosti smlouvy.

Předaný vzor smlouvy obsahuje označení smluvních stran, druhu sociální služby i všechny ostatní povinné body dle výše zmíněného paragrafu. Využívá však v bodě I. nejasnou formulaci „úkony péče dle přiznaného příspěvku na péči“. Tato věta může být interpretována tak, že se počet/rozsah úkonů liší podle přiznaného stupně PnP. Takovéto rozlišování klientů (dle stupně PnP) nemá oporu v platné legislativě ani v podzákonných opatřeních. Praxe, vycházející z kontrol MPSV ČR, ukazuje, že kontrolní orgán takovou praxi nejen neakceptuje, ale také postihuje a sankcionuje. Praxe jakéhokoliv rozlišování či omezování přístupu klientů nad rámec cílových skupin v registru poskytovatelů sociální služby (např. úrovně PnP) může být dokonce považováno za přestupek dle §107 odst. 2 písmene a) zákona 108/2006 Sb.:

Právnická osoba nebo podnikající fyzická osoba se jako poskytovatel sociálních služeb
dopustí přestupku tím, že:

- a) neposkytuje sociální služby v rozsahu stanoveném v rozhodnutí o registraci podle § 81 odst. 2 [Pozn.: Cílová skupina, druh služby a další údaje, uvedené explicitně v rozhodnutí o registraci]

Je-li však tato interpretace zmíněného bodu nesprávná, faktická rovina je v pořádku. Doporučujeme však tuto diskutabilní formulaci přepsat a přeformulovat, její význam není zřejmý. Zbytek smlouvy ponecháváme bez připomínek, naplňuje zákonné náležitosti i povinnosti.

Ceník

Výše úhrad odpovídá § vyhlášky 505/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů maximálním možným úhradám ubytování a stravy při 31 dnech. Ke zvážení však pro úplnost doplňujeme, že zmíněná vyhláška 505/2006 Sb. počítá s kalkulací úhrad podle dní, nikoliv měsíců. Tím pádem jsou měsíce únor, duben, červen, září a listopad každého roku dražší, než je stanoveno vyhláškou (jednolůžkový pokoj). Ceník sám o sobě je jasný, přehledný a snadno dostupný.



Etický kodex

Etický kodex je k dispozici na webových stránkách v sekci „soubory ke stažení“. Dostatečným způsobem shrnuje etické zásady v základních rovinách (ke klientům, k zaměstnavateli, ke kolegům, k odbornosti a k okolí). Etický kodex je jednoduchý a jasný dokument, dobře srozumitelný a přístupný pracovníkům i klientům. K obsahu etického kodexu nemáme připomínky.



Návrhy zlepšení standardů kvality

Standard č. 1

Standard č. 1 je přehledný a obsáhlý dokument, obsahující zcela správně veřejný závazek a také cíle na rok 2020. Upozorňujeme však na bod VIII., který obsahuje negativní vymezení cílové skupiny. Takové vymezení není z hlediska výše zmíněného doporučení MPSV 5/2019 přípustné. Důvody odmítnutí, vč. podnětů k přepracování, jsou rovněž uvedeny výše.

Navrhujeme negativní vymezení vynechat a přepracovat standard č. 1 bez jejího použití a v souladu s registračními dokumenty.

Standard č. 2

Tento standard je dobře strukturovaný dokument, odpovídající požadavkům dle bodu 2 přílohy č. 2 vyhlášky 505/2006 Sb. v platném znění. Dokument odkazuje na relevantní vnitřní směrnice a dokumenty, které nebyly předány ke zhodnocení, nicméně řešení formou odkazu na vnitřní směrnici (kterou budete předkládat případné kontrole) je relevantní. Chválíme jasnost a přehlednost.

Ke standardu č. 2 nemáme připomínky ani další doporučení.

Standard č. 3

V obecně formulovaných zásadách textu se dupluje popis cílů jednání a míchá s fázemi, které nejsou jasně ohraničeny či očíslovány a popsány. Text neodkazuje k vnitřním pravidlům o informování klienta (a jeho nástrojích). Dvě z povinností standardu č. 3, které ukládá příloha č. 2 k vyhlášce 505/2006 Sb., jsou tedy naplněny přinejmenším diskutabilně a kontrola by zde mohla mít výhrady.

Z textu nevyplyvá, zda je z jednání vytvořen např. zápis/záznam, jak je provedeno zanesení do databáze, čekací listiny či jaký je postup v případě odmítnutí zájemce. Za nedostatek také považujeme absenci postupu při odmítnutí žadatele

Navrhujeme dokument jazykově zjednodušit a zahrnout postup pro odmítnutí žadatele přímo do těla standardu. Dále navrhujeme využití jednoduchých piktogramů pro postupy, aby byly jasně a jednoduše pochopitelné.



Standard č. 4

V rámci tohoto standardu je taxativní a přehledné vymezení náležitostí, resp. dat obsažených ve smlouvě. Jednoduchost chválíme. Nicméně text dále uvádí:

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů může poskytovatel sociální služby odmítnout uzavřít smlouvu z těchto důvodů – viz Standard č. 1, negativní vymezení cílové skupiny

Podle výše zmíněného doporučení MPSV 5/2019 nelze odmítat klienta na základě negativního vymezení cílové skupiny. Doporučení uvádí, že cílové skupiny klientů jsou vymezeny pouze tím, pro koho jsou určeny, nikoli tím, pro koho určeny nejsou.

Navrhované zlepšení tohoto standardu se shoduje s navrhovaným řešením u standardu č. 1; doporučujeme vynechat negativní vymezení cílové skupiny.

Standard č. 5

Standard č. 5 je velmi stručný a obecně popisuje individuální plánování jako takové s odkazem na směrnice – Vnitřní pravidla pro individuální plánování průběhu sociální služby, Vnitřní pravidla pro adaptační proces nového klienta DS Chodov, Etický kodex, Organizační řád DS Chodov a Domácí řád DS Chodov.

Dle kritérií podle přílohy č. 2 k vyhlášce 505/2006 Sb., která popisují povinný obsah standardu, můžeme sledovat, že standard obsahuje odkaz na vnitřní pravidla (a) a plánování spolu s osobou (b). Standard se nezmiňuje o vyhodnocování IP a naplňování cílů. Proces sice může být popsán v dalších dokumentech, avšak standard k nim v této souvislosti neodkazuje (c). Standard velmi obecně hovoří o přidělování klíčových pracovníků (určených pracovníků) (d), což je v pořádku. Systém předávání informací není jasně popsán (e), ale může být popsán v dalších dokumentech; v takovém případě ale chybí přímý odkaz na relevantní dokument. Přesné znění povinného obsahu standardu je zde:

- | |
|---|
| a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje; |
| b) Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby; |



c) Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní cíle;
d) Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance;
e) Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám;

Jako zlepšení navrhujeme doplnit standard o jasné vyhodnocování IP a naplňování cílů a také systém předávání informací.

Standard č. 6

U standardu č. 6 chválíme jeho stručnost a odkazy na relevantní vnitřní směrnice. Nicméně odkazuje k neplatnému zákonu 101/2000 Sb., jehož platnost byla ukončena ke 24. 04. 2019 (neplatí tedy již skoro 2 roky). Naopak neobsahuje odkazy ke směrnici General Data Protection Regulation, která by se zde měla objevit.

Navrhujeme tento text přepracovat v souladu s platnou legislativou, zejm. tzv. „GDPR“.

Standard č. 7

V rámci standardu č. 7 považujeme za velmi dobré jeho jednoduchost, jasnost a obsah, odpovídající povinnostem dle přílohy č. 2 vyhlášky 505/2006 Sb. v platném znění. Příjemná a vizuálně atraktivní je také grafická úprava.

Ke standardu č. 7 nemáme připomínky ani další doporučení.

Standard č. 8

Standard číslo 8 považujeme za příklad dobré praxe. Vytvoření vlastního katalogu návazných služeb je vynikající a dostupný nástroj pro klienty i jejich rodiny. Jde o shrnutí informací a kontaktů, které by jinak musely pracně dohledávat. Chválíme také jednoduché textace, dobře dostupné i pro klienty se sníženými kognitivními schopnostmi (např. na podkladě onemocnění).

Ke standardu č. 8 nemáme připomínky ani další doporučení.



Standard č. 9

Standard č. 9 je zpracován jednoduše a jasně, obsahuje odkazy na řadu dokumentů a směrnic, které nebyly předány k hodnocení. Chválíme zmínku o odborných praxích a osobách, které nejsou v pracovně právním vztahu a také popis dobrovolnické činnosti.

Ke standardu č. 9 nemáme připomínky ani další doporučení.

Standard č. 10

Standard má přehledně zpracovanou formu včetně odkazů na relevantní směrnice. Za podstatné považujeme, aby byli zaměstnanci zevrubně seznámeni se směrnicemi „Vnitřní pravidla pro hodnocení zaměstnanců“ (č. 22) a „Vnitřní platový řád DS Chodov“ (č. 6). Chválíme také pravidelnost hodnocení zaměstnanců včetně forem a druhů.

U standardu č. 10 navrhujeme hodnocení zaměstnance (jedenkrát ročně) zahrnout do příloh tohoto standardu.

Standard č. 11

Místní a časová dostupnost je věcně i textově v souladu s registrem poskytovatelů sociálních služeb. Ke zvážení je jiná formulace věty:

„DS Chodov poskytuje 24 hodinovou přímou obslužnou péči vykonávanou pracovníky v přímé obslužné péči a ošetrovatelskou péčí, která je zajištěna kvalifikovanými zdravotními pracovníky.“

Je skutečně přímá obslužná péče (čili sociální služba) poskytována „zdravotními“ pracovníky? Jedná se o pracovníky v sociálních službách nebo o zdravotnický personál? U ošetrovatelských úkonů může být např. „ošetrovatelka“ považována za nižší zdravotnický personál, byť se její činnost do značné míry překrývá s pečovatelskou činností.

Protože se pohybujeme ve standardech sociálních služeb, navrhujeme doplnit pracovníky v sociálních službách, a to za předpokladu, že zdravotnickými pracovníky nejsou v tomto standardu míněny všeobecné sestry (což nepředpokládáme).



Standard č. 12

Získávání informací, popis možností i znění celého standardu hodnotíme jako vyčerpávající, přesto je zachována přehlednost, což chválíme.

Ke standardu č. 12 nemáme připomínky ani další doporučení.

Standard č. 13

Materiální a technické podmínky jsou popsány z hlediska vyhlášky 505/2006 Sb. dostatečně.

Jako podnět na zvážení navrhuje zmínit a rozvést, jaký je typ např. krizového tlačítka či jiných nouzových signalizačních zařízení, případně jaké jsou funkce; některé jsou jen „na zmáčknutí“, jiná zařízení zajišťují snímání pokoje kamerou s automatickou detekcí pohybu pro prevenci či automatickou signalizaci pádu, telemedicínské služby apod.

Standard č. 14

Standard č. 14 obsahuje seznam „krizových situací“, na něj se však povinnost vymezení dle znění přílohy č. 2 vyhlášky 505/2006 Sb. nevztahuje.

a) Poskytovatel má písemně definovány nouzové a havarijní situace, které mohou nastat v souvislosti s poskytováním sociální služby, a postup při jejich řešení
b) Poskytovatel prokazatelně seznámí zaměstnance a osoby, kterým poskytuje sociální službu, s postupem při nouzových a havarijních situacích a vytváří podmínky, aby zaměstnanci a osoby byli schopni stanovené postupy použít;
c) Poskytovatel vede dokumentaci o průběhu a řešení nouzových a havarijních situací.

Standard obsahuje odkazy na Směrnici č. 29 – Vnitřní pravidla pro předcházení a řešení nouzových a havarijních situací, Etický kodex DS Chodov, Domácí řád DS Chodov, Organizační řád DS Chodov a Pracovní řád DS Chodov.

Navrhujeme zapracovat nouzové a havarijní situace přímo do standardu, jak je popsáno v povinnostech podle uvedené vyhlášky 505/2006 Sb. Pojem „krizová situace“ doporučujeme vynechat, protože může být zavádějící.



Standard č. 15

Standard je informačně dostatečný, přehledný a jasný. K tomuto standardu nemáme výhrady. Za velmi dobré považujeme dotazníky, které tvoří přílohu standardu a které můžeme označit za příklad dobré praxe.

Ke standardu č. 12 nemáme připomínky ani další doporučení.



GAP analýza odpovědí zaměstnanců „Domov pro seniory Chodov“

Ve druhé části jsme provedli GAP analýzu odpovědí zaměstnanců. Odpovídalo celkem 21 zaměstnanců.

1. Jakým způsobem máte definováno a zveřejněno poslání, cíle a zásady služby?

Celkem 12 zaměstnanců odpovědělo zcela správně, že jde o součást veřejného závazku a standardu č. 1., přičemž ostatní uvedli, že zveřejnění je na webu a v tiskovinách. Odpovědi považujeme správné, nicméně doporučujeme další rozvoj firemního vzdělávání koncových zaměstnanců ve věci standardů kvality. ✓

2. Jak vytváříte podmínky pro uplatnění vlastní vůle uživatelů?

Všichni zaměstnanci odpověděli, že využíváte nástroj sociálního šetření a individuálního plánování, což je dobré a správné. Dále uvedlo 7 zaměstnanců, že především využívají telefonický kontakt s rodinou; nejde o odpověď chybnou, ale je třeba zdůrazňovat „zakázku“ klienta, nikoliv jeho rodiny – zde může být výrazný rozpor mezi přáním klienta a jeho rodiny. Jde-li o běžnou komunikaci s rodinou, chválíme dobrou praxi řešení situace klienta v přirozeném systému jeho vztahů. Jeden zaměstnanec odpověděl „Rozhodujeme za uživatele v jeho nejlepším zájmu tak, jak víme, že je profesionálně vhodné“ – což je odpověď v rozporu s etickým kodexem a veřejným závazkem DS Chodov, i se standardy kvality jako takovými.

Doporučujeme vzdělávání např. prostřednictvím tematických seminářů – práce s dilematickými situacemi, kdy se liší zakázka rodiny a klienta, možnostmi řešení apod. Zároveň doporučujeme vzdělávání a semináře, týkající se posilování kompetencí klienta a profesionálních hranic.

3. Jak máte zpracovány pracovní postupy pro pečovatele/asistenty?

Celkem 17 zaměstnanců uvedlo správnou odpověď, že pracovní postupy jsou součástí standardů kvality či metodických předpisů. Zbývajících 4 zaměstnanci uvedli, že se pracovní postupy řídí obecně platnými předpisy 108/2006 Sb. a 505/2006 Sb. v platném znění; ani jeden z těchto předpisů však podobu ani obsah pracovních postupů nijak nedefinuje, pouze zmiňuje povinnost existence.

Doporučujeme školení zaměstnanců v rozsahu zákona 108/2006 a vyhlášky 505/2006 Sb. – základní přehled, co je jejich obsahem a co se jich primárně týká. Zároveň také v rozsahu pracovních postupů, vč. toho, kde je možné je najít. Protože pracovní postupy jsou závazné a podle odpovědí čtvrtina zaměstnanců neví, kde tyto postupy najde (čili se jimi nemže ani řídit), jde o poměrně zásadní námět ke zlepšení. Kontrola znalosti pracovních postupů je také častý předmět kontroly státních či samosprávných orgánů.

4. Máte zpracována vnitřní pravidla pro ochranu uživatelů před předsudky?

Na tuto otázku odpovědělo 14 zaměstnanců, že jde o součást standardů kvality, 6 uvedlo, že tato pravidla jsou řešena pouze v rovině obecně závazných předpisů a 1 zaměstnanec uvedl, že tato pravidla nejsou nijak samostatně řešena. Povinnost takovýchto pravidel a jejich uplatňování je



nicméně zakotvena ve vyhlášce 505/2006 Sb. , příloha č. 2 bod 1 písmene d), který upravuje náležitosti standardů kvality.

Doporučujeme interní firemní školení v rozsahu etického kodexu, včetně kazuistik a možných dilematických situací.

5. Jak máte definována pravidla pro předcházení porušování lidských práv uživatele?

Na tuto otázku odpovědělo 20 zaměstnanců správně a shodně, že jde o součást standardů kvality. Jeden zaměstnanec nevěděl, zda takový předpis vůbec existuje a pokud, tak zda se dodržuje.

Je zřejmé, že valná většina zaměstnanců ví, kde tyto postupy najde a neznalost je spíše výjimečná, což při počtu respondentů chválíme.

6. Jak máte definována pravidla pro předcházení střetu zájmů?

Na tuto otázku odpovědělo všech 21 zaměstnanců správně a shodně. ✓

7. Jak máte zpracována pravidla pro přijímání darů?

Na tuto otázku odpovědělo všech 21 zaměstnanců shodně a správně. ✓

8. Jak máte zpracována vnitřní pravidla, podle kterých informujete žadatele/uživatele o službě?

Na tuto otázku odpovědělo všech 21 zaměstnanců správně a shodně poměrně vyčerpávajícím výčtem. Je zřejmé, že zaměstnanci jsou dostatečně informováni o pravidlech poskytování služby a také že dovedou dobře informovat klienty, zájemce, rodinné příslušníky apod. Chválíme vzdělanost zaměstnanců v této oblasti.

9. Jak je ošetřen postup jednání se zájemcem o službu?

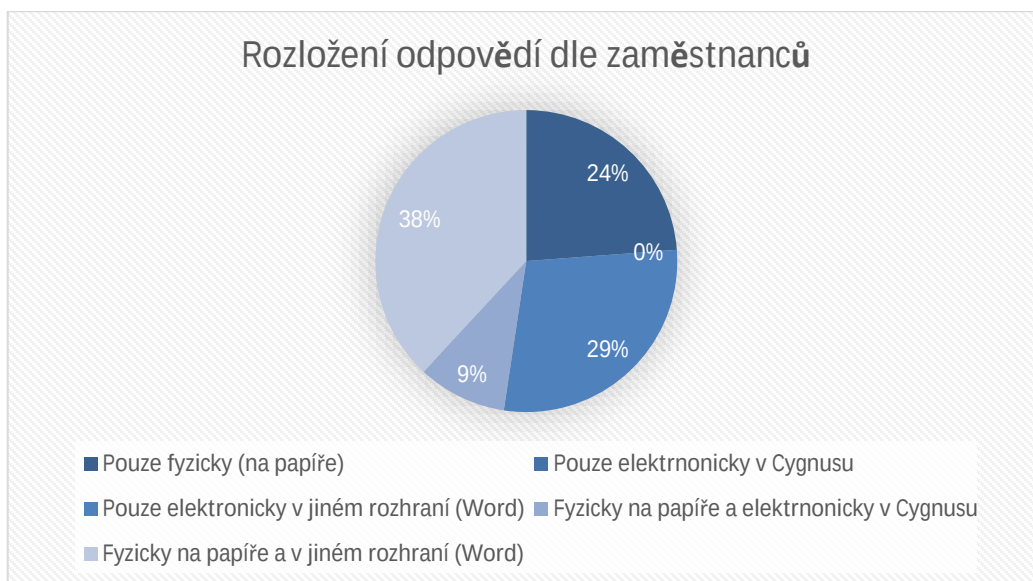
Všech 21 zaměstnanců odpovědělo shodně a správně, že postup je popsán ve standardech a z ústního jednání je pořízen písemný záznam. ✓

10. Jakým způsobem vedete evidenci odmítnutých žádostí o službu?

Shoda nepanovala mezi zaměstnanci ve věci evidence odmítnutých žádostí. Pro lepší znázornění jsme zde použili graf.



Rozložení odpovědí dle zaměstnanců



Vidíme, že odpovědi jsou velmi odlišné a mezi zaměstnanci nepanuje shoda na způsobu evidence odmítání zájemců.

Protože jde o častý předmět kontrol (jako explicitní povinnost poskytovatele dle §88 písmene g) zákona 108/2006 Sb. v platném znění), doporučujeme sjednotit evidenci či postup a seznámení zaměstnanců s procesem odmítnutí žadatele/zájemce a zanesení do evidence.

11. Jak máte zpracována pravidla pro uzavření smlouvy?

Všech 21 zaměstnanců odpovědělo shodně a správně, jde o součást standardů kvality sociálních služeb. ✓

12. Jak seznamujete zájemce s pravidly poskytování služby?

Odpovědi 12 zaměstnanců jsou dostatečné, včetně stvrzení podpisem a seznámení před podpisem smlouvy. Ostatní odpovědi jsou více či méně nedostatečné (např. pouze odpovědi, že pravidla si může zájemce přečíst na webu, což může být z hlediska informační povinnosti cílové skupiny neadekvátní, nebo že je pouze stvrzuje podpisem). Případná kontrola by tento bod s velkou pravděpodobností zahrnula do výtek, že zájemci o službu nejsou dostatečně informováni o službě, protože značná část zaměstnanců dle neúplných odpovědí si není jistá, jakým způsobem jsou zájemci informováni.

Doporučujeme posílení firemního vzdělávání v procesech poskytování služby od prvokontaktu až po ukončení smlouvy. Zaměstnanci by se měli orientovat v předpisech i povinnostech poskytování služby. Doporučujeme posílení vzdělávání v rozsahu standardů kvality.

13. Máte písemně (ve smlouvě) sjednan rozsah poskytované služby u každého uživatele?

Celková shoda nepanovala ani v této otázce, byť směr uvažování zaměstnanců je správný; 13 zaměstnanců uvedlo, že rozsah je přesně stanoven ve smlouvě, 5 zaměstnanců uvedlo, že je součástí dokumentu, který je nedílnou součástí smlouvy, avšak 3 opověděli, že v podobném dokumentu to zaznamenáno není a záleží pouze na uživateli, o jakou službu si řekne.



Zákon o sociálních službách však v §91 odst. (2) písm. c) a d) stanovuje požadavek na konkrétní sjednání služby (čas, místo i rozsah) – uznává se také dokument, který je nedílnou součástí smlouvy (tj. IP). Sjednání rozsahu však musí být písemné.

Doporučujeme zařadit do interního školení tematiku smlouvy a vztahu s klientem – mimo jiné i z důvodu ochrany klienta před „přepečováváním“ (konáním úkonů, které klient zvládne) a zároveň ochrany zaměstnance před možnými přemrštěnými nároky klientů (např. vyžadování úkonů, které sami klienti zvládají).

14. Jaká máte vnitřní pravidla pro plánování sociální služby?

Všech 21 zaměstnanců odpovědělo shodně a správně. ✓

15. Jak plánujete službu s ohledem na cíle a možnosti uživatele?

Odpovědi se v této otázce různily. Pouze 9 zaměstnanců odpovědělo, že cíle mají být měřitelné, dále 7 zmínilo, že cíle mají být konkrétní, a 4 různě kombinovali obecné a konkrétní cíle. Jeden zaměstnanec se domníval, že cíle se vyhodnocovat nemusí.

Doporučujeme účast na akreditovaných kurzech individuálního plánování, případně interní vzdělávání zaměřené na stanovování cílů a jejich vyhodnocování, zejména v kontextu standardu č. 5.

16. Jak hodnotíte naplňování cílů sociálních služeb spolu s uživatelem?

Odpovědi 20 zaměstnanců byly dostatečné a správné, včetně důležité vazby na IP. Je tedy zřejmé, že zaměstnanci využívají nástroje pro naplňování cílů a IP. Jeden zaměstnanec neporozuměl zadání či pojmu naplňování individuálních cílů (tentýž, který se v otázce 15. se domníval, že cíle se vyhodnocovat nemusí). Vzhledem k počtu respondentů je to velmi dobrý výsledek. ✓

17. Jak využíváte institut "klíčového pracovníka"?

Všech 21 zaměstnanců odpovědělo shodně a správně. ✓

18. Jaký máte systém/pravidla pro předání informací o průběhu služby mezi zaměstnanci?

Odpovědi všech 21 zaměstnanců se obsahem shodovaly a považujeme je za dostatečné. ✓

Jako námět na zlepšení doporučujeme vytvořit / sjednotit / implementovat standardizovaný postup předávání informací – je patrná mnohokanálovost informací, která může vést ke „komunikačnímu šumu“ při duplikování informace či při zanedbání ústních sdělení.

19. Jaká máte vnitřní pravidla pro vedení dokumentace?

Všech 21 zaměstnanců odpovědělo dostatečně, že jde o součást standardů a dalších vnitřních předpisů (např. Spisový a skartační řád). ✓

20. Máte anonymní evidenci?

Celkem 11 zaměstnanců uvedlo, že taková evidence není, 5 uvedlo, že neví, 5 se domnívalo, že taková existence uživatelů nebo zájemců existuje nebo může existovat.



Pokud nejsou naplněny zákonné důvody pro anonymní evidenci, není její existence povinná. Doporučujeme pouze jako námět zmínit, že taková evidence může, ale nemusí existovat (není to např. jako povinná evidence odmítnutých žadatelů).

21. Jak máte stanovenou dobu, po kterou uchováváte dokumentaci?

Všech 21 zaměstnanců odpovědělo shodně s odkazem na standardy kvality a vnitřní předpisy. ✓

22. Jak informujete uživatele, kam se mohou obrátit v případě stížnosti / nespokojenosti s vyřízením?

Všech 21 zaměstnanců odpovědělo shodně a správně s odkazem na standardy kvality. ✓

23. V jaké lhůtě stížnosti vyřizujete?

Všech 21 zaměstnanců odpovědělo shodně, že jde o lhůtu ošetřenou vnitřním předpisem, odlišnosti byly pouze ve lhůtě (15 uvedlo lhůtu 30 dní, 1 lhůtu 5 dní, 5 uvedlo jen obecnou lhůtu ošetřenou vnitřním předpisem.) Odpovědi nicméně považujeme za dostatečné. ✓

24. Jaké veřejné služby sociální službou nahrazujete?

Pouze 3 zaměstnanci uvedli správně, že žádnou. Sociální služba ze své povahy nesmí nahrazovat veřejně dostupné služby. Ostatní uváděli různé kombinace služeb (nejčastěji úklidovou službu a manikúru/pedikúru). 1 zaměstnanec uvedl, že v rámci své práce nahrazuje (sic!) sexuální asistenci.

Jako námět v rámci setkávání zaměstnanců doporučujeme zrevidovat, jaké úkony se skutečně dělají a jaké jsou nad rámec sociální služby – na zvážení pak doporučujeme širší využití institutu fakultativních služeb. Sociální služba nenahrazuje ze své podstaty komerčně dostupné služby, jak nadpoloviční většina zaměstnanců správně reflektovala.

V oblasti sexuální asistence doporučujeme pouze předání kontaktů na relevantní terénní službu, která služby na území MHP poskytuje (např. org. FREYA), nikoliv saturaci těchto potřeb klientů ze strany zaměstnanců.

25. Jak zprostředkováváte uživatelům veřejně dostupné služby?

Zde odpovědělo 19 zaměstnanců správně, že předají na danou službu kontakt a dále pomáhají klientovi jen pokud je to nezbytné (komunikační bariéry, afázie atd.). Pouze 2 zaměstnanci odpověděli, že komplet zařídí celou službu, aby nebyl klient zatížen. Může tady jít o nadbytečné „přepečování“, nikoliv o posilování kompetencí klienta – byť samozřejmě v dobré víře. Smyslem sociálních služeb není „vyřešit“ klientovy obtíže za něj, ale maximálně posilovat jeho kompetence a schopnosti tak, aby si mohl rozhodnout sám.

Výsledek je velmi dobrý, nicméně doporučujeme v rámci vzdělávání klást důraz na to, že klient je svébytnou osobností a pokud to okolnosti umožňují, primárně veškeré úkony dělá on, nikoliv zaměstnanec, byť v jde o dobrou snahu „pomoci klientovi“.

26. Pokud dojde ke konfliktu mezi uživatelem a rodinou...



Celkem 11 zaměstnanců zcela správně odpovědělo, že pracovník do situace nevstupuje. Celkem 5x také zaznělo, že se pracovník stává mediátorem – což může pouze se souhlasem obou stran, jinak k tomu nemá oprávnění. Dva zaměstnanci naproti tomu uvedli, že po dohodě s rodinou motivují klienta ke stejným cílům, jako má rodina – což je v rozporu s respektem ke klientovi, etice sociální služby i veřejnému závazku zařízení. Zároveň 3 zaměstnanci uvedli, že zasáhnou v nejlepší prospěch klienta. Takový zásah (byť v dobré víře) je výrazně za hranicí kompetencí zaměstnance poskytovatele sociálních služeb.

Doporučujeme v rámci školení jednoznačně vymezit kompetence pracovníků při konfliktech mezi rodinou a uživateli. Jde o silně dilematické situace, které je možné natrénovat např. v rámci specializovaných kurzů. Je vhodné také proškolit kompetence jednotlivých zaměstnanců, aby bylo zřejmé, kdo co dělá, kdo za co zodpovídá a kam sahají profesionální hranice. V žádném případě však nesmí být zakázka rodiny nadřazena nad zakázku/potřeby klienta.

27. Jak máte řešenou vnitřní organizační strukturu?

Všech 21 zaměstnanců odpovědělo shodně a správně s odkazem na standardy kvality či vnitřní předpisy a doklady k registraci. ✓

28. Jakým způsobem jsou rozděleny úkoly a kompetence?

Všech 21 zaměstnanců odpovědělo shodně, že jde o skutečnost ošetřenou vnitřním předpisem, org. řádem či náplní práce v rámci pracovní smlouvy. ✓

29. Po nástupu nového zaměstnance...

Všech 21 zaměstnanců odpovědělo shodně a správně s odkazem na shodný adaptační proces s individuálním přístupem. ✓

30. Pokud využíváte externích fyzických osob, které nejsou zaměstnanci, ale např. "vypomáhají" na IČO či "dohodu", potom jsou pravidla pro spolupráci s nimi vymezena...

Všech 21 zaměstnanců odpovědělo shodně a správně s odkazem na soulad s vnitřními předpisy spolupráce. ✓

31. Jak odměňujete a hodnotíte zaměstnance?

Všech 21 zaměstnanců odpovědělo shodně a správně s odkazem na jasná hodnotící kritéria, pracovní výkon a rozpočtové možnosti. ✓

32. Další vzdělávání zaměstnanců řešíme následovně ...

Celkem 20 z 21 zaměstnanců odpovědělo shodně a dostatečně ve smyslu individuálního vzdělávacího plánu. To je skvělý výsledek a chválíme, že následné vzdělávání zaměstnanců je takto důsledně řešeno..

33. Jak si zaměstnanci předávají informace?



Zaměstnanci odpovídali v různých kombinacích písemného a ústního předání. Z odpovědí je parná nejednota procesu předávání informací či jeho neznalost.

Podnětem může být sjednotit praxi předávání informací. Ke zvážení je dobrá praxe písemných záznamů s vazbou na individuální plánování. Zároveň mnohokrát zaznívá lékařská dokumentace jako zdroj informací – lékařská dokumentace by měla být k dispozici výhradně zdravotnickým pracovníkům, nikoliv sociální části. Lékařská zpráva nesmí být ani součástí sociální dokumentace.

34. Jakou formou máte zajištěnou supervizi pro zaměstnance?

Všech 21 zaměstnanců odpovědělo shodně a správně s odkazem na nastavený systém supervizí. Takto širokou implementaci supervize do procesu poskytování služby chválíme ✓

35. Jak zajišťujete místo a čas poskytování služby v souladu s druhem služby a potřebami uživatele?

Všech 21 zaměstnanců odpovědělo shodně a správně. ✓

36. Jak máte zpracovaný soubor informací o službě?

Celkem 21 zaměstnanců odpovědělo shodně a dostatečně. Čtyři zaměstnanci uvedli odpovědi neúplné, ale nikoliv chybné. ✓

Jako námět doporučujeme rozšíření povědomí o informačních materiálech pro klienty, zejm. se lze zaměřit na možnosti pro klienty se ztrátou zraku, sluchu či kognitivních funkcí.

37. Máte zajištěny materiální, technické a hygienické pomůcky k výkonu dané sociální služby?

Poměrně protikladné odpovědi byly zjištěny u tohoto bodu. 12 zaměstnanců odpovědělo, že pomůcky si hradí uživatel, 6 že veškeré pomůcky zabezpečuje poskytovatel, 2 uvedli mix pomůcek od uživatele a poskytovatele a jeden zaměstnanec uvedl, že „podle zákona zajišťujeme co stanovuje zákon“ – je-li míněn zákon o sociálních službách, nic podobného v něm stanoveno není.

Protože je zřejmé, že zaměstnanci nemají jednotnou představu o původu a distribuci pomůcek, může docházet k nepříjemným situacím a sporům.

Doporučujeme v rámci školení pracovních postupů zmínit tento bod – odkud jsou primárně pomůcky, kam se obracet případně nedostatku, které lze za jakých podmínek použít (např. kožní alergie, atd.). Podobně aby nedošlo k tomu, že z majetku jednoho klienta jsou pomůcky použity u jiného klienta.

38. Jak upravujete prostředí, kde poskytujete službu?

Všech 21 zaměstnanců odpovědělo shodně a dostatečně. ✓

39. V jaké formě máte definován soubor nouzových a havarijních situací?

Celkem 20 zaměstnanců odpovědělo shodně a dostatečně (součást standardů kvality). Pouze jeden zaměstnanec odpověděl, že jde o předpisy požární ochrany (odlišný dokument). Celkově je ale obecná znalost těchto situací velmi dobrá. ✓

40. Jakou formou provádíte průkazné seznámení zaměstnanců s nouzovými a havarijními situacemi?



Celkem 20 zaměstnanců odpovědělo shodně a dostatečně (písemně a prokazatelně s podpisem)
Pouze jeden zaměstnanec odpověděl, že prokazatelné seznámení je ústní (což není). Celkově je ale obecná znalost velmi dobrá. ✓

41. Jak vedete dokumentaci o nouzové či havarijní situaci?

Všech 21 zaměstnanců odpovědělo shodně a správně. ✓

42. Jak a v jaké formě hodnotíte průběh poskytování služby?

Všech 21 zaměstnanců odpovědělo shodně a správně, pravidelné hodnocení patří k povinnostem poskytovatele sociálních služeb. ✓

43. Jaká máte pravidla pro zjišťování spokojenosti uživatelů se službou?

Celkem 20 zaměstnanců odpovědělo shodně a dostatečně, pouze jeden zaměstnanec odpověděl, že pravidla psaná nejsou a jsou jen zvyková. Celkově je ale obecná znalost velmi dobrá. ✓

44. Zapojujete do hodnocení další zainteresované fyzické či právnické osoby?

Celkem 19 zaměstnanců odpovědělo správně, že zapojení dalších osob se dělá podle potřeby, 2 odpověděli, že na takové zapojení nemají právo, protože jde o interní proces poskytovatele.

Doporučujeme sjednocení praxe a proškolení zaměstnanců v možnostech zapojení dalších fyzických či právnických osob – toto zapojení může být součástí hodnocení kvality služby, jedná se o externí pracovníky, auditory, psychology a další specialisty, případně ale může jít také o příbuzné.

45. Jak nakládáte se stížnostmi na kvalitu?

Všech 21 zaměstnanců odpovědělo obsahem správně, důležitý je moment využití stížnosti jako podnětu pro zlepšení. ✓

46. Jak zajišťujete dostupnost informací o druhu služby, kapacitě a způsobu poskytování?

Všech 21 zaměstnanců odpovědělo obsahem správně, pouze 1 zaměstnanec uvedl neúplnou odpověď, že informace jsou k dispozici pouze na webu. Odpovědi považujeme nicméně za správné. ✓

47. Kdy informujete uživatele/zájemce o povinnostech vyplývajících ze smlouvy?

Všech 21 zaměstnanců odpovědělo shodně a správně; zásadní je předání informací před podpisem smlouvy. ✓

48. Jak vytváříte prostředí pro uplatnění lidských a občanských práv a zamezení střetu zájmů při poskytování služby?

Odpovědi na tuto otázku se různily. Tři zaměstnanci uvedli, že naplnění vychází ze samotného poskytování služby (což nemusí být pravda), 6 zaměstnanců uvedlo obecný odkaz na LZPS (což z hlediska zákona 108/2006 Sb. v platném znění není dostačující pro splnění povinností



poskytovatele), 12 zaměstnanců odpovědělo správně, že existuje vnitřní předpis s konkrétními situacemi.

Doporučujeme zaměřit firemní vzdělávání v rozsahu konkrétních situací, které jednoduchým způsobem ukazují postup řešení. Vhodné jsou také kurzy s dilematickými situacemi, které mohou nastat (např. v rámci interního vzdělávání).

49. Jak zajistíte srozumitelnost vnitřních pravidel pro uživatele?

Odpovědi se všech 21 zaměstnanců obsahem shodovaly a odpovědi považujeme za dostatečné, 4 zaměstnanci navíc uvedli alternativní možnosti např. pro klienty s vadami zraku (Braillovo písmo, velkoformátový tisk atd.). Odpovědi považujeme za dostatečné. ✓

50. Jak máte zpracována pravidla pro podávání stížností?

Celkem 20 zaměstnanců odpovědělo, že jde o součást standardů kvality, pouze 1 zaměstnanec odpověděl nesprávně, že tato pravidla jsou v rozsahu zákona 108/2006 Sb. – zákon o sociálních službách však formu ani obsah takových pravidel nespecifikuje. I tak považujeme jedinou chybnou odpověď za skvělý výsledek.

Doporučujeme interní vzdělávání či kurzy na téma zákona 108/2006, co je jeho obsahem a které věci již obsaženy nejsou a jsou často „na bedrech“ poskytovatele. Předpisy, týkající se možnosti podávání stížností a pravidel, tvoří častý námět kontrol kvality.

51. Jakým způsobem máte zpracována pravidla pro individuální plánování?

Všech 21 zaměstnanců odpovědělo shodně a správně. ✓

52. Vedete evidenci osob, kterým nemohla být služba poskytnuta z důvodu nedostatečné kapacity?

Celkem 19 zaměstnanců uvedlo, že taková evidence existuje (v písemné či elektronické podobě), dva zaměstnanci uvedli, že taková evidence není pro službu relevantní; tato odpověď je v rozporu s §88 písmene g); jde o explicitní zákonnou povinnost poskytovatele.

Doporučujeme školení v rozsahu povinností poskytovatelů sociálních služeb s přihlédnutím ke smyslu jednotlivých částí. Zároveň doporučujeme pravidelná školení standardů kvality. Je samozřejmě očividné, že obecná znalost této problematiky je dobrá, ale je vhodné v této oblasti vzdělávání posílit.

53. Jak ověřujete znalost standardů kvality a jejich dodržování ze strany zaměstnanců?

Odpovědi se zřetelně různily a ukázaly, že zaměstnanci nejsou pravidelně školeni ve standardech (a pokud ano, dosah tohoto školení není dostatečný). Celkem 13 zaměstnanců uvedlo, že je zodpovědností zaměstnance tyto dokumenty znát – zde podotýkáme, že za zaměstnance zodpovídá vedoucí na všech úrovních činnosti a proto zodpovídá také za jeho znalost či neznalost standardů. 5 zaměstnanců naopak zmiňovalo kazuistické porady a školení standardů, 3 odpovídali v kombinacích.

Doporučení se shoduje s doporučením v bodě 52.



54. V případě, že poskytujete sociální službu podle § 48 (Domov pro osoby se zdravotním postižením), poskytujete přednostně sociální službu dítěti, kterému byla soudem nařízena ústavní výchova, výchovné opatření nebo předběžné opatření a máte tuto skutečnost ošetřenou v pravidlech?

Není pro tuto službu relevantní. ✓

55. Jaký je postup, pokud se ukončuje péče osobě, která se bez pomoci a podpory může ocitnout v život ohrožující situaci?

Správná odpověď zazněla pouze 6x – poskytovatel má v první řadě povinnost oznámit tuto skutečnost na místně příslušný obecní úřad. A ačkoliv ostatní odpovědi ukazují na chvályhodnou praxi, že služba je poskytována dál až do vyřešení situace, není tím splněna zákonná povinnost ohlášení.

Doporučení se shoduje s doporučením v bodě 52.

56. Využíváte opatření omezující pohyb osob?

Nejednota panovala i v tomto bodě. Kromě jedné odpovědi bez obsahu („záleží jak se to vezme“) zaměstnanci buď odpovídali, že jsou užita s předcházejícím souhlasem uživatele anebo v situacích nezbytně nutných, kdy je ohrožen život a zdraví anebo že používány nejsou vůbec. Explicitně chybně byly 2 odpovědi; jedna z nich byla, že opatření se nepoužívají, pokud to není nařízeno vládním opatřením (?) a druhá, že se používají, pokud je to provozně nutné (což nezakládá mandát k jejich využití). Podotýkáme, že jejich užití patří mezi vykazované položky do každoročního výkazu sociálních služeb v OK Systému. Je tedy zřejmé, že někteří zaměstnanci neví, co skutečně OOP znamenají.

57. Jak byste hodnotili přínos našeho dotazníku?

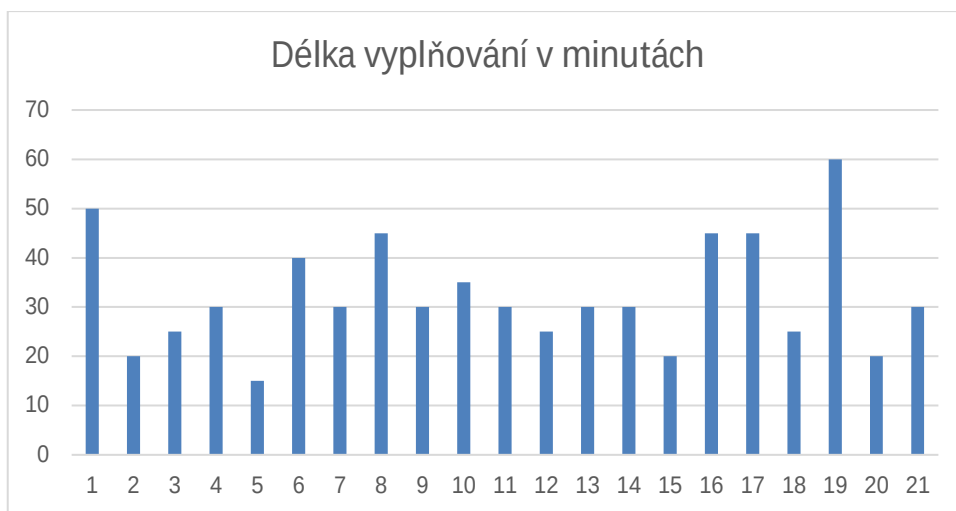
Děkujeme za zhodnocení přínosnosti dotazníku.





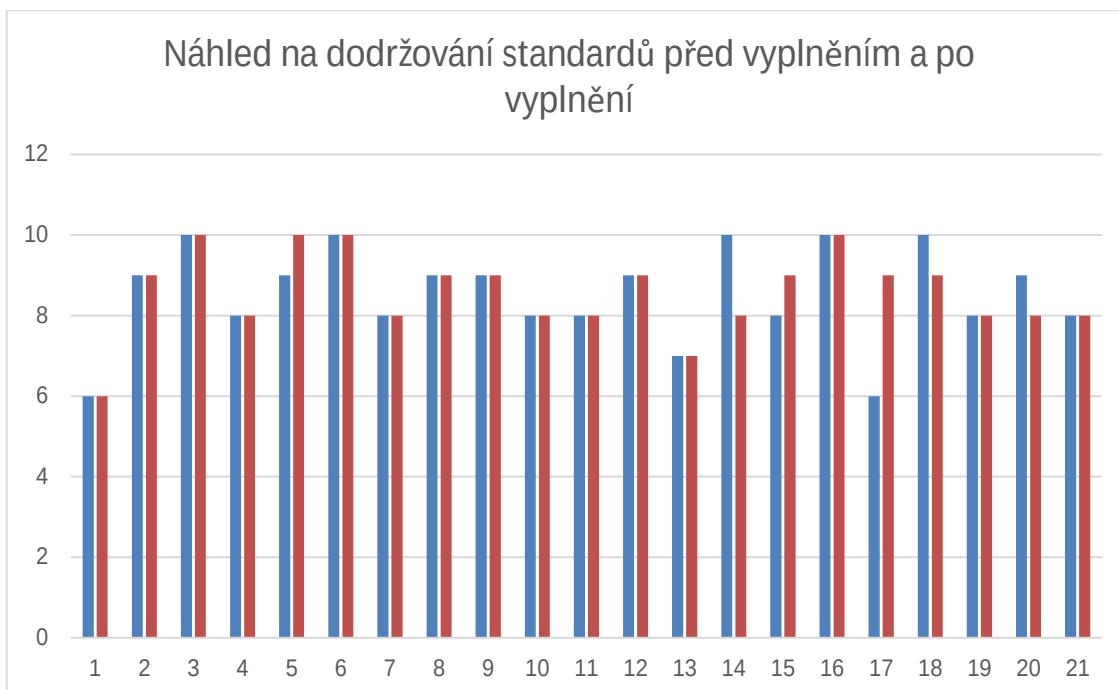
58. Kolik času jste nad ním strávili?

Děkujeme za důležitou informaci, kolik času vyplňování dotazníku zabralo.



59. Jak byste ohodnotili naplňování standardů a zákonných předpisů ve vaší organizaci?

Z odpovědí je patrné, že zaměstnanci si dotazníkem potvrdili svoji domněnku o naplňování standardů kvality.





Závěrečné vyhodnocení

Celkově považujeme předané dokumenty za propracované a na sebe navazující. Lze si z nich udělat obrázek o fungování služby. Naše doporučení většinou souvisí s aktualizací či rozšířením o dobrou praxi, případně zdůraznění, že určitá témata se stávají častým námětem kontrol.

Znalosti zaměstnanců na základě GAP analýzy hodnotíme jako velmi dobré, konkrétní doporučení se týkají hlavně zlepšování firemního vzdělávání, týmové spolupráce a vzájemného povědomí o agendách kolegů, znalosti procesů a celkové profesní flexibility. Dobře nastavený systém firemního vzdělávání může přinést velmi pozitivní výsledky, stejně jako větší důraz na účast na kurzech a dalších nástrojích odborného růstu pracovníků bez ohledu na pozici. Obecně můžeme říct, že ve velké většině se nesprávné odpovědi objevovaly pouze ojediněle.

Zmapování znalostí a kompetencí pracovníků a jejich vlastní reflexe v závěrečných grafech ukazuje míru zapojení zaměstnanců do tvorby natolik závažných dokumentů, jako jsou standardy kvality, možnosti participace a také to, do jaké míry přijímají dokumenty za vlastní. Sebereflexe v poslední tabulce ukazuje, že zaměstnanci jsou si vědomi dobré úrovně poskytování sociální služby anebo že ji považují za průměrnou, resp. naplňování zákonných požadavků (bez změny před či po vyplnění dotazníku). I to může být zpětná vazba a prostor pro růst a zlepšování služby jako celku.