

UNIVERZITA KARLOVA

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Multidisciplinární spolupráce v domech s pečovatelskou službou

Multidisciplinary cooperation in nursing homes

Diplomová práce

Vedoucí práce:

PhDr. Monika Válková

Autor:

Bc. Barbora Ilušáková

Praha 2023

Poděkování:

Tímto bych ráda poděkovala všem, kteří mě po celou dobu tvorby mé diplomové práce podporovali a velké poděkování patří i DPS v Nové Roli, kde mi umožnili provést výzkum, stejně tak jako zařízení CSOP v Praze. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své vedoucí diplomové práce PhDr. Monice Válkové.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou prací „Multidisciplinární spolupráce v domech s pečovatelskou službou“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne:

Jméno autora: Bc. Barbora Ilušáková

Anotace:

Předmětem této diplomové práce „Multidisciplinární spolupráce v domech s pečovatelskou službou“ je seznámení se s fungováním domů s pečovatelskou službou a jejich cílovými skupinami. V práci jsou ukázány i jiné sociální služby pro uvedené cílové skupiny a jsou zde rozebrány standardy kvality sociálních služeb. V neposlední řadě je zde kapitola věnována zařízením, kde jsem prováděla výzkum, jehož cílem bylo dokázat, že i dům s pečovatelskou službou na okraji Karlových Varů, může dosahovat stejných kvalit jako dům s pečovatelskou službou v hlavním městě Praha. Také bylo cílem ukázat, že spokojenost klientů určuje často jen málo faktorů, jako například empatie pracovníků v sociálních službách.

Klíčová slova:

dům s pečovatelskou službou, senior, chronické onemocnění, zdravotní postižení, standardy kvality, sociální služby

Anotation:

The subject of this diploma thesis „Multidisciplinary cooperation in nursing homes“ is an introduction to the functioning of nursing homes and their target groups. The work also shows other social services for mentioned target groups and the quality standards of social services are analyzed here. Last but not least, the chapter her eis dedicated to the facilities where I conducted research, the aim of which was to prove that even a nursing home on the outskirts of Karlovy Vary can achieve the same quality as nursing home in the capital city of Prague. The aim was also to show that client satisfaction is often determined by only a few factors, such as the empathy of workers in social services.

Key words:

nursing home, senior, chronic disease, disability, quality standards, social services

Obsah

Úvod	7
1. Pečovatelská služba	8
1.1. Dům s pečovatelskou službou	9
1.2. Historie terénní péče a pečovatelské služby	10
1.3. Současnost pečovatelské služby	13
1.4. Příspěvek na péči	14
1.5. Smlouva poskytovatele s klientem sociální služby	15
1.6. Individuální plánování	16
2. Senior (stáří a stárnutí)	18
3. Standardy kvality sociálních služeb	22
4. Jiné sociální služby pro cílovou skupinu DPS	27
5. Multidisciplinární spolupráce	33
5.1. Sociální pracovník a klíčový pracovník	34
5.2. Etický kodex a multidisciplinární tým	36
5.3. Ostatní členové multidisciplinárního týmu v DPS	38
6. Ladara a CSOP	42
7. Dlouhodobá péče	45
8. Praktická část	48
8.1. Realizace výzkumu	49

8.2. Hlavní výzkumná otázka a vedlejší výzkumné otázky	50
8.3. Popis prostředí	51
8.4. Analýza dat	52
8.5. Popis výpovědí respondentů	53
8.6. Komparační tabulky	58
8.7. Závěr výzkumu	63
9. Diskuze	66
10. Závěr	69
Shrnutí	71
Seznam odborné literatury	73
Přílohy	77

Seznam zkratek

DPS – dům s pečovatelskou službou

CHO – chronické onemocnění

ZP – zdravotní postižení

SS – sociální služby

SP – sociální práce

PnP – příspěvek na péči

ADP – Agentura domácí péče

CSOP – Centrum sociální a ošetrovatelské pomoci

ČSČK – Československý červený kříž

PS – pečovatelská služba

IP – individuální plánování

WHO – Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

OSN – Organizace spojených národů

MD – multidisciplinární

ÚP – Úřad práce

OSSZ – Okresní správa sociálního zabezpečení

LTC – long term care (dlouhodobá péče)

Úvod

Na úvod mé diplomové práce bych chtěla říct, že vybrané téma je pro mne poslední roky velice aktuální a to z důvodu toho, že již několik let docházím do domu s pečovatelskou službou u nás v Karlovarském kraji a následně zde probíhala část mého výzkumu. V práci s názvem „Multidisciplinární spolupráce v domech s pečovatelskou službou“ se budu zabývat tématy, které dle mého úzce souvisí. Hned v první kapitole se práce bude věnovat pečovatelské službě jako takové, její historii, legislativě, smlouvám a individuálnímu plánování. V kapitole druhé naváží cílovými skupinami, tedy skupinami osob, pro které je pečovatelská služba určena a jejich popisu. Ve třetí kapitole mé práce se podíváme na standardy kvality v sociálních službách. Poté se práce bude zabývat dalšími sociálními službami, které se poskytují stejným cílovým skupinám jako má pečovatelská služba. V další kapitole rozeberu, co to vlastně multidisciplinární spolupráce znamená a jak to může fungovat. Následující šestá kapitola přiblíží dva vybrané domy s pečovatelskou službou, ve kterých byl prováděn výzkum, konkrétně jde o DPS Nová Role, který funguje pod Agenturou domácí péče Ladara, o.p.s. a DPS, pod vedením Centra sociální a ošetřovatelské pomoci Praha 15. Předposlední krátká kapitola má za úkol představit dlouhodobou péči, která úzce souvisí s našimi cílovými skupinami ale i s fungováním multidisciplinárních týmů. Poslední a velmi důležitou kapitolu tvoří již zmiňovaný výzkum, jehož cílem je potvrdit, že i DPS na okraji Karlových Varů může stejných kvalit jako DPS v hlavním městě Praha a ukázat, že pro spokojenost klientů mnohdy stačí empatictí pečovatelé a ne ve všech by vzbudil zájem přítomnosti multidisciplinárního týmu v u nich v DPS.

1. Pečovatelská služba

Pečovatelská služba je jednou ze služeb sociální péče, která pomáhá řešit zdravotní, ale i sociální potíže občanů České republiky. V posledních letech se jedná o jednu z nejrozšířenějších sociálních služeb. Klientům může být poskytována v jejich přirozeném prostředí (domácnost klienta) nebo právě v domech s pečovatelskou službou. Můžeme tedy říct, že je to služba terénní, ambulantní a pobytová služba. Definice dle autorky E. Malíkové je následující: „*Pečovatelská služba je také terénní služba poskytovaná seniorům, osobám se zdravotním postižením a někdy i rodinám s dětmi. Pečovatelskou službu provádějí pečovatelé tak, že pomáhají potřebných jedincům v péči o sebe a o domácnost.*“¹

Pečovatelská služba má za cíl pomáhat klientovi k zajištění fyzické, ale i psychické soběstačnosti a to po co nejdelší možnou dobu. Dalším cílem je umožnit klientům zapojení do společenského života a to v co největší možné míře, stejně jako pro ně zajistit důstojné prostředí, zacházení a popřípadě i smrt. PS není poskytována všem občanům bez výjimky, ale stejně jako každá sociální služba má vyhrazenou svou cílovou skupinu. Zde platí, že služba je poskytována osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Poskytuje se v přirozeném prostředí klienta nebo v zařízeních sociálních služeb a to ve vymezeném čase (nejčastěji 7:00-19:00). Pro řadu klientů je nejlepší, pokud mohou co nejdelší možnou dobu zůstat ve svém domově, což poskytuje výhody v tom, že klient není vystavován stresu z neznámého prostředí a osob. Pečovatelská služba má seznam úkonů, které poskytuje a které se odvíjí od základních životních potřeb, které jsou posuzovány při priznávání příspěvku na péči. Jako první je pomoc při podávání jídla a pití, kdy klientovi jídlo nandáme, nakrájíme, ohřejeme a naservírujeme, může však jít jen o otevření portu na jídlo. Součástí je i příprava nápoje. Další oblastí je pomoc při oblékání a obouvání, kdy klientovi oblečení připravíme (oděv přizpůsobíme počasí), pomůžeme mu se obléct, zapnout zipy a knoflíky a také při obouvání. Třetí oblastí, ve

¹ MALÍKOVÁ, E.: *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. Str. 45.

kteře pečovatelé pomáhají, je pomoc při prostorové orientaci, kdy doprovázíme klienta po bytě a směřujeme ho, otevíráme mu dveře, zavíráme za ním. Další je pomoc při pohybu. Sem spadá pomoc při zvedání, případně pomoc při přesunu z jednoho místa na druhé, a pokud se jedná o zcela imobilního klienta, tak je to práce s polohovací postelí a dalšími pomůckami. Dále pečovatel pomáhá při osobní hygieně, při výkonu fyziologických potřeb, péči o zdraví, osobních aktivitách a v péči o domácnost.

Domy s pečovatelskou službou začali vznikat po roce 1968, kdy toto zařízení bylo řešením pro osoby, které chtěli nebo museli opustit své domovy a to jak z toho důvodu, že už nezvládali zcela péči o vlastní osobu, ale v té době také kvůli tzv. nadměrnosti bytů. Je to zařízení, které neposkytuje pobytovou službu jako takovou, ale nabízí klientům byty k pronájmu a jako bonus mají k dispozici řadu pečovatelských služeb (podmínkou pro přijetí často bývá využívání alespoň jedné takové služby). Mezi tyto služby patří přímá péče o osobu klienta, zajištění nákupu, pomoc s chodem domácnosti, nabídka obědů nebo tísňová péče. DPS však není řešením pro všechny, pakliže dojde k rapidnímu zhoršení zdravotního stavu a v důsledku toho musí být přemístěn do nemocnice nebo do jiného zařízení sociálních služeb, kde péči poskytují nepřetržitě.

1.1. Dům s pečovatelskou službou

Dům s pečovatelskou službou je jednou ze sociálních služeb. Jedná se o dnes velmi populární kombinaci a to kombinaci pečovatelské služby a pobytového zařízení. Smyslem je soustředění uživatelů PS na jednom místě, který je často řešením nevyhovujícího bydlení klienta nebo situace, kdy klient už nemůže bydlet samostatně a rodina nemůže vlastními silami zajistit dostatečně kvalitní péči.

Velkou výhodou je přítomnost pečovatelek po stanovenou dobu (nejčastěji 7:00-19:00) a v některých zařizeniích nejen v pracovní dny, ale i o víkendech. Přestože zde není poskytována nepřetržitá péče, tak část DPS nabízí tísňovou péči. Funguje tak, že

klient má k dispozici tísňový telefon či tísňový náramek, kterým si může v případě zhoršení zdravotního stavu, pádu či jiných komplikací přivolat pomoc. Pečovatelská služba je poskytována jak seniorům, tak i osobám se zdravotním postižením či chronickým onemocněním, které osobě neumožňuje nadále žít bez pomoci jiné fyzické osoby. Důvodem může být vysoký věk a s ním spojená snížená soběstačnost, nebo již zmiňované ZP či chronické onemocnění. Bydlení není určeno jen pro jednotlivce, ale i pro manželské páry.

Nejedná se o běžné zařízení sociální péče, jakými jsou např. domovy pro seniory. Jsou to tzv. domy s byty zvláštního určení, kde se bytové jednotky pronajímají na základě běžné smlouvy. Nejčastěji jsou to obecní domy s bytovými jednotkami, kde má pečovatelská služba své sídlo. Kvůli tomu jsou nájemcům / klientům poskytovány nejrůznější služby. Mohou to být služby spojené s pomocí při osobní hygieně, úklid, praní, nakupování, stravování, jednoduché ošetrovatelské úkony (podávání léků, převazování ran, ošetřování dekubitů). Dále to může být doprovod na úřady či k lékařům.

Nevýhoda DPS je v tom, že nejsou schopni poskytovat takovou zdravotní péči jako v jiných zařízeních, tudíž musí být klient při zhoršení zdravotního stavu převezen do nemocnice a následně na oddělení následné péče, nebo do jiné služby (např. domov pro seniory). Z vlastních zkušeností vím, že se do DPS vrací jen malé procento osob.

1.2. Historie terénní péče a pečovatelské služby

Úplné počátky pomoci potřebným jsou datovány až do středověku. První instituce v té době zakládala pouze církve a v pozdější době i řeholní řády. Pomoc byla poskytována především chudým, starým, sirotkům a nemocným. S přibývajícím „potřebnými“ bylo nutné začít budovat chudobince, špitály, sirotčince a také starobince. Přesto v této době byla pomoc a péče hlavně na rodině a nedalo se hovořit o jakékoliv odbornosti.

Vzhledem k rozvíjejícímu se školství se pomalu rozvíjí i laická péče o chudé a nemocné. Díky osvícenským reformám tehdejšího panovníka Josefa II. církve začala ztrácet své postavení. „*Josef II. napřel však své úsilí hlavně do ústavní péče, kde dochází k velkým změnám a rozvoji. Zřizoval mnoho nových zdravotně-sociálních institucí a budoval též nalezince pro opuštěné a nemanželské děti.*“² Základem nového systému péče o staré, nemocné a chudé bylo tzv. domovské právo (povinnost domovské obce postarat se o své staré, chudé a nemocné a poskytnout jim jídlo). V 19. století začali sociální péči nahrazovat soukromé instituce a to přineslo zcela nové formy sociální práce. Koncem 19. století se rozvíjela domácí péče, ne však odborná a začali vznikat prvky ošetrovatelství a v Praze byla založena první ošetrovatelská škola. Po roce 1918 (po vzniku samostatného Československa) se stát potýkal s krizí. V důsledku první světové války přibývalo potřebných (invalidé, váleční veteráni, sirotci a vdovy). Sociální péči v této době zajišťovali soukromoprávní instituce, ale i církve. Vzniklo první ministerstvo sociální péče a zákony, které jasně definovali pojetí sociální péče. Velký zlom nastal v roce 1919 a tím bylo založení Československého červeného kříže, který začal fungovat pod vedením Alice Masarykové. „*Československý červený kříž pod vedením své první předsedkyně Alice Masarykové se zasloužil o vznik pečovatelské služby i ošetrovatelské péče.*“³ Veškerá tato činnost nebyla nijak financována a tak fungovali pouze ze sbírek a díky dobrovolníkům. Alice Masaryková byla významnou osobností ve sféře sociální péče, kdy také vzdělávala sociální pracovníky. Zprvu pouze skrze kurzy, později už na Ženské vyšší škole pro sociální péči. „*Absolventky tohoto vzdělávání však neměly jednoduché začátky: veřejnost i úřady nechtěly tuto novou odbornost akceptovat.*“⁴ V této době se pečovatelské a ošetrovatelské služby nezabývaly jen okamžitou pomocí, ale už i poradenstvím a s tím spojenou prevencí.

² Kolektiv autorů.: *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb, 2010. Str. 20.

³ Kolektiv autorů.: *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb, 2010. Str. 22.

⁴ Kolektiv autorů.: *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb, 2010. Str. 22.

Nastala druhá světová válka, kdy se přerušil celý sociální systém a byl zrušen i Československý červený kříž. Po jejím konci se pomalu začalo navazovat na pečovatelskou službu, za což má zásluhu obnovený ČSČK, který však v roce 1948 zcela ztratil svou nezávislost. „*Po komunistickém převratu došlo k rozsáhlým změnám v celé společnosti a změnila se i sociální politika. Vládnoucí komunistická strana převzala ze Sovětského svazu model centrálního plánování a tento aplikovala i na oblast sociální politiky a sociální péče.*“⁵ V roce 1952 pečovatelskou službu získala zdravotní správa, které se orientovala především na osamocené a nemocné občany. Sociální péče byla státem považována za nepotřebnou a zbyly z ní prakticky jen peněžní dávky. Pravda to nebyla a potřebných byla více než dost. V 60. letech se stala jakýmsi trendem gerontologie a geriatrie, což PS velmi pomohlo. Začala se připouštět možnost, že ne všichni se mohou kvalitně postarat o své blízké a tak se poptávka po PS zvýšila. Tato doba přineslo to, že PS začala být vnímána pro společnost jako přínos a stala se významnou a váženou sociální službou. „*Starým lidem žijícím ve svých domácnostech se dle zákona poskytovaly tzv. služby doplňkové péče, spočívající v poskytování: poradní pomoci, pečovatelské služby, stravování, věcné pomoci, peněžitých příspěvků a kulturních služeb.*“⁶ V důsledku váženosti této služby začali v 70. letech vznikat domy s pečovatelskou službou (během 10 let se jich vybudovalo 130 po celé České republice). Díky tomu Ministerstvo práce a sociálních věcí zavedlo povinné kvalifikační kurzy pro pracovníky v sociálních službách.

Rok	Počet příjemců
1960	2054
1965	3763
1970	11946
1975	23647
1980	38649

⁵ Kolektiv autorů.: *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb, 2010. Str. 23.

⁶ Kolektiv autorů.: *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb, 2010. Str. 24-25.

Největší rozmach nastal po roce 1989, kdy vznikali další vysoké a střední školy a vznikla Asociace vzdělavatelů v sociální práci, které se později přejmenovala na Asociaci poskytovatelů sociálních služeb, tedy do podoby jak jí známe dnes.

Historie pečovatelské služby je tedy velmi dlouhá a obsáhlá a díky tomu dnes můžeme poskytovat skutečně kvalitní péči našim občanům.

1.3.Současnost pečovatelské služby

Dne 1. 1. 2007 vstoupil v platnost zákon č. 108/2006 Sb. O sociálních službách, který měl za důsledek např. zavedení standardů kvality sociálních služeb. Současně s tím byl vytvořen vzor smlouvy o poskytování sociálních služeb, který se následně upravoval na jednotlivé SS. Od roku 2007 bylo vytvořené nové pojetí SS, které klade důraz na individuální přístup, profesionalitu, kvalitu, respektování práv a prevenci sociálního vyloučení. *„Základní činnosti jsou povinnou nabídkou poskytovatele, kterou lze ještě doplnit škálou fakultativních činností, jejichž nabídka dává poskytovateli možnost zvýšit atraktivitu nabízené pečovatelské služby a nabídnout uživatelům dle jejich potřeb další úkony.“*⁷ S novým zákonem musela být zavedena např. i pojistná smlouva s klientem, pro případ, kdyby při poskytování péče došlo k nějaké škodě. Poskytovatel má mnoho povinností, které musí pro své fungování splňovat a patří mezi ně např. povinnost informovat zájemce o službu, mít zpracované vnitřní pravidla, plánovat průběh poskytování služby dle osobních cílů, potřeb a schopností, vést záznamy o průběhu poskytování služby, nebo vedení evidence žadatelů, se kterými nemohli uzavřít smlouvu.

⁷ Kolektiv autorů.: *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb, 2010. Str. 31.

1.4. Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je poskytován osobám, které z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu nezvládají péči o svou osobu a jsou závislí na pomoci jiné fyzické osoby. Je poskytován v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb. O sociálních službách a vyhláškou č. 505/2006 Sb. a o jeho přiznání rozhoduje úřad práce. Přiznání PnP a posouzení stupně závislosti probíhá skrze posouzení zvládnutí základních životních potřeb: *mobilita, orientace, komunikace, stravování, obouvání a oblékání, osobní hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost (ta je posuzována pouze u osob starších 18 let)*. Požádat o příspěvek na péči může člověk dvojitou cestou. První je podáním žádosti elektronicky s elektronickým podpisem nebo skrze datovou schránku. Druhý způsob je dnes stále nejvyužívanější a to podáním vyplněného formuláře v tištěné podobě na příslušnou pobočku úřadu práce. Nárok na příspěvek na péči má osoba starší 1 roku, která z důvodu své nepříznivé životní situace nebo špatného zdravotního stavu potřebuje pomoc a péči jiné fyzické osoby. Pečující osobou musí být osoba blízká, asistent sociální péče nebo poskytovatel sociálních služeb, který však musí být uveden v registru poskytovatelů SS.

Stupeň závislosti nám určují základní životní potřeby a to, kolik jich osoba samostatně zvládne. Tomu všemu předchází řízení o uznání příspěvku na péči. Vše začíná podáním žádosti příslušné krajské pobočce úřadu práce (pobočka musí být v místě trvalého bydliště žadatele – př. pokud jsem z Karlových Varů, nemůžu žádat o PnP na úřadě práce v Praze). Po podání žádosti sociální pracovní ÚP provede sociální šetření v přirozeném prostředí žadatele, kde zjišťuje jak moc je osoba schopná samostatně fungovat. Po šetření pracovník podá žádost o posouzení stupně závislosti na příslušnou pobočku okresní správy sociálního zabezpečení. OSSZ se při posuzování stupně závislosti řídí výsledky sociálního šetření, zprávou od posudkového lékaře a jinými vyšetřeními, které žadatel absolvoval. Na základě těchto informací pošle ÚP rozhodnutí o přiznání PnP a v jakém stupni byl přiznán, nebo o jeho nepřiznání. Pokud

žadatel s nepřiznáním nebo s určeným stupněm závislosti nesouhlasí, může podat odvolání, které následně řeší Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Příspěvek na péči vždy náleží jen osobě, která na něj má nárok (nikdy nenáleží pečující osobě nebo sociální službě, kterou klient využívá).

Stupeň	Do 18 let	Nad 18 let
1. stupeň (lehká závislost)	3 300 Kč	440 Kč
2. stupeň (středně těžká závislost)	6 600 Kč	4 400 Kč
3. stupeň (těžká závislost)	13 900 Kč	12 800 Kč
4. stupeň (úplná závislost)	19 200 Kč	19 200 Kč

Tabulka 2 – Výše PnP dle stupně závislosti

<https://www.mpsv.cz/-/prispevek-na-peci>

Stupeň	Do 18 let	Nad 18 let
1. stupeň	3 činnosti	3-4 činnosti
2. stupeň	4-5 činností	5-6 činností
3. stupeň	6-7 činností	7-8 činností
4. stupeň	8-9 činností	9-10 činností

Tabulka 3 – Posuzování zvládnutí činností u PnP

<https://www.mpsv.cz/-/prispevek-na-peci>

1.5.Smlouva poskytovatele s klientem sociální služby

Je zcela jasné, že sociální služby lze poskytovat pouze na základě uzavření smlouvy a není tomu jinak ani v případě pečovatelské služby. Dle zákona je platná pouze písemná smlouva. Ve výjimečných případech může být uzavřena smlouva ústní (např. v případě ohrožení života), která však následně musí být písemnou smlouvou nahrazena. *„Důležitým znakem této smlouvy by měla být též transparentnost, jasnost a srozumitelnost přiměřená oblasti úpravy vzájemných vztahů i schopnostem a poměrům*

účastníků, zejména uživatele, protože podmínkou platnosti smlouvy je nepochybně okolnost, že je srozumitelná těm, kteří jí sjednávají.“⁸

Ve smlouvě nesmí chybět *označené smluvních stran, druh a forma sociální služby, místo a čas poskytování, rozsah poskytování, způsob úhrady a výše úhrady, ujednání o dodržování vnitřních pravidel, výpovědní lhůty a výpovědní důvody, doba platnosti smlouvy.* Základem je aby poskytování služby, úkony a vztahy mezi poskytovatelem a klientem probíhaly vždy jen na základě sepsané smlouvy a aby nikdy by neměli tyto věci být v rozporu, a už vůbec nemůže být smlouva v rozporu se zákonem a nesmí je ani nijak obcházet.

1.6. Individuální plánování

Jeden z nejdůležitějších nástrojů pro zlepšování kvality sociálních služeb je individuální plánování. Je to 5. bod standardů kvality SS. „*Je nutné si uvědomit, že plánování služby není jen vytvoření konkrétního plánu, ale že se jedná o proces, který je cílený, strukturovaný, průběžný a reaguje na individuální potřeby uživatele v souladu s posláním dané služby. Proces plánování služby je považován za jeden z nejnáročnějších standardů v oblasti zavádění do praxe.*“⁹ Protože je pečovatelská služba často poskytována v přirozeném prostředí klienta, tedy doma, je nutné dodržovat a respektovat jeho zavedené zvyky, či zvyky celé rodiny.

Úplně první zmínka o individuálním plánování je již v momentě, kdy jednáme se zájemcem o službu. Tady už zjišťujeme jakou má představu, očekávání, jak čeká, že mu služba pomůže. Základem IP je komunikace a to mezi pracovníkem a klientem, mezi pracovníkem a rodinou klienta (nebo jinou pečující či blízkou osobou), mezi pracovníky navzájem a mezi pracovníkem a managementem. Vždy jde o cílený a

⁸ Kolektiv autorů.: *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb, 2010. Str. 119.

⁹ Kolektiv autorů.: *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb, 2010. Str. 250.

strukturovaný rozhovor, který je však potřeba předem naplánovat. Je dobré navázat s klientem kontakt, vytvořit atmosféru, která bude příjemná a pomocí vhodných otázek zjistit potřeby (nikdy nesoudíme ani nesdělujeme klientovi či zájemci svůj názor – mohl by se leknout a uzavřít se před námi). Individuální plánování má splňovat cíle jako např. poskytovat sociální služby v zájmu klienta, přizpůsobit služby specifickým požadavkům a především zapojit samotného klienta do procesu plánování a vykonávání služby.

Principy individuálního plánování jsou: *podpora běžného způsobu života, sociální inkluze, konkrétní a dosažitelné plány, možnost klienta své cíle změnit, pravidelné přehodnocování plánu za přítomnosti klienta, klíčový pracovník zodpovědný za individuální plán, vedení záznamů o průběhu poskytování služby.*

Klíčový pracovník je takový pracovník, který by měl mít určité znalosti, dovednosti, odbornost a vzdělání mezi které patří *orientace ve své práci empatie, ovládání emocí, dovednost vytyčit hranice, vedení rozhovoru, aktivní naslouchání, autentičnost, komunikativnost, otevřenost, orientace v právech.* Dá se říci, že je koordinátor pro péči a podporu u svého klienta. Je to také člověk, na kterého se bude klient obracet, kterému může zavolat a požádat ho o pomoc.

V závěru lze říci, že pokud je IP správně vytvořeno a nastaveno, pak slouží ke snižování závislosti klienta na poskytované službě.

2. Senior (stáří a stárnutí)

Mezi cílové skupiny pečovatelské služby a domů s pečovatelskou službou nepatří pouze senioři, ale i lidé s chronickým onemocněním či lidé se zdravotním postižením. Přesto jsou senioři nejrozšířenější „odběratelskou“ skupinou osob a proto si o nich řekneme více.

Senior je člověk, který patří do skupiny osob nad určitý věk. WHO rozdělila seniory takto: *rané stáří (60-74 let)*, *vlastní stáří (75-89 let)* a *dlouhověkost / kmetství (90 let a více)*. Každé toto období je definováno událostmi, které zrovna v tu konkrétní dobu probíhají. Co se týče raného stáří, tak zde je nejdůležitějším milníkem odchod do penze, kdy senior začíná hledat novou náplň pro svůj volný čas a seberealizaci. Období vlastního stáří už jde vidět, že senioři podléhají nižší adaptabilitě a nižší toleranci na zátěž, než jak tomu bylo o pár let dříve. Také je mezi 75 a 89 rokem vyšší riziko osamělosti. Dlouhověkost (kmetství) se ve velké většině případů vyznačuje ztrátou soběstačnosti a nejčastějším problémem bývá závislost na pomoci jiné fyzické osoby. Český statistický úřad (2022) nám ukazuje, že v roce 2021 bylo osob ve věku 65 let a více v České republice 2 169 109. Ve věku raného stáří to bylo nejvíce a to přibližně 1 274 000 osob. Ve věku vlastního stáří to bylo o něco méně a to přibližně 830 000 osob a co se týče dlouhověkosti, tak zde to bylo nejméně a to něco okolo 64 000 osob.

Tab. 1.1 Senioři 65+ podle věku ve vybraných letech (k 31. 12.)

Věková skupina (v letech)	2011	2013	2015	2017	2019	2021
65–69	595 116	657 256	692 992	684 548	678 927	659 696
70–74	402 749	452 772	495 189	569 661	602 974	615 177
75–79	307 188	303 467	323 695	358 552	408 629	443 093
80–84	234 820	237 196	232 005	226 588	234 495	252 668
85–89	124 404	128 160	135 023	141 839	142 589	134 175
90–94	31 495	42 044	47 086	49 852	52 981	53 591
95+	5 664	4 649	6 422	9 143	11 035	10 709
Celkem 65+	1 701 436	1 825 544	1 932 412	2 040 183	2 131 630	2 169 109
Podíl 65+ v populaci v %	16,2	17,4	18,3	19,2	19,9	20,6

Zdroj: ČSÚ

Tabulka 4 – Počet seniorů ve vybraných letech v ČR

www.czso.cz

V České republice se dnes hranice důchodového věku udává od 65 let. Pro seniory je odchod do důchodu (ať už je odchod dobrovolný nebo nedobrovolný) velmi významný a to především kvůli změnám, které prožívají. Jednak to jsou změny sociální, ke kterým patří *proměna a ztráta sociálních rolí, zaměstnání a společenské postavení, ztráty blízkých lidí a sociálních kontaktů s nimi a v některých případech přichází i změna bydliště*. Další změny, které seniorský věk přináší, jsou psychické a může to být *zpomalení psychomotorického tempa, prodloužení reakčního času, pokles adaptačních schopností, proměna kognitivních funkcí mezi které patří častější zapomínání nebo horší soustředěnost, nebo větší emoce*.

Jak píše J. Mlýnková v knize *Péče o staré občany: „Stárnutí a stáří je fyziologickou součástí života lidí, zvířat, rostlin. Stáří představuje vyvrcholení celého životního cyklu jedince.“*¹⁰ Podle Dvořáčkové D a Holczerové V.: *„Stáří a stárnutí je přirozený a nezvratný biologický proces, který trvá od početí až po smrt jednotlivce. V tomto smyslu tedy není nutné vymezovat žádné hranice ani životní etapy, stárnutí se týká všech a stejným způsobem.“*¹¹ Stárnutí je tedy stav degenerace buněk. Nikdy ten úpadek není u všech stejný, ale u každého jedince je v jiné míře a jinak rychlý. Je ovlivněno i genetikou a také životním stylem a prostředím, ve kterém člověk žije. Velkým faktorem je i práce, zejména pokud se jedná o stresové zaměstnání.

Zajímavým termínem je tzv. fyzická křehkost, což znamená, že stav člověka může mít nejružnější omezení. Uvedu příklad, pokud si člověk způsobí frakturu ruky. Mladý člověk tento stav zvládne bez větších obtíží, naproti tomu senior se s tím tak dobře nevyrovná a stává se závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Jako fyzickou křehkost bereme *sníženou svalovou sílu, snížené fyzické schopnosti, osteoporózu, nízkou imunitu, nízkou výkonnost a vytrvalost a špatnou rovnováhu*.

Ke stárnutí se váže pojem aktivní stárnutí. Znamená to, že senior má snahu zajistit si co nejlepší kvalitu života. Zásady OSN hovoří o aktivním stárnutí jako o účasti na společenském životě, nezávislosti, důstojnosti, péči a seberealizaci. Můžeme to tedy

¹⁰ MLÝNKOVÁ J.: *Péče o staré občany – učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. Str. 13

¹¹ DVOŘÁČKOVÁ D, HOLCZEROVÁ V.: *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013. Str. 21

shrnout jako plnohodnotné prožívání života a to i v seniorském věku, který zahrnuje i péči o vlastní zdraví a život, bezpečnost a důstojnost. Netýká se to jen seniorů samotných, ale nás všech. Pro nás to znamená, že bychom měli starším lidem vyjadřovat podporu a být pro ně oporou, stejně tak jako bychom neměli dovolit, aby nemoc či úraz znamenala sociální vyloučení. Aktivní stáří můžeme podpořit např. tím, že dovolíme lidem v seniorském věku déle setrvat v jejich zaměstnání a dáme jim k tomu potřebnou pomoc a podporu.

Se stárnutím se pojí i rezidenční péče a přechod do ní. Nemusí tomu tak být vždy, ale ne všichni mají rodinu a blízké, které se o ně mohou nebo chtějí starat a ne všichni jsou soběstační a schopni se o sebe postarat ve vyšším věku. Se stářím je spojeno i mnoho onemocnění, kdy některá z nich mohou vyžadovat i specifické postupy a péči. Mezi nejčastější problémy a onemocnění v seniorském věku patří geriatrická křehkost, syndrom hypomobility, nestabilita s pády, inkontinence, seniorská deprese, Alzheimerova demence a další druhy demencí, osteoporóza a artróza, různé onemocnění srdce a cév, onkologická onemocnění a mezi nejčastější patří diabetes mellitus neboli cukrovka.

Pro všechny přechod do rezidenčních služeb není jednoduchý. Pro seniora to často znamená vytržení z jeho přirozeného prostředí (ve kterém mohl strávit celý život), změnu jeho denního režimu, může mít i pocity toho, že ho tam rodina poslala zemřít. Velkým problémem také bývá ztráta intimity. Abychom přechod do zařízení sociálních služeb usnadnili, určíme klientovi klíčového pracovníka, který se mu bude individuálně věnovat. Klíčový pracovník respektuje klientův zažitý životní styl, spolupracuje s jeho rodinou a pomáhá mu se adaptovat na nové prostředí. Nejdůležitější je však tvorba individuálního plánu. Tohle všechno může seniorovi usnadnit přechod do nového prostředí.

Kromě přechodu do rezidenční péče se řada osob v seniorském věku setkává i s problematikou ageismu. Ageismus můžeme popsat jako diskriminaci osob na základě věku, kdy je těmto osobám přidělována jakási nálepka nekompetentnosti. Stáří

je obdobím ztrát, úpadku, chátrání, zhoršení kvality života a proto jsou tito lidé odmítáni a podceňováni. Společnost k nim cítí odpor a snaží se je izolovat od života ve společnosti. Souvisí tím i trh práce, kdy už málo který zaměstnavatel přijme seniora a dá přednost mladší osobě ze strachu, že senior nebude tak výkonný a schopný, což je často mylná domněnka a nikdo už nemyslí na zkušenosti a kvality, které může osoba seniorského věku mít.

Jako zdroje ageismu lze považovat strach ze smrti, důraz na mládí a krásu, důraz na produktivitu a mýty o stáří.

3. Standardy kvality sociálních služeb

Standardy kvality jsou v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který definuje zásady poskytování sociálních služeb a trvá na jejich dodržování. Hlavní zásadou je zachování lidské důstojnosti a zachování a respektování lidských práv. Zákon také ukládá poskytovatelům povinnost služby poskytovat službu individuálně, podle aktuálních potřeb jedince, nikoliv podle potřeb skupiny nebo podle svých vlastních potřeb.

Poskytovatel musí také plánovat průběh poskytování služby, kdy však musí klient počítat s tím, že s ním budou pracovníci řešit osobní záležitosti. A to vše vede k tomu, aby daná služba mohla vytvořit individuální plán a podmínky poskytování přesně na míru. O kvalitě služeb rozhoduje inspekce z krajského úřadu nebo z Ministerstva práce a sociálních věcí. Právě kvalita tvoří soubor standardů SS v měřitelných kritériích a to vše podle vyhlášky č. 505/2006 Sb. a podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

Standardy dělíme do tří oblastí: *procesní, personální, provozní*. Procesních standardů máme definováno osm a to *Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb, Ochrana práv osob, Jednání se zájemcem o službu, Smlouva o poskytování sociální služby, Individuální plánování průběhu sociální služby, Dokumentace o poskytování sociální služby, Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby, Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje*. Personální standardy máme pouze dva: *Personální a organizační zajištění sociální služby a Profesní rozvoj zaměstnanců*. Poslední oblastí jsou standardy provozní, kterých máme pět: *Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby, Informovanost o poskytované sociální službě, Prostředí a podmínky, Nouzové a havarijní situace a Zvyšování kvality sociální služby*. Nyní si o každém bodu řekneme více.

Standard 1: Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb

Tento nám říká, že každý poskytovatel má povinnost jasně a pochopitelně popsat službu, kterou nabízí. Musí být zřetelné, co poskytuje, kdy a kde to poskytuje a je

možnost služeb využívat, pro jakou cílovou skupinu je služba určena, jak a za jakých podmínek je služba poskytována a jaký je její cíl, tedy proč.

Standard 2: Ochrana práv osob

Již samotný název vypovídá dost. Zde je to bráno tak, že tím že klient využívá některou ze sociálních služeb, tak to neznamena, že ztrácí svá lidská práva, svobodu a už vůbec ne právo rozhodovat o svém životě. Mělo by to být právě naopak. Poskytovatel je zde osobou, která na jejich dodržování dbá a dohlíží a při jejich porušování je připraven situaci řešit.

Standard 3: Jednání se zájemcem o službu

Poskytovatel sociální služby je povinen Vám při setkání sdělit veškeré informace a to tak, aby bylo vše srozumitelné. Musí s Vámi projednat očekávání a požadavky, které na konkrétní službu máte, stejně tak jako projednat osobní cíle, které Vám služba pomůže naplnit. V případě, že poskytovatel vaši žádost odmítne, je povinen Vám písemně doložit důvody a předat Vám informace o podobných sociálních službách, které byste mohli využít.

Standard 4: Smlouva o poskytování sociální služby

V případě, že poskytovatel Vaši žádost přijme a vy se rozhodnete využít jeho služeb, je nutné, abyste uzavřeli s poskytovatelem smlouvu o poskytování sociální služby. Ve smlouvě nesmí chybět rozsah a průběh poskytování služby, kde, kdy, jak a za kolik bude poskytována a především by měla být postavena na tom, co si vy jako klient přejete a jaké jsou Vaše potřeby. Smlouva musí být srozumitelná pro obě strany a je možné jí v průběhu poskytování služby měnit, dle potřeb aktuálních.

Standard 5: Individuální plánování průběhu sociální služby

To, na jakém průběhu poskytování se domluvíte s poskytovatelem při uzavírání smlouvy, se promítne i do Vašeho individuálního plánu, který je povinností poskytovatele. Vše závisí na Vašich schopnostech a možnostech a často i na zdravotním stavu, ale také na možnostech poskytovatele. Plnění IP je průběžně hodnoceno a je možnost dělat změny (to klientovi umožňuje rozhodovat a uplatňovat svá práva).

Standard 6: Dokumentace o poskytování sociální služby

Poskytovatel je povinen vést o každém klientovi dokumentaci, ve které jsou konkrétní informace, ale jen ty, které jsou nezbytně důležité pro danou službu. Do dokumentace by Vám mělo být umožněno kdykoliv nahlédnout.

Standard 7: Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby

Tento standard je garancí, abyste mohli při nespokojenosti podat stížnost na způsob jakým je služba poskytována nebo na nedostatky v její kvalitě. Podání stížnosti Vás nesmí nijak poškodit, tím pádem by měl být možnost podat stížnost anonymně.

Standard 8: Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje

Poskytovatel je povinen pro Vás vytvořit takové podmínky, které tvoří příležitost pro udržování kontaktu a setkávání se s rodinou, přáteli, sousedi a jinými blízkými osobami. Tento standard je především o tom, že by Vám měli být zprostředkovány a nabídnuty i jiné služby, ale nesmí Vám být sebrána možnost využívání naprosto běžných služeb (MHD, kadeřnictví, čistírna, obchod, restaurace, pošta, atd.).

Standard 9: Personální a organizační zajištění sociální služby

Klient by měl být seznámen s těmi, kdo mu budu danou službu přímo zprostředkovávat. Měl by vědět kdo je to, jaké má vzdělání, zkušenosti a pravomoce.

Poskytovatel by měl být schopen zajistit to, že noví zaměstnanci či dobrovolníci budou zaškoleni tak, aby věděli co, jak a komu poskytnout. Počet zaměstnanců by měl být přizpůsoben kapacitě služby.

Standard 10: Profesní rozvoj zaměstnanců

Každý dobrý zaměstnavatel by se měl starat o profesní růst a rozvoj svých zaměstnanců aby mohli co nejlépe službu poskytovat. Každý ze zaměstnanců sociálních služeb má sestavený rozvojový plán a musí pravidelně konzultovat se svým nadřízeným svou práci.

Standard 11: Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby

Poskytovatel musí mít jasně danou dobu a místo, kde mohou klienti službu využívat.

Standard 12: Informovanost o poskytované sociální službě

Poskytovatel by měl sepsat a zveřejnit tzv. soubor informací o poskytované službě, který by měl dostatečně a srozumitelně zájemce o službu seznámit se vším podstatným. Tento soubor běžně najdeme na webových stránkách poskytovatele, v novinách, nástěnkách.

Standard 13: Prostředí a podmínky

Tento bod nám říká kde je služba poskytována, jako má technické a hygienické podmínky. Každá sociální služba by měla být poskytována v důstojném prostředí, které bude vyhovovat potřebám klientů.

Standard 14: Nouzové a havarijní situace

Kromě toho, že by měla být služba poskytována odborně a kvalitně, tak by měla být poskytována především bezpečně. Zde má poskytovatel jasně definováno, jaké

nečekané situace by mohli nastat (např. požár) a má stanovené přesné postupy, jak se v těchto situacích zachovat.

Standard 15: Zvyšování kvality sociálních služeb

Je důležité, aby si poskytovatel zjišťoval informace o tom, jak poskytování vidí klienti služby. Zda nedochází k nějakému rozporu s uzavřenou smlouvou nebo s nastavenými cíli klientů.

4. Jiné sociální služby pro cílovou skupinu DPS

První je důležité si říct, co to sociální služby jsou. Jedná se o služby, které mají za úkol poskytovat pomoc a podporu osobám, které se nachází v nepříznivé životní situaci (z důvodu věku, zdravotního postižení, chronického onemocnění, rizikových životních návyků, sociálního vyloučení nebo ohrožení sociálním vyloučením). Jsou součástí státního systému sociálního zabezpečení, ale nemusí však být poskytovány jen v rámci systému sociálního zabezpečení, ale i mimo něj a to na základě smlouvy s klientem. Cílem sociálních služeb je *zachování lidské důstojnosti, poskytování služeb na základě individuálních potřeb klienta, rozvíjení schopností klienta, zlepšení či zachování soběstačnosti klienta, poskytování služeb především v zájmu klienta a podle standardů kvality sociálních služeb*. Existují tři druhy SS a to služby sociálního poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.

Služby sociálního poradenství jsou určeny pro osoby v nepříznivé životní situaci a poradenství máme dvojí. První je poradenství základní, která má povinnost poskytovat každá SS a to zcela zdarma. Druhé je poradenství odborné, které zahrnuje nejružnější poradny (rodinné, manželské, sociální, pro oběti trestných činů, apod.).

Služby sociální péče dělíme podle formy poskytování na ambulantní, terénní a pobytové. Mají za cíl pomoci zajistit fyzickou i psychickou soběstačnost a podpořit život osob v jejich přirozeném prostředí.

Služby sociální prevence mají za cíl zabránit sociálnímu vyloučení a v případě, že k němu již došlo, tak má za úkol zmírňovat jeho důsledky. Dalším cílem je ochrana společnosti před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.

Veškeré sociální služby jsou ukotveny v zákoně č. 108/2006 Sb. zákon o sociálních službách. Nemohou však být poskytovány zcela všem a má to své podmínky, které říkají, že služby mohou být poskytovány osobám, které mají na území ČR trvalý pobyt, osobám, které zde získali azyl. Dále občanovi nebo rodinnému příslušníkovi občana jakéhokoliv členského státu Evropské unie, a cizinci, který má však povolení k dlouhodobému pobytu po dobu delší než 3 měsíce.

Sociální služby, které mohou využívat osoby spadající do cílové skupiny DPS jsou následující.

1. Osobní asistence

- Služba poskytována v přirozeném prostředí pro osoby, která potřebuje pomoc jiné fyzické osoby v dohodnutém čase a rozsahu.
- Jedná se o pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, při chodu domácnosti a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv.
- Služba je poskytována za úhradu

2. Tísňová péče

- Terénní služba poskytující distanční hlasovou a elektronickou komunikaci, osobám, které jsou vzhledem ke svému zdravotnímu stavu vystaveny riziku ohrožení života či zdraví
- Služba je poskytována za úhradu

3. Průvodcovské a předčitatelské služby

- Forma poskytování služby je terénní a ambulantní
- Pro osoby se sníženou soběstačností v oblasti orientace nebo komunikace, kterým pomáhají s vyřizováním osobních záležitostí.
- Zprostředkovávají kontakt se společenským prostředím
- Služba je poskytována za úhradu

4. Podpora samostatného bydlení

- Je určena osobám se zdravotním postižením, či chronickým onemocněním a to i včetně onemocnění duševních, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby
- Terénní služba, která zajišťuje pomoc při chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutickou činnost a pomoc při uplatňování práv
- Služba je poskytována za úhradu

5. Odlehčovací služby

- Služba pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku, zdravotního postižení či chronického onemocnění, o které jinak v domácnosti pečuje osoba blízká
- Tato služba je terénní, ambulantní i pobytová a jejím cílem je umožnit odpočinek pečujícím osobám
- Stejně jako ostatní služby poskytuje pomoc při osobní hygieně, stravování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a terapeutickou činnost
- Poskytuje také pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů
- Služba je poskytována za úhradu

6. Centra denních služeb

- Služba je určena pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a jejich situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby
- Ambulantní služba, která má za cíl posilovat soběstačnost a samostatnost osob, které se nachází v nepříznivé životní situaci, která má za důsledek sociální vyloučení
- Služba zahrnuje pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí vhodných podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů
- Služba je poskytována za úhradu

7. Denní stacionáře

- Ambulantní služba pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby
- Služba v sobě zahrnuje pomoc při zvládnutí úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při hygieně, poskytnutí stravy, vzdělávací, výchovné a aktivizační činnosti a

také zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a sociálně terapeutické činnosti

- Služba je poskytována za úhradu

8. Týdenní stacionáře

- Pobytová služba pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby
- Týdenní stacionáře poskytují ubytování a stravu, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- Dále jako pobytová služba poskytují ubytování či pomoc při zajištění bydlení
- Nechybí zde výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv
- Služba je poskytována za úhradu

9. Domovy pro osoby se zdravotním postižením

- Poskytují osobám se zdravotním postižením dlouhodobé pobytové služby
- Služba poskytuje ubytování, stravu, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv
- Služba je poskytována za úhradu

10. Domovy se zvláštním režimem

- Poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění, závislosti na návykových látkách, osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a dalšími typy demencí, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby
- Režim a fungování zařízení je přizpůsoben specifickým potřebám osob

- Služba poskytuje ubytování, stravu, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv
- Služba je poskytována za úhradu

11. Chráněné bydlení

- Pobytová forma služby pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, chronické či duševního onemocnění a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby
- Chráněné bydlení má dvojí formu – skupinové nebo individuální bydlení
- Služba poskytuje pomoc při zajištění stravy, ubytování a s tím související pomoc s chodem domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů
- Služba je poskytována za úhradu

12. Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních

- Pobytové služby pro osoby, které již nepotřebují ústavní zdravotní péči, ale nadále nejsou vzhledem ke svému zdravotnímu stavu schopny zvládat svou obsluhu bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být propuštěny z ústavního zdravotnického zařízení do té doby, než budou mít zajištěnou pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou (případně i v ambulantních či pobytových sociálních službách)
- Služba poskytuje pomoc při zajištění stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv
- Služba je poskytována za úhradu

13. Tlumočnické služby

- Jedná se o terénní, případně ambulantní služby pro osoby s poruchami komunikace, které jsou způsobeny smyslovým postižením a to jim zabraňuje v běžné komunikaci s okolním světem bez pomoci jiné fyzické osoby
- Služba je poskytována zdarma

14. Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

- Běžně se poskytuje jako ambulantní, případně terénní služby a to osobám v seniorském věku nebo osobám se zdravotním postižením, které jsou ohroženy sociálním vyloučením
- Služba zprostředkovává kontakt se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů
- Služba je poskytována zdarma

15. Sociálně terapeutické dílny

- Ambulantní služba pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které z tohoto důvodu je nelze umístit na trh práce (ani otevřený, ani chráněný)
- Cílem je dlouhodobá podpora ve zdokonalování pracovních návyků skrze pracovní terapie
- Služba také poskytuje pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy nebo pomoc při jejím zajištění, nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a ostatních činnosti, které vedou k sociálnímu začlenění
- Služba je poskytována za úhradu

5. Multidisciplinární spolupráce

Využití multidisciplinární spolupráce a multidisciplinárních týmů je v sociální práci nesmírně důležité a cenné a vede k dosažení pozitivních výsledků ve prospěch klienta.

Velmi funkční je hlavně v případech, kdy se klient dostane do těžké životní situace.

Pojem multidisciplinární vychází se složení slov „multi“ (mnoho) a „disciplína“ (obor). Je to tedy spojení více či mnoha disciplín, které jsou odlišné, ale spojují se a navzájem se doplňují. Neexistuje jen jedna podoba, je jich nesčetně a jsou složeny z více odborných pracovníků. Jedna podoba ani tedy existovat nemůže, protože MD týmy nemáme jen v domech s pečovatelskou službou, ale existují ve více sociálních službách, které jsou zaměřeny na různé cílové skupiny. Tudiž každý tým si vybírá své odborníky podle potřeby a cílové skupiny osob. Týmová práce by měla být vnímána jako propojení všech profesí. Podle autorky Kolajové je tým skupina 3 a více osob, které mají shodné postoje a cíle a vzájemně se ovlivňují (pozitivně).

Základním kamenem MD týmu je vždy sociální pracovník, který je zde jako posuzovatel dané situace. Po účastnících, chcete-li po odbornících v týmu je požadována odborná specializace v daném oboru, který zastupuje. *„Má-li být úspěšně vybudován multidisciplinární tým, který je schopen kvalitní a efektivní mezioborové spolupráce, je zapotřebí definovat vedle jeho cílů především základní principy činnosti (jakási ideová východiska), s nimiž by se mohli (a také měli) všichni členové týmu identifikovat.“*¹² Práce není zaměřena pouze na klienta samotného, ale i na jeho rodinu a blízké osoby. Nejdůležitější pro správné fungování tak je komunikaci mezi všemi členy a i komunikace s klientem a jeho rodinou.

Vždy se očekává odbornost a především profesionalita v přístupu ke klientovi, ale nikdy nesmíme zapomínat na lidskou stránku. Pro ideální fungování týmu by měli být uskutečňovány pravidelné porady, kde si budou sdílet nové informace a pokroky, kterých s klientem dosáhli. K řešení tíživé situace se nám tedy nabízí tým, kde má

¹² MPSV: *Sešit sociální práce- Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: I. N. Global a. s., 2015. Str. 8

každý rozdílné názory, motivace a zkušenosti a tak na problém mohou nahlížet z mnoha perspektiv (lidově řečeno: víc hlav, víc ví).

Pracovníci a odborníci v takovém týmu by měli být z oblastí, které souvisejí s danou sociální službou. Složení týmu je různorodé a vždy se skládá podle potřeby a podle poslání sociální služby. V týmu je důležitý vedoucí pracovník, což je většinou vedoucí sociální pracovník a dále v týmu může být zdravotnický pracovník, pracovník v sociálních službách (ten zastává roli klíčového pracovníka pro klienty), psycholog, psychiatr, pedagog, terapeut, duchovní, fyzioterapeut, ergoterapeut, aktivizační pracovník nebo nutriční specialista. Do týmu může vstoupit kdokoliv z řad dobrovolníků. Nejčastějším propojením bývá právě propojení sociální práce a práce zdravotnické. Nejdůležitější je, aby všichni měli jeden stejný cíl a aby se při jeho plnění navzájem podporovali a motivovali. Hlavním a největším cílem by vždy mělo být kvalitní poskytování sociálních služeb. Všichni, kdo chtějí vstoupit do MD týmu v některé ze sociálních služeb, by se napřed měli seznámit s jejím fungováním a měli by znát její poslání a mít dostatek informací, které pak mohou mezi sebou sdílet.

Vedoucí týmu má jeden nejdůležitější úkol a tím je postarat se o to aby práce a spolupráce v týmu probíhala dobře a především efektivně. Máme několik faktorů, podle kterých poznáme dobrý správně fungující tým: *členové týmu jsou si všichni vědomi, proč zrovna ten jejich konkrétní tým existuje a co je úkolem každého jedince, členové týmu bez větších problémů komunikují mezi sebou i s ostatními zaměstnanci zařízení (s těmi co to týmu nepatří), společně vytvářejí pozitivní postoje a hodnoty, v týmu je jasně stanovena hierarchie, se kterou je každý seznámen a každý jí respektuje, vedoucí týmů dokážou pracovat s pozitivními rysy týmu a na základě toho motivovat, stejně tak jako dokážou odrážet negativní vlivy.*

5.1. Sociálního pracovník a klíčový pracovník

Podle vzdělávacích programů vysokých škol by měl být absolvent sociálních oborů zcela připraven na práci sociálního pracovníka. Mezi jednu z kompetencí patří právě

vedení multidisciplinárního týmu, na které se během studia nelze připravit. Není to totiž tolik o vědomostech, jako o praxi a hlavně osobnosti jedince. To znamená, že sociální pracovník by se měl i nadále vzdělávat a zdokonalovat své schopnosti a dovednosti, aby byl schopný vést funkční tým. Vedení týmu však není jediná kompetence, kterou sociální pracovník má. Patří tam i vedení sociálního šetření, poskytování sociálního poradenství a sociální rehabilitace, řešit otázky pro prevenci, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, vedení agendy, zpracovávání žádostí, vedení čekací listiny a komunikace s úřady. Měl by být schopen vyhodnotit, zda je daná služba pro zájemce o ní vhodná a pokud ne, tak mu poskytnout informace o tom, která služba by byla vhodnější.

Sociální pracovník by měl být komunikativní, být schopný spolupráce, samostatný, zodpovědný, měl by mít schopnost a chuť učit se novým věcem a měl by umět řešit problémy, neměla by mu chybět sebekontrola, cílevědomost, sebereflexe, sebedůvěra a určitá dominance (ne v negativním smyslu slova). Pokud chce vést tým, tak je tohle všechno potřeba. V týmu muset motivovat, komunikovat, řešit problémy společně s ostatními členy a celkově budovat tým. Měl by umět i vyřešit problémy, které se týkají osobnostních rysů některých členů, čemuž se však lze vyhnout správným výběrem členů.

Časopis MPSV z roku 2015 uvádí několik základních kompetencí, které by měl sociální pracovník mít: sociální kompetence (schopnost rozeznat zájmy, potřeby nebo napětí), kontaktní schopnosti (schopnost najít si cestu ke všem členům v týmu), kooperační způsobilost (vyvíjení spolupráce), integrační schopnost, komunikační schopnost, sebekontrola a ovládání komunikačních technik.

Hlavním předpokladem pro výkon povolání sociálního pracovníka je ukončené vysokoškolské vzdělání v oboru dle zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách.

Klíčový pracovník je takový pracovník, který má na starost koordinaci poskytovaných služeb konkrétnímu klientovi. Hájí jeho zájmy a potřeby a klient se na něj může

obracet se svými problémy a potřebami. Nikdy nesmí zapomínat na respektování jeho zájmů, potřeb a spokojenosti. Pokud není klient se svým klíčovým pracovníkem spokojený, může kdykoliv požádat o jeho změnu. Mezi jeho povinnosti patří:

- *seznámení klienta s možnostmi jaké služba nabízí (nesmí ho ale ovlivňovat),*
- *rozhovor se zájemcem o službu o jeho potřebách a cílech, kterých by chtěl díky službě dosáhnout*
- *podpora klienta ve formulaci jeho cílů*
- *sestavení individuálního plánu klienta a jeho pravidelná aktualizace (dle potřeby)*
- *projednávání individuálního plánu v týmu*
- *vedení klientovi dokumentace*
- *rozhovory ověřovat spokojenost klienta s poskytovanou službou*
- *spolupráce s rodinou, blízkými osobami či dalšími institucemi*
- *musí si určit zástupce, který převezme jeho práci a klienty v případě jeho nepřítomnosti*

5.2. Etický kodex a multidisciplinární tým

Etický kodex je jedna z věcí, která by nás měla napadnout, pokud budeme hovořit o sociální práci a práci sociálních pracovníků (celkově o pomáhajících profesích). Díky němu můžeme upravovat jednotlivé podmínky pro fungování, popsat co je a co už není profesionální, způsoby jednání v jednotlivých situacích. Definujeme tím přijatelné chování pracovníků ve vztahu ke klientovi, k zařízení, k organizaci, ale i ve vztahu ke spolupracovníkům. Nejvíce rozšířené téma z etického kodexu je lidská důstojnost, lidská práva a moc, kterou má pracovník v sociálních službách.

Pomáhající profese, konkrétně sociální práce se odlišuje od ostatních tím, že jako jediná řeší sociální fungování osob, což zahrnuje biologické, sociální, sociologické,

psychologické a spirituální aspekty životní situace klienta. Je na něj pohlíženo komplexně a nezabývá se jen jednou oblastí. SP je tedy jediná, která má tak široký záběr. Etický kodex je v multidisciplinárním je postaven na lidských právech, demokracii, spravedlnosti a rovnosti. Kodexy se dotýkají spolupráce mezi klientem a pracovníkem / službou, kdy je zapojen do procesu rozhodování o krocích, které vedou ke zlepšení jeho životní situace nebo k celkovému vyřešení situace. Důležitý je respekt k autonomii klienta a respektování důvěrnosti informací o klientovi a jeho situace.

Podle zákona rozdělujeme etický kodex přesněji na etické zásady, pravidla etického chování sociálního pracovníka (ve vztahu ke klientovi, ve vztahu k zaměstnavateli, ve vztahu ke spolupracovníkům, ve vztahu ke svému povolání a odbornosti a ve vztahu ke společnosti).

Etické zásady dbají na dodržování lidských práv, o kterých se můžeme více dozvědět ve Všeobecné deklaraci lidských práv, v Chartě lidských práv, v Ústavě České republiky a v Listině základních práv a svobod. Etické zásady nám říkají, že sociální práce musí brát a respektovat každého jako jedinečnou lidskou bytost bez ohledu na pohlaví, věk, rasu, sexuální orientaci, náboženské vyznání, rodinný nebo zdravotní stav, ekonomickou situaci nebo politické názory. Každý sociální pracovník by měl služby provádět dle svého nejlepšího přesvědčení, a co nejlépe může. O pravidlech etického chování sociálního pracovníka ve vztahu ke klientovi můžeme říci, že základem je jednání takového charakteru, které bude chránit klientovu důstojnost a jeho lidská práva. SP musí vynaložit stejné úsilí pro pomoc všem, chránit soukromí klientů a důvěrnost toho, s čím se jim klient svěří. Výjimka se vztahuje pouze na situace, kdy by mohli být ohroženy další osoby. Práce SP by se dala shrnout jedním slovem – podpora. Měl by podporovat klienta ve využívání všech služeb a všech dávek, na které má nárok, měl by ho podporovat v řešení jeho problému, který souvisí s jeho nepříznivou situací a měl by ho podpořit především v zapojení jeho samého do řešení problému.

Ve vztahu k zaměstnavateli SP se vši zodpovědností plní povinnosti, které vyplývají z jeho úvazku se zaměstnavatelem. Na pracovišti by měl vždy vytvářet takové prostředí, které všem umožňuje plnění stanovených povinností. Snaží se ovlivňovat postupy, chod zařízení a to tak, aby to vedlo ke zlepšování kvality poskytovaných služeb. Etické chování ve vztahu ke spolupracovníkům by mělo respektovat názory, znalosti a zkušenosti kolegů. SP by s nimi měl navazovat spolupráci, čímž by se opět měla zvyšovat kvality poskytovaných služeb.

Ve vztahu ke svému povolání a odbornosti je základem udržení a neustálé zvyšování a zlepšování schopností, dovedností a znalostí. Pro tohle by měl čerpat z kurzů, školení, ale i ze znalostí a dovedností kolegů. Jako poslední je vztah ke společnosti, kdy má sociální pracovník informovat veřejnost v případě, že dojde k porušení zákonů. Měl by mít zásluhu na zvyšování povědomí veřejnosti, nebo na zlepšování sociálních podmínek.

V etice v sociální práci můžeme narazit na etické otázky a problémy. Může to být otázka *kdy vstoupit a zasáhnout do života klienta, kterým případům dát přednost, kolik poskytovat péče a pomoci, aby klient služby nezneužíval, ale pracoval na zlepšení sám nebo kdy ukončit poskytování sociální služby.*

5.3.Ostatní členové multidisciplinárního týmu v DPS

Pracovník v sociálních službách vykonává činnost podle zákona č. 108 /2006 Sb. O sociálních službách. Aby mohl tuto práci vykonávat, musí být zdravotně a odborně způsobilý a zde postačí základní nebo střední vzdělání a akreditovaný kurz ve stanoveném rozsahu. I pro pracovníka v sociálních službách platí povinnost se nadále vzdělávat. Může být zároveň klíčovým pracovníkem a vykonává přímou péči o klienta: *pomoc při oblékání či obouvání, pomoc při stravování, pomoc při osobní hygieně a péči o vlastní osobu, pomoc při výkonu fyziologických potřeb, pomoc při manipulaci se zvláštními pomůckami, osobní aktivity a pomoc s péčí a chodem*

domácnosti. I pracovník v sociálních službách musí dodržovat etický kodex a dodržovat mlčenlivost. Vždy si vede agentu svým klientů a po každém úkonu k nim zaznamenává, jaká služba byla provedena a vede si individuální plány klientů. Je zdrojem aktivizačních činností, doprovází klienty na společenské události v zařízení a tím se podílí na rozvoji jejich osobnosti. Dá se tedy říci, že poskytuje veškeré služby péče.

Sociálně zdravotní pracovník má již v názvu náznak toho, o co by se mohlo jednat. Je to pracovník, který v zařízení sociálních služeb vykonává jak sociální tak i zdravotní péči. Tyto dvě činnosti k sobě v sociálních službách neodmyslitelně patří a to především ve službách, které jsou určeny pro seniory. Pro výkon práce sociálně zdravotního pracovníka je nutná kvalifikace a to buď na vyšší odborné škole, nebo na škole vysoké s tímto zaměřením. Je také možnost absolvovat speciální kurz v Národním centru nelékařských oborů se sídlem v Brně. Předpokladem pro výkon je i kurz první pomoci, bez kterého se neobejde (ani žádný jiný zaměstnanec v sociálních službách). Mezi nejčastější úkony patří sociální poradenství, analýzy klienta i rodiny pokud je to potřeba, jednání s jinými službami a orgány státní moci, zdravotně sociální screeniny (vyhodnocení rizik u nově příchozích klientů – sociálních i zdravotních rizik), zajišťování služeb následné zdravotní péče a má i právo se účastnit lékařských vizit u klientů.

Zdravotní sestra je další ze specializací, se kterými se setkáváme v multidisciplinárních týmech. Pro výkon této práce dnes stačí dokončení střední zdravotnické školy v oboru všeobecná sestra a jeden rok na vyšší odborné škole ve stejném oboru. Nevylučuje se však ani vzdělání vysokoškolské. Sestry mají v zařízeních především pečovat o zdraví svěřených klientů a dělat vše tak, aby předcházeli nemocem. Velkou úlohou je i zmírňování utrpení (u klientů v terminálních stádiích nemocí). Tak jako na všechny zaměstnance v sociálních službách, se i na zdravotní sestry vztahuje povinnost dodržovat základní lidská práva. V případech, kdy

dojde ke zhoršení zdravotního stavu klienta, je povinná informovat jeho praktického lékaře. Spoluvytváří ošetrovatelský plán a zároveň předává informace a vzdělává rodinu o postupech léčby jejich příbuzného. Poskytuje ošetrovatelskou a zdravotní péči, jako jsou převazy ran a jejich ošetřování, měření krevního tlaku, odběry krve apod. Pravidelně sleduje stav seniora a vede si záznamy, které mohou být důležité pro praktického lékaře, specializované lékaře i pro případ, že se klient dostane do ohrožení života. Dnes už se doporučuje i vypracování tzv. seniorské obálky.

Psycholog má jako předpoklad pro výkon svého povolání vysokoškolské vzdělání v oboru psychologie. Bývá velmi důležitou součástí multidisciplinárních týmů. V domech s pečovatelskou službou poskytuje psychologické sezení klientů i jejich rodinným příslušníkům. Velkou část práce vykonává hned po přijetí nového klienta, který má problém s adaptací na nové prostředí. S přechodem do rezidenční péče nemají problém jen samotní klienti, ale i jejich rodina. Trápí se výčitkami o tom, že nebyli schopni se např. o svého rodiče postarat z jakýchkoliv důvodů a mají pocit, že selhali a i v tomto případě jim je k dispozici. Psycholog by měl tedy usnadňovat adaptaci seniora, spolupracovat s ostatními členy MDT (nejvíce s lékařem či psychiatrem), měl by poskytovat psychologickou podporu, podílet se na tvorbě individuálních plánů a měl by také být zdrojem aktivizačních činností, které přispívají k zachování či zlepšování kognitivních funkcí klientů.

Duchovní může být v týmu užitečnější, než se může na první pohled zdát. Pokud se budeme bavit o přítomnosti duchovního v domech s pečovatelskou službou, tak nejpočetnější cílovou skupinou jsou senioři a právě ti jsou dnes stále jedni z mála věřících. Samozřejmě víra není pravidlem. Pro mnoho lidí právě farář nebo kaplan představuje jistotu, pocit že sdělené informace budou v bezpečí a tak mu mnohdy svěří informace, které by jinak nikomu nesdělili. Může tak být důležitou „spojkou“ mezi klientem a týmem a napomoci tím např. efektivnějšímu řešení tíživé situace. Duchovní v tomto směru poskytují tzv. pastorační péči, kdy základem je opět respektování

každého jako jedinečné lidské bytosti. Součástí pastorační péče je také pastorační poradenství. Stejně jako psycholog, tak i duchovní je zde k dispozici i pro rodinu klienta. Nabízí i doprovázení v umírání.

Ergoterapeut není ani dnes zcela známou profesí. Jeho práci lze popsat jako jeden z rehabilitačních oborů a je určený převážně pro tělesně, duševně a smyslově postižené osoby. Hlavní funkcí je usilování o zachování klientovy soběstačnosti a jeho schopností a dovedností pomocí mnoha metod, mezi které patří i již zmiňované aktivizační činnosti. Vždy však vytváří takové činnosti, které jsou vhodné pro daného klienta či skupinu.

Fyzioterapeut má za úkol vykonávat léčebnou, ale i preventivní či diagnostickou péči u klienta s poruchou pohybového aparátu. Podpora klienta nespočívá jen v té psychické, ale i v té fyzické a proto může být fyzioterapeut velmi důležitou součástí týmu.

Nutriční specialista zastává pozici také nutričního terapeuta. Jeho práce by neměla spočívat jen v počítání hodnot jednotlivých jídel, ale měl by především komunikovat s klienty, projevovat empatii a kreativitu, která by se v jídle měla odrazit. Vliv na stravování klienta má nejen samotné jídlo, ale i prostředí, ve kterém se strava podává, jakým způsobem mu je podávána. Základem by mělo být to, aby jezení pro klienta neznamenal jen běžnou činnost, kterou je potřeba vykonat, ale jde o to mu zprostředkovat mu jídlo jako jeden ze zážitků. Vždy je potřeba přizpůsobovat jídelníček dle zdravotního stavu klienta a tak se nutriční specialista nevyhne ani již zmíněnému kalkulování.

6. Ladara a CSOP

Ladara je agentura domácí péče v Karlových Varech, která pod tímto názvem začala fungovat až v roce 2006. Do této doby fungovala jako nestátní zdravotnické zařízení. Název Ladara není bezvýznamný, ale jedná se o složeninu slov **Lásku Dávám Rád**. Již od úplného počátku v roce 1994 je zařízení pod vedením Pavly Andrejkivové.

Hlavním cílem agentury je předcházení předčasnému a mnohdy dokonce zbytečnému umístování seniorů a osob se zdravotním postižením do rezidenční péče. Ladara poskytuje zdravotní služby, do kterých patří mimo jiné i jejich mobilní hospic, který funguje od roku 2019. Dále poskytuje služby sociální a fyzioterapii a rehabilitaci. Vše se poskytuje v přirozeném prostředí klientů nebo v ambulancích agentury.

Mezi sociální služby, které poskytují, patří osobní asistence, která je uživatelům poskytována dle jejich aktuálních potřeb. Dále je to služba pečovatelská, který je poskytována v časovém rozmezí 7:00-19:00 každý den. Pečovatelskou službu nemá Ladara jen v Karlových Varech jako terénní službu, ale má i pobočku v Nové Roli v domě s pečovatelskou službou. Právě zde probíhala jedna část mého výzkumu k této diplomové práci. Zde PS poskytují jak v pobytové formě, tak i ve formě terénní. I tady je určena pro seniory, osoby se zdravotním postižením a chronickým onemocněním. Stejně jako v Karlových Varech je poskytována v časovém rozmezí 7:00-19:00 a to vždy v dohodnutém čase s klienty. Služby zde poskytují pečovatelky (pracovnice v sociálních službách), kterých je na klienty 5 a střídají se ve dvousměnném provozu. Dále je zde jedna sociální pracovnice, která je zároveň i zdravotním pracovníkem a vedoucí této pobočky.

Bydlení je zajištěno v nájemních bytech, ale tím že se jedná o dům s pečovatelskou službou, tak podmínka pro bydlení je odběr alespoň 1 z nabízených služeb. Takových klientů je v zařízení v současné době málo a velká část z nich pobírá služeb hned několik. Terénní pečovatelskou službu poskytují na území města Nová Role, Děpoltovice, Božičany, Mezirolí a Jimlíkov.

CSOP celým názvem Centrum sociální a ošetrovatelské pomoci Praha 15. Jedná se o příspěvkovou organizaci, jejímž úkolem je poskytnout pomoc a podporu osobám, které se ocitli v nepříznivé životní situaci a z důvodu věku, zdravotního stavu, chronického onemocnění vyžadují pomoc jiné fyzické osoby. CSOP nenabízí jen pečovatelskou službu, ale také domov se zvláštním režimem, odlehčovací službu, odborné sociální poradenství a jako doplňkové služby dokonce půjčování kompenzačních pomůcek či praní prádla pro občany a klienty z Prahy 15. Mimo sociální služby provozují také klub seniorů, nebo co se dopravy týče, tak od roku 2019 provozují tzv. Taxík Maxík.

Mají také dvojí formu poskytování pečovatelské služby – dům s pečovatelskou službou a terénní pečovatelskou službu. Zde se poskytují v jiném časovém rozmezí než je tomu v Ladaře a to v době 7:00-15:30 a ve víkendech a svátcích dle domluvy s klientem. Terénní PS je možné odebírat v Horních Měcholupech (Hostivař, Košík), Dolní Měcholupy, Štěrboholy, Petrovice a Dubeč.

Obě pečovatelské služby poskytují téměř totožné služby, jen každá v jiném čase a kapacitě. Obě se řídí zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Ladara má kapacitu 47 bytových jednotek. Nelze určit přesný počet osob, pro který je zařízení určeno, protože jsou zde byty různých velikostí a v některých žijí i manželské páry. Oproti tomu PS pod CSOP je jednou tak velký a jeho kapacita činí 90 bytových jednotek. Každá služba má i jinak velký pracovní tým, což je i kvůli rozdílné kapacitě zcela zřejmé.

Ráda bych ještě porovnála poskytované služby a jejich ceny, jelikož se jedná o 2 rozdílné lokality. Z porovnání ceníků vyšlo, že služby, které mají obě zařízení stejné jsou u CSOP vyšší o 3,85%. Ceny u praní a žehlení prádla jsou u Ladary nižší o 28,57% a pronájem termoportu je u CSOP vyšší o 66, 67%. Ceníky viz. Přílohy.

Obě služby poskytují také tísňovou péči. Centrum sociální a ošetrovatelské péče nabízí tísňovou péči pro klienty v terénu za 200 Kč na měsíc a pro klienty domu s pečovatelskou službou za 50 Kč na měsíc. Ladara má ceník rozvržený jinak a to tak,

že poplatek za užívání činí 150 Kč za měsíc, výjezd mají zpoplatněný 300 Kč a instalaci samotného zařízení 450 Kč.

7. Dlouhodobá péče

Zkráceně také LTC neboli long term care. Dlouhodobou péčí lze považovat za soubor sociálních služeb, které jsou určeny osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby v některých nebo ve všech samoobslužných činnostech. Jako ostatní služby, je i dlouhodobá péče určena osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, zdravotního postižení nebo chronického onemocnění. „*Pro definici dlouhodobé péče je klíčová potřeba zkombinovat významný podíl sociální a zdravotní péče.*“¹³

Sociální práce má za úkol pomáhat klientovi při vykonávání běžných denních činností. Zdravotní péče má za úkol vykonávat především ošetrovatelskou péči a to takovou, kterou klientovi předepsal jeho praktický nebo jiný odborný lékař (tlumení bolesti, podávání léků, ošetřování a převazování ran apod.). Jako klienty dlouhodobé péče nejčastěji zmiňujeme osoby seniorského věku, bohužel zde nejsou výjimkou ani lidé mladšího věku či dokonce děti. Podle odborníků je nejideálnějším modelem poskytování všech potřebných služeb v přirozeném prostředí klienta. Ne vždy je však tato varianta možná a proto se pak lidé umísťují do pobytových sociálních služeb.

Mezi nejčastější potřeby klientů v dlouhodobé péči patří potřeba sociální a ošetrovatelské péče (mnohdy i potřeba péče paliativní), potřeba pozorování a pravidelného zhodnocování zdravotního stavu. Patří sem také potřeba specifické sociální péče u klientů s tzv. geriatrickou křehkostí. S vyšším seniorským věkem je spojená i morbidita a nejrůznější onemocnění. Mezi nejčastější řadíme onemocnění pohybového ústrojí, tedy především osteoporózu a artrózu. Velkou částí onemocnění u seniorů tvoří kardiovaskulární onemocnění (onemocnění srdce a cév) mezi které patří ischemická choroba srdeční (ICHS), ischemická choroba dolních končetin (ICHDK) a cévní mozková příhoda (CMP). Můžeme mezi ně zařadit také akutní infarkt myokardu (AIM). Méně časté jsou pak různé druhy arytmií a hypertenze.

Mezi další častá onemocnění u seniorů patří i chronické onemocnění jako např. diabetes mellitus neboli cukrovka. Nesmíme zapomenout ani na onemocnění

¹³ ONDRUŠOVÁ, J. a kol.: Geronologie pro sociální práci. Praha: Karolinum, 2019. Str. 75

onkologická, která mají i u seniorů velký výskyt. Mezi nejčastější u nás v ČR patří rakovina prostaty, tlustého střeva a plic u mužů a rakovina prsu, tlustého střeva a gynekologické nádory u žen.

Nyní se hovoří také o Alzheimerově demenci a ostatních typech demence, které v posledních letech v rámci dlouhodobé péče přibývá.

„Obecně lze říci, že pokud není možné zajistit klientovi sociální a zdravotní péči v přirozeném prostředí (doma), je nutné řešit zabezpečení péče v pobytových službách, a to formou dlouhodobé péče.“¹⁴ Klienti v zařízeních dlouhodobé péče však nejsou jediní, kdo potřebují péči a podporu multidisciplinárního týmu.

Pokud poskytujeme dlouhodobou péči v domácím prostředí klienta, je nutné mít správně nastavený tzv. case management neboli koordinaci celé péče o danou osobu. Pokud se jedná o LTC, zpravidla tam dochází lidé více odborností a od různých poskytovatelů sociálních služeb, takže je nutné mít přesný plán péče, aby péče byla poskytována smysluplně a krok po kroku, tak jak má být. Všichni, kdo takovou péči vykonávají, musí mít jistotu, že na sebe budou služby navazovat a bude docházet k vzájemnému předávání informací.

Do zabezpečení LTC lze zahrnout jak dostupnost sociálních služeb v dané lokalitě ve všech formách poskytování (terénní, ambulantní, pobytové), také nesmíme zapomenout na finanční prostředky, které každé zařízení dostává. Veškeré finanční zdroje jsou přerozdělovány podle předem stanovených pravidel a podmínek. Zařízení mají možnost zažádat si o dotace ze státního rozpočtu, ale to jen v případě, kdy je poskytovatel v síti sociálních služeb v dané lokalitě.

Stejně jako se sociální služby musí řídit zákony, předpisy, normami a standardy, tak tomu není jinak ani v jejich kombinaci u dlouhodobé péče. S dlouhodobou péčí lze spojit Evropskou sociální chartu z roku 1961, ve které najdeme 19 pravidel a principů pro sociální práci. Především tato charta hraje u LTC velkou roli.

¹⁴ ONDRUŠOVÁ, J. a kol.: Geronologie pro sociální práci. Praha: Karolinum, 2019. Str. 77

Dalším dokumentem, který se v LTC vztahuje, je Ottawská charta z roku 1986, která se zabývá především posilováním a rozvojem zdraví, k čemuž má sloužit obydlí, vzdělání, mír, příjem, potrava, rovnoprávnost nebo také sociální spravedlnost.

Dále existuje dokument Právo na nejvyšší docílení standardu zdraví z roku 2000, který říká, že každý má právo na zdraví a svobodu. Hovoří o tom, že je velmi důležité věnovat pozornost lidem seniorského věku a lidem se zdravotním postižením. Těmto dvěma skupinám osob musí být dnes nabízeny takové služby, které v žádném případě nebudou mít za následek sociální vyloučení nebo jakoukoliv formu diskriminace.

Pokud mluvíme o podpoře dlouhodobé péče a právech, nelze nezmínit Listinu základních práv a svobod z roku 2007, která je zaměřena na ochranu základních lidských práv a svobod a měli by jí respektovat všechny členské státy Evropské unie.

Celkový rozvoj dlouhodobé péče u nás se řeší 25 let.

8. Praktická část

Se sociálními službami pro seniory a konkrétně s domy s pečovatelskou službou mám relativně velké zkušenosti, které jsem nasbírala během studia na střední škole a později i tady na Husitské teologické fakultě.

Po celou dobu studia se rozhoduji mezi sociální prací se seniory a sociální prací s osobami s mentálním postižením. Jsou to pro mě dvě nejzajímavější cílové skupiny. A proto, že v bakalářské práci jsem se nechala inspirovat problematikou osob s mentálním postižením, tak v mé diplomové práci je mi inspirací právě skupina osob seniorského věku v domech s pečovatelskou službou.

Cílem mého zkoumání je dokázat, že menší dům s pečovatelskou službou na okraji Karlových Varů, může dosahovat stejných kvalit jako větší dům s pečovatelskou službou v hlavním městě České republiky, v Praze. A také to, zda by dotázaní klienti uvítali přítomnost multidisciplinárního týmu ve svém zařízení. Ze samostatného cíle mi vyplynuly výzkumné otázky, které se týkají především spokojenosti klientů s poskytovanými službami, prostředím DPS a personálem DPS.

Výzkum probíhal ve dvou zařízeních. První z nich je dům s pečovatelskou službou Ladara v Nové Roli a druhým je dům s pečovatelskou službou pod CSOP Praha 15. Respondenti, v našem případě klienti konkrétních DPS odpovídali na 8 otevřených otázek, kde odpověď mohla být jednoduché ano nebo ne, ale měli i možnost se více rozpovídat. Z výsledku zkoumání vyplynulo, že všichni dotazovaní (tedy 100%) jsou spokojení s prostředím, kvalitou poskytovaných služeb i s tím, jakým způsobem jsou služby poskytovány.

Snažila jsem se zmapovat jednotlivé oblasti – osobní spokojenost, kvalitu služeb, potřebnost dostupných služeb, profesionalitu personálu a potřebnost či nepotřebnost MDT. To nám poskytne ucelenější pohled na to, jak služba funguje.

8.1. Realizace výzkumu

Pro svůj výzkum jsem vybrala dvě již zmiňované pracoviště. Prvním z nich je DPS v Nové Roli, vedený pod agenturou domácí péče Ladara Karlovy Vary, který sídlí v Nádražní ulici. Zde sběr dat probíhal pomocí standardizovaných rozhovorů, kde každý z nich obsahoval 8 stejných otevřených otázek. První část rozhovoru, tedy prvních 5 otázek bylo zaměřeno na kvalitu a spokojenost s poskytovanými službami a druhá část složená ze 3 otázek se zabývala potřebnostmi multidisciplinárního týmu. Druhým pracovištěm CSOP Praha 15. Zde sběr dat probíhal identicky jako u prvního zařízení. Respondentům bylo položeno 8 otevřených otázek ve standardizovaném rozhovoru.

Během praxe v Nové Roli jsem se s klienty blíže seznámila a mohla jsem si zmapovat, koho z klientů bych požádala o rozhovor. Následně jsem se v zařízení domluvila s vedoucí, která vybrané klienty dotázala a informovala o tom, o co se jedná. Papír s vytištěnými otázkami jsem prvně předložila vedoucí a následně i vybraným respondentům a informovala je o tom, že pokud se po přečtení otázek rozhovoru účastnit nechtějí, tak je to zcela v pořádku. Účast na rozhovoru byla tedy dobrovolná.

V druhém zařízení CSOP Praha 15 se bohužel část výzkumu nedala realizovat formou osobního rozhovoru s respondenty. V čase určeném na rozhovory s nimi, pracovnice, která mi měla být doprovodem, onemocněla a po další domluvě s ředitelkou a zároveň vedoucí mojí diplomové práce, paní doktorkou Válkovou druhá část výzkumu proběhla formou dotazníků. Vybrala 3 klienty svého domu s pečovatelskou službou, se kterými následně dotazníky vyplnila.

V prvním zařízení jsem tedy uskutečnila 3 osobní rozhovory s respondenty a v zařízení druhém proběhl výzkum formou dotazníků. Otázky byly uzpůsobeny tak, aby byly srozumitelné, jelikož jsem se dotazovala osob vyššího věku nebo osob s nějakým druhem postižení. Otázky byla tedy potřeba položit jednoduše a maximálně

srozumitelně. Stejně jako v celé sociální práci musíme dbát na dodržování práv a bezpečí klientů, dnes už i na dodržování GDPR, tak toto vše musíme dodržovat i v tomto případě. Základem je tady informovaný souhlas, kdy respondent svým podpisem ztvdí souhlas se zpracováním poskytnutých dat. Co se týče GDPR, musíme chránit soukromí dotazovaných, což znamená, že ve výzkumu nesmí být použité žádné informace, které by vedly k identifikaci respondenta a žádná data nelze poskytnout neoprávněným osobám. Sesbíraná data je možné použít pouze pro účely výzkumu. Abychom měli jistotu, že se žádná citlivá data nedostanou k neoprávněným osobám, tak každý rozhovor probíhal v soukromí – tzn. v bytě u dotazovaného a v přesně stanovený čas (abychom se vyhnuli návštěvám apod.). Před začátkem rozhovoru jsem každého z nich požádala, zda mi umožní si rozhovor s nimi nahrát na diktafon. Vysvětleno to bylo tím, že nahrávky slouží k zjednodušení následného procesu zkoumání a k zachování autentičnosti. Byli informováni i o tom, že hned po přepsání rozhovoru bude nahrávka smazána a nebude poskytnuta dalším osobám. Na toto vše zbylé 3 respondenty upozornila paní Válková. Zaručena byla i naprostá anonymita a proto při opisu rozhovorů jsou klienti označeni pouze kódy R1-R6.

Rozhovory proběhly tedy celkem 3, stejně tak jako byly předloženy 3 dotazníky, kde byly dotazovány osoby různých pohlaví, věku a zdravotního stavu.

8.2. Hlavní výzkumná otázka a vedlejší výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka: Mohou dva odlišné domy s pečovatelskou službou dosahovat stejných kvalit a je k tomu potřeba přítomnost multidisciplinárního týmu?

Vedlejší výzkumné otázky:

1. Proč jste se rozhodl/a pro tento konkrétní dům s pečovatelskou službou?
2. Vyhovuje Vám zdejší prostředí? Pokud ne, co byste změnil/a?
3. Splňují poskytované služby Vaše očekávání a naplňují Vaše potřeby?
4. Je podle Vás přístup pečovatelek a sociální pracovnice profesionální?

5. Je dle Vás ze strany pečovatelek do práce vkládána dostatečná empatie?
6. Chybí Vám v zařízení i jiné služby (duchovní, psycholog, lékař)?
7. Vytváří zařízení sociálně aktivizační prostředí nebo jste Vy sami přišel/la s nápadem na aktivity?
8. Využíváte všech služeb, které zařízení nabízí nebo jen některé? Pokud ano, jmenuje alespoň nějaké z nich.

8.3. Popis prostředí

Prostředí v našem výzkumu máme hned dvě. Prvním je dům s pečovatelskou službou Ladara v Nové Roli. Do DPS se lze dostat tzv. spodem od příjezdové cesty do Nové role nebo tzv. shora od vlakového nádraží. Oba vstupy do budovy jsou opatřeny zvonky do kanceláře, ve které najdeme vedoucí DPS a pečovatelky. Dále tam nalezneme zvonky na jednotlivé bytové jednotky klientů. V tomto případě se jedná o panelový dům, který splývá s ostatními panelovými domy v okolí. V domě se nachází 5 nadzemních podlaží s celkem 47 bytovými jednotkami určenými k pronájmu klientům DPS. Nájemní byty nejsou všechny stejné, ale 42 z nich je o velikosti 1+1 a 2 z toho jsou bezbariérové. Dále tu můžeme najít 2 garsoniéry a k tomu 4 byty o velikosti 2+1 ze kterých jsou bezbariérové 3. Byty o velikosti 2+1 se nabízí převážně klientům, kteří přijdou v páru nebo těm, kteří se pohybují s pomocí invalidního vozíku či jiných kompenzačních pomůcek. V přízemí se kromě bytových jednotek nachází již zmiňovaná kancelář PS, správcovský byt a klubovna, ve které probíhá velká část aktivit. Prostory jsou vybaveny dvěma výtahy – osobním a nákladním, který slouží především ke stěhování nebo k převozu obědů. V suterénu budovy se nachází sklepní prostory, prádelna, ve které se pere a suší prádlo klientům. Nachází se tam i kadeřnictví, jehož služeb využívají nejen obyvatelé DPS.

Pokud někdo přichází do budovy, tak se hlásí ve zvonku do kanceláře a pokud zvoní přímo na některého z konkrétních klientů, chodí se ve většině případů nahlásit do kanceláře. Není to však povinností, protože se nejedná o klasickou pobytovou sociální

službu, ale o již zmiňované nájemní byty, které si klienti pronajímají od města. Kancelář je vybavena třemi pracovními stoly pro zaměstnance a malou kuchyňkou. V prostoru kanceláře se nachází i křeslo pro klienty či příbuzné, kteří přicházejí za sociální pracovníci či za pečovatelkami. Nechybí tady ani velká skříň na obědové termoporty. V závěru lze říci, že zařízení se nachází v klidné lokalitě a náleží k němu i venkovní posezení pod nově vybudovaným altánkem z přední části domu a v zadní části malá zahrádka se zastřešeným posezením.

Druhý dům s pečovatelskou službou pod CSOP Praha 15 se nachází v Janovské ulici. Zde mají k dispozici 90 bytových jednotek, kde 4 byty jsou o velikosti 1+1, dalších 18 bytů o velikosti 2+1, 68 bytů o velikosti 1kk a velká část z nich je bezbariérová. Všechny bytové jednotky jsou vybaveny stejně jako v DPS Ladara – kuchyňskou linkou se sporákem, koupelnou se sprchovým koutem a WC a skříní či komorou. Zde v DPS má sídlo praktický lékař a ORL. Najdete zde i kadeřnictví, pedikúru, lékárnu a rozlehlou zahradu.

Budova DPS má u vchodu recepci s obsluhou, která je zde nepřetržitě. Vzhledem k tomu, že se služba neposkytuje 24 hodin denně, je nepřetržitý dohled zajištěn signalizačním systémem v každé bytové jednotce. Lze si skrze něj také přivolat pomoc a jiné složky integrovaného záchranného systému. I přesto, že se DPS nachází v hlavním městě České republiky, lze říci, že stojí v poměrně klidné lokalitě.

8.4. Analýza dat

Vzhledem k tomu, že výzkum je kvalitativní (pouze 6 respondentů) jsem k analýze dat zvolila metodu zakotvené teorie, konkrétně princip konstantního srovnávání, kde se vlastně jedná o komparaci výpovědí a hledání minimálních či maximálních rozdílů mezi jednotlivými výpověďmi. Tuto metodu jsem zvolila především proto, že i přesto že se výzkum zabývá jedním tématem, tak je zde prostor pro odlišnosti ve výpovědích respondentů. V níže uvedených tabulkách (komparačních) jsou vidět shodné a rozdílné

výpovědí respondentů a jsou uvedeny proměnné s kódy, jejich výskyt neboli spíše jejich četnost a kód každého jednotlivého respondenta, u kterého se tzv. proměnná vyskytuje.

8.5. Popis výpovědí respondentů

Tento popis dále navazuje na již zmíněné a níže uvedené komparační tabulky. První položenou otázkou byla otázka: *Proč jste se rozhodl/a pro tento konkrétní dům s pečovatelskou službou.* Zde mě zajímalo, zda si respondenti vybrali dům s pečovatelskou službou na základě lokality, ve které žijí nebo ve které se nachází zařízení, nebo zda to bylo na základě doporučení od rodiny, známých či již stávajících klientů v zařízení. RS1 uvedl, že šlo především o lokalitu „jsem novorolská“ a popisuje, že po smrti svého manžela zůstala ve velkém bytě sama a bylo to pro ni příliš. K rozhodnutí přispěly i její sousedky a zároveň přítelkyně, které se do tohoto domu s pečovatelskou službou přestěhovaly. RS1 si tedy toho zařízení vybrala na základě lokality a doporučení. Z výpovědi RS2 na tuto otázku vyplynulo, že vlastně není zcela zřejmé, proč se rozhodl přestěhovat do zařízení v Nové Roli. Tudíž je tato odpověď neprůkazná.

Z výpovědi RS3 vyplynulo, že si tento dům s pečovatelskou službou vybrala ze stejného důvodu jako RS1 a to, že je z Nové Role. Dále uvádí, že dalším důvodem pro výběr tohoto zařízení byl ten, že se nechtěla pohybovat v žádném jiném městě a také to, že zde má rodinu (dceru a vnučku). V závěru první otázky zmínila, že se jí tento DPS líbil jako celek.

RS4 uvedla, že dříve bydlela v jiné části Prahy, než se nachází CSOP a měla také podanou žádost do jiného zařízení. Společně s manželem se však přestěhovali a dostali doporučení a zároveň se jim tento dům s pečovatelskou službou zalíbil. RS5 na první otázku odpověděla jako RS1 a RS3 a to tak, že v této lokalitě žila celý život, tudíž si zde přeje dožít a to byl důvod k tomu, přestěhovat se do tohoto konkrétního domu

s pečovatelskou službou. RS6 uvedla, že žila poblíž DPS a docházela do klubu pro seniory, kde na DPS dostala doporučení od ostatních klientů klubu. U odpovědi na tuto otázku jde vidět, že respondenti naplnili to, co jsem od odpovědi očekávala a to je to, že někdo si vybral zařízení pouze na základě doporučení a někdo na základě toho, že v dané lokalitě žije celý život a bylo by pro ně příliš složité se pohybovat po jiném městě nebo části města, než v té ve které žijí.

Druhá otázka zněla: *Vyhovuje Vám zdejší prostředí? Pokud ne, co byste změnil/a?* RS1 zcela bez rozmyšlení odpověděla, že není nic, co by na zdejším prostředí změnila a že je velmi spokojená. Stejnou odpověď dal i RS2, který řekl, že se mu tady líbí a vyhovuje mu vše. Jiná odpověď nebyla ani u RS3, která uvedla, že by na tomto domě s pečovatelskou službou neměnila nic.

U RS4 je z výpovědi viditelné, že i po tolika letech, kdy zde žije je se vším spokojená a jediné, co by ráda změnila je problém s holuby, jak říká „až na holuby, které nám tu všem dělají velké potíže“. Další respondent s kódem RS5 ve zkratce uvádí, že by také nic neměnila a že je zde velmi spokojená a RS6 uvádí odpověď stejnou a to, že je moc spokojená se zdejším prostředím a celkově s fungováním domu s pečovatelskou službou pod DPS. Zde jde vidět, že téměř 100% je s prostředím domů s pečovatelskou službou spokojených a pouze jedna z dotazovaných uvedla problém, který by nejspíše chtěla řešit.

Otázka třetí zněla: *Splňují poskytované služby Vaše očekávání a naplňují Vaše potřeby?*, kde u RS1 byla odpověď opět zcela jednoznačná a odpovědí bylo „jo“ k čemuž dodává, že pokud by nebyla spokojená, tak ví, že se stačí domluvit s vedoucí nebo s pečovatelkami a vše bude napraveno. RS2 uvádí, že ano a RS3 uvedla stejnou odpověď jako RS2. U RS4 až RS6 probíhal výzkum prostřednictvím již zmiňovaného dotazníku a bohužel u RS4 nebyla odpověď na třetí otázku. Naopak RS5 u třetí otázky uvedla, že žádné služby nepobírá, tudíž z toho vyplývá, že ze strany tohoto respondenta není co hodnotit. RS6 stručně odpovídá, že ano.

Ve čtvrté otázce: *Je přístup pečovatelek profesionální?* RS1 uvedla, že ano a dodává „to jako musím říct, jsou to zlatý holky“ a upozorňuje, že i přesto jaké má ve svém věku komplikace, tak se k ní pečovatelky nikdy nezachovali ošklivě. RS2 stručně odpovídá, že ano, že přístup je zcela profesionální. RS3 také uvádí, že přístup pečovatelek je profesionální a dodává „ano, všechny holky jsou moc šikovný a nic není problém“. V druhém zařízení nám RS4 na čtvrtou otázku odpověděla tak, že lze říci, že tato odpověď není průkazná a můžeme jí nazvat deviantní. V odpovědi se nenacházela odpověď na danou otázku. RS5 uvádí „ano je“ a RS6 v tomto případě také uvádí, že jsou a dodává, že jsou velmi příjemné a zároveň ochotné.

U páté otázky jsem se respondentů ptala na empatii a otázka zněla: *Je dle Vás ze strany pečovatelek do práce vkládána dostatečná empatie?* RS1 velmi hlasitě uvedla třikrát ano, kde dodala, že za empatii považuje i to, že si s nimi může povídat a dle svých slov „drbat“. RS2 odpovídá, že jeho názor je stejný jako u předchozí otázky a odpověď zněla ano. U RS3 lze pozorovat stejnou odpověď jako u RS2.

U RS4 je bohužel odpověď i na tuto otázku neprůkazná a opět jí můžeme napsat jako deviantní. Další respondent s kódem RS5 odkazuje na předchozí otázku, kde uvedla, že ano. U RS6 bohužel nebyla v zaslaném dotazníku u páté otázky odpověď žádná.

Otázka šestá byla: *Chybí Vám v zařízení i jiné služby (duchovní, lékař, psycholog)?* Na tuto otázku nám RS1 odpověděla, že nechybí, protože je stále schopna si ke svému praktickému lékaři či k jiným odborníkům dojít sama. Dále doplnila, že služby psychologa nebo duchovního by nevyužila, tudíž pro ni její přítomnost v zařízení není důležitá. RS2 uvedl, že zatím kromě pravidelných kontrol u praktického lékaře nepotřebuje docházet jinak a doposud přesun ke svému lékaři zvládá. Stejně jako RS1 uvedl, že mu přítomnost jiných odborníků v domě nechybí. RS3 uvedla, že kromě toho, že lékaře má svého, by přítomnost jiného odborníka ocenila, a uvedla, že pro ni konkrétně by byla nejvhodnější přítomnost psychologa a fyzioterapeuta, klidně i ve spojení s ergoterapeutem. RS4 uvedla podobnou odpověď jako předchozí respondent

RS3, a říká, že by určitě ocenila přítomnost psychologa, už jen z toho důvodu, že ve svém věku si potřebuje popovídat s někým, kdo jí dobře poradí. Dodala také to, že zařízení CSOP svého lékaře, ke kterému mohou docházet má. U RS5 byla odpověď opět krátká a stručná „nechybí“ uvedla. Poslední respondent, RS6 uvedl, že přítomnost lékaře a jiných odborníků pro ni není důležitá, protože lékaře má svého. U této otázky jsou asi nejvíce rozdílné odpovědi a bylo pro mě velkým překvapením, že pouze 2 z dotazovaných respondentů by uvítali přítomnost jiného odborníka, tedy přítomnost alespoň malého multidisciplinárního týmu. Věřím však tomu, že pokud bych se zeptala v zařízení, kde nějaký větší multidisciplinární tým funguje, tak jeho přítomnost by byla hodnocena kladně.

Sedmá otázka se týkala sociálně aktivizačního prostředí a zněla: *Vytváří zařízení sociálně aktivizační prostředí nebo jste vy sami přišli s nápadem na aktivity?* RS1 odpovídá, že ano a dle jejích slov „Jo, furt tady něco děláme. Třeba pečeme cukroví, vaříme polívky a hlavně hrajeme bingo a já vyhrávám.“ RS2 uvedl, že nemůže říci, protože si není jistý, jelikož se žádných sociálně aktivizačních činností neúčastní. RS3 uvedla, že se v tomto zařízení děje velká spousta věcí, ale je toho názoru, že si lidé často pletou dům s pečovatelskou službou s domovem pro seniory a proto se sociálně aktivizačních činností zpravidla neúčastní. Pokud se však zúčastní, bere to pouze jako bonus ke svému normálnímu bydlení jak říká. Dalším respondent RS4 uvedla velmi dlouhou odpověď, ze které vyplynulo, že dříve se těchto činností a aktivit účastnila a dnes jí to zdraví neumožňuje a tak dochází na kroužek keramiky, kam však nechodí pravidelně. Také uvedla, že několik let sama vedla výtvarný kroužek pro ostatní klienty domu s pečovatelskou službou. RS5 uvádí pouze „ano“. Respondent s kódem RS6, uvádí, že pokud jí nějaká z nabízených činností zaujme, ráda se zúčastní a jako příklad uvedla cvičení nebo hudební produkci. U této odpovědi je vidět, že ani v jednom zařízení není problém s vytvářením sociálně aktivizačního prostředí a jde vidět, že i klienti mají možnost se sami podílet na jeho vytváření.

Poslední otázka zní: *Využíváte všech služeb, které zařízení nabízí nebo jen některých (jmenujte)?* Na tuto otázku RS1 odpověděla, že využívá vše, co pro sebe potřebuje a tím je dovážka obědů, pomoc s péčí o domácnost a služby péče o zdraví spolu s tísňovou péčí. RS2 uvedl, že využívá pouze dovážky obědů. RS3 uvádí, že nejvíce využívá služby spojené s chodem domácnosti (úklid) a dovážku obědů. Ve druhém zařízení nám RS4 na tuto poslední otázku odpověď nedala. RS5 uvedla, že využívá jen obědy a zmiňuje, že v poslední době jsou velmi dobré. Poslední respondentka RS6 uvádí, že v dnešní době využívá jen některé, protože je stále soběstačná.

Z popisu výpovědí našich respondentů nyní lze vyčíst, že respondenti RS1, RS3, RS5 a RS6 si vybrali svůj konkrétní dům s pečovatelskou službou na základě lokality, ve které žili celý život. Na základě doporučení si konkrétní dům s pečovatelskou službou vybrali respondenti RS1, RS4 a RS6, což je celá polovina dotazovaných. Pouze RS2 dotázaných respondentů uvedl, že neví. U druhé otázky, na kterou odpovědělo shodně všech 6 respondentů, vyplývá, že spokojenost s prostředím je 100% a pouze RS4 uvádí problém, který by chtěl změnit. Co se týče naplňování očekávání a potřeb skrze služby, které zařízení nabízejí, tak z toho nám vyplývá, že téměř více jak poloviny dotázaných, služby naplňují očekávání a potřeby a konkrétně je tomu tak u RS1, RS2, RS3 a RS6. Pouze jeden respondent (RS4) v tomto případě neuvedl odpověď na otázku a jeden z respondentů uvedl, že na tuto otázku nemůže odpovědět objektivně, protože žádných služeb nevyužívá. Bylo tomu tak u RS5. U otázky na profesionalitu pečovatelek vyšlo, že skoro všichni z dotazovaných respondentů odpovědělo shodně (RS1, RS2, RS3, RS5, RS6) a pouze u jednoho respondenta nelze hodnotit, jelikož na tuto otázku nebyla uvedena žádná odpověď. Pokud budeme hovořit o tom, zda pečovatelky do práce a péče kromě profesionality vkládají také empatii, tak zde nám z odpovědí vyplynulo, že RS1, RS2, RS3 a RS5 si myslí, že pečovatelky do práce skutečně empatii vkládají a u RS4 a RS6 odpověď opět nelze zhodnotit, protože nebyla uvedena. Na otázku, zda respondentům v jejich zařízení chybí i jiné služby, lépe řečeno odbornosti jako lékař, psycholog či duchovní se shodli RS1, RS2, RS5 a

RS6 na tom, že jim nic takového v zařízení nechybí a respondenti RS3 a RS4 se shodli na tom, že ano a ti se následně shodly i na odbornosti, kde uvedli, že by ocenili, pokud by byl v zařízení přítomen psycholog. U otázky, zda zařízení vytváří sociálně aktivizační prostředí, se RS1, RS3, RS4, RS5 a RS6 shodli na tom, že ano. Tedy více jak polovina z respondentů. Pouze RS2 uvedl, že neví, protože se žádných sociálně aktivizačních činností neúčastní. U poslední otázky, která byla zaměřena na to, zda naši respondenti využívají všech služeb, které zařízení nabízí, se RS1, RS2, RS3, RS5 a RS6 shodli ve výpovědi, že nevyužívají všech, ale pouze některých z nabízených služeb. Jen některé služby tedy využívá více než polovina z dotazovaných respondentů. Lze také pozorovat, že z respondentů, kteří uvedli, že využívají jen některé služby, tak se téměř všichni shodli na tom, že využívají dovážení / rozvážení obědů. U RS4 nebyla odpověď opět průkazná, jelikož žádnou neuvedl.

8.6. Komparační tabulky

Zde jsem získaná data rozdělovala podle toho, jaké obsahují výpovědi respondentů jevy. Následně jsem významným jevům přiřadila kódy a k nim tabulky, ve kterých se ukazuje četnost těchto jevů. Důvodem pro komparační tabulky je zřehlednění celého výzkumu a sesbíraných dat. Každá z tabulek bude navazovat na jednotlivé vedlejší výzkumné otázky. Pro lepší přesnost ještě uvádím označení jednotlivých respondentů, které bylo RS1 – RS6 a ti budou následně odděleni barvami, pro lepší orientaci v tom, z jakého zařízení respondenti jsou.

Kódy a jejich význam	
A1	Výběr zařízení na základě lokality
A2	Výběr zařízení na základě doporučení
A3	Spokojenost s prostředím
A4	Problém, který by chtěli změnit
A5	Spokojenost s poskytovanými službami
A6	Profesionalita a empatie
A7	Vítaná přítomnost MDT
A8	Nepotřebnost MTD
A9	Dostatečné sociálně aktivizační prostředí
A10	Využívání služeb

Barvy pro rozdělení respondentů jsou následovné: **respondenti z domu s pečovatelskou službou Ladara** a **respondenti z domu s pečovatelskou službou CSOP Praha 15**. Křížek v tabulce poukazuje na výskyt daného jevu podle výše sepsaných kódu.

První dvě z komparačních tabulek odkazují na otázku první, týkající se výběru daného domu s pečovatelskou službou. Jedna poukazuje na respondenty, kteří odpověděli, že si zařízení vybrali na základě dané lokality a druhá na ty, kteří si zařízení vybrali na základě nějakého doporučení. Na výběr konkrétního domu s pečovatelskou službou na základě lokality kladně odpověděl respondent RS1, RS3, RS5 a RS6. Co se týče výběru zařízení na základě doporučení, tak kladně na to odpověděl respondent RS1, RS4 a RS6. U respondenta RS1 a RS6 můžeme také pozorovat zajímavou shodu, protože oba si vybrali DPS jak na základě lokality (v lokalitě žili celý život) tak i na základě nějakého doporučení. U RS1 bylo doporučení od bývalých sousedů a klientů zařízení a u RS6 to bylo doporučení od stávajících klientů zařízení.

A1	
RS1	x
RS2	
RS3	x
RS4	
RS5	x
RS6	x

A2	
RS1	x
RS2	
RS3	
RS4	x
RS5	
RS6	x

Druhá a třetí komparační tabulka odkazuje na otázku druhou, ve které jsem se respondentů ptala na spokojenost s prostředím domu s pečovatelskou službou

(myšleno tím bylo prostředí celkově a ne např. pouze lokalita) a na to, co by změnili, pokud jim stávající prostředí nevyhovuje. U třetí tabulky můžeme vidět, že téměř všichni (RS1, RS2, RS3, RS4, RS5, RS6) jsou spokojeni s prostředím DPS a to jak s prostředím venkovním, tak i s prostředím vnitřním. U čtvrté tabulky lze vidět, že RS4 upozornila na přetrvávající problém, a tím je problém s holuby, kteří jim dle jejich slov dělají velké potíže.

A3	
RS1	x
RS2	x
RS3	x
RS4	x
RS5	x
RS6	x

A4	
RS1	
RS2	
RS3	
RS4	x
RS5	
RS6	

Pátá komparační tabulka se týká otázky, ve které jsem se respondentů ptala na to, zda služby, které zařízení poskytuje, naplňují jejich očekávání a především jejich potřeby. Shodnou odpověď můžeme vidět u RS1, RS2, RS3 a RS6.

A5	
RS1	x
RS2	x
RS3	x
RS4	
RS5	
RS6	x

Šestá komparační tabulka poukazuje na to, zda si klienti a zároveň naši respondenti myslí, že pečovatelky v těchto dvou konkrétních domech s pečovatelskou službou jsou

dostatečně profesionální a zda si myslí, že do práce a péče o ně vkládají dostatečnou empatii. Tyto dvě otázky byly položeny z toho důvodu, že práci v sociálních službách nelze vykonávat jen na profesionální rovině, ale že k tomu neodmyslitelně patří také empatie neboli jakási lidskost. Více jak polovina respondentů (RS1, RS2, RS3, RS5 a RS6) odpověděla kladně a pouze u RS4 lze říci, že odpověď je deviantní, protože na dané dvě otázky ohledně profesionality a empatie neodpovídala zcela pro mě smysluplně. Je možné, že je to z toho důvodu, že otázky mohly být položeny ne zcela srozumitelně.

A6	
RS1	x
RS2	x
RS3	x
RS4	
RS5	x
RS6	x

Další z komparačních tabulek, sedmá a osmá, poukazují na to, kteří z dotazovaných respondentů by přivítali přítomnost alespoň malého multidisciplinárního týmu ve svém zařízení. U sedmé tabulky můžeme pozorovat shodu u RS3 a RS4, kteří by přítomnost multidisciplinárního týmu přivítali a dokonce zde byla shoda i ohledně odbornosti, kterou by uvítali (psycholog). U tabulky osmé je vidět že RS1, RS2, RS5 a RS6 nechybí žádný člen, který by mohl být součástí MDT.

A7	
RS1	
RS2	
RS3	x
RS4	x
RS5	
RS6	

A8	
RS1	x
RS2	x
RS3	
RS4	
RS5	x
RS6	x

Devátá a zároveň předposlední komparační tabulka nám ukazuje to, kteří respondenti odpovídali tak, že je pro ně v zařízení vytvářeno dostatečné sociálně aktivizační prostředí. Podle RS1, RS3, RS4, RS5 a RS6 zařízení sociálně aktivizační prostředí vytváří, u RS2 je odpověď deviantní. Uvádí zde, že si sám není jistý, protože se těchto činností ze své vlastní vůle neúčastní.

A9	
RS1	x
RS2	
RS3	x
RS4	x
RS5	x
RS6	x

Poslední z komparačních tabulek má lépe ukázat to, jak respondenti odpovídali na otázku ohledně pobírání a využívání nabízených služeb. U této tabulky můžeme pozorovat, že nabízených služeb opět využívá více než polovina dotazovaných respondentů (RS1, RS2, RS3, RS5 a RS6).

A10	
RS1	x
RS2	x
RS3	x
RS4	
RS5	x
RS6	x

8.7. Závěr výzkumu

Cílem tohoto výzkumu byla snaha dokázat, že i menší dům s pečovatelskou službou na okraji Karlových Varů, s mnohem menší kapacitou a menším počtem zaměstnanců může dosahovat stejných kvalit, jako dům s pečovatelskou službou v hlavním městě, v Praze, který má jednou tak velkou kapacitu a také mnohem více zaměstnanců. Šlo také o to zjistit, zda by si všichni z dotazovaných respondentů přáli přítomnost multidisciplinárního týmu, byť jen třeba velmi malého.

Nemohu zcela s jistotou říci, zda byl cíl výzkumu naplněn či ne, jelikož některé z odpovědí našich respondentů byli deviantní a to buď z důvodu, že odpovídali na otázku tak, že se samotná odpověď k dané otázce nevztahovala nebo neodpověděli vůbec. To mohlo být zapříčiněno špatně zvolenými a možná také zbytečně složitými otázkami. Je možné, že by pomohlo, kdyby za otázkami bylo vysvětleno, co se otázkou přesně myslí a byla tam otázka dovysvětlena.

Z celkového pohledu je možné říci, že dotazovaní respondenti se ve svých odpovědích vyjadřovali kladně, výjimky byly pouze u pár otázek, kde odpovědi byli tzv. deviantní, a nebylo, je tedy možné zhodnotit a zahrnout do procesu zkoumání. To však může být následkem neporozumění dané otázky, jak už jsem zmínila. V rámci srovnávání odpovědí, které jsem rozdělila do 10 kategorií, bylo zřejmé, že mezi výpověďmi respondentů nebyly značné odlišnosti. Přesto se jich několik našlo a jsou to ty, které jsme mohli pozorovat především u otázky týkající se přítomnosti multidisciplinárního týmu, kde pouze dva respondenti uvedli, že by to jeho přítomnost uvítali. Rozdílnost byla viditelná také v otázce, týkající se spokojenosti s prostředím. Přesněji otázka zněla: *Vyhovuje Vám zdejší prostředí? Pokud ne, co byste změnili?*, kde všichni respondenti uvedli, že spokojení jsou a pouze jeden z respondentů uvedl i problém s prostředím, který by podle povahy odpovědi rád změnil.

Větší rozdíly jsem pozorovala v povaze odpovědí, čímž je myšleno to, že někteří respondenti se u více či dokonce u každé odpovědi rozpovídali / rozepsali více (rozpovídali a rozepsali, uvádím z toho důvodu, že část výzkumu probíhala formou rozhovoru a část formou dotazníku z výše uvedených důvodů) a někteří odpovídali stručně a věcně. Stručnost a věcnost byla vyzorována u RS2 a u RS5, kteří na položené otázky odpovídali převážně ano či ne, u delších otázek nebo u otázek, které vyžadovaly delší odpověď, sdělili jednu větu.

Z celého výzkumu vyšlo, že dům s pečovatelskou službou si na základě lokality, ve které se nachází, vybrala více jak polovina dotazovaných a celá polovina z nich si zařízení vybrala na základě nějakého doporučení. U výběru na základě doporučení se ukázalo, že nikdo nedostal doporučení od rodinných příslušníků anebo například neviděl inzerát na internetu, ale že všichni, kteří odpověděli, že to bylo na základě doporučení které dostali od stávajících klientů DPS. Spokojenost s prostředím DPS vyjádřili všichni dotazovaní respondenti a problém, kterou by chtěli změnit, uvedl jen jeden z respondentů. Problém se týká velké koncentrace holubů v okolí zařízení, což však není nijak závažný problém, který by nějakým způsobem narušovat kvalitu poskytovaných služeb a péče. Opět u více jak poloviny respondentů jsme se setkali s kladnými odpověďmi na otázku naplňování očekávání a potřeb u poskytovaných služeb. Ohledně profesionality a empatie pracovníků v sociálních službách (v otázce uvedeno jako pečovatele, pro lepší porozumění) nám znovu vyšlo, že více jak polovina z dotázaných je toho názoru, že poskytování péče je dostatečně profesionální, ale zároveň je do něj vkládána velká míra empatie, což hodnotím velmi kladně.

Na zkoumání ohledně multidisciplinárních týmů nám pouze dva respondenti uvedli, že by přítomnost nějakého MTD uvítali a oba konkrétně uvedli psychologa a jeden ještě fyzioterapeuta ve spojení s ergoterapeutem. Více jak polovina respondentů opět uvedla, že by pro ně přítomnost multidisciplinárního týmu byla zbytečná, jelikož jsou stále soběstační a ke svému praktickému lékaři či jinému odborníkovi jsou schopni

docházet, avšak nemůžeme vyloučit, že by se jejich odpověď v průběhu dalších let nezměnila a to na základě změny jejich zdravotního stavu např.

Dle větší části respondentů oba domy s pečovatelskou službou vytvářejí dostatečné sociálně aktivizační prostředí a aktivit a činností, které jsou klientům k dispozici je velká spousta. Od pečení cukroví, vaření, hraní společenských her, společné grilování či sázení květin, až po kroužky keramiky, malování a hudební kroužky či cvičení.

Ohledně otázky na využívání dostupných služeb v zařízení, jsou výsledky opět pozitivní a to tak, že znovu více jak polovina respondentů využívá služeb, které zařízení nabízí. Ti co odpovídali kladně, se ve více případech shodli na dovážce obědů a část z respondentů se shodla také na využívání pomoci s chodem domácnosti (běžný úklid a údržba, zajištění nákupu apod.).

Jak jsem již zmínila, tak z mé strany nelze říci, zda je výsledek pozitivní či negativní, vzhledem k několika deviantním odpovědím. Určitě bych se více přikláněla na stranu toho, že výzkum skutečně hypotézu potvrdil a to tak, že i menší dům s pečovatelskou službou, na okraji Karlových Varů, dosahuje stejných kvalit jako dům s pečovatelskou službou, který je větší a nachází se v hlavním městě České republiky, stejně tak jako to, že ne každému chybí přítomnost multidisciplinárního týmu. Hypotézu tedy zcela nepotvrzuji, ale zároveň ani nevyvracím.

9. Diskuze

Na úplném začátku diskuze, bych ráda zmínila použitou literaturu a vyjádřila se k té, která mně zaujala nejvíce. Jako první to je kniha *Pečovatelská služba v České republice*, jejímž autorem je Lucie Bicková a kolektiv. Kniha nám umožňuje nahlédnout na pečovatelskou službu jako na celek. Zahrnuje vše již od počátků pečovatelské služby, přes její vývoj až do současnosti. Zmiňuje se o tom, jak pečovatelská služba jako taková může a měla by fungovat v praxi a na závěr nechybí ani nejrůznější rady a doporučení, společně s řadou informací z praxe. Druhou pro mě nejvíce zajímavou knihou je kniha s názvem *Gerontologie pro sociální práci* od autorky Jiřiny Ondrušové, Beáty Kraulcové a kolektivu. To co se zpočátku může zdát jako dílo především dvou autorů, je nakonec dílem mnoha významných autorů s mnoha odbornostmi a zaměřením. Obě knihy mě zaujali jak zpracováním, tak obsahem, který byl srozumitelný a dobře se četl. Tentokrát byla veškerá literatura zajímavá a především přínosná, tudíž ani nemohu jmenovat autora, s jehož knihou bych se nedokázala ztotožnit. Možná je to způsobeno i tím, že oproti bakalářské práci jsem si nyní vybírala tituly, které nejsou tak staré.

Téma diplomové práce bylo inspirováno mými praxemi v domě s pečovatelskou službou Ladara, kam docházím již skoro 7 let. Toto zařízení jsem začala navštěvovat již v 17 letech, ve druhém ročníku na střední škole. Tyto praxe mi hodně pomohli pochopit rozdíl mezi běžnými sociálními službami pobytového charakteru a domy s pečovatelskou službou. Domy s pečovatelskou službou mají svá specifika a tím mi přijdou jako nejzajímavější ze sociálních služeb. Psaní diplomové práce mi tedy dalo možnost dozvědět se více o pečovatelské službě, její historii a o celkovém fungování a dala mi také možnost si již sesbírané informace spojit s teorií a ucelit je.

Dalším pozitivem pro mě bylo to, že jsem měla možnost si s některými klienty DPS Ladara více popovídat, čímž se opět formoval náš vztah. Bohužel jsem kvůli nemocem v domě s pečovatelskou službou CSOP Praha 15 nemohla absolvovat také osobní

rozhovory, tudíž je mi líto, že jsem neměla možnost poznat další DPS a jeho klienty a rozšířit si obzor a nemohla jsem porovnávat v takové míře.

V prvním zařízení (Ladara) jsem mohla roky sledovat, jaký přístup mají pečovatelky ke klientům, stejně tak jako jaký k nim má přístup vedoucí tohoto zařízení. Jednak ke klientům v samotném zařízení, tak také ke klientům v terénu. Přístup mě velmi mile překvapil a bylo hezké pozorovat, jak si za těch několik let s klienty vybudovali hezké vztahy. Právě přístup je jednou z oblastí, kterou jsem chtěl porovnat nejvíce, nyní mi k tomu však musí stačit sesbíraná data z výzkumu od respondentů z CSOP, kteří přístup hodnotili kladně.

Co se týče sociální práce jako takové, tak pokud bych měla srovnat dobu, kdy jsem byla dítě s nynější dobou, tak je důležité zmínit, že vývoj sociálních služeb a sociální práce se skutečně posunul k lepšímu. Bohužel tomu tak není se zájmem o toto zaměstnání. I v dnešní době je sociální práce hodně podceňovaným oborem, kde absolventi uplatnění sice nacházejí, ale jejich finanční ohodnocení tomu zcela neodpovídá. Bohužel ve finančním ohodnocení není velký rozdíl mezi absolventy středních škol a mezi absolventy škol vysokých. V práci jsem se zaměřila i na to, co by tomuto oboru mohlo pomoci a z mého pohledu je to neustávající edukování veřejnosti. Velká část naší společnosti sociální práci vnímá pouze dvojitým způsobem. Jeden je ten, že je to práce, ve které jde hlavně o přebalování seniorů a druhý způsob je ten, že sociální práce a sociální pracovnice pracují jen na OSPOD a odebírají děti. Tedy alespoň s těmito dvěma názory se bohužel ve svém okolí setkávám nejvíce. Všichni vidí jen toto a nikdo z nich už nevnímá to, jak se sociální práce v dnešní době důležitá a přínosná. V dnešní době řada lidí vnímá i umístování seniorů do rezidenční péče jako velké zlo a rodiny, která toto rozhodnutí učiní, hned odsuzují. Opět si však neuvědomují, že ne všichni mají možnost se o svého seniora postarat. Může to být z důvodu, že sami nejsou v takovém zdravotním stavu, kdy by mohli pečovat o další osobu, může to být z důvodu špatných bytových a ekonomických podmínek nebo

proto, že senior vyžaduje specifickou nebo jen velkou míru pomoci a rodina není schopna tak kvalitní péči poskytnout.

Závěrem mohu říct, že má diplomová práce na téma „Multidisciplinární spolupráce v domech s pečovatelskou službou“ pro mne byla velkým přínosem i přes skutečnost, že v tomto oboru již nějaké znalosti a zkušenosti mám. Dozvěděla jsem se velkou řadu informací, které pro mě byli nové, stejně tak jako provedení výzkumu a následné tvoření praktické části diplomové práce. Vzhledem k vysokému věku mých prarodičů je možné, že toto téma je otázkou relativně blízké budoucnosti, kterou budeme muset v rodině řešit.

Pokud bych měla doporučit nějakou organizaci cílovým skupinám, kterými se má práce zabývá, bude to jednoznačně Agentura domácí péče Ladara a to ať už jejich terénní služby v Karlových Varech, tak i dům s pečovatelskou službou v Nové Roli. Další, které bych doporučila, je Domov pro seniory a dům s pečovatelskou službou v Mariánských lázních.

Vzhledem k tomu, že součástí mé diplomové práce je i výzkum, který jak jsem již zmiňovala, nemohu hodnotit tak, že hypotéza byla potvrzena nebo že byla vyvrácena. Mohu však říct, že výzkum a potřebná data k němu se mi sbírala dobře, a celková praktická část práce se mi také psala dobře. Výsledky jsem více interpretovala v kapitole o komparačních tabulkách a v předchozí kapitole – závěr výzkumu.

10. Závěr

Cílem mé diplomové práce bylo se především více seznámit a také nahlédnout na téma pečovatelské služby, fungování a problematiku multidisciplinárních týmu v sociálních službách. Vzhledem k tomu, že jsem již nějaké praktické zkušenosti z tohoto oboru měla, tak jsem se chtěla dozvědět více i z teorie. V mé diplomové práci jsem se snažila popsat pečovatelskou službu, její historii a vývoj, její fungování v současnosti, smlouvu poskytovatele s klientem služby, individuální plánování, cílovou skupinu seniorů společně se stářím a stárnutím, standardy kvality sociálních služeb, jiné sociální služby pro cílové skupiny pečovatelské služby, multidisciplinární týmy a s nimi spojeného klíčového a sociálního pracovníka, etický kodex sociálního pracovníka a členy, kteří mohou mít v multidisciplinárním týmu uplatnění. Dále jsem popisovala dva vybrané domy s pečovatelskou službou, ve kterých probíhal výzkum k praktické části diplomové práce. Mezi poslední teoretické kapitoly patří také kapitola o dlouhodobé péči, která s danými cílovými skupinami a také multidisciplinárním týmem úzce souvisí.

Nejvíce složitým tématem pro mne byla kapitola o multidisciplinárních týmech, na které jsem našla jen velmi málo zdrojů, především co se týče literatury. Hodně jsem tedy čerpala z přednášek na fakultě a zdroje jsem hledala i v jiných bakalářských a diplomových pracích, které problematiku multidisciplinárních týmů řeší také.

Pokud dělám v závěrečné práci výzkum, je podle mne důležité najít si alespoň jeden další výzkum, který byl na stejné nebo podobné téma. Jako jednu z prací, kterou jsem našla k porovnání je práce s názvem *Spolupráce multidisciplinárního týmu v péči o seniory* od autorky Aleny Kubisové, která jako hlavní výzkumný cíl měla zjistit, jak a zdali vůbec funguje spolupráce multidisciplinárního týmu právě v péči o seniory.

Druhou diplomovou práci, která měla téma i výzkum na podobné téma jako je moje diplomová práce je práce s názvem *Pečovatelská služba jako nástroj důstojného života*

od autorky PhDr. Kateřiny Šámalové, která se ve svém výzkumu zabývala monitorováním pečovatelské služby v regionu Milevsko.

Shrnutí

Zde bych chtěla shrnout každou kapitolu mé diplomové práce a to z toho důvodu, aby práce byla přehlednější pro každého, kdo ji bude číst včetně mne.

První kapitola mé diplomové práce je věnována pečovatelské službě jako takové a v první části první kapitoly je popsáno, co to pečovatelská služba je, že se jedná o službu sociální péče, který pomáhá řešit zdravotní ale i sociální potíže občanů České republiky. Jsou tam uvedeny cíle, které pečovatelská služba má, jak a kdy se poskytuje a komu je určena a jsou tam vyjmenovány oblasti, se kterými PS dokáže klientovi pomoci. Druhá část první kapitoly se věnuje domům s pečovatelskou službou, kde je psáno, že dům s pečovatelskou službou je dnes velmi populární kombinace samotné pečovatelské služby a pobytového zařízení. Uvádím tam, že DPS mají i velkou výhodu v tom, že jsou tam přítomny pečovatelky a to vždy po stanovenou dobu. Je důležité si pamatovat, že se nejedná o běžné zařízení sociální péče, jako jsou například domovy pro seniory, ale zde se jedná o tzv. byty zvláštního určení. Třetí část první kapitoly se věnuje historii terénní péče a pečovatelské služby, kde můžeme vidět to, jak se pečovatelská služba vyvíjela od úplného počátku až po současnost, čímž navazujeme na čtvrtou část této kapitoly, která ukazuje to, jak pečovatelská služba funguje v současnosti. Další částí této kapitoly je příspěvek na péči, na který navazuje to, jakým způsobem a jaké náležitosti musí mít smlouva poskytovatele sociální služby se zájemcem o službu a klientem. Pokud chceme, aby sociální služba byla vykonávána co nejlépe, kvalitně a hlavně efektivně, nesmíme, zapomenou na individuální plánování, o kterém je poslední část první kapitoly.

Ve druhé kapitole s názvem „Senior (stáří a stárnutí)“, která zde má své místo, protože v domech s pečovatelskou službou jsou právě senioři nejpočetnější skupinou a abychom věděli více, musíme se probrat také tématy jako právě samotné stáří a stárnutí. V této kapitole můžeme najít věkové rozdělení stáří, počet osob seniorského věku v České republice. Je zde zmínka také o přechodu seniorů do rezidenční péče,

kteře často bývá zbytečné a aby k tomu nedocházelo, je důležité aktivní stárnutí. Třetí kapitola se týká standardů kvality sociálních služeb. Právě v dnešní době jsem standardy kvality úplným základem sociálních služeb. Najdete zde všech 15 standardů, kde ke každému jsou základní informace.

Čtvrtá kapitole je zaměřena na ostatní sociální služby, kterých mohou využít osoby z cílové skupiny pečovatelské služby (senioři, osoby se zdravotním postižením a osoby s chronickým onemocněním). Pátá kapitola je o multidisciplinární spolupráci, kde je popsáno, o co se jedná, jak to může a jak by to mělo fungovat, jací by měli být členové týmu. Druhou část páté kapitoly jsem věnovala zvláště osobě sociálního pracovníka a klíčového pracovníka, kde je uvedeno, jaký by měl sociální nebo klíčový pracovník být, jaké jsou jejich kompetence a úkoly. Další část této kapitoly se věnuje etickému kodexu ve spojení s multidisciplinárním týmem a poslední část je věnována ostatním odbornostem, které můžeme v multidisciplinárních týmech najít a které jsou pro zefektivnění péče důležité. Může to být zdravotní sestra, sociálně zdravotní pracovník, psycholog, duchovní, ergoterapeut, fyzioterapeut a v poslední době oblíbený nutriční specialista.

V šesté kapitole jsem popisovala dva domy s pečovatelskou službou, ve kterých zároveň probíhal výzkum – Dům s pečovatelskou službou pod vedením Agentury domácí péče Ladara Karlovy Vary a Dům s pečovatelskou službou pod vedením Centra sociální a ošetřovatelské pomoci na Praze 15. Z této kapitoly najdete porovnání ceníků obou zařízení v přílohách. Krátká sedmá kapitola, která vznikla, jako poslední po domluvě s mou vedoucí diplomové práce odkazuje na dlouhodobou péči, která úzce souvisí s cílovými skupinami pečovatelské služby, pečovatelskou službou a především multidisciplinárním týmem. Od osmé kapitoly začíná praktická část mé diplomové práce.

Seznam odborné literatury

- ARMSTRONG, Michael. *Řízení lidských zdrojů*. Praha: Grada, 2002. ISBN: 80-247-0469-2.
- BELBIN, R. Meredith. *Týmové role v práci*. Přeložil Pavel Procházka. Praha: Wolters Kluwer, 2012. ISBN: 978-80-7357-892-3.
- BICKOVÁ, Lucie a kolektiv. *Pečovatelská služba v České republice*: Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2010. ISBN: 978-80-904668-0-7.
- DUDOVÁ, Radka. *Postarat se ve stáří: rodina a zajištění péče o seniory*. Praha: SLON, 2015. ISBN: 978-80-7330-260-3.
- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN: 978-80-247-4138-3.
- GURKOVÁ, Elena. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a podpora pacienta*. Praha: Grada, 2017. ISBN: 978-80-271-0461-1.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990. ISBN: 978-80-87109-19-9.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, senioři mezi námi*. Praha: Galén, 2012. ISBN: 978-80-7262-900-8.
- HAUKE, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Praha: Grada, 2011. ISBN: 978-80-247-3849-9.
- HAVRDOVÁ, Zuzana a kolektiv. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. Praha: Fakulta humanitních studií UK, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických službách, 2010. ISBN: 978-80-87398-06-7.
- HAYES, Nicky. *Psychologie týmové práce: strategie efektivního vedení týmů*. Přeložila Pavla Císařová. Praha: Portál, 2005. ISBN: 80-7178-983-6.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2008. ISBN: 978-80-7367-485-4.

HOLCZEROVÁ, Vladimíra, DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN: 978-80-247-4697-5.

HOLUB, Martin. *Přínos sociálního pracovníka v rámci multidisciplinárního dialogu*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Sešit sociální práce, 2015. ISBN: 978-80-7421-088-4.

HOLMEROVÁ, Iva. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada, 2014. ISBN: 978-80-247-5439-0.

HOLMEROVÁ, Iva. *Case management v péči o lidi žijící s demencí: koordinace péče zaměřená na člověka*. Praha: Fakulta humanitních studií UK, 2018. ISBN: 978-80-7571-031-4.

HOLMEROVÁ, Iva. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN: 978-80-204-3119-6.

HROZENSKÁ, Martina, DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN: 978-80-247-4139-0.

CHLOUPKOVÁ, Soňa. *Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z*. Praha: Grada, 2013. ISBN: 978-80-247-4678-4.

JANKOVSKÝ, Jiří et al. *Multidisciplinární tým z hlediska sociálního pracovníka*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Sešit sociální práce, 2015. ISBN: 978-80-7421-088-4.

JANKOVSKÝ, Jiří. *Možnosti a podmínky mezioborové spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu*. Sociální práce/ Sociální práca, 30.3.2007.

KOLAJOVÁ, Lenka. *Týmová spolupráce: jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků*. Praha: Grada, 2006. ISBN: 80-247-1764-6.

LENCIONI, Patrick. *Pět příčin selhávání týmů: jak je rozpoznat a odstranit*. Přeložil Čestmír Branka. Brno: Computer Press, 2009. ISBN: 978-80-251-2398-0.

MÁTĽ, Ondřej. *Kvalita péče o seniory: řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. Praha: Galén, 2007. ISBN: 978-80-7262-499-7.

MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2011. ISBN: 978-80-262-0041-3.

MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. ISBN: 80-85850-76-1.

MATOUŠKOVÁ, Ivana, VRABCOVÁ, Dana. *Vhodné podmínky pro fungování multidisciplinárních týmů*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Sešit sociální práce, 2015. ISBN: 978-80-7421-088-4.

MICHELOVÁ, Radka. *Etika a multidisciplinární tým*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Sešit sociální práce, 2015. ISBN: 978-80-7421-088-4.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN: 80-247-1362-4.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. ISBN: 978-80-247-3872-7.

ONDRUŠOVÁ, Jiřina, KRAHULCOVÁ, Beáta a kolektiv. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Karolinum, 2019. ISBN: 978-80-246-4383-0.

PRUDKÁ, Šárka. *Sociální služby pro seniory v kontextu sociální politiky*. Praha: Wolters Kluwer, 2015. ISBN: 978-80-7478-839-0.

SUCHOMELOVÁ, Věra. *Senioři a spiritualita: duchovní potřeby v každodenním životě*. Praha: Návrat domů, 2016. ISBN: 978-80-7255-361-7.

SÝKOROVÁ, Jaroslava et al. *Standardy kvality sociálních služeb: metodika pro zavádění standardu kvality sociálních služeb č. 2 – Ochrana práv uživatelů sociálních služeb v pobytových zařízeních pro seniory: aplikační příručka pro poskytovatele, uživatele a zřizovatele*. Praha: Český helsinský výbor, 2004. ISBN: 80-86436-15-2.

Sociální služby. *Průvodce* [online]. Copyright ©. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1>.

Informační systém [online]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/hieca/Poradensky_system_-_Priloha_1.pdf.

Sociální pracovník ve zdravotnictví/zdravotně sociální pracovník >> Sociální práce. *Oficiální stránky časopisu >> Sociální práce* [online]. Copyright © 2020. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/profesiogramy/socialni-pracovnik-ve-zdravotnictvi-zdravotne-socialni-pracovnik>.

Průvodce [online]. Copyright ©. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/skss_final_web.pdf/1daaf363-940e-9c10-ee88-4048722a9be9.

Standardy kvality sociálních služeb. *Průvodce* [online]. Copyright ©. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/standardy-kvality-socialnich-sluzeb>.

Příspěvek na péči. *Průvodce* [online]. Copyright ©. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/-/prispevek-na-peci>.

Přílohy

Příloha 1

Otázky k rozhovoru

1. Proč jste se rozhodl/a pro tento konkrétní dům s pečovatelskou službou?
2. Vyhovuje Vám zdejší prostředí? Pokud ne, co byste změnil/a?
3. Splňují poskytované služby Vaše očekávání a naplňují Vaše potřeby?
4. Je přístup pečovatelek profesionální?
5. Je dle Vás ze strany pečovatelek do práce vkládána dostatečná empatie?
6. Chybí Vám v zařízení i jiné služby (duchovní, lékař, psycholog)?
7. Vytváří zařízení sociálně aktivizační prostředí nebo jste vy sami přišli s nápadem na aktivity?
8. Využíváte všech služeb, které zařízení nabízí nebo jen některých (jmenujte)?

Informovaný souhlas

Seznámil/a jsem se s účelem a náplní výzkumu a souhlasím s poskytnutím rozhovoru, ze kterého bude pořízena audionahrávka, která bude dle dohody po přepsání do fyzické podoby smazána.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, jak bude rozhovor probíhat a jak dlouho bude trvat. Jsem obeznámen/a s tím, že kdykoliv mohu odmítnout odpovídat na otázku či mohu odmítnout účast na celém výzkumu.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že rozhovory budou použity pouze pro účely výzkumu dané diplomové práce a že i nadále bude zachována naprostá anonymita a sesbíraná data nebudou poskytnuta neoprávněným osobám.

Datum:

Podpis:

Příloha 3

Ceník domu s pečovatelskou službou Ladara

Úkony péče o vlastní osobu	
Pomoc a podpora při podávání jídla	130 Kč/hod.
Pomoc a podpora při oblékání, svlékání	130 Kč/hod.
Prostorová orientace, samostatné pohybování uvnitř	130 Kč/hod.
Přesun na lůžko či vozík	130 Kč/hod.
Pomoc při výkonu osobní hygieny	
Pomoc při běžné osobní hygieně	130 Kč/hod.
Pomoc při základní péči o vlasy a nehty	130 Kč/hod.
Pomoc při použití WC	130 Kč/hod.
Pomoc při zajištění chodu domácnosti	
Úklid a údržba domácnosti	130 Kč/hod.
Zajištění nákupu a pochůzek	130 Kč/hod.
Praní, žehlení povlečení + malé opravy	70 Kč/kg
Praní, žehlení osobního prádla + malé opravy	70 Kč/kg
Poskytnutí/pomoc při zajištění stravy	
Pomoc při přípravě jídla a pití	130 Kč/hod.
Donáška jídla (Nová Role)	20 Kč/oběd
Donáška jídla (mimo Novou Roli)	30 Kč/oběd
Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím	
Doprovod k lékaři, na úřady, jednání s jinou službou, doprovod do zaměstnání	130 Kč/hod.
Fakultativní služby	
Doprava	15 Kč/km
Mytí oken	150 Kč/okno
Pronájem termoportu	30 Kč/měsíc
Vyřízení Příspěvku na péči	450 Kč/úkon

[ceník úkonů-PS-2018-NOVÁ ROLE1 3 2018-tiskf2a8.pdf \(ladara.eu\)](#)

Příloha 4

Ceník domu s pečovatelskou službou CSOP Praha 15

Úkony péče o vlastní osobu	
Pomoc a podpora při podávání jídla	135 Kč/hod.
Pomoc a podpora při oblékání, svlékání	135 Kč/hod.
Prostorová orientace, samostatné pohybování uvnitř	135 Kč/hod.
Přesun na lůžko či vozík	135 Kč/hod.
Pomoc při výkonu osobní hygieny	
Pomoc při běžné osobní hygieně	135 Kč/hod.
Pomoc při základní péči o vlasy a nehty	135 Kč/hod.
Pomoc při použití WC	135 Kč/hod.
Pomoc při zajištění chodu domácnosti	
Úklid a údržba domácnosti	135 Kč/hod.
Údržba spotřebičů	135 Kč/hod.
Pomoc při zajištění firmy na úklid	50 Kč/úkon
Zajištění nákupů/pochůzek (max. 5 Kg)	135 Kč/hod.
Zajištění velkého nákupu (5 Kg-8 Kg)	135 Kč/úkon
Praní a žehlení prádla	90 Kč/kg
Poskytnutí/ pomoc při zajištění stravy	
Pomoc při přípravě jídla a pití	135 Kč/hod.
Příprava a podání jídla, pití + mytí nádobí	135 Kč/hod.
Snídaně	48 Kč
Oběd	100 Kč
Oběd se sníženým obsahem tuku	101 Kč
Oběd se sníženým obsahem cukru	102 Kč
Večeře	67 Kč
Donáška jídla v DPS	15 Kč
Dovoz oběda	25 Kč (20 Kč pro pár)
Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím	
Doprovod k lékaři, na úřady, jednání s jinou službou, doprovod do zaměstnání	135 Kč/hod.
Fakultativní služby	
Věšení, sundávání prádla (15 min.)	35 Kč/úkon
Povlékání postele	35 Kč/úkon
Pomoc při péči o zvíře	100 Kč/úkon
Dohled	35 Kč/hod
Pronájem termoportu	50 Kč/měsíc
Kopie jídelníčku	5 Kč/ks
Půjčení vysavače DPS	25 Kč/úkon
Opakovaný dovoz oběda	50 Kč/úkon
Čištění brýlí ultrazvukem	10 Kč/úkon
Jednorázové nádobí	20 Kč/ks
Dovoz nákupu a prádla	30 Kč/úkon
Zapůjčení signalizačního náramku	30 Kč/měsíc
Výměna baterií v sign. náramku	30 Kč/ks

[sazebnik-ukonu-ps-2023-1-3-2023.pdf \(csop-praha15.cz\)](#)

Abstrakt

Tato diplomová práce se zabývá tématem multidisciplinární spolupráce v domech s pečovatelskou službou. Na začátku práce je zpracována kapitola o pečovatelské službě, kde je popsáno vše, co se k ní vztahuje. Od pečovatelské služby se text práce posouvá ke skupině seniorů, stáří a stárnutí, kde jsou vymezeny všechny důležité pojmy. Další kapitola se zabývá standardy kvality sociálních služeb a následující, čtvrtá ukazuje, jaké všechny další sociální služby mohou využívat osoby spadající do cílové skupiny PS. V páté kapitole se práce věnuje multidisciplinární spolupráci, složením multidisciplinárního týmu a odborníky, kteří mohou do týmu spadat. Nechybí ani etický kodex. Kapitola šestá popisuje dvě zařízení, konkrétně dva domy s pečovatelskou službou, kde byl prováděn výzkum. Kapitola je doplněna o ceníky v příloze 3. a 4. Předposlední kapitola s názvem Dlouhodobá péče, je pro tuto práci také důležitá, protože toto téma opět úzce souvisí s pečovatelskou službou a především multidisciplinárními týmy a spoluprací mezi jednotlivými členy. Poslední osmá kapitola neboli praktická část diplomové práci už poukazuje na samotný výzkum, který byl k této diplomové zpracován. Tato část je tedy tvořena výzkumem, který byl proveden dvojitým způsobem a byl tak rozdělen na dvě části. První část probíhala v zařízení Ladara, kde jsem data sbírala metodou rozhovoru s respondenty. Druhá část v CSOP Praha 15, měla původně probíhat stejně jako část první, bohužel se celý proces zkomplikoval nemocemi zaměstnanců a tak byla druhá část výzkumu provedena dotazníkovou metodou. Z každého zařízení se výzkumu účastnili 3 respondenti, dohromady tedy 6 respondentů. Na začátku praktické části je popis toho, jak byl celý výzkum realizován, byl vytvořen i popis obou prostředí, ve kterých byl výzkum prováděn. V analýze dat byla uvedena jako metoda zkoumání metoda srovnávání a kontrastů. Po analýze dat následuje popis výpovědí respondentů, který obsahuje krátký souhrn toho, jak odpovídali a zároveň jsou k němu uvedeny komparační tabulky, které slouží k lepšímu zpřehlednění výzkumu a odpovědí. Pro další zkoumání bych navrhl přeměnu kvalitativního výzkumu na výzkum kvantitativní a probíhal by s více klienty obou zařízení.

Abstract

This diploma thesis deals with the topic of multidisciplinary cooperation in nursing homes. At the beginning of the work, a chapter on nursing service is prepared, where everything related to it is described. From the nursing service, the text of the thesis moves to the group of seniors, old age and aging, where all important concepts are defined. The next chapter deals with the quality standards of social services, and the following, the fourth, shows what other social services can be used by people belonging to the PS target group. In the fifth chapter, the thesis deals with multidisciplinary cooperation, the composition of the multidisciplinary team and the experts who can be part of the team. There is also a code of ethics. Chapter six describes two facilities, specifically two nursing homes, where the research was conducted. The chapter is supplemented by price lists in Annexes 3 and 4. The penultimate chapter, entitled Long-term care, is also important for this work, as this topic is again closely related to nursing services and, above all, multidisciplinary teams and cooperation between individual members. The last eighth chapter, or the practical part of the thesis, already points to the research itself, which was prepared for this thesis. This part is therefore made up of research that was carried out in two ways and was thus divided into two parts. The first part took place at the Ladara facility, where I collected data by interviewing respondents. The second part in CSOP Prague 15 was originally supposed to take place in the same way as the first part, unfortunately the whole process was complicated by employee illnesses and so the second part of the research was carried out using the questionnaire method. Three respondents from each facility took part in the research, i.e. 6 respondents in total. At the beginning of the practical part, there is a description of how the entire research was carried out, a description of both environments in which the research was carried out was also created. In the data analysis, the comparison and contrast method was used as an investigation method. The data analysis is followed by a description of the respondents' statements, which contains a short summary, and at the same time comparative tables are presented to it, which serve to better clarify the research and the answers. For further investigation, I would suggest converting the qualitative research to quantitative research and it would be conducted with more clients of both facilities.