



Podpora zvyšovania profesionality výkonu a rozvoj ľudských zdrojov v oblasti výkonu a služieb sociálnej inklúzie pre štátnu správu a samosprávu – I.
(kód ITMS: 27120130721 / 27130230023)



Vzdelávací program pre NOČ

Individualizované a komunitne organizované sociálne služby

(Spracované v rámci podaktivity 1.2.3 národného projektu)

Anna Kasanová

Rastislav Bednárík

Janka Moravčíková

Bratislava 2015

Tento projekt sa realizuje vďaka podpore z [Európskeho sociálneho fondu](#) v rámci Operačného programu Zamestnanosť a sociálna inklúzia.

www.esf.gov.sk

© Inštitút pre výskum práce a rodiny, Bratislava, 2015

Tento projekt sa realizuje vďaka podpore z [Európskeho sociálneho fondu](#) v rámci Operačného programu
Zamestnanosť a sociálna inklúzia.

www.esf.gov.sk

Názov výstupu

Vzdelávací program pre nadstavbové odborné činnosti (NOČ) **„Individualizované a komunitne organizované sociálne služby“**

Národný projekt

„Podpora zvyšovania profesionality výkonu a rozvoj ľudských zdrojov v oblasti výkonu a služieb sociálnej inklúzie pre štátnu správu a samosprávu – I.“

Podaktivita 1.2.3 národného projektu

Odberateľ

Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR, Sekcia sociálnej a rodinnej politiky

Realizátor

Inštitút pre výskum práce a rodiny, Župné nám. 5-6, 812 41 Bratislava

Autori/ky výstupu

Anna Kasanová

Rastislav Bednárík

Janka Moravčíková

Uloženie výstupu

Inštitút pre výskum práce a rodiny, Župné nám. 5-6, 812 41 Bratislava

Forma archivácie

Printová, elektronická

Počet výtlačkov: 5

OBSAH

Úvod	5
A. Štruktúra vzdelávacieho programu pre NOČ	
1 Názov vzdelávacieho programu pre NOČ	7
2 Zaradenie pod príslušný odbor sociálnej práce	7
3 Cieľ VP pre NOČ	7
4 Cieľová skupina VP pre NOČ	8
5 Požadované vstupné vzdelanie, príp. prax v odbore	8
6 Profil absolventa/tky	8
7 Celková dotácia (rozsah) VP pre NOČ a jej rozloženie	9
8 Organizačná forma VP pre NOČ	10
9 Spôsob ukončenia VP pre NOČ	10
10 Obsah vzdelávania	11
B. Študijný text	
10.1 Modul 1 Komunitne organizované sociálne služby ako východisko pre nezávislý život	17
10.2 Modul 2 Individualizované, na človeka orientované sociálne služby.....	36
10.3 Modul 3 Prax a seminár.....	57
C. Záver.....	59
Príloha	60

Úvod

Vzdelávací program pre NOČ „**Individualizované a komunitne organizované sociálne služby**“ (ďalej len „IKOSS“) vznikol na základe odporúčania riešiteľského tímu podaktivity 1.2.1 NP a okruhu zainteresovaných expertov a expertiek zaradiť ho do NP medzi vzdelávacie témy v oblasti sociálnej inklúzie. Potrebu zaradenia vzdelávacej témy zdôvodnili experti a expertky takto:

Zdôvodnenie vzdelávacej témy „Individualizované a komunitne organizované sociálne služby“

„V rámci pomáhajúcich disciplín (najmä v rámci štúdia sociálnej práce) štúdium stavia na doktríne individuálneho prístupu a prístupu zameraného na individualizované potreby klientov/-tok. To spája rozličné paradigmy, z ktorých sociálna práca vychádza. Na strane druhej, štúdium neposkytuje dostatok zručností, ako túto paradigmatu uplatňovať v praktickej profesionálnej práci. Navyše, nie všetci výkonní zamestnanci/-kyne v sociálnych službách sú absolventi/-tky v odbore sociálna práca. Národné a medzinárodné záväzky v oblasti služieb orientovaných na sociálne potreby jednotlivcov a ich zakotvenie v komunite ultimatívne vedú k potrebe vzdelávať profesionálov/-ky, ktorí/é pracujú v sociálnych službách, ako tieto princípy uplatňovať a záväzky plniť. Existencia národných strategických rámcov (národné priority, stratégia DI, Akčný plán DI...), legislatívy zameranej na individualizáciu a jednotlivca v komunite (zákon o sociálnych službách), rovnako existencia pravidiel kvality v sociálnych službách sú normatívnym základom pre zodpovedajúcu prax.“

Spracovateľský tím IKOSS tvorivo rozpracoval uvedené dôvody do návrhu na vzdelávací program pre NOČ a implementoval ich do vzdelávacích modulov. Finálne znenie návrhu VP pre NOČ - IKOSS bolo prekonzultované na odbore sociálnych služieb MPSVR SR s Mgr. Petrom Szabom dňa 16.2.2015 a zapracované sú pripomienky členov RV uvedené v materiáli „Vyhodnotenie procedúry“ zo dňa 25.2.2015.

V dňoch 25. – 29.5.2015 sa konalo „Pilotné overovanie“ vzdelávacieho programu, ktorého sa zúčastnilo 12 sociálnych pracovníkov – zástupcov cieľovej skupiny VP pre NOČ z rôznych ambulantných i pobytových zariadení sociálnych služieb, ako aj sociálni pracovníci zo samosprávnych orgánov. Návrhy a pripomienky účastníkov pilotného overovania boli zapracované do VP pre NOČ (zoznam účastníkov je v Prílohe VP pre NOČ).

Definitívne znenie materiálu bolo konzultované na MPSVR SR.

**A. Štruktúra vzdelávacieho programu pre nadstavbové
odborné činnosti (NOČ)**

1 Názov vzdelávacieho programu pre NOČ

Individualizované a komunitne organizované sociálne služby (IKOSS)

2 Zaradenie pod príslušný špecializačný odbor sociálnej práce

Sociálne služby

3 Cieľ VP pre NOČ

Hlavný cieľ VP pre NOČ : cestou ďalšieho vzdelávania zabezpečiť prehĺbovanie kvalifikácie a vysokú úroveň profesionalizácie výkonných odborných zamestnancov, pracovníkov pôsobiacich v pobytových zariadeniach sociálnych služieb a v komunitných sociálnych službách v oblasti uspokojovania individuálnych potrieb klientov/-tok vo vzťahu k ich zdravotnému postihnutiu, resp. k inej nepriaznivej sociálnej situácii, ochrany pred krízovými situáciami a sociálnej inklúzie v komunite.

Špecifické ciele VP pre NOČ:

- zvýšiť povedomie odborných zamestnancov v sociálnych službách o najnovších legislatívnych zmenách, trendoch, stratégiách a národných prioritách so špecifickým zameraním na právne rámcovanie, sociálnu inklúziu a rodové aspekty v individuálnych a komunitne organizovaných sociálnych službách,
- motivovať odborných zamestnancov v pobytových sociálnych službách k transformácii sociálnych služieb prostredníctvom deinštitucionalizácie a vytvoriť tak podmienky pre realizáciu práva klientov/-tok odkázaných v dôsledku ich nepriaznivej sociálnej situácie na sociálne služby, na slobodný a nezávislý život s podporou komunity a na nediskriminačnom princípe,
- podporiť vedomosti a zručnosti odborných zamestnancov v oblasti sanácie rodinných vzťahov a rodinného prostredia (všade tam, kde v súčasnosti v sociálnej práci sa presadzuje represívna sociálna práca, t.j. vyňatie dieťaťa z rodiny, vyňatie osôb so zdravotným postihnutím, vyňatie starších občanov z rodinného prostredia a ich umiestnenie do rezidenčných služieb nahradiť ju sociálnou prácou intervenčnou) a vytvoriť tak podmienky pre zotrvanie klientov/-tok odkázaných na sociálne služby v ich prirodzenom rodinnom prostredí, či v komunite,
- prehĺbovať vedomosti a zručnosti odborných zamestnancov v sociálnych službách v individuálnej, individualizovanej, na potreby klienta orientovanej sociálnej práci pre výkon sociálneho poradenstva (PCA) v súlade s dodržiavaním ľudských práv, sociálnej spravodlivosti a sociálnej inklúzie, v oblasti krízovej intervencie a komunitných sociálnych služieb,

- podporiť schopnosti a pripravenosť odborných zamestnancov v sociálnych službách spolupracovať v prípade potreby s ostatnými odborníkmi/-čkami v komunite smerom k sociálnej inklúzii prostredníctvom existujúcich a novovytvorených komunitných služieb,
- podporiť praktické kompetencie (vedomosti a zručnosti) zamestnancov/-kýň zamerané na progres, kvalitu v sociálnych službách a nástroje hodnotenia kvality.
- posilniť zmysel komunitnej práce a integráciu komunity, budovanie vzťahov a aktivít podporujúcich integráciu minority
- posilniť profesionálov v konaní v najlepšom záujme užívateľa služieb.

4 Cieľová skupina VP pre NOČ

Cieľovou skupinou VP pre NOČ sú odborní zamestnanci v sociálnych službách, ktorí/é na profesionálnej báze v rámci svojich pracovných pozícií zabezpečujú výkon niektorej zo služieb starostlivosti v sociálnych službách miestnej a regionálnej samosprávy a subjektov poskytujúcich individualizované a komunitne organizované sociálne služby.

5 Požadované vstupné vzdelanie, príp. prax v odbore

Splnenie kvalifikačného predpokladu na výkon odbornej činnosti sociálnym pracovníkom podľa § 5, ods. 1 a k nadstavbovej odbornej činnosti podľa § 13 ods. 1 písm. a) zákona č. 219/2014 o zákona sociálnej práci a o podmienkach na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny, s prihliadnutím na znenie § 45 tohto zákona. Praktické zručnosti z oblasti sociálnych služieb nie sú rozhodujúce.

6 Profil absolventa/-tky

Vedomosti

Absolventi/-ky získajú vedomosti v týchto oblastiach: legislatívny rámec sociálnych služieb individualizovaných a komunitne organizovaných; identifikácia a špecifikácia potrieb a potenciálu klientov/-tok vo vzťahu k ich zdravotnému postihnutiu a inej nepriaznivej sociálnej situácii; na človeka orientované sociálne služby; tvorba individuálnych plánov klienta/-tky; ochrana pred krízovými situáciami a ich riešenie; riadenie zmien a praktické otázky deinštitucionalizácie sociálnych služieb; komunitné plánovanie sociálnych služieb a tvorba komunitných plánov sociálnych služieb a ďalšia diverzita odborných činností v sociálnych službách..

Zručnosti

Absolventi/-tky získajú nasledovné zručnosti: schopnosť analyzovať a identifikovať individuálne potreby klienta/-tky a jeho/jej osobný potenciál; schopnosť analyzovať potenciál a podporné kapacity rodiny pre uspokojovanie potrieb klienta/-tky v jeho/jej prirodzenom prostredí; schopnosť reflexívne (kriticky) využívať poznatky o nových trendoch a príkladoch dobrej praxe; schopnosť analyzovať podmienky komunity pre rekonštrukciu súčasných a účelovú tvorbu nových komunitných služieb; schopnosť predchádzať krízovým situáciám u klienta/-tky, skupiny či komunity; schopnosť analyzovať východiskovú situáciu v zabezpečovaní sociálnych služieb vo svojom meste/obci/regióne/organizácii - vypracovať SWOT analýzu a tvoriť komunitný plán rozvoja sociálnych služieb pre mesto/obec; schopnosť vytvárať podmienky pre flexibilné riešenia pre klientov/-tky; zvládnuť ovládanie moderných informačno – komunikačných technológií (ďalej len IKT) potrebných v živote klientov/-tok, spolupracovať s rozličnými odborníkmi/-čkami v sociálnych službách.

Oblasti uplatnenia

Nadstavbový vzdelávací program je základným predpokladom kvalitného výkonu sociálnej práce a inej odbornej činnosti v individualizovaných a komunitne organizovaných sociálnych službách ako základu pre podporu sociálnej inklúzie občanov s ťažkým zdravotným postihnutím, občanov v krízovej situácii a v inej nepriaznivej sociálnej situácii (strata zamestnania, strata bývania...) v rámci individualizovaných a komunitne organizovaných sociálnych služieb. Absolventi/-ky sa uplatnia ako odborníci - špecialisti v rezidenčných sociálnych službách, odborníci na prevenciu a poradenstvo, ako pracovníci/-čky na postpenitenciárnu a postmurálnu starostlivosť, terénnu prácu s mládežou, so staršími osobami, s prijímateľmi sociálnych služieb v inštitúciách pre krízovú intervenciu, v komunitných sociálnych službách a v komunitných centrách.

7 Celková dotácia (rozsah) VP pre NOČ a jej rozloženie

Celková dotácia vzdelávacieho programu je 200 hodín rozložených v troch moduloch, ktorých integrálnou súčasťou je aj práca pod supervíziou.

- Modul 1 Komunitne organizované služby ako východisko pre nezávislý život- 40 hod.
- Modul 2 Individualizované, na človeka orientované sociálne služby - 60 hodín
- Modul 3 Prax a seminár IKOSS 100 hodín :

Individuálna práca s klientom 15 hodín a 30 hodín pod supervíziou - spolu 45 hodín

- 9 -

Tento projekt sa realizuje vďaka podpore z **Európskeho sociálneho fondu** v rámci Operačného programu **Zamestnanosť a sociálna inklúzia**.

Sociálna práca so skupinou a komunitou 15 hodín a 30 hodín pod supervíziou – spolu 45 hodín

Seminár a prezentácia seminárnych prác - 10 hodín.

Maximálna dĺžka trvania VP pre NOČ nemá presiahnuť 18 mesiacov.

8 Organizačná forma VP pre NOČ

Forma vzdelávania: kombinovaná (kombinácia prezenčnej a dištančnej formy).

Predpokladá sa 60 % podiel prezenčnej formy a 40 % podiel dištančnej formy vzdelávania.

V rámci prezenčnej formy kombinácia interaktívnych prednášok, riadenej diskusie, analýza kazuistik, zážitkového skúsenostného učenia, interaktívnych cvičení, tréningov, nácviku diagnostických a intervenčných techník sociálnej práce a nácviku sociálnej administrácie.

V rámci dištančnej formy: samoštúdium, práca pod supervíziou, návšteva inštitúcií v oblasti sociálnych služieb, asistovanie pri priamej práci v prirodzenom prostredí klienta (napr. v marginalizovanej rómskej komunite, v rámci streetworku a pod.).

9 Spôsob ukončenia VP pre NOČ

Podmienkou úspešného ukončenia vzdelávacieho programu pre NOČ „Individualizované a komunitne organizované sociálne služby“ je prezenčná účasť na všetkých moduloch VP a absolvovanie záverečnej skúšky akreditovaného vzdelávacieho programu, pozostávajúcej z písomného a ústneho overenia vedomostí, zručností a schopností účastníka/-čky v rozsahu schváleného vzdelávacieho programu a overenie spôsobilosti používať nadobudnuté spôsobilosti pri výkone odbornej činnosti formou obhajoby spracovanej prípadovej štúdie pred skúšobnou komisiou v skupine frekventantov.

10 Obsah vzdelávania - Tematická osnova študijného textu:

(ÚVOD) <i>Východiská, stratégie, národné priority</i>	12
Modul 1: Komunitne organizované služby ako východisko pre nezávislý život	17
1.1 Ľudsko-právny prístup k otázkam začleňovania do komunity	17
1.2 Deinštitucionalizácia sociálnych služieb ako proces	18
1.2.1 Štruktúra systému v poskytovaní služieb.....	19
1.2.2 Stratégie a plány – náklady, potreby a výsledky	20
1.3 Komunitné sociálne služby a komunitné plány	22
1.4 Podpora komunikačných zručností a prístup zameraný na človeka	26
1.4.1 Komunikácia prostredníctvom IKT	28
1.4.2 Prístup zameraný na človeka (PCA)	33
Modul 2: Individualizované, na človeka orientované soc. služby	36
2.1 Legislatíva zameraná na individualizáciu a jednotlivca v komunite	37
2.2 Individuálny prístup zameraný na individualizované potreby klientov/-tok	38
2.2.1 Individuálne plány	39
2.2.2 Krízová intervencia ako prevencia sociálnej exklúzie	43
2.3 Sociálne potreby jednotlivcov a ich zakotvenie v komunite	45
2.4 Zvyšovanie sociálno-psychologických kompetencií a zručností sociálneho pracovníka prostredníctvom SPV.....	50
2.5 Nástroje hodnotenia kvality v sociálnych službách	51
Modul 3: Prax a seminár	57
3.1 Prax so zameraním na individualizované a kom. organizované sociálne služby.....	57
3.2 Poprakový seminár	58
Záver	59

(ÚVOD) Východiská, stratégie a národné priority

Aktuálny vývoj medzinárodnej ľudsko-právnej agendy, ako aj zameranie sociálnej politiky EÚ smerujú k zmene systému inštitucionálnej starostlivosti, ktorá v súčasnosti na Slovensku prevláda. Napriek snahám o humanizáciu sociálnych služieb u nás nedochádza k napĺňaniu práv občana, jeho individuálnych potrieb a k vytváraniu predpokladov pre nezávislý život v integrovanom spoločenstve plnoprávných občanov, nakoľko inštitucionalizovať znamená oddeľovať niektoré skupiny ľudí od zvyšku spoločnosti a obmedzovať predovšetkým ich práva na osobnú slobodu, sebaurčenie, rozhodovanie, nezávislosť, sociálnu participáciu, vplyv a výber životných podmienok.

Dodržiavanie základných ľudských práv a slobôd je základným pilierom všetkých dokumentov, na ktorých sa zhodlo medzinárodné spoločenstvo: Všeobecná deklarácia ľudských práv, Dohovor OSN o právach dieťaťa, Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím, Dohovor o odstránení diskriminácie žien, Európska sociálna charta (v jej revidovanom znení), Charta základných práv EÚ, Európska charta rodinne opatrujúcich osôb, Európska charta práv a zodpovednosti starších ľudí odkázaných na dlhodobú starostlivosť, Medzinárodný pakt o občianskych a politických právach, Medzinárodný pakt o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach, Madridský medzinárodný akčný plán pre problematiku starnutia, Princípy OSN vo vzťahu k starším osobám.

Európska sociálna charta v čl.15 zaručuje právo osôb so zdrav. postihnutím na nezávislosť, na soc. integráciu a na účasť na živote spoločnosti; v čl. 17 a 23 určuje právo na sociálnu, právnu a hospodársku ochranu.

Európska stratégia pre oblasť zdravotného postihnutia (pre roky 2010 – 2020) formuluje cieľ a nástroje EÚ ako prechod od inštitucionálnej starostlivosti ku komunitnej, ako podporu rozvoja komunitných služieb prostredníctvom štrukturálnych fondov.

Z národných dokumentov je to Programové vyhlásenie vlády SR na roky 2012 – 2016, Národný program aktívneho starnutia na roky 2014 – 2020, Národný program rozvoja životných podmienok osôb so zdravotným postihnutím na roky 2014 – 2020, Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2013 – 2030 a Národný akčný plán na elimináciu a prevenciu násillia na ženách na roky 2014 – 2019, Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012 – 2015.

Slovenská republika v roku 2010 ratifikovala Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím, založený na zásadách rešpektovania prirodzenej dôstojnosti, osobnej nezávislosti, vrátane slobodnej voľby a samostatnosti osôb, nediskriminácie, ich plného a účinného zapojenia sa a začlenenia do spoločnosti, rešpektovania odlišnosti a prijímania osôb so zdrav. postihnutím ako súčasť ľudskej rozmanitosti a prirodzenosti, rovnosti príležitostí, prístupnosti, rovnosti medzi mužmi a ženami, na zásadách rešpektovania rozvíjajúcich sa schopností detí so zdravotným postihnutím a rešpektovania ich práva na zachovanie vlastnej integrity.

Stratégie a národné priority:

Sociálne služby sa stali neoddeliteľnou súčasťou Stratégie Európa 2020, citujeme:

- 12 -

Tento projekt sa realizuje vďaka podpore z **Európskeho sociálneho fondu** v rámci Operačného programu **Zamestnanosť a sociálna inklúzia.**

www.esf.gov.sk

- *Európa 2020 je stratégiou EÚ, ktorá má počas nasledujúceho desaťročia zabezpečiť hospodársky rast. Vo svete plnom zmien chceme, aby sa v EÚ vybudovalo inteligentné, udržateľné a inkluzívne hospodárstvo. Tieto tri vzájomne sa dopĺňajúce priority by mali pomôcť EÚ a jej členským štátom dosiahnuť vyššiu mieru zamestnanosti, produktivity a sociálnej súdržnosti.*
- *EÚ stanovila päť ambiciózných cieľov týkajúcich sa zamestnanosti, inovácií, vzdelania, sociálneho začlenenia a oblasti klímy a energetiky, ktoré by sa mali splniť do roku 2020. Všetky členské štáty prijali vlastné vnútroštátne ciele v každej z týchto oblastí. Konkrétne opatrenia na vnútroštátnej úrovni a na úrovni EÚ podporujú naplnenie stratégie.*

Národné priority rozvoja sociálnych služieb pre roky 2009 až 2013 boli odzrkadlením reálnej situácie poskytovania sociálnych služieb v SR, vychádzali z potrieb identifikovaných v rámci SR a zároveň z priorit Európskeho spoločenstva (dostupnosť a prístupnosť sociálnych služieb a ich finančná udržateľnosť). Národné priority rozvoja sociálnych služieb boli východiskom pre obce pri vypracovávaní komunitných plánov sociálnych služieb a pre samosprávne kraje pri tvorbe koncepcií rozvoja sociálnych služieb.

Medzi Národné priority rozvoja sociálnych služieb SR do roku 2013 patrili:

1. Podpora zotrvania klienta v prirodzenom prostredí rozvojom terénnych sociálnych služieb.
2. Rozvoj ambulantných sociálnych služieb a pobytových sociálnych služieb v zariadení s týždenným pobytom.
3. Zvýšenie kvality a humanizácia poskytovaných sociálnych služieb prostredníctvom rekonštrukcie, rozširovania, modernizácie a budovania zariadení sociálnych služieb.
4. Vzdelávanie zamestnancov v oblasti sociálnych služieb.

Zmeny, ktoré boli v posledných rokoch dosiahnuté, napriek snahám o humanizáciu sociálnych služieb, neposunuli ťažisko pomoci a starostlivosti výraznejšie v prospech občana. K napĺňaniu jeho práv, individuálnych potrieb a vytváraniu predpokladov pre nezávislý život v integrovanom spoločenstve plnoprávných občanov bola v novembri 2011 schválená *Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v SR*. V zmysle návrhov opatrení tohto strategického dokumentu bol vypracovaný a schválený *Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012 – 2015*. V zmysle uvedeného hlavným poslaním sociálnych služieb je podpora začleňovania ľudí do spoločnosti, sociálna súdržnosť, smerovanie k službám poskytovaným na komunitnej úrovni a rozvinutie potenciálu služieb zamestnanosti a zamestnateľnosti.

Ľudské, hospodárske, sociálne a kultúrne práva sú agendou, ktorá je kľúčovou prioritou programových vyhlásení každej vlády SR a nevyhnutne aj viditeľnou súčasťou ťažiskových reformných programov - vo februári 2015 bola schválená *Celoštátna stratégia ochrany a podpory ľudských práv v SR*, v júni 2015 bola vládou SR schválená *Národná rámcová stratégia podpory sociálneho začlenenia a boja proti chudobe*.

Národné priority pre roky 2015 až 2020 reagujú na aktuálne výzvy sociálnej pomoci občanom, ku ktorým patrí predovšetkým rozvoj rôznorodých služieb starostlivosti na komunitnej úrovni vrátane potreby modernizácie sociálnych služieb, v ktorých sa presadzuje ľudsko-právny rozmer a orientácia na potreby a preferencie ich prijímateľov a prijímateľiek.

B. Študijný text

- 14 -

Tento projekt sa realizuje vďaka podpore z [Európskeho sociálneho fondu](#) v rámci Operačného programu
Zamestnanosť a sociálna inklúzia.

www.esf.gov.sk

Cieľ vzdelávacieho programu pre NOČ - IKOSS

Cieľom VP pre NOČ - IKOSS je motivovať a inšpirovať odborných zamestnancov v sociálnych službách k transformačným zmenám, dodržiavať základné ľudské práva občanov v nepriaznivej sociálnej situácii, poskytovať na človeka orientované sociálne služby, tvoriť komunitné plány rozvoja sociálnych služieb, svoju pomoc orientovať na nezávislý život prijímateľov a prijímateľiek sociálnych služieb. Zabezpečiť:

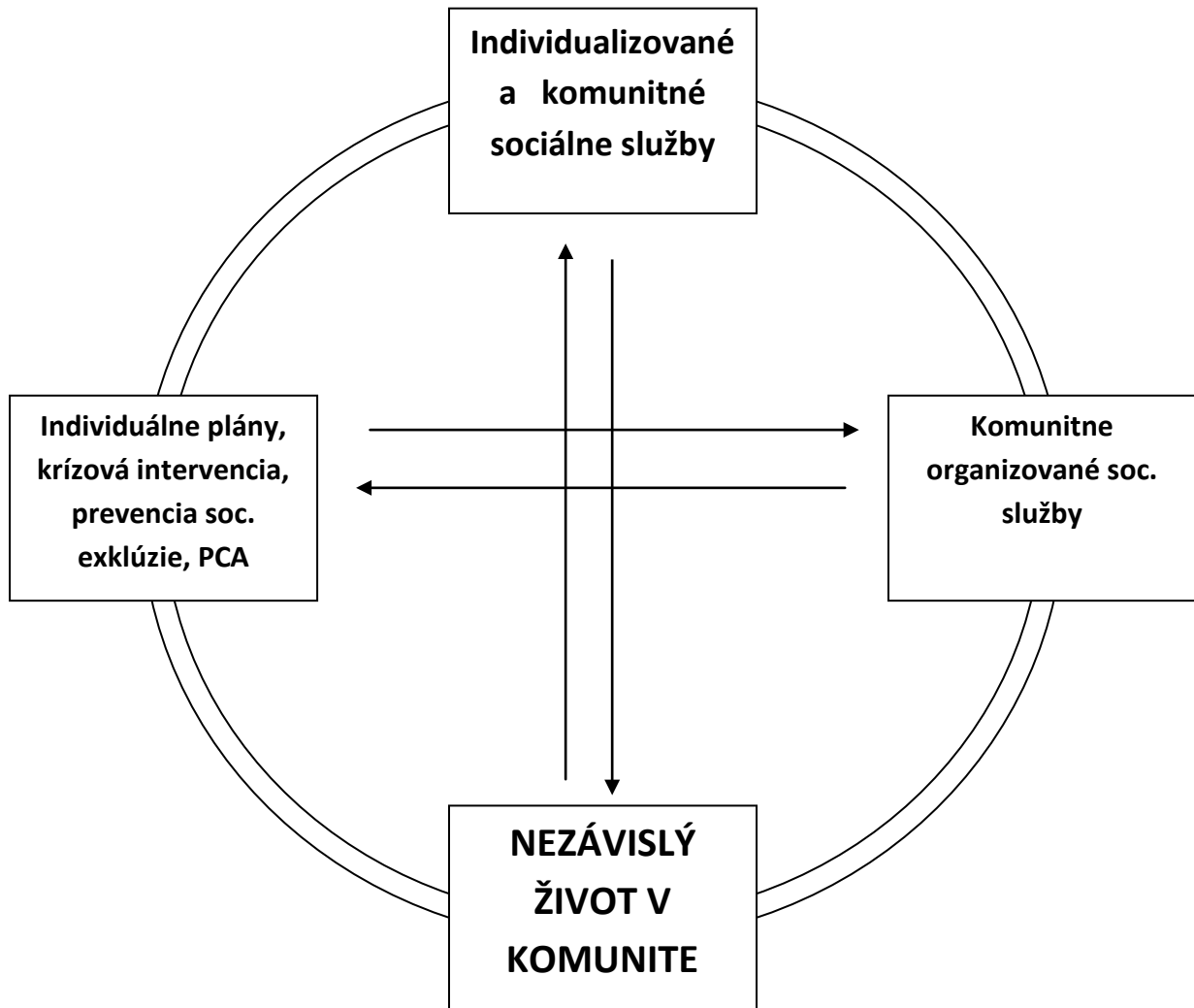
- individuálny prístup ku klientovi – rozvoj a realizácia individuálneho prístupu pracovníkov priameho kontaktu ku klientom, PCA – na klienta orientovaný prístup
- metódy, zamerané na individuálnu podporu života človeka v prirodzenom prostredí s cieľom eliminácie kapacít v ZSS (deinštitucionalizácia) a podpory terénnych a ambulantných sociálnych služieb
- poskytovanie sociálnych služieb, ktoré budú zamerané na individuálnu podporu života človeka v prirodzenom prostredí (opatrovateľská služba, dovoz stravy, elektronické dištančné služby, prepravná služba...)

Metodológia a spôsob organizácie učebného textu

VP pre NOČ je určený pre odborných zamestnancov v sociálnych službách, t.j. výkonných sociálnych pracovníkov, psychologov, špeciálnych pedagógov, liečebných pedagógov a ďalšie profesie pôsobiace v oblasti sociálnych vecí a rodiny. Chceme, aby výkonní sociálni pracovníci k deinštitucionalizácii pristupovali uvedomelo a mali záujem poskytovať kvalitné sociálne služby v komunitách so zameraním na nezávislý život občanov ohrozených sociálnou exklúziou. Pre dosiahnutie cieľov musia ovládať zásady interaktivity s inými odborníkmi, musia správne argumentovať zámery s vedením obce, mesta, regiónu, preto komunikácia a jej zásady sú alfou a omegou úspešného presadzovania svojich cieľov na prospech klientov/tok sociálnych služieb. Účastníci a účastníčky vzdelávania si osvoja metódy špecializovaného a na klienta orientovaného poradenstva, zásady tvorby individuálnych plánov, zásady tvorby komunitného plánovania rozvoja sociálnych služieb a používanie iných progresívnych metód v sociálnej inklúzii. Evalváciu (spätnú väzbu) využijú na posilnenie svojho sebedomia a v prípade potreby siahnu po účinných praktikách, ktoré si osvoja v rámci sociálno - psychologického výcviku. Počas praktickej časti VP pre NOČ získajú nové skúsenosti pod supervíziou, sami budú diagnostikmi a terapeutmi v procese riešenia sociálneho prípadu.

Zoznam použitej literatúry a odporúčanej literatúry je uvedený v študijnom texte za jednotlivými predmetmi Modulu 1 a Modulu 2.

CESTA: PREHLBUJÚCE VZDELÁVANIE V SOCIÁLNEJ INKLÚZII



CIEĽ : KVALITNÉ SLUŽBY SOCIÁLNEJ INKLÚZIE = KVALITA ŽIVOTA

MODUL 1 Komunitne organizované sociálne služby ako východisko pre nezávislý život

Komunitné sociálne služby, t.j. individualizované služby poskytované v prirodzenom sociálnom prostredí patria k základnému pilieru nezávislého života.

1.1 Ľudsko - právny prístup k otázkam začleňovania do komunity

Ekonomické podmienky na Slovensku vedú k intenzívnemu tlaku na zníženie nákladov na sociálnu starostlivosť a sociálne služby na jednej strane, na druhej strane radikálna povaha reformných stratégií vyžaduje zvýšenie účinnosti, efektívnosti a kvality sociálnych služieb.

Súčasná situácia:

- nedostatok kapacity sociálnych služieb poskytovaných v prirodzenom (domácom a komunitnom) prostredí občanov
- potreba dostupnosti a prístupnosti sociálnych služieb
- potreba zabezpečenia udržateľnosti financovania sociálnych služieb
- potreba rozvoja sociálnych služieb
- potreba zvyšovania kvality sociálnych služieb a ich efektívnosti.

Nie je možné naďalej ignorovať poznanie, že inštitucionálna starostlivosť s kolektívnym prístupom môže mať negatívny vplyv na zdravie a osobný rozvoj jednotlivca a môže viesť k sociálnemu vylúčeniu, bezmocnosti, pasivite a nemožnosti plnohodnotného občianstva.

V rámci transformácie sa podporuje vznik zariadení rodinného typu (obmedzenie kapacity pri zriaďovaní nových služieb), zriaďovanie nových služieb, ako napr. zariadenie podporovaného bývania v byte alebo v rodinnom dome, podrobne sa upravujú podmienky kvality sociálnych služieb a systém ich hodnotenia.

Legislatívny rámec:

Podľa zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách sa individualizované a komunitne organizované soc. služby poskytujú občanom v nepriaznivej sociálnej situácii. Nepriaznivá sociálna situácia je ohrozenie fyzickej osoby sociálnym vylúčením alebo obmedzenie jej schopnosti sa spoločensky začleniť a samostatne riešiť svoje problémy:

- z dôvodu, že nemá zabezpečené nevyhnutné podmienky na uspokojovanie základných životných potrieb pre svoje životné návyky alebo pre spôsob života, závislosť od návykových látok alebo návykových škodlivých činností, pre ohrozenie jej vývoja z dôvodu jej zdravotného postihnutia, ak ide o dieťa do 7 rokov veku,
- pre ťažké zdravotné postihnutie alebo nepriaznivý zdravotný stav,
- z dôvodu, že dovŕšila vek potrebný na nárok na starobný dôchodok,
- pre výkon opatrovania fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím,
- pre ohrozenie správaním iných fyzických osôb alebo ak sa stala obeťou správania iných fyzických osôb,
- pre zotrvávanie v priestorovo segregovanej lokalite s prítomnosťou koncentrovanej a generačne reprodukovanej chudoby (zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách).

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách preferuje vo svojich viacerých častiach princípy nezávislého života: kladie dôraz na uspokojovanie individuálnych potrieb prijímateľov/liek sociálnych služieb (§ 9 - povinnosť plánovať poskytovanie sociálnej služby podľa individuálnych potrieb, schopností a cieľov prijímateľa), poskytovanie služieb na základe individuálneho rozvojového plánu a preferenciu prirodzeného domáceho prostredia pri poskytovaní sociálnych služieb (§13, ods. 6 - poskytovanie terénnej alebo ambulancnej soc. služby pred pobytovou sociálnou službou...). Napriek tomu ďalšie ustanovenia zákona tento princíp nepodporujú, preto budú potrebné nevyhnutné legislatívne zmeny, aby sa eliminovali tieto riziká a podporili procesy deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb.

Zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele utvára podmienky na pokračovanie procesu transformácie a deinštitucionalizácie v časti náhradnej starostlivosti, čo značí, že nie sú legislatívne prekážky na pokračovanie tohto procesu.

Antidiskriminačná legislatíva v slovenskom kontexte vychádza z troch základných zdrojov: Ústavy SR, medzinárodných dohovorov o ľudských právach a práva Európskej únie (EÚ). Napriek tomu, že právo EÚ a povinnosť jeho aproximácie slúžilo ako najzreteľnejší katalyzátor diskusie o potrebe antidiskriminačnej legislatívy, z historického hľadiska práve Ústava SR a medzinárodné dohovory vytvorili pôdu pre prijatie slovenskej antidiskriminačnej legislatívy. SR neuznáva diskrimináciu a proti jej porušovaniu bol prijatý **Zákon č. 365/2004 Z. z. o rovnakom zaobchádzaní v niektorých oblastiach a o ochrane pred diskrimináciou** (antidiskriminačný zákon), ktorý nadobudol účinnosť 1. júla 2004. Prijatím antidiskriminačného zákona sa Slovenská republika zaradila medzi krajiny s komplexnou úpravou zákazu diskriminácie vo svojom právnom poriadku.

Univerzálne objasnenie práv človeka:

- Všetci ľudia sa rodia slobodní a rovnoprávni
- Každý človek má právo na život, slobodu a nezraniteľnosť svojej osoby
- Každý človek má právo na ochranu svojho súkromia
- Každý človek má právo na nedotknuteľnosť svojho tela
- S nikým sa nemôže zaobchádzať neľudsky alebo nedôstojne.

1.2 Deinštitucionalizácia sociálnych služieb ako proces

Od sedemdesiatych rokov min. storočia prebiehajú vo svete procesy transformácie a deinštitucionalizácie. Úspešne boli realizované v tých krajinách, kde boli podporené politicky i legislatívne (napr. v Nórsku, Švédsku, USA a Veľkej Británii). Predpokladajú redukciu inštitucionálnych služieb starostlivosti a zároveň vybudovanie siete nových alebo existujúcich alternatívnych komunitných služieb.

Výsledky výskumu, ktorý prebiehal v troch krajinách (Anglicko, Taliansko, Nemecko) zhrnuli Jim Mansell a kol. v tzv. Skrátenej európskej štúdii (2014). Identifikovali úspešné stratégie náhrady inštitucionálnej starostlivosti komunitnou, s dôrazom na ekonomické otázky spojené s týmto prechodom. Vyplývajú z neho nasledovné premisy:

- *pomoc by sa mala organizovať na princípe, že zdravotne znevýhodnený človek by mal mať čo najväčšiu kontrolu nad jemu poskytovanými službami, ich organizáciou a realizáciou, aby*

zodpovedali jeho túžbam a preferenciám. Tento prístup sa označuje aj ako 'supported living' (podporované bývanie) alebo 'independent living' (nezávislé bývanie).

- podpora zdravotne znevýhodnených ľudí ako plnoprávných občanov je otázkou ľudských práv – naopak, ich segregácia v inštitúciách je samo o sebe porušenie ľudských práv.

Celkovým zameraním projektu je poskytnúť vedecky podložené údaje, ktoré by podnietili prerozdelenie finančných zdrojov tak, aby boli čo najlepšie naplnené potreby ľudí so zdravotným znevýhodnením prostredníctvom prechodu z veľkých inštitúcií ku komunitným službám a nezávislému bývaniu. Autori zozbierali, analyzovali a interpretovali existujúce štatistické a iné kvantitatívne dáta, urobili analýzu ekonomického, finančného a organizačného nastavenia, ktoré je potrebné pre optimálny prechod od systému veľkých inštitúcií k systému založenému na komunitne a nezávislom bývaní. V metodike popisujú techniky a stratégie, ktoré zabezpečovali validitu aj reliabilitu výskumu. Predmetom štúdie boli všetky vekové skupiny a všetky druhy zdravotného znevýhodnenia. Interpretácia výsledkov a ich implikácia bola posilnená referenčnou skupinou a diskusiou o odporúčaníach správy s partnermi projektu a s Európskou komisiou.

Pravdepodobne najprekvapujúcejšia črta vývoja služieb v troch študovaných krajinách je dôležitosť koordinácie rôznych úradov/agentúr v procese zmeny (miestna inštitúcia alebo samospráva nemôže zrušiť - rozpustiť sociálne zariadenie, ktoré slúži ľuďom z oveľa väčšieho územia). Regionálne a národné vlády zohrávajú dôležitú úlohu v posúvaní tohto procesu dopredu. Vytvárajú právny a politický kontext ako aj spôsob riadenia a stimulácie.

Dôležitou časťou prechodu je aj vytvorenie nových rolí pre jednotlivých aktérov.

Poskytovatelia služieb – organizácie a ich zamestnanci – musia dostať počas realizácie zmeny novú príležitosť (v rámci moderných komunitných služieb...) a do procesu zapojiť aj nových aktérov – organizácie prijímateľov služieb a ich rodín, mimovládne organizácie, ktoré chcú byť zapojené do nového modelu poskytovania služieb, verejné authority, ktoré sa zatiaľ nezapojili do pomoci pre ich zdravotne znevýhodnených spoluobčanov. Na príklade Anglicka a Nemecka môžeme pozorovať ako veľmi je dôležité, aby do procesu zmeny poskytovania služieb boli zapojení ľudia so zdravotným znevýhodnením a boli vzaté do úvahy ich pohľady a želania. Reforma služieb v týchto krajinách obsahovala poľudštenie existujúcich štruktúr – napr. nahradenie inštitúcií skupinovými domovmi.

Ľudia so zdravotným znevýhodnením, ktorí dostali túto možnosť, identifikovali a hnali sa za oveľa ambicióznym cieľom nezávislého alebo podporovaného bývania, organizovaným ako „samo-riadené služby“ pomocou individuálnych rozpočtov.

1.2.1 Štruktúra systému v poskytovaní služieb

Pri ďalšom plánovaní prechodu z inštitucionálneho modelu starostlivosti ku komunitnému treba pamätať, že:

- Najväčšou oporou ľudí so zdravotným znevýhodnením sú ich rodiny, priatelia a susedia, ale vklad zodpovednosti a bremená rodiny a ostatných neplatených opatrovateľov sú často krát prehliadané a bez podpory.

- Potreby ľudí so zdravotným znevýhodnením môžu zahŕňať viac ako len jeden systém poskytovania služieb, čoho dôsledkom je, že v komunitných službách sú zapojené viaceré

organizácie alebo sektory, vrátane zdravotnej a sociálnej starostlivosti, ubytovania, vzdelávania, prepravy, zábavy a oddychu, súdnej spravodlivosti a sociálnej podpory.

- Je viacero spôsobov ako získať dostatok financií na zabezpečenie takýchto služieb. Patria sem dane, sociálne poistenie (prepojené so zamestnaním), dobrovoľné poistenie a súkromné zdroje užívateľov a ich rodín. Väčšina krajín má zmiešaný systém, čo môže spôsobiť ťažkosti vzhľadom na motivačné a demotivačné faktory, ktoré sa môžu objaviť.

- Komplexný kontext väčšiny systémov poskytujúcich služby (viacnásobné služby, organizácia, zdroje financovania) znamená, že neexistujú jednoduché finančné „páky“, ktoré by uviedli do pohybu hromadné zmeny v poskytovaní služieb.

1.2.2 Stratégie a plány – náklady, potreby a výsledky

Zatvoriť inštitúcie by bolo jednoduché, keby sme sa nemuseli starať o to, čo sa stane s ich obyvateľmi. Výzvou je vybudovať *kvalitné* komunitné služby, čo znamená nutnosť koordinovať a plánovať. Prinajmenšom musí existovať miestna dohoda všetkých potenciálnych poskytovateľov služieb. Tento plán by nemal len určiť, kedy bude inštitúcia zatvorená, ale mal by zároveň obsahovať aj detailnú predstavu budúceho systému starostlivosti.

V centre dôkazov, na ktorých sa dá postaviť silný ekonomický argument pre prechod z inštitucionálnych služieb ku komunitným stojí komplexný vzťah medzi nákladmi, potrebami a výsledkami. V každom dobrom systéme starostlivosti je cena za podporu ľudí so zdravotným znevýhodnením vysoká, bez ohľadu na miesto, kde žijú. Tvorcovia stratégie nemôžu očakávať, že v systéme komunitných služieb bude táto cena nižšia, a to ani vtedy, keď sa tieto organizácie zdajú byť nízko nákladové.

Neexistuje dôkaz, že by model komunitných služieb bol drahší ako inštitucionálny, pokiaľ porovnávame systémy s rovnakou kvalitou služieb a prijímateľmi, ktorí majú podobné potreby. Systém nezávislého a podporovaného bývania v komunite, ak je dobre riadený, by mal priniesť lepšie výsledky ako inštitúcia.

Náklady sú vynaložené na poskytovanie služieb ako odpoveď na potreby a na dosahovanie výsledkov. Preto porovnávať náklady dvoch systémov bez porovnania potrieb jednotlivcov a výsledkov, ktoré tieto systémy dosahujú, nemá veľký význam. Potreby ľudí, ich preferencie a okolnosti sa líšia, a preto sa budú líšiť aj ich očakávania na poskytované služby. Väčšinou je dobré brať do úvahy viaceré rozmery výsledkov: napríklad, či meniaci sa systém zlepšuje schopnosť jednotlivca fungovať v rámci komunity (pracovať a vytvárať sociálnu sieť) a kvalitu života.

- Nový spôsob starostlivosti (komunitné služby) môže byť nákladnejší ako ten starý, ktorý nahrádza (dlhodobá nemocničná starostlivosť), ale stále môže pritom byť finančne viac efektívny. Prináša lepšie výsledky pre prijímateľov služieb a ich rodiny a tieto lepšie výsledky sú natoľko oceňované, že oprávňujú vyššie náklady.

- Zatvorenie inštitúcie nemusí vytvoriť dostatočný kapitál na investovanie do komunitných služieb. Aj v prípade, že budova alebo pozemok má vysokú ekonomickú hodnotu pre alternatívne účely, zisk z ich predaja nebude k dispozícii, pokiaľ neodíde posledný klient. Preto sú potrebné preklenovacie zdroje, ktoré by mali byť k dispozícii na začiatku procesu.

- Zdroje poskytnuté samospráve sú jednoduchším nástrojom na napĺňanie lokálnych potrieb a vytváranie komunitných služieb. Môžu zmeniť rovnováhu v neprospech inštitúcií a v prospech komunitných služieb.
- Zdroje viazané na jednotlivca a nie na inštitúciu, pomôžu zdolať jednu prekážku v posune starostlivosti preč od hospitalizačných služieb.
- V rámci dlhodobej udržateľnosti uviesť do života mechanizmy garantujúce finančnú dostupnosť SS pre ich prijímateľov.
- Presun niektorých právomocí a zodpovedností manažérom služieb/prípadov alebo aj individuálnym užívateľom služieb cez samo-riadený výber služieb môže tiež pomôcť prekonať uvedené ťažkosti.

Tézy k predmetu Deinštitucionalizácia a prevencia inštitucionalizácie

1. Právo na nezávislý život
2. Transformácia a deinštitucionalizácia ako proces
3. Deinštitucionalizácia ako nástroj sociálnej inklúzie.
4. Holistický prístup k prijímateľom sociálnych služieb.
5. Na človeka orientované sociálne služby (the „Person-Centered-Approach“)
6. Motivácia poskytovateľov a prijímateľov služieb
7. Podpora nezávislého života v komunite

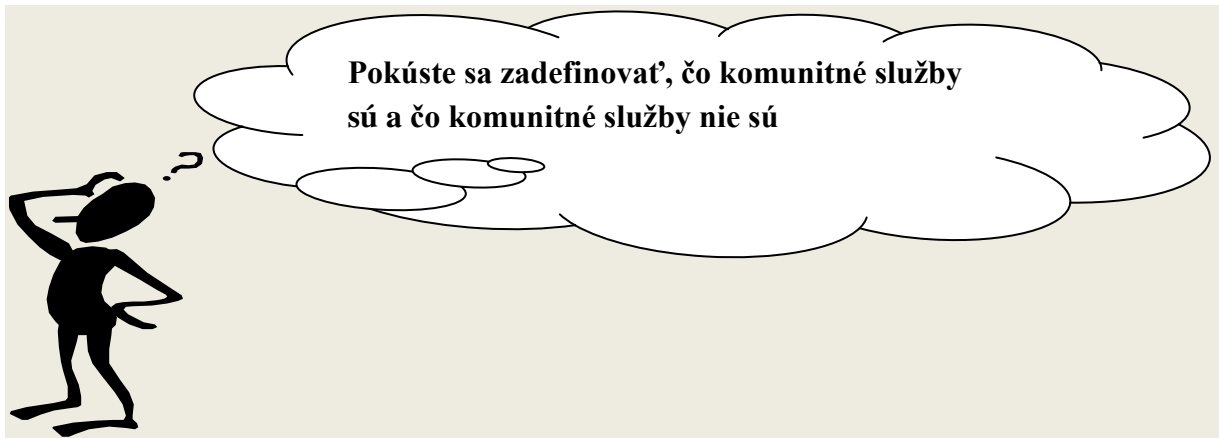
Literatúra:

MANSELL, J., KNAPP, M., BEADLE-BROWN, J., BEECHAM, J. 2007. *Deinštitucionalizácia a komunitné služby – zisky a náklady: Časť 1: Skrátené zhrnutie európskej štúdie. dostupné online: cit 2015-01-28 na www.socia.sk/doc/naseprojekty/Deinstitucionalizacia%20-%20brozura.pdf*

Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012 – 2015. MPSVR. Bratislava. 2011.

Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v SR. MPSVR. Bratislava. 2011.

1.3 Komunitné sociálne služby a komunitné plány (druhy služieb a komunitné plánovanie)



Cieľom integračných procesov, ktoré sú súčasťou demokratizácie našej spoločnosti je pripraviť podmienky pre život občanov so špecifickými zdravotnými a sociálnymi problémami v ich prirodzenom prostredí. Zákon č. 448/2008 Z.z o sociálnych službách zavádza štandardizáciu sociálnych služieb do praxe, čo znamená dôraz na kvalitu, individuálny prístup práce k užívateľom/-kám sociálnych služieb a preferovanie komunitných foriem sociálnych služieb.

Druhy sociálnych služieb a odborných činností poskytovaných na komunálnej úrovni (komunitné sociálne služby)

Odborné činnosti - *sociálne poradenstvo –základné a špecializované, sociálna rehabilitácia a stimulácia komplexného vývoja dieťaťa so zdravotným postihnutím.*

Sociálne služby krízovej intervencie, ktorými sú :

1. terénna sociálna služba krízovej intervencie
2. poskytovanie sociálnej služby v zariadeniach, ktorými sú: *nízkoprahové denné centrum, integračné centrum, komunitné centrum, nocľaháreň, útulok, domov na polceste, zariadenie núdzového bývania, nízkoprahová sociálna služba pre deti a rodinu.*

Sociálne služby na podporu rodiny s deťmi, ktorými sú: *pomoc pri osobnej starostlivosti o dieťa a podpora zosúladovania rodinného života a pracovného života, poskytovanie sociálnej služby v zariadení dočasnej starostlivosti o deti a služby včasnej intervencie*

Sociálne služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku, ktorými sú: *poskytovanie sociálnej služby v zariadení pre fyzické osoby, ktoré sú odkázané na pomoc inej fyzickej osoby a pre fyzické osoby, ktoré dovŕšili dôchodkový vek a špecializované zariadenie (do kapacity 40 miest v jednom objekte), zariadenie opatrovateľskej služby, denný stacionár, rehabilitačné stredisko, opatrovateľská služba, prepravná služba, sprievodcovská služba a predčitateľská služba, tlmočnická služba, sprostredkovanie tlmočnickej služby, sprostredkovanie osobnej asistencie a požičiavanie pomôcok.*

Sociálne služby s použitím telekomunikačných technológií, ktorými sú: *monitorovanie a signalizácia potreby pomoci a krízová pomoc poskytovaná prostredníctvom telekomunikačných technológií.*

Podporné služby, ktorými sú: *odľahčovacia služba, pomoc pri výkone opatrovníckych práv a povinností, poskytovanie sociálnej služby v dennom centre, v jedálni, v práci a v stredisku osobnej hygieny (Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách).*

Formy sociálnych služieb. Sociálna služba sa poskytuje ambulantnou formou, terénou formou, pobytovou formou alebo inou formou podľa nepriaznivej sociálnej situácie a prostredia, v ktorom sa fyzická osoba zdržiava (Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách). Podľa tohto zákona:

Poskytovanie terénnej sociálnej služby alebo ambulantnej sociálnej služby má prednosť pred pobytovou sociálnou službou. Ak terénna sociálna služba alebo ambulantná sociálna služba nie je vhodná, účelná alebo dostatočne nerieši nepriaznivú sociálnu situáciu fyzickej osoby, poskytuje sa pobytová sociálna služba. Pri pobytovej sociálnej službe má prednosť týždenná pobytová sociálna služba pred celoročnou pobytovou sociálnou službou. Poskytovanie sociálnej služby pre seniorov a zdravotne postihnutých v zariadení s kapacitou nižšou ako 40 miest má prednosť pred poskytovaním sociálnej služby v zariadení s vyššou kapacitou.

Mesto/obec/samosprávny kraj utvára podmienky na podporu komunitného rozvoja v oblasti poskytovania sociálnych služieb, na komunitnú prácu a komunitnú rehabilitáciu za účelom predchádzania vzniku alebo predchádzania zhoršenia nepriaznivých sociálnych situácií a riešenia miestnych sociálnych problémov. *Komunitná práca* v oblasti poskytovania sociálnych služieb je podpora aktivít členov miestnej komunity k svojpomocnému riešeniu sociálnych problémov v rámci miestneho spoločenstva, najmä rozvojom sociálnych služieb. *Komunitná rehabilitácia* v oblasti poskytovania sociálnych služieb je koordinácia činnosti subjektov, ktorými sú najmä rodina, obec/mesto, vzdelávacie inštitúcie, poskytovatelia služieb zamestnanosti, poskytovatelia sociálnych služieb a poskytovatelia zdravotnej starostlivosti.

Komunitné plánovanie

Komunitné plánovanie je otvorený proces zisťovania potrieb a zdrojov ako aj hľadania najlepších riešení rozvoja a implementácie sociálnych služieb. Tento pojem je používaný aj pre plánovanie rozvoja sociálnych služieb, je jednou zo základných metód riadenia rozvojových procesov v regióne alebo komunite. Je to metóda, pomocou ktorej môžeme plánovať sociálne služby tak, aby zodpovedali lokálnym špecifikám a potrebám jednotlivých občanov. Základnou odbornou metódou na získanie vstupných údajov pre komunitné plánovanie je *analýza sociálnych potrieb obyvateľstva a analýza dostupných služieb*. Služi na zistenie základných demografických informácií, sociálnych problémov, ale aj zdrojov, ktoré sa nachádzajú v danej komunite.

Analytická a strategická časť komunitného plánu rozvoja sociálnych služieb obce/mesta je podkladovým materiálom pre tvorbu akčného plánu, rieši rozvoj sociálnych služieb z hľadiska dostatkovosti/nedostatkovosti jednotlivých druhov a typov sociálnych služieb, proporcionálnosti/vyváženosti služieb, kvality poskytovaných sociálnych služieb, osobnostného rastu zamestnancov v sociálnych službách, prácu s chudobnými ľuďmi v exklúzii a komunitou – využívanie zdrojov, rozvoj ľudského, sociálneho a ekonomického kapitálu komunity.

Zmyslom komunitného plánovania je taktiež aktivizácia obyvateľstva a skvalitnenie poskytovania sociálnych služieb spoločným koordinovaným postupom, posilňovanie sociálnej súdržnosti všetkých obyvateľov obce/mesta a predchádzanie sociálnemu vylúčeniu a sociálnej izolácii jednotlivcov a skupín. Hlavným zámerom realizácie komunitného plánu rozvoja sociálnych služieb je spokojnosť občanov s poskytovanými sociálnymi službami v obci/meste, zvýšenie kvality života, aktívny záujem ľudí o udržateľnosť a rozvoj komunity obce/mesta.

Obec vypracúva *komunitný plán sociálnych služieb* a vyšší územný celok vypracúva *konceptiu rozvoja sociálnych služieb* v spolupráci

- a) s inými poskytovateľmi sociálnych služieb v ich územnom obvode,
- b) s prijímateľmi sociálnych služieb v ich územnom obvode.

Zo zákona o sociálnych službách teda vyplýva pre samosprávu obcí a miest povinnosť vypracovať *komunitný plán* rozvoja sociálnych služieb, ktoré budú poskytované v súlade s potrebami občanov, dostatkové, variabilné a dostupné. Stratégia rozvoja sociálnych služieb mesta/obce v komunitnom pláne zahŕňa v sebe aktualizáciu kompetencií podľa novej legislatívy zákona o sociálnych službách, ktorý značne rozširuje pôsobnosť mesta a prioritne podporuje rozvoj komunitných a terénnych sociálnych služieb, sociálneho poradenstva, prevencie a krízovej intervencie, zvyšovania kvality poskytovaných sociálnych služieb, odborného a osobnostného rastu zamestnancov poskytujúcich sociálne služby a partnerskej spolupráce (pozn. spolupráca subjektov poskytujúcich sociálne služby a poradenstvo . Sieťovanie: obec/mesto – UPSVaR – súd – škola – polícia – cirkev – neziskové organizácie...) Obce/mestá a samosprávne kraje zapracovávajú do svojich koncepčných a plánovacích dokumentov aj špecifické ciele, vyplývajúce zo strategických dokumentov a národných priorít, akými sú najmä: právo občana na poskytovanie sociálnej služby so zohľadnením ľudsko-právneho a nediskriminačného prístupu, rešpektovanie ľudskej dôstojnosti, dostupnosť sociálnych služieb v súlade s potrebami cieľových skupín a komunity, rozvoj sociálnych služieb, ktoré budú dostupné aj pre osoby v segregovaných lokalitách s prítomnosťou koncentrovanej a generačne reprodukovanej chudoby, dostupnosť komunitných služieb pre rodinu, ktorá sa stará o svojho člena, odkázaného na pomoc pri sebaobslužných činnostiach, deinštitucionalizácia sociálnych služieb, presadzovať princíp integrovanej zdravotno-sociálnej starostlivosti a zaviesť systém zabezpečenia a hodnotenia podmienok kvality poskytovaných sociálnych služieb.

K stratégiám pre tvorbu komunitných plánov patrí rešpektovanie princípov sociálneho plánovania (primeranosť, dostupnosť, kvalita, rozsah ponuky služieb), vyváženosť služieb (z hľadiska druhu, typu služby a územnej potreby v obci/meste), budovať sieť podpornej pomoci v domácom prostredí, rozširovať len tie pobytové služby, ktoré sú podľa analýzy nedostatkové (nízkokapacitné, rodinného charakteru, napr. podporované bývanie), humanizovať veľkokapacitné zariadenia - členiť ich na menšie komunity, podpora dobrovoľníkov, neverejných poskytovateľov (registrovaných a akreditovaných subjektov), aj charitatívnych organizácií (často sú to najväčší poskytovatelia terénnych sociálnych služieb), primerané motivačné nástroje a finančné stimuly pre rozvoj nedostatkových komunitných služieb, intenzívna partnerská spolupráca a vzájomný dialóg k ich aktivizácii. Dôležité je pritom rešpektovať spoluprácu a vzájomnú pomoc, princíp subsidiarity – neprekračovať originálne kompetencie, využiť integráciu ako nástroj vytvárania podmienok pre rozvoj komunitných foriem starostlivosti, vypracovávať a implementovať štandardy kvality

poskytovaných sociálnych služieb, monitorovať a evalvovať kvalitu poskytovaných služieb v zariadeniach.

Komunitný pracovník sa v modeli sociálneho komunitného plánovania sústreďuje na analýzu sociálnych podmienok a služieb, stanovuje ciele, pripravuje služby, mobilizuje zdroje a implementuje služby a programy, vykonáva ich evalváciu. Tento model komunitnej sociálnej práce sa v našich podmienkach najviac rozvíja, považujeme ho za najlepšie právne ukotvený prostredníctvom zákona č. 448/2008 Z. z .o sociálnych službách
Pripomienkovanie *komunitného plánu* sociálnych služieb prebieha priebežne spôsobom osobných stretnutí a diskusií s občanmi mesta ako aj s poskytovateľmi sociálnych služieb.

Tézy k predmetu Komunitne organizované sociálne služby

1. Postavenie sociálnych služieb v širšom kontexte sociálnej ochrany
2. Komunitné sociálne služby – druhy a formy služieb
2. Komunitné plánovanie, zásady tvorby komunitných plánov, stratégie tvorby KP
3. Komunitné sociálne služby a rozvoj komunity
4. SWOT analýzy
5. Praktické otázky deinštitucionalizácie sociálnych služieb
6. Soc. práca so sociálne vylúčenými spoločenstvami, s rómskou komunitou
7. Kompetencie terénneho sociálneho pracovníka.

Literatúra

Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2009 – 2013. MPSVR. Bratislava. 2009. dostupné online employment.gov.sk/narodne-priority-rozvoja-socialnych-sluzieb-pdf.html

Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2015 – 2020. MPSVR. Bratislava. 2014 dostupné online: cit. 2015-01-16 na http://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/np2015-2020_vd.pdf

Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012 – 2015. MPSVR. Bratislava. 2011.

Zákon č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v ZNP

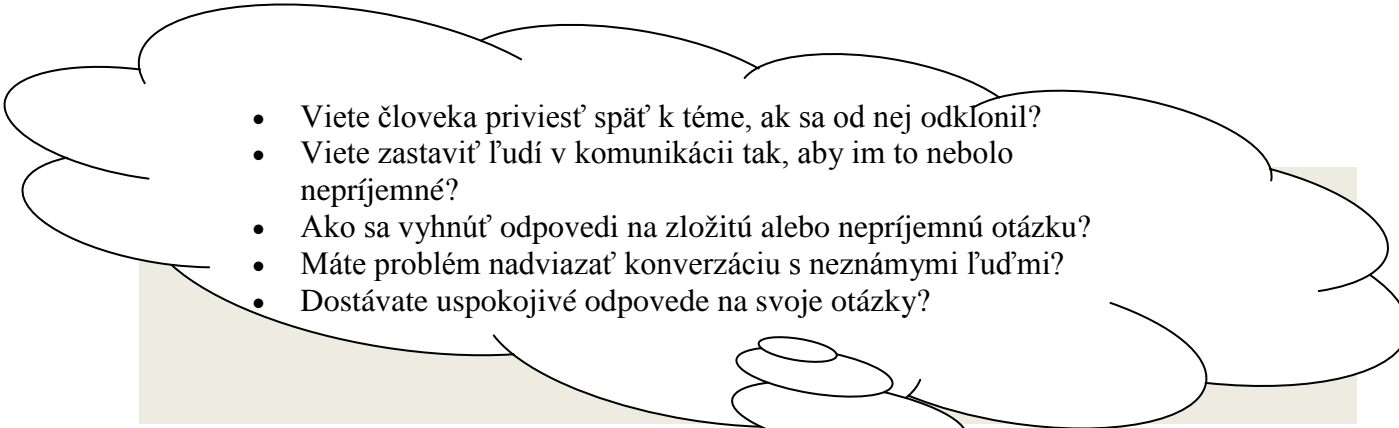
Zákon č. 365/2004 Z. z. o rovnakom zaobchádzaní v niektorých oblastiach a o ochrane pred diskrimináciou a o zmene a doplnení niektorých zákonov (antidiskriminačný zákon) v ZNP

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v ZNP

1.4 Podpora komunikačných zručností a prístup zameraný na človeka

Cieľom tohto predmetu je zdokonaľovanie a inovovanie profesijných kompetencií potrebných na štandardný výkon odbornej činnosti v oblasti rozvoja jeho osobnostných vlastností a komunikačných zručností :

- pochopiť vplyvy a súvislosti individuálnej životnej skúsenosti na komunikáciu klienta/-tky
- analyzovať, meniť a zdokonaľovať vlastné komunikačné zručnosti s rôznymi komunikačnými partnermi v bežných aj v náročných situáciách,
- kontrolovať svoju verbálnu a neverbálnu komunikáciu a prijímať spätnú väzbu,
- aplikovať získané a inovované sociálne a komunikačné zručnosti do vlastnej činnosti, do komunikácie s klientmi/-kami, v medziodborovom tíme, so zástupcami municipalít, s podnikateľmi, s dobrovoľníkmi a s ostatnými aktérmi v rámci komunitného rozvoja a plánovania,
- efektívne komunikovať a viesť poradenský rozhovor,
- rozpoznať a regulovať silné a slabé stránky svojej komunikácie s rôznymi partnermi.

- 
- Viete človeka priviesť späť k téme, ak sa od nej odklonil?
 - Viete zastaviť ľudí v komunikácii tak, aby im to nebolo nepríjemné?
 - Ako sa vyhnúť odpovedi na zložitú alebo nepríjemnú otázku?
 - Máte problém nadviazať konverzáciu s neznámymi ľuďmi?
 - Dostávate uspokojivé odpovede na svoje otázky?



Komunikácia a poradenstvo

V komunitnej sociálnej práci je dôležitá hlavne komunikácia. Vedieť komunikovať je súčasťou každej správne vedenej diskusie a každého vyjednávania či jednania.

Poradenstvo a sociálne služby sú dve neoddeliteľné činnosti z hľadiska sociálnej práce ako profesie. Nie je možné poskytovať sociálne služby bez sociálneho poradenstva a naopak. Garantmi správneho poskytovania informácií pre občanov, ktorí sa nachádzajú v nepriaznivej sociálnej situácii, sú sociálni poradcovia (konzultanti). Poradenstvo v sociálnych službách je špecifické tým, že musí byť *vecné, adresné a komplexné*.

Sociálne poradenstvo sa vykonáva na úrovni základného sociálneho poradenstva a špecializovaného sociálneho poradenstva.

V *základnom sociálnom poradenstve* musí poradca vedieť posúdiť povahu problému fyzickej osoby, rodiny alebo komunity, poskytnúť základné informácie o možnostiach riešenia problému a podľa potreby aj odporúčanie a sprostredkovanie ďalšej odbornej pomoci. Základné sociálne poradenstvo je súčasťou každej sociálnej služby.

V *špecializovanom sociálnom poradenstve* poradca zisťuje príčiny vzniku, charakteru a rozsahu problémov fyzickej osoby, rodiny alebo komunity s cieľom poskytnutia konkrétnej odbornej - špeciálnej intervencie (Zákon č. 448/2008 Z. z.)

Dôležitým aspektom je, že klient/-ka musí prejavíť záujem o riešenie svojho problému, musí mu porozumieť, osvojiť si riešenia problému, preto v poradenstve okrem „zdieľania“ informácií kladieme dôraz na jasnú komunikáciu, ktorou môžeme u klienta/-tky vyvolať „súzvuk duší“, ale aj „nesympatickú odozvu“. Poradenstvo nemôže nahrádzať tútorstvo v zmysle karhania, napomínania, oktrojovania (vnucovanie) a pod. Sociálny poradca/poradkyňa má byť empatický/-á, diskretný/-a a neovplyviteľný/-á a mal/-a by zvládať metódy a postupy v komunikácii s klientmi. Dôraz sa kladie aj na orientáciu a zvládnutie pomerne širokého diapazónu vedomostí poradcov v oblasti sociálnej problematiky. Pri poskytovaní sociálneho poradenstva je potrebné sa zamerať aj na spätnú väzbu. Pre ilustráciu uvádzame interakčný model poskytovania spätnej väzby (Ondrušek, 2007):

Odoslané posolstvo	vyvoláva
Pochopenie významu (tu a teraz)	to spúšťa
Pocity viažuce sa k tomuto významu (súčasný či z minulosti)	čo aktivuje
Pocity o týchto pocitoch (ich emočné hodnotenie)	a tie môžu viesť k
Obrane (popretiu, ignorovaniu, projekcii, rušeníu)	čo si vyžaduje využit'
Pravidlá komentovania (dané či voľné)	a to vedie k
Odpovedi (kongruentne či nekongruentne)	

Tézy k predmetu Komunikačné zručnosti sociálneho pracovníka

Komunikácia a emocionálna inteligencia

1. Poznávanie iných, rozširovanie chápania emocionality iných a empatia
2. Asertívne/neasertívne správanie a komunikácia. Manipulácia.
3. Transakčná analýza. Vlastná komunikácia z pohľadu transakčnej analýzy.

Rozvoj komunikačných zručností

1. prostriedky ľudskej komunikácie, neverbálna komunikácia
2. verbálna komunikácia – aktívne počúvanie, spätná väzba
3. písomný prejav, informačné zdroje, argumentácia,
4. komunikačné bariéry
5. riešenie konfliktov, porozumenie medziľudským konfliktom
6. komunikácia s rôznymi typmi klientov
7. asertivita – nácvik asertívneho správania
8. techniky zamerané na sociálnu interakciu a kooperáciu v skupine
9. tímová spolupráca, kooperácia a kompetícia vo dvojiciach
10. príprava Policy paper (napr. pre širší rámec riešenia problémov komunity)
11. komunikácia prostredníctvom IKT

1.4.1 Komunikácia prostredníctvom IKT

Sociálny pracovník - špecialista ovláda prvky IKT, ako:

- pri rečovom prejave využíva IKT prostriedky (PowerPoint, multimedialna tabuľa, iné digitálne prostriedky vizualizácie)
- pozná a vie využívať prostriedky virtuálnej komunikácie (videokonferencia, telemost, skype)
- pri písomnej komunikácii využíva IKT prostriedky (e-mail, on-line komunikácia, blogy, preprinty-postprinty, interaktívne webové stránky,
- vie nainštalovať text na web-stránku
- ovláda komunikácie cez facebook a v sociálnych sieťach a vie čeliť rizikám zneužitia zverejnených informácií (zabezpečiť ochranu osobných údajov).

Sociálny pracovník - špecialista ovláda komunikáciu navonok:

- pozná a vie uplatňovať zásady správnej administrácie – listy, formuláre, monitorovacie hárky, správy o činnosti, projektová dokumentácia
- orientuje sa a využíva základné informačné zdroje viažuce sa k vednej disciplíne, špecializácii (knížnice, e-net knihnice, databázy)
- sleduje aktuálne odborné informačné zdroje, nové trendy,
- pozná siete spolupráce a nadväzovanie kontaktov – kancelárie pre vonkajšie kontakty, fungovanie profesijných asociácií, záujmových združení
- pozná hlavných predstaviteľov decíznej sféry na národnej a regionálnej úrovni

Sociálny pracovník - špecialista ovláda popularizačné prostriedky pre podporu aktivít, ako:

- pozná osoby sprostredkujúce vedecké poznatky verejnosti (tlačoví tajomníci, PR pracovníci výskumných inštitúcií, žurnalisti vedy)
- pozná a vie využívať formy spolupráce s médiami – tlačová konferencia, briefing, tlačové telefonáty, tlačové materiály, poskytovanie interview
- pozná stratégie a vie uplatňovať zásady reklamy a „public relations“ pre popularizáciu aktivít
- pozná domáce popularizačné vedecké časopisy, relácie, vedecké rubriky a prílohy mienkotvorných denníkov
- pozná a vie využívať prostriedky na ilustráciu poznatkov (simulácia, grafika, animácia, video, audio, a i.)
- ovláda písanie „Policy Paper“ (navrhovanie opatrení na riešenie aktuálneho problému spolu s ich stručným zdôvodnením) pre účely účinnejšej komunikácie s regionálnymi a lokálnymi politikmi

Typy služieb na báze IKT pre zabezpečenie nezávislého života.

Podľa Carretero, S. (2015, s. 35) môžeme identifikovať 5 typov technológií pre zabezpečenie nezávislého života. S týmito technológiami je potrebné sa oboznámiť a využívať ich v komunitnej a individuálnej starostlivosti.

A - Asistenčné technológie,

ktoré sú využívané za účelom pripomínania, plánovania, domovej bezpečnosti (vstup, varenie, chladenie, fajčenie, narábanie s ohňom, zakúrenie), detekcie nočného pohybu, prevencie pádov, upozornenie v prípade abnormálnych aktivít, televíznych prenosov, vonkajšej bezpečnosti, sprevádzania/asistencie pri každodenných aktivitách, komunikácie s opatrovateľmi a video-hovorov, aktívneho životného štýlu, pamäťových dráh, mozgových hier a podpory chodiacich návykov. Ako asistenčné technológie sú využívané :

- Senzory – pre identifikáciu zakúrenia, napätia, dverí, fajčenia, plynu, teploty;
- Monitory elektriny pre aktivity varenia;
- Svetelné trasy (automatický systém osvetľovania);
- Sprchovacie a posteľné držadlá;
- Prívesky, náramky;
- Systém GPS (identifikácia polohy);
- Domáca automatizácia;
- Mobilné telefóny;
- Dotykové počítačové displeje;
- Diaľkový telefón;
- Prístup na web-portál,
- Robot vybavený rozličnými zariadeniami a aplikáciami : na rozoznávanie reči a tváre, na mobilitu a pohyb, senzormi, kamerou, mikrofónom, robotickými ramenami, mechanickými podperami, motorizovanými spojmi, senzormi, PC procesorom, na batériové zdroje.

B - Inteligentné domy,

ktoré umožňujú kontrolovať domáce osvetlenie a spotrebiče, automaticky programovať chod domu. V tomto prípade sú využívané technológie:

- Diaľkové ovládanie svietidiel a zariadení;
- Počítačové prepojenie;
- Software.

C – Zdravotná starostlivosť podporovaná technológiami,

ktoré sú využívané na domáce návštevy videokonferenciou, ktoré monitorujú a vyhodnocujú fyziologické a mimické výrazy, sú využívané na liečebné konzultácie, sledovanie stavu a dispenzárnú liečbu, na konzultácie pravidelné a mimoriadne v čase nebezpečenstva, na odhaľovanie zdravotne nebezpečných situácií, na pokyny týkajúce sa rehabilitácií, na tele – učenie, na sledovanie kvality, na zdravotnícke vzdelávanie a propagáciu (videá a správy), na podporu života v oblasti bezpečnosti a starostlivosti.

V takýchto prípadoch sú využívané technológie:

- Informačný systém dlhodobej starostlivosti;
- Domáci video-systém;
- Domáci monitorovací systém pozostávajúci zo základnej jednotky s LCD displejom a príslušnými ovládačmi;
- Osobný zdravotnícky systém pozostávajúci zo set top boxu napojeného na televízor;
- Periférne zariadenia: analógový stetoskop, digitálny merač krvného tlaku, tepu, glukózy, merače váhy, zväčšovacie šošovky, súpravy Smart phone osobnej digitálnej asistencie;
- Mobilné všestranné zariadenie na meranie vzdialeností;
- Prístup na web portál;
- ADSL - vysokorychlostnú („širokopásmovú“) technológiu na prenos dát;
- Aplikácie - počítačový operačný systém Linux a počítačová platforma Java.

D – Domáca starostlivosť podporovaná technológiami, ktoré sú využívané na tele - starostlivosť, monitoring aktivít, on-line vzdelávanie pre opatrovateľov, video-telefónne informácie a na podporu pre starších ľudí a opatrovateľov. V týchto prípadoch sú využívané technológie:

- Systém tele - starostlivosť;
- Osobný počítač;
- Videofón (aj so softvérom);
- Mikrofón;
- Video dverový systém;
- Domáce výstražné ovládače;
- Senzory / detektory – fajčenia, záplavy, teploty, infražiarenia, pomočovania, prostredia lôžkovej vybavenosti, polohy, pohybu;
- Asistenčné zariadenia – otváratele okien, atď.;

- Alarmy;
- Pripomínače.

E – Technológie pre wellness služby, ktoré sú využívané na precvičovanie mozgu.

- V tejto súvislosti sú používanými technológiami konzoly a hry.

Praktické príklady uplatnenia informačných technológií

Pripravené v rámci medzinárodného projektu INTERLINKS v roku 2011, dostupné na web stránke <http://interlinks.euro.centre.org/framework> (V oddiele „Framework themes“, časť 6. Means and resources)

1/ IT riešenia v prostredí asistovaného spolubývania:

Príklad Grécka – E-zdravotnícka jednotka

Príklad Španielska – AMICA – telemonitorovací systém pre pacientov trpiacich chronickou obštrukčnou chorobou pľúc

2/ IT riešenia v manažmente dlhodobej starostlivosti:

Príklad Grécka – E-zdravotnícka jednotka

Príklad Fínska – Aktivačný program pre každodenný život za asistencie technologických riešení

Príklad Španielska – AMICA – telemonitorovací systém pre pacientov trpiacich chronickou obštrukčnou chorobou pľúc

Príklad Fínska – IT riešenia a nové technológie pre sociálnu starostlivosť posilňujúce integráciu

3/ IT aplikácie na rozhraní medzi zdravotníckou a sociálnou starostlivosťou profesionálnych pracovníkov:

Príklad Grécka – E-zdravotnícka jednotka

Príklad Slovenska – Inteligentné volania: Technológie pre monitorovanie a signalizáciu pri integrovanej dlhodobej starostlivosti

Príklad Fínska – IKT riešenia a nové zdravotnícke technológie pre posilnenie integrácie v domácej starostlivosti

Príklad Fínska – IKT riešenia a nové technológie sociálnej starostlivosti pre posilnenie integrácie v domácej starostlivosti

Príklad Francúzska – Geografická lokalizácia a monitoring uplatňovania bezpečnosti pre pacientov s Alzheimerovou chorobou - Geoloc

4/ IT aplikácie na rozhraní medzi administratívou zdravotníckou a administratívou sociálnej starostlivosti :

Príklad Slovenska – Inteligentné volania: Technológie pre monitorovanie a signalizáciu pri integrovanej dlhodobej starostlivosti

5/ IT aplikácie na rozhraní medzi formálnou a neformálnou starostlivosťou:

Príklad Francúzska – Equinoxe – Systém domáceho alarmu spojený s dobrovoľníckou aktivitou

Príklad Francúzska – Geografická lokalizácia a monitoring uplatňovania bezpečnosti pre pacientov s Alzheimerovou chorobou - Geoloc

Tézy k predmetu : Komunikácia prostredníctvom IKT

1. IKT – on-line komunikácia, internetové fórum, web-stránky
2. Progresívne formy IKT
3. Asistenčné technológie
4. Inteligentné domy
5. Zdravotná starostlivosť podporovaná technológiami
6. Domáca starostlivosť podporovaná technológiami
7. Technológie pre wellness služby



1.4.2 PRÍSTUP ZAMERANÝ NA ČLOVEKA - PCA

Prístup zameraný na človeka (PCA – Person centered approach) je **poradenský prístup**. Aplikovanie hodnôt a postojov zameraných na človeka do poradenstva je známe ako „na klienta“ alebo „na človeka“ zamerané poradenstvo. Podstatou tejto metódy je plnohodnotné rešpektovanie a akceptovanie klientovej osobnosti, vcítenie sa do jeho situácie a snaha o jeho porozumenie, schopnosť prijať diverzitu, ponúknuť empatiu a porozumenie. Rogersovský prístup je možné aplikovať na všetky vzťahy, keď sa ľudia chcú navzájom pochopiť, keď chcú aspoň čiastočne odhaliť svoje vnútro a v ktorých chcú osobnostne rásť. Prvky opravdivosti, empatického porozumenia a pozitívneho prijatia podporujú a rozvíjajú zdravé vzťahy medzi ľuďmi. Princípy PCA sú v súčasnosti využiteľné vo všetkých oblastiach

- 32 -

Tento projekt sa realizuje vďaka podpore z **Európskeho sociálneho fondu** v rámci Operačného programu Zamestnanosť a sociálna inklúzia.

sociálnej práce. S klientmi v rodinnej terapii, s vážne narušenými klientmi, s nekomunikatívnymi klientmi, v starostlivosti o ľudí so špeciálnymi potrebami, pri práci s ľuďmi s poruchami učenia. Je to práve živosť a tvorivosť, ktoré sú neodmysliteľné pre PCA a zaručujú, že PCA drží krok s vývojom a novými smermi na poradenskom poli a mnohými spôsobmi ho anticipuje (Merry, 2004, s. 14). Podľa zakladateľa PCA Carla R. Rogersa sú známe ako postačujúce podmienky pomáhajúceho vzťahu.

Podľa Gaburu, Pružinskej (1995, s. 35) „ak nie je klient poradcom akceptovaný, je tlačný do role závislého neschopného tvora, ktorý nedokáže o sebe rozhodovať, preto je povinný prijať poradcov názor, poradcovu koncepciu, poradcom určené riešenie.“

Prístup PCA je „spôsob bytia“ s ľuďmi, založený na určitých postojoch a hodnotách, založený na konkrétnej teórii pomáhajúcich vzťahov, ktoré spočívajú na hlbokéj úcte k jednotlivcovi a na viere v jeho kapacitu pre rast, rozvoj a tvorivosť. Centrálnou hypotézou tohto prístupu je predpoklad, že rastový potenciál každého človeka sa uvoľňuje vo vzťahu s druhým človekom. Ide o demokratický, neautoritatívny a nedirektívny prístup k ľuďom, ktorý zdôrazňuje konštruktívne ľudské vzťahy ako kľúč k procesu zmeny.

Spôsob, akým človek vníma sám seba (self-koncept), je najdôležitejším faktorom pri predvídaní jeho správania, pretože realistické sebaopínanie úzko súvisí s realistickým vnímaním vonkajšej reality a situácie, v ktorej sa táto osoba nachádza (Rogers, 1999, s. 209).

Človek je ovplyvňovaný potrebou byť pozitívne prijímaný. Je to univerzálna, stále prítomná a všetko prenikajúca ľudská potreba (Rogers, 1995, s. 223). Človek si na báze komplexu zážitkov uspokojenia alebo frustrácie svojej potreby pozitívneho prijatia inými vytvára seba prijatie (sebaúctu). Je to naučený vnem seba. Jeho podkladom je zážitok prijímania, ktorý človeku poskytujú iní ľudia. Seba prijatie sa stáva všetko prestupujúcim konštruktom, ktorý ovplyvňuje správanie celého organizmu. Neskôr sa stáva nezávislým na aktuálnom zážitku prijatie druhými ľuďmi.

Podmienky ocenenia. Introjektované hodnoty iných ľudí, podľa ktorých do určitej miery žijeme, sú zvyčajne rigidné a nemenné – na rozdiel od flexibilných a meniacich sa hodnôt vyplývajúcich z organizmického hodnotiaceho procesu v rannom detstve.

Organizmičné potreby a sebaaktualizácia. Aktualizačná tendencia je stále základným motívom človeka. Rozvíja sa však konflikt medzi organizmičnými potrebami a potrebami seba prijatia (sebaúcty), pretože do potrieb seba prijatia (sebaúcty) sú už zahrnuté podmienky ocenenia. Človek preto stojí pred voľbou – konať v súlade s organizmičnými tlakmi, alebo cenzurovať ich a konať v súlade s podmienkami ocenenia, ktoré sú naučené. Aby človek mohol prijímať seba pozitívne a tým si udržal pocit ocenenia a pocit sebaaktualizovania, rozhodne sa konať v súlade s podmienkami ocenenia – jeho potreba seba prijatia (sebaúcty) premôže jeho organizmičné potreby.

Nepodmienené pozitívne ocenenie sa človeku dostáva, keď sú všetky jeho sebazážitky (pocity, myšlienky, vnemy) pozitívne ocenené významnými ľuďmi. Vyskytuje sa v rôznych interpersonálnych situáciách a často ho možno zvýšiť.

Čo sa vyžaduje od sociálneho pracovníka? Zmeniť vlastnú intoleranciu k svetu klienta/-ky a plne akceptovať jeho právo mať odlišný názor.

Empatia. Klient potrebuje prežiť empatické porozumenie pre rast terapeutického efektu. A tak, aby si bol klient vedomý toho, že bol pochopený, musí to poradca vyjadriť – vyjadriť hlboké empatické porozumenie verbálne či neverbálne.

V postoji zameranom na klienta je empatia prejavom a zároveň komunikačným kanálom nepodmieneného pozitívneho prijatia. Dôsledky sú podľa Rogersa (1997) dvojnásobné. Empatia rozpúšťa odcudzenie a pomáha príjemcovi cítiť sa hodnotný/á, v bezpečí, akceptovaný/á ako osoba, ktorou je.

Empatické počúvanie znamená dokázať počuť zvuky a cítiť tvar vnútorného sveta druhého človeka, rezonovať s tým, čo hovorí tak hlboko, že počúvajúcí cíti aj tie významy, ktorých sa hovoriaci sám obáva, pričom ich chce dať najavo (tamtiež, s. 23). Aktívne, citlivé, presné, empatické, nehodnotiace počúvanie je vo vzťahu veľmi dôležité: ak ho poskytneme, duševne rastieme, ak ho dostaneme, pokročíme dopredu a tiež rastieme.

Podľa Eisenberga a Fabesa (1998) vyššie úrovne pro-sociálneho morálneho myslenia často odzrkadľujú starosť o potreby druhých a sú v súlade s ochotou pomáhať a láskavosťou voči iným.

Prístup PCA je založený na filozofii, že klient/-ka je sám/sama zodpovedný/á za svoj život a má právo vybrať si možnosti riešenia svojho problému. Cieľom sociálneho pracovníka - poradcu je pomôcť mu pri odhalení jeho možností a rezerv.

Využívanie PCA v rodine. Podľa Matouška (2005, s. 30) sa v sociálne slabších rodinách kumulujú dôsledky rôznych osobných a sociálnych znevýhodnení (osobnostná anomália, duševné choroby, závislosti na návykových látkach, nezamestnanosť, chudoba a iné). Stres pôsobiaci na rodinu a v rodine ako napríklad nezamestnanosť, spoločenská izolácia, chudoba, problémy s bývaním, mimomanželský vzťah jedného z rodičov atď. môže tiež podporiť nevhodné zaobchádzanie s dieťaťom a narušiť vzťahy v rodine. Rodičia majú obvykle zastretú predstavu o dôsledkoch svojho správania.

Témy k predmetu PCA - na človeka zameraný prístup v sociálnej práci

1. Aplikácia základných princípov „na človeka zameraného prístupu“
2. PCA zručnosti: nepodmienené pozitívne prijatie, empatické porozumenie
3. Sociálne vzťahy v kontexte prístupu zameraného na človeka (PCA)
pojem seba (self – koncept), podmienky ocenenia, organizmické potreby a sebaaktualizácia, empatické počúvanie, kongruencia a inkongruencia.
4. Empatia, morálne uvažovanie a prijímanie pohľadu druhého
5. Pro-sociálne správanie a prijímanie pohľadu druhého
6. Princípy PCA v sociálnom poradenstve

Citovaná literatúra:

- BINDEROVÁ, U. 1998. *Empathy and Empathy Development with Psychotic Clients*, In: Thorne, Brian / Lambers, Elke (Hg.), *Person-Centred Therapy. A European Perspective*, London (Sage) 1998, pg. 216-230.
- CARRETERO, S. 2015. *Mapping of effective technology-based services for independent living for older people at home*. EC Institute for prospective technological studies. Luxembourg, 2015. ISBN 978-92-79-45074-7
- EISENBERG, N., FABES, R. A. 1998. *Prosocial development*. In: *Handbook on child Psychology*, Vol III. William Damon and Richard M. Lerner, eds. New York: Wiley. 1998. pg. 701-778
- FROMM, E. 1994. *Mít nebo být*. Praha: Naše vojsko, 1994, 170s., ISBN 80-206-0469-3.
- GABURA, J. – PRUŽINSKÁ, J. 1995. *Poradenský proces*. Slon, Praha, 1995. ISBN 80-85850-10-9
- MATOUŠEK, O. 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005.s.30, ISBN 80-7367-002-X
- MEARNDS, D., THORNE, B. 1997. *Poradenstvo zamerané na človeka v praxi*. Bratislava: PedF UK, 1997. ISBN 80-88868-29-7
- MERRY, T. 2004. *Naučte sa byť poradcom*. Bratislava: Ikar, 2004. ISBN 80-551-0768-8.
- ONDRUŠEK, D. 2007. *Efektívna komunikácia v terénnej sociálnej práci*. Bratislava: PDCS. 2007. 77 s. ISBN 80-969431-2-X
- ROGERS, R. C. 1995. *Ako byť sám sebou*. Bratislava: IRIS, 1995, ISBN 80-88778-02-6.
- ROGERS, R. C. 1999. *Klientom centrovaná terapia*. Modra: Persona, 1999, ISBN 80-967815-1-2.
- ROGERS, R. C. 1999. *O osobnej moci*. Modra: Persona, 1999, ISBN 80-967980-1-4.
- ROGERS, R. C. 1997. *Spôsob bytia*. Modra: Inštitút rozvoja osobnosti, 1997, ISBN 80-967832-0-3.

Odporúčaná literatúra:

- HUDÁKOVÁ, Z. 2010. *Nové komunikačné trendy v ošetrovatel'stve*. In: Tisoňová,V., Littva,V., Hlinková,S. (eds.) *Nové trendy vo vzdelávaní a praxi ošetrovatel'stva a pôrodnej asistencie*. Zborník z konferencie. KU Ružomberok, 2010, ISBN 978-80-8084-548-3
- KŘIVOHLAVÝ, J. 1993. *Povídej - naslouchám*. Návrat, Praha 1993.
- SCHAVEL, M., OLÁH, M. 2010. *Sociálne poradenstvo a komunikácia*. VŠZaSP sv. Alžbety, Bratislava 2010, 218 s. ISBN 80-8068-487-1
- SCHULZ von THUN, F. 2005. *Jak spolu komunikujeme. Překonávání nesnází při dorozumívání*. Grada Publishing, Praha 2005.
- VÁVRA, V. 1990. *Mluvíme beze slov*. Panorama, Praha, 1990.
- VEREŠOVÁ, M. a kol. *Sociálna psychológia, človek vo vzťahoch*. Nitra: Enigma 2007, ISBN 978-80-89132-47-8
- WOLEKOVÁ, H. – CANGÁR, M. 2007. *More je z kvapiek*. Bratislava: Socia, 2007. 95 s. ISBN 978-80-969744-0-5

MODUL 2 Individualizované, na človeka orientované sociálne služby

Vymedzenie pojmov integrácia, inklúzia a exklúzia (operacionalizácia pojmov)

Tieto pojmy sa týkajú začlenenia človeka do bežného života a jeho aktívneho zapojenia sa do života komunity. Na Slovensku sa pojmy *inklúzia a integrácia* používajú často ako synonymá, ako rovnaké pojmy. Pojem integrácia znamená zjednocovanie postojov, hodnôt, správania a smerovania rôzneho druhu. Ovplyvňuje medziľudské vzťahy a rovnako aj identitu jednotlivcov. Je potrebná tam, kde do kontaktu prichádzajú odlišné javy, situácie, postoje či aktivity. Integrácia je jedným z nástrojov, ktoré pomáhajú tieto rozdiely prekonávať. Keď zhrnieme uvedené, pod integráciou rozumieme komplexný proces vyrovnávania príležitostí osobám v nepriaznivej sociálnej situácii a umožnenie prístupu k bežným podmienkam života.

Pod *sociálnym začleňovaním (sociálnou integráciou)* sa rozumie proces, ktorý zabezpečuje, že osoby sociálne vylúčené alebo sociálnym vylúčením ohrozené dosiahnu príležitosti a možnosti, ktoré im napomáhajú plne sa zapojiť do ekonomického, sociálneho i kultúrneho života spoločnosti a umožňujú im žiť spôsobom, ktorý je v spoločnosti považovaný za bežný.

Pojem inklúzia má však odlišné charakteristiky: inklúzia je spoločným problémom ľudí so znevýhodnením a ľudí bez znevýhodnenia, je vzťahom partnerstva, nová hodnota, vytvorená z hodnôt menšiny a tiež z hodnôt väčšiny. *Inklúzia* je krokom na ceste, kde sú ľudia so znevýhodnením prijímaní a získavajú uznanie za svoj prínos k akejkoľvek ľudskej činnosti práve pre svoju odlišnosť.

Sociálna inklúzia (začleňovanie) vyžaduje komplexný, viacdimenzionálny a najmä jednotný prístup v rôznych oblastiach politik. Ich základným cieľom je podporovať sociálne začleňovanie znevýhodnených alebo vylúčených osôb, podporovať rovnosť príležitostí, uspokojovať sociálne potreby ľudí prostredníctvom aktívnych a preventívnych opatrení sociálnej inklúzie, a celkovo posilňovať rast zamestnanosti, sociálnu súdržnosť a udržateľný rozvoj.

Podľa Repkovej, Kešelovej (2014) *sociálna inklúzia* znamená podporu sociálneho začleňovania ľudí a skupín v rozličných typoch sociálnych rizík cestou realizácie jednotlivých výkonov služieb starostlivosti.

Integrácia a inklúzia nie je len cieľom transformačného procesu sociálnych služieb, ale aj nástrojom, ktorý by mal pripraviť podmienky na rozvoj komunitných foriem sociálnych služieb v prirodzenom prostredí občana.

Sociálna exklúzia (vyčlenenie) je proces, v ktorom sú určití jednotlivci vytlačaní na okraj spoločnosti a nemajú dostatok alebo žiadne možnosti plne sa v nej realizovať. Stáva sa tak z rôznych dôvodov, najmä z nedostatku vlastných základných kompetencií alebo v dôsledku diskriminácie. Toto ich vzdiaľuje až izoluje od zamestnania, príjmu a príležitosti vzdelávania. Majú veľmi obmedzený prístup k rozhodovacím orgánom, ako aj k sociálnym a komunitným sieťam a aktivitám.

K rizikovým skupinám z hľadiska sociálneho vylúčenia patria: *občania, ktorí v dôsledku nízkej úrovne vzdelania a kvalifikácie vykonávajú iba príležitostné pomocné práce, prípadne sú dlhodobo bez zamestnania, ľudia so zdravotným postihnutím, mládež po ukončení ústavnej alebo ochrannej výchovy - mladí dospelí, starší ľudia, mnohohdetné rodiny a osamelí rodičia s*

deťmi, ktorí sa ocitnú v sociálnej a v hmotnej núdzi stratou rodinného prostredia, drogovu závislí, týrané a zneužívané deti, obe domáceho násillia a ostatné zraniteľné osoby (imigranti, utečenci, bezdomovci, osoby po výkone trestu, atď.).

Tieto sociálne kategórie sa bez pomoci spoločnosti môžu dostať do pozície marginalizovaných skupín. Riziko sociálneho vylúčenia sa u týchto skupín zvyšuje kvôli ich nízkej atraktivnosti pre zamestnávateľov z dôvodu pracovnej neskúsenosti, nedostatočnej adaptability na meniace sa podmienky práce, nedostatočnej kvalifikácie či vzdelania, prispôsobenia pracovného prostredia nárokom postihnutých osôb, dlhodobej absencie v pracovnom procese, straty pracovných návykov a stimulov atď. U niektorých skupín obyvateľov pretrvávajú stereotyp viazanosti na sociálny systém a tým dobrovoľné vylúčenie z trhu práce.

2.1 Legislatíva zameraná na individualizáciu a jednotlivca v komunite

Právne vzťahy pri poskytovaní sociálnych služieb, financovanie sociálnych služieb a dohľad nad poskytovaním sociálnych služieb sú upravené v zákone č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách, v ktorom podľa § 2 tohto zákona je sociálna služba odborná činnosť, obslužná činnosť alebo ďalšia činnosť alebo súbor týchto činností, ktoré sú zamerané na

- a) prevenciu vzniku nepriaznivej sociálnej situácie, riešenie nepriaznivej sociálnej situácie alebo zmiernenie nepriaznivej sociálnej situácie fyzickej osoby, rodiny alebo komunity,
- b) zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopnosti fyzickej osoby viesť samostatný život a na podporu jej začlenenia do spoločnosti,
- c) zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb fyzickej osoby,
- d) riešenie krízovej sociálnej situácie fyzickej osoby a rodiny,
- e) prevenciu sociálneho vylúčenia fyzickej osoby a rodiny.

V zmysle zákona o sociálnych službách poskytovateľ sociálnej služby je povinný vykonávať odborné, obslužné a ďalšie činnosti. Odborné činnosti sú najmä: základné sociálne poradenstvo, špecializované sociálne poradenstvo, pomoc pri odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby, pomoc pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov, sociálna rehabilitácia, ošetrovateľská starostlivosť v zariadení, pracovná terapia, tlmočenie, sprostredkovanie tlmočenia, osobnej asistencie, pomoc pri výkone opatrovníckych práv a povinností. Obslužné činnosti sú *ubytovanie, stravovanie, upratovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva.*

K ďalším činnostiam patrí vytváranie podmienok na: *prípravu stravy, výdaj stravy a výdaj potravín, vykonávanie nevyhnutnej základnej osobnej hygieny, poskytovanie nevyhnutného ošatenia a obuvi, úschovu cenných vecí, vzdelávanie, záujmovú činnosť, poskytovanie osobného vybavenia, nevyhnutného ošatenia a obuvi, prepravy, donáška stravy, požičiavanie pomôcok, zabezpečenie záujmovej činnosti.*

Komunitná rehabilitácia v oblasti poskytovania sociálnych služieb je koordinácia činnosti subjektov, ktorými sú najmä rodina, obec, vzdelávacie inštitúcie, poskytovatelia služieb zamestnanosti, poskytovatelia sociálnych služieb a poskytovatelia zdravotnej starostlivosti. Cieľom komunitnej rehabilitácie je obnova a udržanie alebo rozvoj fyzických schopností, mentálnych schopností a pracovných schopností fyzickej osoby v nepriaznivej sociálnej situácii a podpora jej začlenenia do spoločnosti.

Cieľom a zmyslom zmeny tradičného modelu sociálnych služieb na systém služieb komunitnej starostlivosti je vytvorenie systémových predpokladov na realizáciu plnoprávneho občianstva ľudí odkázaných na sociálne služby v ich každodennom živote, t.j. ľudsko-právne aspekty. Sanácia rodinných vzťahov a rodinného prostredia odborným poradenstvom, konkrétnou sociálnou pomocou: sociálnym dozorom, dohľadom, sociálnou terapiou, nápravnou činnosťou, ktorá zahŕňa vyhľadávanie, soc. rehabilitáciu, resocializáciu, reedukáciu = všetkými sociálno – terapeutickými aktivitami zabrániť prehlbovaniu už vzniknutých porúch psychického a sociálneho vývinu občana, občanov ohrozených sociálnou exklúziou, predchádzať zhoršovaniu stavu hmotnej a sociálnej núdze, znižovať sociálne, zdravotné a osobnostné dôsledky nepriaznivej sociálnej situácie s cieľom začleniť občana do spoločnosti. Vykonáva sa prostredníctvom rehabilitačnej a resocializačnej činnosti, postpenitenciárnej starostlivosti, postresocializačnej starostlivosti, postmurálnej starostlivosti a pod.

2.2 Individuálny prístup zameraný na individualizované potreby klientov/-tok.

Za **základné cieľové skupiny**, pre ktoré by sa mali plánovať sociálne služby považujú Woleková a Mežianová (2004):

- 1) „seniorov – obyvateľov v post-produktívnom veku (najmä starších ako 65 rokov),
- 2) občanov so zdravotným postihnutím a duševnými poruchami, ako aj rodiny, v ktorých žijú,
- 3) týrané a sociálne zanedbávané deti, deti s poruchami správania a rodičov, ktorí zanedbávajú starostlivosť a výchovu svojich detí,
- 4) neprispôsobivých jednotlivcov, ľudí závislých od návykových látok, trestaných, nezvládajúcich svoj život.“

Navrhujeme uvedené základné cieľové skupiny doplniť aj o osoby v postmurálnej starostlivosti, resp. po návrate z výkonu trestu odňatia slobody.

Ciele individualizovanej sociálnej práce v sídelnej komunite

Cieľom komunitnej práce je obohatiť život každého človeka - člena komunity – rozvojom a podporou rovnováhy medzi komunitnými zdrojmi a potrebami jej členov. Predpokladá sa, že komunita je v takomto poňatí komunitnej práce vo väčšine prípadov schopná riešiť svoje problémy vlastnými silami.

Sociálny pracovník môže lepšie sledovať potreby komunity v strediskách komunitnej práce priamo v komunite, môže tu získavať a podporovať miestne aktivity (dobrovoľníkov), podnecovať miestne iniciatívy a vytvárať sieť spolupracujúcich organizácií. Medzi takéto

strediská radíme nízkoprahové zariadenia: komunitné centrá a krízové strediská pre rôzne cieľové skupiny v komunite, ktoré veľmi dobre nasadajú na základné sociálne poradenstvo a terénnu sociálnu prácu. Prioritou sú ambulantne poskytované sociálne služby, ktoré okrem iného majú prednosť pred pobytoвыми práve z dôvodu možnosti ukotvenia klienta, ktorý potrebuje pomoc, vo svojom prirodzenom prostredí, v komunite. V oboch prípadoch ide o sociálnu prácu v prirodzenom prostredí klienta/klientky „v teréne“ (Rusnáková – Pollák, 2012). Výhodou práce v prirodzenom prostredí je, že pracovník/ -čka sa oboznámi aj so sociálnym kontextom klienta/-ky, má priestor k tomu, aby porozumel/a, ako môže život v chudobnej a sociálne vylúčenej komunite ovplyvniť konanie človeka. Svoje služby ponúka priamo v prostredí, kde problémy existujú a vidí klienta/- ku ako sa s nimi vysporiadava.

2.2.1 Individuálne plány

Zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách definuje individuálny plán ako *poskytovanie sociálnej služby podľa individuálnych potrieb, schopností a cieľov prijímateľa sociálnej služby, vedenie písomných individuálnych záznamov o priebehu poskytovania sociálnej služby a hodnotenie priebehu poskytovania sociálnej služby za účasti prijímateľa sociálnej služby.*

Právna úprava sociálnych služieb stanovuje, že účelom poskytovania sociálnych služieb je sociálne začleňovanie, teda proces, ktorý zaisťuje, že „osoby sociálne vylúčené alebo sociálnym vylúčením ohrozené dosiahnu príležitosti a možnosti, ktoré im napomáhajú plne sa zapojiť do ekonomického, sociálneho aj kultúrneho života spoločnosti a žiť spôsobom, ktorý je v spoločnosti považovaný za bežný.

Plánovanie zamerané na človeka a transformácia ústavnej starostlivosti

Myšlienky normalizácie a valorizácie sociálnych rolí sa vo svete stali základom pre presadenie transformácie ústavnej starostlivosti za súčasného rozvoja komunitných služieb. V niektorých štátoch USA sa plánovanie zamerané na človeka stalo oficiálnym vládnym prístupom k individuálnemu plánovaniu služieb pre skupinu ľudí s mentálnym postihnutím. Plánovanie zamerané na človeka predstavuje systematickú cestu pre vytvorenie realistického plánu naplnenia životných cieľov, prianí a potrieb ľudí s postihnutím. Problémom plánovania vychádzajúceho z pohľadu profesionálov je vytváranie nadmernej závislosti klientov na formálnych zdrojoch (službách profesionálov). Nie sú neformálne zdroje (rodina, priatelia, susedia a pod.), ktoré umožňujú ľuďom udržiavať a vytvárať si prirodzené sociálne väzby, byť súčasťou spoločnosti a žiť bežným životným štýlom (sociálne začlenenie). Ľudia žijúci v pobytoových zariadeniach často nemajú žiadnu podporu z prirodzeného sociálneho okolia. Je na pracovníkoch sociálnych služieb, aby sa s použitím rôznych stratégií pokúšali situáciu zmeniť. Štandardy kvality sociálnych služieb stanovujú: „Za plánovanie a priebeh služby pre jednotlivých užívateľov zodpovedajú konkrétni pracovníci zariadenia“, (tzv. kľúčový pracovník).

Porozmýšľajte, kto tvorí Vašu sociálnu sieť,
Vaše neformálne zdroje.
Kto tvorí sociálnu sieť Vašich klientov?
Aké rozdiely ste si všimli?



Je dôležité myslieť na to, že zmyslom sociálnych služieb je sociálne začlenenie klienta, ktorého podstatou je, že klient žije bežným štýlom života. Ľudia chcú žiť vo vlastnom byte, zarábať peniaze, nájsť si partnera a žiť s ním a pod. Takéto životné ciele sú nezlučiteľné s ponukou ústavnej starostlivosti. Pokiaľ plánovanie nemá byť iba formálne, musí pobytové zariadenie reagovať na požiadavky svojich klientov a prispôbiť služby.

Služby začnú postupne dostávať viac terénny charakter (podpora poskytovaná v prirodzenom prostredí) a budú viac zamerané na obhajobu práv klientov. Samotná zmena spôsobu individuálneho plánovania nemôže zmeniť pobytovú starostlivosť na služby komunitného typu, ale môže byť dôležitým začiatkom, ktorý ukáže smer a iniciuje zmeny v oblasti financovania a organizácie poskytovaných služieb.

Individuálny plán a ciele individuálneho plánu

Môže sa zdať, že individuálne plány sú ďalšou byrokratickou, záťažovou aktivitou pre prevádzkovateľov sociálnych služieb. Ak ich vnímame ako povinnosť, ktorá musí byť urobená, tak to tak naozaj môže byť. Ak ale pochopíme, že individuálne plány sú nástrojom, ktorý nám môže pomôcť naplánovať služby presne na individuálne potreby občana a podľa jeho želaní, tak môžu byť veľkou pomôckou a prostriedkom na efektívne využitie času a energie venovanej klientovi.

Individuálny plán je program, na základe ktorého je občanovi s postihnutím poskytovaná starostlivosť presne podľa jeho jedinečných potrieb s cieľom rozvíjania jeho predpokladov a zručností. V individuálnom pláne pristupujeme ku klientovi ako komplexnému celku so všetkými jeho prednosťami a nedostatkami. Potreba plánov vychádza z predpokladu, že občan

so špecifickými potrebami je subjektom sociálnych a zdravotných služieb, to znamená, že je aktívnym účastníkom týchto služieb.

Individuálne plány majú vplyv na kvalitu života klienta, podporu klienta a jeho vedenie k samostatnosti a vyvážený rozvoj všetkých oblastí jeho života. Občania, ktorí si zvolia svoje ciele sami, sú oveľa motivovanejší na nich aj pracovať a výsledky sa dostávajú oveľa rýchlejšie. Súčasne nemusíme poskytovať občanom služby, ktoré v skutočnosti nepotrebujú, môžeme sa zamerať iba na tie, ktoré sú naozaj potrebné.

Na to, aby bol individuálny plán dobre vypracovaný, efektívny a prínosný, musí byť splnených niekoľko podmienok jeho prípravy a prehodnotenia:

- aby bol každý individuálny plán vypracovaný za aktívnej spolupráce s občanom s postihnutím alebo s jeho rodičmi;
- aby všetky plány boli založené na presných faktoch. Ak jednotlivец nenapreduje k cieľom, ktoré si stanovil, môže byť plán prehodnocovaný tak často ako je potrebné na to, aby bol zabezpečený progres k stanoveným cieľom;
- aby sa všetky plány zameriavali na fungovanie občana s postihnutím v prostredí, ktoré je preňho čo najprirodzenejšie;
- aby každý individuálny plán bol vnímaný ako legálny dokument, ktorý jasne popisuje, ktoré sociálne služby budú občanovi poskytované a kto bude tieto služby poskytovať;
- komplexnosť individuálneho plánu, t.j. že má obsahovať všetky potreby, ktoré sú klientovi/-tke vlastné. Predpokladom dodržania tejto požiadavky sú v pláne obsiahnuté všetky spektrá života jedinca- bio-psycho-sociálna i duchovná oblasť;
- koordinovanosť individuálneho plánu. Dosiachnutie plánovaných cieľov, ktoré sú v individuálnom pláne opísané, si väčšinou vyžaduje spoluprácu viacerých odborníkov (lekár, sociálny pracovník, učiteľ, rodič, v neposlednom rade samotný klient), ide teda o multidisciplinárny prístup. Sociálny pracovník koordinuje (prípádový manažment) spoluprácu viacerých odborníkov (viac o tom pozri: Krupa a kol., 2006, Krupa a kol., 2007).

Proces tvorby individuálneho plánu:

1. **Fáza mapovania schopností a zručností klienta/-ky** - prípravná fáza - zbieranie informácií, analýza zistených informácií, hodnotenie situácie klienta/-ky, jeho/jej problémov, prání, silných stránok, vytvorenie preferencií, účasť klienta/-ky v procese, etické zhodnotenie zvolených priorit.

2. **Fáza definovania cieľov**- cieľavedomý proces, je základom spolupráce medzi odborníkmi. Zohľadňuje sa miesto, kde sa klient/-ka nachádza (domov, práca, škola, kluby voľnočasových aktivít... a pod.). Ciele majú byť realistické, merateľné – konkrétne, krátkodobé – dlhodobé, podľa priorit, sociálne ciele, udržiavacieho charakteru, tréningového charakteru...).Nadradeným cieľom je dosiahnuť čo najviac samostatný život, ako je možné.

3. **Fáza voľby vhodných metód** - voľba spôsobov, prostredníctvom ktorých by klient mal čo najskôr a najadekvátnejšie dosiahnuť stanovené ciele: rozvoj zručností na poli každodenného diania, komunikácie a pod.

4. **Vypracovanie presného plánu činnosti** – bližšie sa charakterizujú aktivity ktorých sa klient/-ka bude zúčastňovať a ich časový harmonogram. V zjednodušenej podobe obsahuje odpovede na tieto otázky: Kto?, Čo?, Kedy?, Ako?, Kde? Táto časť individuálneho plánu je dôležitá preto, lebo najvýraznejšie ovplyvňuje úspešnosť alebo neúspešnosť celej činnosti.

5. Zhodnotenie úspešnosti plánu a efektívnosti zvolených metód – prebieha v pravidelných intervaloch (aspoň každý mesiac), umožňuje priebežne hodnotiť úspešnosť/neúspešnosť volenej metódy, nedostatok informácií, chybný plán činnosti, zvolené nevhodné prostredie, nevhodný čas tréningu - odhaľuje nové poznatky, upozorňuje na situácie, ktoré sme si v predchádzajúcich častiach procesu nevšimli alebo neuvedomili. Hodnotenie robí klient sám + pracovníci, ktorí s klientom pracujú, príbuzní... a iné osoby, ktoré sú významné v tejto časti procesu.

Z uvedeného vyplýva, že **individuálny plán** :

- nie je cieľ, ale prostriedok prijímateľa/-ky sociálnych služieb na dosiahnutie kvalitného života
- jeho cieľom je, aby prijímateľ/-ka sociálnych služieb dostal/-a kompaktné, koordinované, flexibilné a individuálne prispôbené služby (aj mimo zariadenia, v komunite)
- je nástrojom spolupráce prijímateľa/-ky sociálnych služieb a jeho/jej kontaktného pracovníka/pracovníkov
- je tiež nástrojom spolupráce pracovníkov zariadenia, zriaďovateľa a iných poskytovateľov sociálnych služieb v rámci komunity
- je vlastníctvom prijímateľa/-liek sociálnych služieb
- jeho výsledkom je život podľa predstáv prijímateľa/-ky a nie len plán, ktorý ho popisuje.

Tézy k predmetu Individuálne plány klienta/-tky

1. Nezávislý život, integrácia, inklúzia
2. Plánovanie zamerané na človeka a transformácia ústavnej starostlivosti
3. Individuálny plán a ciele individuálneho plánu
4. Proces tvorby individuálneho plánu
 - Mapovanie schopností a zručností klienta/-ky;
 - Definovanie cieľov;
 - Voľba metód;
 - Vypracovanie presného plánu;
 - Zhodnotenie úspešnosti plánu a efektívnosti zvolených metód.

Literatúra:

- AMBRÓZOVÁ, A. a kol. 2006. *Proces terénnej sociálnej práce v sociálne vylúčenej komunite*. PDCS. Bratislava 2006. ISBN 80-969431-3-8
- ANTALOVÁ, M., BEDNÁRIK, R., LALUHA, I., TKÁČIKOVÁ, J. 2010: *Kvalita života. Teória, metodológia, empiria*. Ekonóm: Bratislava 2010. ISBN 978-80-225-3043-9
- KRUPA, S. a kol. 2006. *Rozvoj komunitných sociálnych služieb. Projekt IS EQUAL - Transformácia domovov sociálnych služieb s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie ich obyvateľov v roku 2006 ako učebné texty pre pracovníkov zariadení sociálnych služieb. Rada pre poradenstvo v sociálnej práci*. Bratislava. 2006.
- KRUPA, S. a kol. 2007. *Transformácia domovov sociálnych služieb s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie jej obyvateľov*. Projekt IS EQUAL, Rada pre poradenstvo v sociálnej práci. Bratislava, 2007.

2.2.2 Krízová intervencia ako prevencia sociálnej exklúzie

Kríza je subjektívne vnímaná ohrozujúca situácia s veľkým dramatickým nábojom. Situácia, ktorá spôsobuje zmenu v každodennom spôsobe života, vyvoláva stav nerovnováhy, ohrozenia a stresu. Stav krízy je obvykle popisovaný ako emočné rozrušenie, ktoré je často sprevádzané pocitmi zmätku, úzkosti, depresie, hnevu a dezorganizácie vo vzťahoch i v sociálnom fungovaní (Vodáčková, 2002). Podľa Kastovej (2000) k charakteristikám krízy patrí tiež pokles sebaúcty, znížená schopnosť koncentrácie, narušenie doterajšej psychosociálnej rovnováhy, čo sa môže prejaviť pocitmi bezmocnosti a nevykonnosti, ale aj somatickými problémami.

Typy kríz: situačné (choroba, rozvod, sťahovanie, strata zamestnania...), tranzitórne (výber partnera, narodenie dieťaťa...), prameniace z náhleho traumatizujúceho stresoru, krízy zrenia (týkajú sa bezpečia, istoty, intimity, závislosti, úzkosti, moci či bezmoci, sexuality a identity...), krízy prameniace zo psychopatológie (zraniteľnosť...), akútne krízové stavy (alkoholové intoxikácie, suicidálne správanie, nekontrolovaná zlosť, agresia...).

Krízová intervencia je špecializovaná pomoc osobám, ktoré sa ocitli v kríze. Snahou je minimalizovať ohrozenie klienta/-ky, objaviť a posilniť jeho/jej schopnosti vyrovnáť sa so záťažou tak, aby sa posilnila integrita a rast a aby sa predišlo zhoršeniu situácie. Ide hlavne o zásah na úrovni rodiny a sociálnu intervenciu na podporu sociálnej inklúzie ľudí v rozličných typoch sociálnych rizík. Základom krízovej intervencie je, že musí byť okamžitá, aktívna, ľahko dosiahnuteľná. Ten, kto poskytuje starostlivosť by mal dať jasne najavo, že chápe klientove/klientkine pocity a že jeho/jej prejavy sú normálnou reakciou na „nenormálnu“ situáciu. Zistenie a posúdenie aktuálneho stavu je kľúčové – sledujeme schopnosť komunikácie a orientácie v realite, akými prostriedkami a čo sa snaží klient/-ka povedať. Pátrame po typických stresových prejavoch a snažíme sa dozvedieť, čo môže byť spúšťačom krízy (Kastová, 2000).

Sociálne služby krízovej intervencie sa poskytujú pre fyzické osoby na riešenie rôznych nepriaznivých situácií (napr. ubytovanie, strava, základné ošatenie a obuv a základná osobná hygiena, domáce násilie, bývanie v osade), a to prostredníctvom terénnej sociálnej služby krízovej intervencie, nízkoprahového denného centra, integračného centra, komunitného centra, nocľahárne, útulku, domova na polceste, nízkoprahovej sociálnej služby pre deti a rodinu a zariadenia núdzového bývania (zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách).

Priebeh krízovej intervencie:

1. vnútorná príprava na stretnutie a zaistenie podmienok nerušeného rozhovoru
2. prijatie klienta, orientačný rozhovor
3. abreakcia (uvoľnenie emócií odžitím)
4. hľadanie čiastkových riešení
5. zaistenie nadväznosti v ďalšej starostlivosti

Sociálny/-a pracovník/-čka v krízovej intervencii využíva rôzne *formy odbornej krízovej pomoci*: ambulatná forma (formou stacionára – tvárou v tvár), forma hospitalizácie (keď

pobyt doma je ohrozujúci a kontraproduktívny), forma terénnej služby (výjazd ku klientovi, návšteva, sprevádzanie...), forma krízovej pomoci a služby v klientovom prirodzenom prostredí (jednorázovo alebo opakovane), telefonická krízová intervencia (špecializované linky – hot line, linky dôvery...). Zameriava sa na bio-psycho-sociálny priestor klienta. krízová intervencia je metóda práce s klientom, ktorú on osobne prežíva ako záťažovú. Ťažiskom práce je riešenie problému, cieľom je posilniť klientove/-kine kompetencie. Odborná práca je eklektická, t.j. šitá na mieru človeka a jeho situáciu. Zameriava sa na blízku minulosť, kedy krízová situácia vznikla a na dosiahnutie blízkej budúcnosti bez krízy. Aktívny prístup znamená diagnóza a riešenie problému, nie zastupovanie klienta v riešení krízy – „nepotrebuje invalidný vozík ten, kto vie chodiť.“ V závere konzultácie uzatvára soc. pracovník s klientom/-kou kontrakt. Vyriešený krízový stav, poskytnutá pomoc je jednou z metód sociálnej inklúzie a prevencie sociálneho vylúčenia.

V rodinnej terapii sociálny pracovník za liečebnú jednotku považuje nielen jednotlivca, ale celú rodinu ako samostatnú vzťahovú štruktúru. V krízovej intervencii sociálny pracovník využíva techniky efektívnej komunikácie – verbálnej i neverbálnej.

Sociálny pracovník pracuje s dôvernými informáciami, často v časovom strese, niekedy musí spolupracovať s ďalšími odborníkmi (psychológmi, psychiatrami...), s orgánmi činnými v trestnom konaní, stretáva sa s klientom emočne rozladeným až agresívnym. Ak sa zanedbáva psychohygiena, po dlhých obdobiach napätia a pracovného stresu bez ventilácie nahromadených negatívnych zážitkov môže dôjsť k vyhoreniu.

Supervízia ako prevencia syndrómu vyhorenia - špecifický typ konzultačnej pomoci, v ktorom ide o partnerský vzťah neformálnej autority – supervízora a supervidovaného, kde pomocou štruktúrovaného procesu a vytvárania vhodného prostredia pre dialóg a reflexiu, môže dôjsť k skvalitňovaniu práce supervidovaného a k jeho osobnostnému rastu. Dôležité zo strany supervízora je položiť správne otázky, aby si supervidovaný odpovedal sám a našiel správne riešenie svojho problému.

V praxi sa stáva, že sociálni pracovníci neprijímajú informácie o nových sociálnych službách s nadšením a neponáhľajú sa so zmenami. Je potrebné si uvedomiť, že každá zmena je procesom, ktorý si vyžaduje svoj čas – pre rôznych ľudí rôzne dlhý.

Supervízia je dôležitá pre profesionálne zvládnutie prístupu ku klientovi či k skupine klientov: -podporuje alternatívne možnosti riešenia; podporuje využívanie účinných metód; zaručuje zvyšovanie profesionálnej kompetencie; chráni klienta pred nekompetentnými intervenciami poradcu a sociálneho pracovníka; vedie ku korigovaniu neefektívnych prístupov; Supervízia je dôležitým nástrojom sebazpoznania a sebareflexie sociálneho pracovníka - pomocou spätnej väzby od supervízora alebo od supervíznej skupiny má možnosť poznať svoje prednosti a obmedzenia, môže korigovať svoje postupy a skvalitňovať svoju prácu.

Tézy k predmetu Krízová intervencia ako prevencia sociálnej inklúzie

1. Kríza, priebeh, príčiny, typy kríz, pomoc v kríze, krízová intervencia ako metóda
2. Kríza v živote človeka - techniky práce s človekom v kríze
3. Kríza prameniaca zo psychopatológie
4. Techniky práce s klientom v kríze

5. Špecifiká dištančnej a terénnej krízovej intervencie
6. Supervízia ako prevencia syndrómu vyhorenia

Literatúra:

- KASTOVÁ, V. 2000. *Krize a tvořivý přístup k ní*. Portál, Praha, 2000.167 s. ISBN 80-7178-365-X.
- MATOUŠEK, O. 2003. *Metódy a řízení sociální práce*. Portál, Praha, 2003.
- SCHAVEL, M. 2010b. *Supervízia v sociálnej práci pre sociálnych pracovníkov*. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, 2010.106 s. ISBN 978-80-89392-18-6.
- VODÁČKOVÁ, D. a kol. 2002. *Krizová intervence*. Portál, Praha, 2002. 543 s. ISBN 80-7178-696-9.

2.3 Sociálne potreby jednotlivcov a ich zakotvenie v komunite

Európska únia a deinštitucionalizácia: V roku 2009 vypracovala skupina nezávislých expertov Správu Ad - Hoc o transformácii inštitucionálnej starostlivosti na komunitnú starostlivosť. V jej zhrnutí sa uvádza, že mnohí ľudia z rôznych vekových kategórií a s rozličným zdravotným stavom (starší ľudia, deti, ľudia s postihnutím – vrátane osôb s poruchami duševného zdravia) žijú v ústavných zariadeniach, ktoré ich vyčleňujú zo spoločenstva. Na účely správy tieto zariadenia nie sú definované v prvom rade svojou veľkosťou, ale predovšetkým črtami tzv. ústavnej kultúry (strata individuality, stereotypný režim, bloková liečba, sociálna vzdialenosť, paternalizmus). Veľkosť je len ukazovateľom – čím je zariadenie väčšie, tým je menšia šanca na zabezpečenie služieb prispôbených individuálnym potrebám, ako aj na zabezpečenie účasti a začlenenia do spoločenstva.

Komunita

- ľudia, žijúci v geograficky definovanej oblasti, existujú medzi nimi vzájomné sociálne väzby, sú viazaní k sebe navzájom i k miestu, kde žijú.
- skupina jednotlivcov alebo rodín, ktorá zdieľa isté hodnoty, služby, inštitúcie, záujmy alebo geografickú blízkosť
- proces pomáhajúci ľuďom, aby spoločnou aktivitou vyriešili problém miestnej komunity, prípadne zlepšili podmienky svojho života v komunite.

Komunitná práca je založená na predpoklade, že ľudská pospolitosť má pre človeka zásadný význam. Jej zmyslom je zvyšovať toleranciu, dobré susedské vzťahy a sociálnu zodpovednosť, naopak - znižovať intoleranciu, predsudky a strach.

V sídelnej komunite majú členovia vzájomné charakteristické citové, intelektuálne a kultúrne vzťahy, majú aj konkrétne vzťahy k miestu bydliska – sídlu, môže ich viazať spoločný osud, pozitívne alebo negatívne životné situácie, sú v podobnej ekonomickej situácii a na konkrétnej spoločenskej úrovni. Komunita má vlastné kultúrne tradície, často hodnotené ako „spôsob života“.

Sociálne vzťahy medzi ľuďmi majú kvalitatívny rozmer, ktorý môžeme ohraničiť štyrmi obsahmi vzťahov: 1. úcta, 2. akceptácia, 3. subsistencia - zotrvávanie, 4. osamostatňovanie.

Úcta je jediným zo sociálnych komponentov architektúry dôstojnosti človeka. Ak v histórii ľudstva došlo k strate vzájomnej úcty voči človeku či životu, malo to vždy za následok ponížovanie, nepriateľstvo, diskrimináciu, izoláciu, vzájomnú separáciu či likvidáciu.

Podstatou **akceptácie** je poskytnutie slobodného priestoru pre druhého človeka. Dáva inému možnosť na obhájenie svojich požiadaviek a posilňuje účasť na riešení jeho požiadaviek.

Subsistencia je proces kvalitných sociálnych služieb, podmienený vzájomnou úctou, akceptáciou druhého človeka ako partnera a zotrvávaním s ním v jeho sociálnej situácii.

Osamostatňovanie je podpora klienta v samostatnosti, pričom miera jeho samostatnosti je určovaná predovšetkým samotným klientom/-kou a kvalitou sociálneho prostredia (Krupa, 2006).

V ambulantnej a terénnej komunitnej práci sú sociálna pomoc a sociálne služby súborom činností, ktoré občanovi poskytujú pomoc v nepriaznivej sociálnej situácii a ochranu pred sociálnym vylúčením. Pomáhajú zabezpečiť základné životné podmienky, nadobudnúť sociálnu stabilitu a obnoviť sociálnu nezávislosť a suverenitu.

Potreby klienta/-ky, ktoré tvoria základné premisy pre autonómny život v komunite:

- Uspokojenie základných potrieb: láska, bezpečnosť, strava, oddych, spánok
- Zažitie naozajstných partnerských vzťahov
- Bývanie v bytovom spoločenstve menšieho rozsahu vo väčšej spoločnosti
- Účasť na každodenných aktivitách na úrovni výchovy, vzdelávania, práce, formovania osobnosti a voľného času
- Existencia osobnej a profesionálnej podpory
- Existencia zdravotníckych zariadení a zariadení na uspokojenie osobných potrieb.

Sociálny pracovník v komunitnej práci

Niektorí autori (napr. Ambrózová a kol., 2006, Krupa a kol. 2006) odporúčajú nasledovné **fázy práce** s klientom/-kou v komunite:

- prvý kontakt
- zisťovanie situácie
- kontrakt – dohoda
- riešenie problému
- sociálna intervencia
- ukončenie.

Každá z týchto fáz má svoje obsahové aj účelové naplnenie, k jednotlivým fázam sa môže sociálny pracovník opätovne vrátiť podľa aktuálneho stavu v riešení nepriaznivej sociálnej situácie klienta/-ky.

Práca s klientom/-kou v komunite má vždy rovinnu **obsahovú, procesnú a vzťahovú**. Vždy musíme myslieť na:

- **obsah** – teda to, o čom s klientom/-kou hovoríme
- **proces** – odkiaľ a kam s klientom/-kou ideme a prečo
- to, ako to vplýva na náš **vzťah** - ten treba budovať počas celej spolupráce.

Všetky tri roviny sa navzájom ovplyvňujú a podmieňujú, ani jedna časť nemôže zostať osamotená. Aj keď hovoríme o obsahu, vždy tým ovplyvňujeme vzťah, pričom rozhovor je súčasťou práce s klientom/-kou. Ten vedieme preto, aby sme klientovi v niečom pomohli, teda máme cieľ. Ak máme cieľ, mali by sme vedieť, prečo mu hovoríme toto a takto a nie niečo iné a inak. Zvažujeme pri tom, kam sa uberá a bude uberať naša spolupráca. Tento "ťah

na bránku” je proces práce s klientom/-kou. Vzťah sociálneho pracovníka by mal klienti/-ky vnímať ako osobnú podporu (pomoc k svojpomoci).

Pri osobnej podpore sú dôležité tieto hodnoty:

- ponúknuť podporu namiesto starostlivosti
- orientácia na jednotlivca: v centre pozornosti nie je hendikep, ale osoba
- ciele otázky: ponuku určuje klient, nie personál
- profesionálny postup: postup na základe metódy
- pridanie osobného názoru
- využívanie vlastných možností klienta
- podporovanie samostatnej iniciatívy.

V komunitne organizovaných sociálnych službách zameraných na individuálne služby pre jednotlivcov a skupiny sú objektom i subjektom sociálnej práce najčastejšie nasledovné kategórie občanov:

- *Klienti v hmotnej a sociálnej núdzi* (odkázanosti) – identifikácia potrieb, aktivizácia klienta, prevencia sociálnej exklúzie, kompenzácie a dávky, praktická práca v medziodborovom tíme.
- *Klienti s deficitom sebaopatery* (častočne mobilný a imobilný) – dištančné hlasové služby, práca s rodinou, terénne sociálne služby.
- *Klienti bez domova, matka s deťmi bez domova, rodina bez domova* – intervenčná sociálna práca so širším podporným kruhom a s komunitou, streetwork a podprahové soc. služby, útulky a sociálne bývanie.
- *Klienti s ťažkým zdravotným postihnutím* – špecifiká potrieb klientov vo vzťahu k ich zdravotnému postihnutiu, individuálne plány, ambulantné a terénne sociálne služby, podporované bývanie, respitná starostlivosť, aktivizácia a postoje k zmene.
- *Klienti po výkone trestu* – postpenitenciárna starostlivosť, resocializácia a reedukácia.
- *Násilie na jednotlivcovi* - týranie, zanedbávanie, zneužívanie, ... krízová intervencia a prevencia, ochrana klienta pred krízovými situáciami a ich riešenie.
- *Chudoba, nezamestnanosť, závislosti a iná soc. patológia* – formy pomoci, krízová intervencia, poradenstvo, edukácia, prevencia.
- *Človek v hraničných životných situáciách* (ťažká choroba, zomieranie, smrť...) – poradenstvo, kompenzácie, prípadová soc. práca, krízová intervencia, poradenstvo, opora.

Výsledok komunitnej práce s klientom/-kou

- Získavanie vedomostí a osvojovanie si zručností
- Zdokonaľovanie osobnosti
- Prijímanie vlastných rozhodnutí
- Život v spoločnosti a prispievanie do nej
- Zdokonaľovanie dôstojnosti a rešpektu pred sebou samým.

Všetci občania majú právo na rešpektovanie ľudských práv, majú právo na výber kvalitných sociálnych služieb podporujúcich ich samostatnosť a nezávislý život v najvyššej možnej miere. Samostatný život možno dosiahnuť vtedy, ak budú v komunite prístupné sociálne služby podľa ich individuálnych potrieb a potrieb ich rodín s podporou a ochranou, ktorú potrebujú. Musia mať reálnu možnosť výberu kde a s kým budú žiť, možnosť voľby v ich každodennom živote a reálne možnosti, ako byť nezávislým a aktívne participovať v ich

komunitách. To znamená žiť nezávisle v komunite, v malých skupinových domoch alebo individuálne, s adekvátnou podporou, mať prístup k vzdelávaniu a zamestnaniu, ako aj k sociálnemu a kultúrnemu životu v komunite. Aby sa zabezpečilo, že komunitné služby budú poskytované na základe individuálnych potrieb, ľudia s postihnutím musia byť zapojení do ich rozvoja, spolu s ostatnými kľúčovými osobami a inštitúciami. Je dôležité, aby plánovanie, poskytované služby a hodnotenie komunitných služieb boli založené na hodnotách rovnosti občanov a sociálnej inklúzie ako aj na princípoch pozitívnej zmeny. Sieť podporných služieb musí byť založená na individuálnych potrebách a služby musia zodpovedať aspiráciám, cieľom, plánom a možnostiam klientom/-kám sociálnych služieb.

Sociálne bývanie.

Sociálna politika v oblasti bývania definuje špeciálne formy bývania určené pre nasledovné kategórie:

1. občania, ktorí sa dostávajú do pozície skupín ohrozených sociálnym vylúčením, napr.:
 - občania, ktorí v dôsledku nízkej úrovne vzdelania a kvalifikácie vykonávajú iba príležitostné pomocné práce, prípadne sú bez zamestnania,
 - ľudia s fyzickým alebo mentálnym postihnutím,
 - mládež po ukončení ústavnej alebo ochrannej výchovy,
 - mladí dospelí,
 - starší ľudia, osamelí rodičia s deťmi a mnohohodné rodiny,
 - občania marginalizovanej rómskej komunity.
2. marginalizované skupiny obyvateľstva, ktoré sa vyznačujú úplným sociálnym vylúčením napr. v dôsledku straty bydliska, dlhodobej nezamestnanosti, závislosti od drog, nedostatočnej sociálnej prispôsobivosti a pod.

Pre bývanie týchto skupín obyvateľstva treba vytvárať podmienky najmä v sociálnom bývaní zodpovedajúceho štandardu alebo v prípade niektorých špecifikovaných sociálne ohrozených či vylúčených skupín v rôznych zariadeniach sociálnych služieb, v ktorých je poskytovaná osobitná sociálna alebo zdravotná starostlivosť a sú zabezpečené aj iné služby v závislosti od druhu a účelu zariadenia.

Do kategórie sociálneho bývania môžeme zahrnúť:

- nájomné byty vo verejnom nájomnom bytovom sektore vrátane malometrážnych bytov určených napr. ako prvé bývanie pre mladé rodiny s tým, že nárok na takéto bývanie budú mať len domácnosti do stanovenej výšky príjmov,
- byty a iné formy bývania pre domácnosti s nízkymi príjmami a skupiny so špecifickými potrebami, ako napr. byty pre občanov v sociálnej núdzi, s ťažkým zdravotným postihnutím, osamelých rodičov starajúcich sa o maloleté deti, mnohohodné rodiny, občanov po ukončení ústavnej alebo ochrannej výchovy, občanov s problémami sociálneho začlenenia a občanov bez prístrešia,
- byty nižšieho štandardu pre neplatičov nájomného a pre marginalizované skupiny obyvateľstva,
- byty pre bývanie starších ľudí –malometrážne bezbariérové byty, ev. byty osobitného určenia v domoch s opatrovateľskou službou.

Pre veľmi úzko špecifikované, sociálne ohrozené či vylúčené skupiny obyvateľstva je bytová otázka zabezpečená vo forme zariadení sociálnych služieb, napr. detské domovy, zariadenia pre seniorov, špecializované zariadenia, domovy sociálnych služieb, útulky, zariadenia

núdzového bývania, atď. (Zákon č. 443/2010 Z. z. o dotáciách na rozvoj bývania a o sociálnom bývaní).

Tézy k predmetu: Sociálne potreby jednotlivcov a ich zakotvenie v komunite

1. Klienti v hmotnej a sociálnej núdzi (odkázanosti) – identifikácia potrieb, aktivizácia klienta, prevencia sociálnej exklúzie, kompenzácie a dávky, praktická práca v medziodborovom tíme.
2. Klienti s deficitom sebaopaterky (čiastočne mobilný a imobilný) – dištančné hlasové služby, práca s rodinou, terénne sociálne služby.
3. Klienti bez domova, matka s deťmi bez domova, rodina bez domova – intervenčná sociálna práca so širším podporným kruhom a s komunitou, streetwork a podprahové soc. služby, útulky a sociálne bývanie.
4. Klienti s ťažkým zdrav. postihnutím – špecifiká potrieb klientov vo vzťahu k ich zdravotnému postihnutiu, individuálne plány, ambulantné a terénne sociálne služby, podporované bývanie, respitná starostlivosť, aktivizácia a postoje k zmene.
5. Klienti po výkone trestu – postpenitenciárna starostlivosť, resocializácia a reedukácia.
6. Násilie na jednotlivcov - týranie, zanedbávanie, zneužívanie, ... krízová intervencia a prevencia, ochrana klienta pred krízovými situáciami a ich riešenie.
7. Chudoba, nezamestnanosť, závislosti a iná soc. patológia – formy pomoci, krízová intervencia, poradenstvo, edukácia, prevencia.
8. Človek v hraničných životných situáciách (ťažká choroba, zomieranie, smrť...) – poradenstvo, kompenzácie, prípadová soc. práca, krízová intervencia, poradenstvo, opora.

Literatúra citovaná:

AMBRÓZOVÁ, A. a kol. 2006. *Proces terénnej sociálnej práce v sociálne vylúčenej komunite*. Vyd. Don Bosco, Bratislava, 2006. ISBN 80-969431-3-8
HERMOCHOVÁ, S. 1988. *Sociálne psychologický výcvik II*. Praha : SPN, 1988. 138 s.
KRUPA, S. a kol. 2007. *Transformácia domovov sociálnych služieb s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie jej obyvateľov*. Projekt IS EQUAL, Rada pre poradenstvo v sociálnej práci. Bratislava, 2007. dostupné online <http://www.rpsp.sk/download/publikacie/rozvoj.pdf>
Zákon č. 443/2010 Z. z. o dotáciách na rozvoj bývania a o sociálnom bývaní.

Literatúra odporúčaná:

GABURA, J. 2005. *Sociálne poradenstvo*. Bratislava : Občianske združenie sociálna práca. 222 s. ISBN 80-89185-10-X.
GIERTLOVÁ, K. 2004. *Manažovať a koučovať systemicky?* Banská Bystrica : Co / Man, 2004. 158 s. ISBN 80-89090-07-9.
HARGAŠOVÁ, M. a kol. *Skupinové poradenstvá*. Praha : Grada, 2009. 264 s. ISBN 978-870-247-2642-7.
HARTL, P. 1997. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha : SLON, 1997. 221 s. ISBN 80-85850-45-1
HUPKOVÁ, M. 2011. *Rozvíjanie sociálnych spôsobilostí v pomáhajúcich profesiách*. Bratislava : Iris, 2011. 334 s. ISBN 978-80-89256-61-7.

- KOLLÁRIK, T. 1993. Sociálna psychológia. Bratislava : SPN, 1993. ISBN 80-08-01828-3.
- LABÁTH, V. – SMIK, J. – MATULA, Š. 2011. Expoprogram. Intervenčný program pre skupinovú prácu s deťmi a mládežou. Bratislava : Univerzita Komenského, 2011. 276 s. ISBN 978-80-223-2756-5.
- LEVICKÁ, J. a kol. 2008. Na ceste za klientom. Trnava : Oliva, 2008. 286 s. ISBN 978-80-89332-03-8.
- ONDREJKOVIČ, P. a kol. 2009. *Sociálna patológia*. 3. vydanie. Bratislava: VEDA, 2009. 580 s. ISBN 978-80-224-1074-8.
- PAVELOVÁ, L. a kol. 2015. *Komunitná sociálna práca*. Bratislava: IRIS, 2015. 249 s. ISBN 978-80-89238-79-8.

2.4 Zvyšovanie sociálno - psychologických kompetencií a zručností sociálneho pracovníka prostredníctvom SPV

Sociálny pracovník/facilitátor pracujúci so skupinou

Základným kvalifikačným predpokladom sociálneho pracovníka na Slovensku je ukončené vysokoškolské vzdelanie v bakalárskom alebo magisterskom stupni v študijnom odbore sociálna práca. Pre prácu so skupinou ale potrebuje aj náležitý výcvik v skupinovej práci. Tento sa zvyčajne realizuje na základnej báze ako sociálno-psychologický výcvik (SPV), resp. výcvik sociálnych spôsobilostí. Skúsenosť vlastného výcviku by mala byť pre skupinovú sociálnu prácu *conditio sine qua non*. Ďalším dôležitým predpokladom pre sociálnu prácu so skupinou je jej praktické realizovanie a schopnosť „učiť sa v skupine a spolu so skupinou“.

Pojem *sociálno-psychologický výcvik* používame na označenie systematicky plánovaného prístupu na ovplyvňovanie skupinových procesov a skupinového správania (Hermonchová, 1988). Pod pojmom „skupinové procesy“ máme na mysli aktuálne, konkrétne správanie sa v skupine, teda to, čo v skupine prebieha. Členovia skupiny si zrozumiteľne oznamujú svoje názory v procese komunikácie. Musia teda prebiehať procesy systematického riešenia úloh, aby sa nestrácal čas zbytočným dohadovaním. Medzi členmi skupiny sa musia vytvoriť harmonické vzťahy tým, že sa vzájomne poznávajú a podporujú. V sociálno-psychologickom výcviku si každý účastník môže na základe zážitkového učenia overiť, aké obtiažne je ovplyvniť alebo dokonca zmeniť správanie sa jedinca v skupine. Osvojiť si nové, lepšie skupinové správanie je príkladom komplexného učenia celkom zvláštneho typu, ktoré zahŕňa nové poznanie, pochopenie, nové postoje a zručnosti. Sociálno-psychologický výcvik umožňuje každému členovi skupiny experimentovať so svojím správaním. Každý si tak môže overiť, aké dôsledky majú nové prvky v jeho správaní. Činnosť člena v skupine mu v priebehu sociálno-psychologického výcviku umožňuje odhaliť vzťah medzi svojimi vnútornými problémami a ťažkosťami, ktoré má v styku s ľuďmi. Výcviková skupina však nie je tým miestom, kde by sa jeho osobné problémy mali riešiť. Jej význam spočíva v tom, že jej člen získava hlbší vhľad do svojho sociálneho pôsobenia a dozvedá sa tak, ako jeho správanie pôsobí na druhých ľudí. Primárnym cieľom sociálno-psychologického výcviku je dosiahnuť, aby sa jeho absolventi dopracovali k takým zmenám svojho sociálneho správania, ktoré by im umožnili, **aby boli v riešení sociálnych situácií úspešnejší.**

Tézy k predmetu: Sociálno-psychologické zručnosti a kompetencie

1. Sebasystém, vzťah k vlastnému ja
2. Sebauvedomovanie, sebapoznávanie
3. Sociálna percepcia
4. Sebahodnotenie, sebaregulácia a sebareflexia
5. Tímová spolupráca, kooperácia
6. Supervízia
7. Konflikty, zdroje konfliktov a zvládanie konfliktov
8. Asertivita a argumentácia
9. Relaxačné techniky a psychohygiena.

Výcvik je vedený maximálne **interaktívnou formou** (ukážky praxe, nácviky praktických situácií), témy sú modifikované podľa potrieb cieľovej skupiny, po každej téme je zaradená evalvácia.

Literatúra:

HERMOCHOVÁ, 1988. *Sociálne psychologický výcvik II*. Praha : SPN, 1988. 138 s.

BAŠTECKÁ, B. et al. 2003. *Klinická psychologie v praxi*. Praha : Portál, 2003. 420 s. ISBN 80-7178-7353.

2.5 Nástroje hodnotenia kvality sociálnych služieb

Kvalita života podľa definície WHO (1996) „Je spôsob, akým jednotlivec vníma svoje postavenie v živote, v kontexte kultúrneho a hodnotového systému, v ktorom žije, ako aj vo vzťahu k svojim osobným cieľom, očakávaniam, normám a záujmom. Ide o široký pojem, ktorého obsah je mnohorako ovplyvňovaný viacerými faktormi, ako sú telesné zdravie, psychický stav, osobné presvedčenie, sociálne vzťahy, ale aj prepojením týchto faktorov s významnými prvkami prostredia“.

Kvalita v bežnom živote znamená praktické ocenenie dobrého (kvalitného) tovaru alebo služby. Slovo kvalita môžeme tiež nahradiť synonymom „hodnota“. Ak je niečo „kvalitné“, predpokladáme, že je to tiež „hodnotné“. Je však potrebné sa dohodoriť, čo je v konkrétnom prípade hodnotou. Je teda nevyhnutné stanoviť **normu** alebo „**štandard**“. Do oblasti poskytovania sociálnych služieb vnášajú potrebné normy „štandardy kvality sociálnych služieb“. Z uvedeného vyplýva že kvalita znamená robiť správne veci správne. Aby bolo možné kvalitu garantovať, je nutné výsledné produkty (v našom prípade sú nimi sociálne služby) a ich kvalitu posudzovať, hodnotiť. Pojem „hodnotenie“ má dva významy:

- hodnotenie ako kontrola – viažu sa k nemu tiež prípadné sankcie – týka sa to napr. už zmienenej registrácie poskytovateľov sociálnych služieb, dodržiavania „úrovne“ sociálnych služieb - väčšinou prichádza zvonka, od externého hodnotiteľa;

- hodnotenie ako spätná väzba – slúži ako podnet k rozvoju danej organizácie, ako podpora v tom, ako službu poskytovať tak, aby bola „dobrá“. V tomto prípade sa používajú i ďalšie nástroje pre riadenie kvality, napr. model CAF, sebahodnotenie a ďalšie, v ktorých ide o preukázanie kvality.

Hlavnými európskymi organizáciami, ktoré udávajú smer na poli riadenia kvality sú Európska organizácia pre akosť (EOQ) a Európska nadácia pre management akosti (European Foundation of Quality Management - EFQM).

Národná cena SR za kvalitu. Vláda SR reagovala na medzinárodný vývoj a požiadavku EÚ zaoberať sa akosťou vo všetkých jej formách tým, že v roku 1998 vydala uznesenie, ktorým bol Národný program kvality SR prijatý ako vyhlásený súhrn metód a nástrojov ovplyvňovania akosti výrobkov, služieb a činností v rámci národnej ekonomiky a služieb verejnej správy. Jedným z kľúčových cieľov tohto programu je zabezpečenie rastu kvality verejných služieb, vytvoriť na Slovensku prostredie, v ktorom je kvalita prirodzenou súčasťou života spoločnosti a ochrana občanov a inštitúcií pred nekvalitnými službami a výrobkami. Slovenská spoločnosť pre kvalitu vypisuje každoročne v rámci Národného programu kvality súťaž s názvom Národná cena za kvalitu. Táto cena je založená na hodnotení podľa modelu EFQM i podľa hodnotenia vynikajúcich výsledkov pri implementácii modelu CAF. O túto cenu súťažia organizácie verejného sektora, ako sú napríklad ústredné správne úrady, samosprávne úrady, organizácie z oblasti školstva, zdravotníctva, sociálnych služieb apod. V Čechách sú zvlášť udeľované „Ceny za kvalitu v sociálnych službách“ od roku 2006 v kategóriách: Cena kvality poskytovateľa sociálnych služieb, Osobnosť roka v sociálnych službách, Cena MPSV za kreatívny prístup k transformácii sociálnych služieb.

V sociálnych službách je zákazníkom klient/-ka, ktorý/á má vo svojich špecifických požiadavkách právo na kvalitu. Kvalita zo sociálneho pohľadu je súladom poskytovaných sociálnych služieb s konkrétnymi potrebami občana. Tento princíp evidentne prináša do sociálnej práce nový rozmer sociálnych služieb. Na popisanie a hodnotenie kvality služieb, štandardov a indikátorov vypracovali štátne a verejné orgány, organizácie poskytovateľov, ale aj výskumné a profesionálne združenia po celej Európe štandardy a indikátory.

Pod štandardami kvality sociálnych služieb sa rozumie súbor kritérií, ktoré umožňujú rozpoznať úroveň kvality poskytovaných sociálnych služieb v oblasti procedurálnej, personálnej a prevádzkovej. V oblasti kvality sociálnych služieb neexistuje žiadna absolútna definícia kvality. Práve preto, že sociálne služby sú plné dynamiky, pohybu a rýchlych zmien. Existuje však mnoho dôkazov, že užívatelia (spotrebitelia) majú často odlišný pohľad na kvalitu poskytovanej služby z pohľadu ich potrieb a očakávaní v porovnaní s reálne poskytovanou službou. Ak nás zaujíma postoj klienta/-ky, musíme tiež hľadať prostriedky, ako ho do nášho procesu kvality zapojíme, aby všetci zúčastnení mohli pracovať proaktívne a nie reaktívne (Repková a kol. 2010).

Nástroje hodnotenia kvality. Uvádzame niekoľko najpoužívanejších modelov, ktoré sú už v Európe dlhšiu dobu využívané a ktoré tiež zasahujú do sféry sociálnych služieb. V dostupných zdrojoch môžeme nájsť rozdelenie nástrojov do dvoch oblastí. Ako prvý sa uvádza súbor nástrojov nazývaný TQM (Total Quality Management – komplexný management akosti). Filozofia riadenia týmito nástrojmi je zameraná na zákazníka so snahou o trvalé zlepšovanie hlavných činností a využíva analytické nástroje a tímovú prácu, ktorá

vyžaduje angažovanosť všetkých zamestnancov, ale i vedenia organizácie do procesu zaistenia kvality a to za použitia vedeckých metód práce s faktami. Ústrednou myšlienkou je, že všetci pracovníci sú zodpovední za kvalitu poskytovaných služieb. Existuje niekoľko typov modelov TQM, z ktorých najčastejšie používanými sú Model EFQM, model CAF, normy ISO 9000, v USA je to model Malcolma Baldriga.

Druhú oblasť nástrojov nazýva literatúra ako tzv. učenie sa (learning). Tieto modely sú založené na získavaní a pochopení znalostí a informácií, ktoré môžu viesť ku zlepšeniu alebo k zmenám. Príklady týchto aktivít zahrňujú benchmarking, benchlearning, interne i externe uskutočňované hodnotenie a/alebo audity a prieskumy najlepšej praxe (in: Aplikačná príručka modelu CAF, 2007). Vzhľadom k tomu, že sa tieto modely prelínajú – napr. pri modeli EFQM sa využíva aj benchmarking – uvádzame príklady týchto nástrojov samostatne, bez delenia do týchto dvoch skupín:

Sebahodnotenie znamená pre organizáciu príležitosť k sebareflexii ešte pred tým, než je konfrontovaná so stanoviskami hodnotiteľov. Podporuje dialóg medzi hodnotiacou skupinou a pracovníkmi organizácie, čím sa znižujú obranné tendencie organizácie voči vonkajšiemu hodnoteniu kvality. Sebahodnotenie je úspešne využívané v rôznych systémoch zaistovania a zvyšovania kvality, napr. snahou Európskej nadácie pre management kvality (EFQM) je povzbudzovať organizácie, aby hodnotili sami seba a získali tak názor na svoje silné stránky a na oblasti pre zlepšovanie sa. K tomu sú používané dotazníky zostavené podľa kritérií Modelu EFQM. Tento model využíva celá rada európskych krajín pri uznávaní organizácií, ktoré preukázali vynikajúcu výkonnosť.¹

Benchmarking je proces, ktorým si organizácia hľadá relevantné organizácie, s ktorými sa môže porovnať alebo podrobiť benchmarkingu svoju vlastnú organizáciu a výkonnosť a poučiť sa zo zistených skutočností. Táto metóda môže byť užitočným a efektívnym nástrojom pre rozvoj organizácie, pretože využíva spoľahlivé a inými organizáciami overené zásady – učí sa od druhých a organizácie tak neobjavujú niečo, čo už pred nimi niekto objavil či vyskúšal (in: Aplikačná príručka modelu CAF, 2007).

Model European Foundation of Quality management (ďalej len EFQM) je známym modelom excelencie. Bol vyvinutý Middlesbroughskou univerzitou vo Veľkej Británii. Pred niekoľkými rokmi začal prenikať do sféry sociálnych služieb. Ide o komplexnú, strategickú analýzu správania sa organizácie, ktorej cieľom je poskytnúť informácie o silných stránkach organizácie a jasne identifikovať oblasti, ktoré by mali byť zlepšované. Takýto postup podporuje orientáciu organizácie na výsledky, na zákazníka, na rozvoj partnerstva - vrátane komunitných väzieb a širšej spoločenskej zodpovednosti, podporuje i aktivizáciu pracovníkov a kultúru učiacej sa organizácie. Tento druh evalvácie nechce organizácii nič nariaďovať zvonka. Organizácia by mala rozvíjať to, čo sa v nej osvedčuje. Mala by zvyšovať spokojnosť svojich pracovníkov i zákazníkov. Model EFQM je založený na deviatich kritériách – predpokladoch a výsledkoch. Jednotlivé kritériá sú členené do subkritérií, ktorých je celkom 32 a ktoré sú formulované ako konkrétne požiadavky. Maximálne naplnenie kritéria je ohodnotených sto bodmi.

¹ V slovenskom prostredí sa v poslednej dobe využíva ako sebahodnotiaci nástroj SWOT analýza

Model EFQM reaguje na požiadavky klientov sociálnych služieb a na poskytovanú starostlivosť: **Efektivita = náklady, procesy, kvalita** (kvalita versus efektivita). Fungovať efektívne znamená vybalancovať: kvalitu, náklady a procesy.

Kvalita z pohľadu efektivity znamená len to, čo zákazník ocení (tj. za čo by bol ochotný zaplatiť). Tu zohráva veľkú rolu komunikácia – niektoré kroky sociálnych pracovníkov smerujúce k zaisteniu spokojnosti klienta nemusí on vôbec vnímať alebo ich môže v niektorých prípadoch dokonca hodnotiť ako nekvalitu.

Náklady. Rozdielne stupne kvality poskytovanej starostlivosti so sebou nesú rozdielnu mieru nákladov. Výdavky spojené s nekvalitou predstavujú cca 20-30% nákladov na poskytovanie sociálnych služieb (znehodnotenie materiálu, opakovanie sociálnoterapeutických intervencií, duplicita činností, apod.)

Procesy. Efektívna dokumentácia a štandardy odstraňujú duplicity v činnostiach, urýchľujú zapracovanie zamestnancov, zaisťujú orientáciu zamestnancov a zdieľanie best practise.

Model CAF (Common Assessment Framework – Spoločný hodnotiaci rámec) bol vytvorený špeciálne pre verejnú správu. Cieľom tohto modelu je pomôcť organizáciám verejného sektoru v Európe zvyšovať vlastnú výkonnosť. Jeho ďalší prínos spočíva v tom, že organizáciám podobného zamerania umožňuje vzájomné porovnávanie. Obsahuje súbor deviatich kritérií, ktoré sa delia do dvoch kategórií - **predpoklady organizácie a výsledky organizácie**. Každé kritérium obsahuje ďalšie subkritériá, ktorých je v modeli CAF spolu 28 a bodujú sa podľa panelov hodnotení. Jedná sa o bodové ohodnotenie ukazovateľov vzťahujúcich sa k základným činnostiam organizácie.

Metodika Balanced Scorecard (BCS) je novým prístupom uplatňovaným v strategickom riadení organizácie ako systém ukazovateľov z oblasti (perspektív) financií (Finance), zákazníkov (Customers), interných procesov (Internal Processes) a učenia sa a rastu (Learning and Growth) umožňujúci formulovať správny strategický zámer s minimálnym informačným skreslením pri prenose z vrcholovej úrovne riadenia do operatívy (podriadenej zložky). Ciele musia byť dostatočne určité, merateľné a ovplyvniteľné.

ISO normy. ISO je skratka používaná pre Medzinárodnú organizáciu pre štandardizáciu (International Organization for Standardization), založenú v roku 1947 so sídlom v Ženeve. Koncepcia ISO je založená na tom, že organizácia aplikuje požiadavky a odporúčania uvedené v špeciálnej rade noriem ISO 9000. Tieto normy boli naposledy vydané v roku 2000 a majú generickú povahu, tzn. sú aplikovateľné vo všetkých organizáciách bez ohľadu na ich veľkosť a charakter poskytovaných produktov. Normy ISO rady 9000 sú uznávané na celom svete a ich základný význam je v tom, že vedú organizácie k tomu, ako zvýšiť efektivnosť a účinnosť systémov riadenia týchto organizácií.

Príklad kritérií a indikátorov na hodnotenie kvality **v dlhodobej starostlivosti** predstavuje systém manažmentu kvality E-Qalin® Quality Management System, ktorý sa používa **v domoch s opatrovateľskou službou** v Rakúsku, Nemecku, Luxembursku, Slovinsku a Taliansku. E-Qalin® podporuje iniciatívy na mapovanie reality v zariadeniach rezidenčnej starostlivosti tak, že pozýva predstaviteľov všetkých zainteresovaných subjektov hodnotiť a zlepšovať 66 „umožňujúcich“ kritérií (štruktúry a procesy) a 25 kľúčových indikátorov

výkonnosti (výsledky) z piatich rôznych perspektív (rezidenti, personál, manažment, sociálne prostredie, a „vzdelávacia organizácia“).

- Vo Fínsku vytvorila vláda *Národný rámec pre kvalitné služby pre starších občanov*(2008). Stanovuje celoštátne kvantitatívne a kvalitatívne ciele štruktúry služieb a obsadenie personálu. Ďalšie indikátory, ktoré sledujú fínski poskytovatelia dlhodobej starostlivosti, súvisia s podporou zdravia a sociálneho zabezpečenia, finančnou kontrolou a kvalitou, účinnosťou a dostupnosťou služieb. Indikátory kvality RAI, užívané vo Fínsku, pokrývajú oblasti ako výživa, používanie rôznych psychotropných liekov, rehabilitačnú starostlivosť a sociálne interakcie (Achterberg a kol, 2009; Feng a kol, 2009, in Repková a kol. 2010).

- V Taliansku akreditácia v zdravotníctve hodnotí *minimálne štrukturálne, technologické a organizačné požiadavky*. Okrem niektorých všeobecných indikátorov sa definujú špecifické požiadavky pre jednotlivé služby ako sú rehabilitačné zariadenia, sociálna starostlivosť atď.

- Komisia pre kvalitu starostlivosti (Care Quality Commission - CQC) v Anglicku stanovila šesť oblastí kvality, ktoré sa rovnako týkajú zdravotnej aj sociálnej starostlivosti. Tieto oblasti sú: *bezpečná starostlivosť, zlepšenie výsledkov pre občanov, dobrá skúsenosť pre občanov, prevencia a zdravé nezávislé bývanie a kvalita života, prístup ku službám a hodnota za peniaze*.

- V Holandsku bol zavedený *Rámec kvality pre zodpovednú starostlivosť* (*Quality Framework for Responsible Care* - (QFRC) v roku 2007. Tento rámec obsahuje merateľné indikátory, ktoré ukazujú, či organizácia poskytuje zodpovednú starostlivosť. Odborníci sa aktívne zúčastňujú na príprave a výkone meraní. QFRC tvorí dôležitú súčasť práce odborníkov a spája sa s ich ambíciami poskytovať zodpovednú a „dobrú“ starostlivosť.

- V Nemecku vytvorila Medicínska služba zdravotných poisťovní v spolupráci s ostatnými kľúčovými hráčmi ako Národná asociácia samospráv a Asociácia poskytovateľov opatrovateľských služieb *kritériá kvality zdravotnej starostlivosti, špecifickej sociálnej starostlivosti a spokojnosti klientov*. Všeobecný zámer je hodnotiť a monitorovať nielen kvalitu starostlivosti, ale aj aspekty, ktoré odrážajú kvalitu života.

Nastáva posun od monitorovania aspektov štruktúry a procesov (alebo: vstupov a výkonov) k výsledkom (výstupom a záverom) a posun od postupov orientovaných na organizáciu a povolanie smerom k prístupom orientovaným na osobu (viac o tom pozri: Repková a kol. 2010).

Krupa (2007) uvádza minimálne dve metódy hodnotenia kvality v sociálnych službách: procesuálnu metódu a poradenstvo a supervíziu.

- *Procesuálna metóda hodnotenia* je založená na porovnávaní a definovaní kritérií, indikátorov progresu kvality sociálnych služieb a štandardov pre kvalitné sociálne služby, uvedenie si skutočnosti, že postihnutie nie je dôvodom separácie či izolácie ľudí a že nepoznáme iný, lepší model pre život a výchovu, ako je výchova v rodine alebo aspoň model čo najbližšie simulujúci rodinu. Zmena situácie v živote zdravotne postihnutých je široko rámcová a dotýka sa demokratizácie podmienok spoločenského života a účasti občanov na riešení jednotlivých spoločenských problémov a situácií. V užšom zmysle je zmena situácie vysoko profesionálnou činnosťou a dotýka sa kvality sociálnych služieb.

- *Suprevízia* je metóda kontinuálneho zvyšovania profesionálnej kompetencie poradcu, vedie pracovníka k samostatnému vykonávaniu profesie, chráni klienta pred nekompetentnými intervenciami poradcu a rovnako chráni aj samotný status profesie (Gabura, Pružinská,1995).

Z pohľadu sociálnych služieb je práve supervízia významnou nedirektívnou metódou pre dosahovanie kvality, pretože jej cieľom je poskytnutie poradenstva pre tých, ktorí poskytujú služby občanom – odberateľom.

Zákonná opora supervízie:

Podľa zákona č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele sa za účelom zvyšovania profesionality práce v zariadeniach vykonávania opatrení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately (detský domov, detský domov pre maloletých bez sprievodu, krízové stredisko, resocializačné stredisko) vypracúva a uskutočňuje program supervízie. Súčasťou programu supervízie je aj spôsob zabezpečenia tohto programu (§ 47, ods. 7).

Podľa zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách poskytovateľ sociálnej služby je povinný na účel zvýšenia odbornej úrovne a kvality poskytovanej sociálnej služby vypracovať a uskutočňovať program supervízie (§ 9 ods. 10). Táto sa stala jedným zo štandardov kvality poskytovania sociálnej služby.

Tézy k predmetu: Nástroje hodnotenia kvality v sociálnych službách

1. Kvalita, normy, štandardy v sociálnych službách
2. Plánovanie, hodnotenie, financovanie soc. služieb
3. Metóda TQM (Total Quality Management)
4. Normy ISO
5. CAF (Common Assessment Framework)
6. BSC (Balanced Scorecard)
7. Benchmarking
8. Best practise - spokojnosť klientov

Literatúra:

- ALBERT, A. 2003. *Komplexné manažérstvo kvality*. Košice : KIP, TU 2003. ISBN 80-7099-985-3. Programme : Model II „Total Quality Management System“ [online]. [cit. 2014-12-28]. Dostupné na internete: <http://www.om.hu/main.php?folderID=38&articleID=3719&ctag=articlelist&iid-1>
- Aplikačná príručka modelu CAF (*Common Assessment Framework*) pre školy: zborník z konferencie, 2007. 1. vyd. Praha: Národné informačné stredisko pre podporu akosti, 2007. 187 s. ISBN 80-02-01873-7.
- GABURA, J. – PRUŽINSKÁ, J. 1995. *Poradenský proces*. Slon, Praha, 1995. ISBN 80-85850-10-9
- MATOUŠEK, O. et. al. 2007. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- REPKOVÁ, K. a kol. 2010. *Dlhodobá starostlivosť o starších občanov na Slovensku a v Európe (I). Neformálna starostlivosť. Kvalita*. IVPR, Bratislava, 2010, ISBN: 978-80-7138-130-3
- SÝKOROVÁ, J. – JABŮRKOVÁ, M. – KOLDINSKÁ, J. et al. 2004. *Standardy kvality sociálních služeb. Metodika pro zavádění standardu kvality sociálních služeb č. 2 – Ochrana práv uživatelů sociálních služeb v pobytových zařízeních pro seniory*. 1. vyd. Praha: Český helsinský výbor, 2004. 56 s. ISBN 80-86436-15-2.
- TOMEŠOVÁ, I. 2007. *Kvalita v sociálních službách*. PROFUTURO: časopis Národního vzdělávacího fondu. 2007, č. 1/2007, s. 2. Dostupné tiež na [www: <http://www.nvf.cz/profuturo/2007_1/2007_1.pdf>](http://www.nvf.cz/profuturo/2007_1/2007_1.pdf).

TURNEROVÁ, J. 2005. *Jak měřit kvalitu?* GRANTIS: časopis ICN. 2005, č. 9/2005. Dostupné tiež na [www: <http://neziskovky.cz/cz/vzdelavani/analyzy/model-pan/2105.html>](http://neziskovky.cz/cz/vzdelavani/analyzy/model-pan/2105.html).

Word Health Organization, Geneva, 1996. 18 s. Dostupné na internete: http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf.

Zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov v ZNP.

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v ZNP.

MODUL 3 PRAX A SEMINÁR IKOSS

Obsahové zameranie:

3.1 Prax so zameraním na individualizované a komunitne organizované sociálne služby

Individuálna sociálna práca s klientom (spolu A. + B. = 45 hodín)

Cieľ: naučiť sa pracovať s jednotlivcom, ktorý je klientom sociálneho pracovníka

Aktivity a počet hodín :

A. Pozorovanie práce s klientom – 15 hodín:

- príprava na pozorovanie
- vlastné pozorovanie
- hodnotenie a analýza uskutočneného pozorovania

B. Aktívna práca s klientom pod supervíziou – 30 hodín:

- príprava na prácu
- vlastná aktívna práca s klientom pod supervíziou
- analýza a hodnotenie práce s klientom, vypracovanie prípadovej štúdie klienta.

Poznámka: klienti s rôznymi druhmi fyzického postihnutia, mentálneho postihnutia, zrakového a sluchového postihnutia klienti, seniori v pobytových zariadeniach so stupňom sociálnej odkázanosti V. a VI. (DSS, ZpS a špecializované zariadenia), klienti v zariadeniach opatrovateľskej služby, bezdomovci...

Uznanie praxe: V prípade, že poslucháč v období predchádzajúcich 12 mesiacov v rámci svojej pracovnej náplne v zamestnaní alebo v rámci dobrovoľníckej práce pracoval s niektorým z vyššie vymedzených klientov a je schopný o tom predložiť potvrdenie zamestnávateľa, môže mu to byť započítané ako prax.

Aj v prípade uznania praxe je absolvent povinný zúčastniť sa popraxového seminára a odovzdať Správu z praxe.

Dôležité je vedieť identifikovať metódy a formy sociálnej práce využívané pri práci so sociálnym klientom na jednotlivých „praxových“ pracoviskách vo všetkých fázach praxe (pasívna aj aktívna časť) a vedieť ich navzájom porovnať.

Sociálna práca so skupinou a komunitou (spolu A. + B. = 45 hodín)

Cieľ: Naučiť sa pracovať so skupinou a komunitou. Môže ísť o skupiny a komunity, s ktorými sa pracuje:

- v rámci drogovej prevencie

- v rámci sanácie rodiny
- v rámci práce s rómskym etnikom
- v rámci rozvoja mikro a makroregiónu
- v diagnostických a resocializačných zariadeniach
- v psychiatrických zariadeniach
- v zariadeniach náhradnej starostlivosti pre deti
- v internátnych školách pre deti s postihnutím
- v domovoch sociálnych služieb (sociálna terapia, soc. rehabilitácia)
- v svojpomocných kluboch a iné.

Aktivity a počet hodín :

A. Pozorovanie práce so skupinou/komunitou – 15 hodín:

- príprava na pozorovanie
- vlastné pozorovanie
- analýza a hodnotenie pozorovania

B. Aktívna práca so skupinou/komunitou pod supervíziou – 30 hodín:

- príprava na aktívnu prácu so skupinou/komunitou
- vlastná aktívna práca so skupinou pod supervíziou
- analýza a hodnotenie práce so skupinou/komunitou, vypracovanie prípadovej štúdie skupiny/komunity.

Uznanie praxe: V prípade, že poslucháč v období predchádzajúcich 12 mesiacov v rámci svojej pracovnej náplne v zamestnaní alebo dobrovoľníckej práce pracoval s niektorou z vyššie vymedzených skupín a je schopný predložiť o tom potvrdenie zamestnávateľa, môže mu to byť zarátané ako prax.

Aj v prípade uznania praxe je absolvent povinný zúčastniť sa popraxového seminára a odovzdať Správu z praxe.

Dôležité je vedieť identifikovať metódy a formy sociálnej práce využívané pri práci so sociálnymi skupinami/komunitami na jednotlivých praxových pracoviskách vo všetkých fázach praxe (pasívna aj aktívna časť) a vedieť ich navzájom porovnať.

3.2 Popraxový seminár (10 hodín)

Individuálna sociálna práca s klientom

Seminárna práca: min. 3 normostrany + zoznam použitej literatúry + prípadová štúdia sociálneho klienta.

Absolvent/-ka odprezentuje seminárnu prácu a prípadovú štúdiu sociálneho klienta na popraxovom seminári.

Súčasťou prezentácie bude aj diskusia o vhodnosti/nevhodnosti zvoleného postupu absolventa/-ky.

Sociálna práca so skupinou a komunitou

Seminárna práca: min. 3 normostrany + zoznam použitej literatúry + prípadová štúdia sociálnej skupiny/komunity.

Absolvent/-ka odprezentuje seminárnu prácu a prípadovú štúdiu sociálnej skupiny/komunity na popraxovom seminári.

Súčasťou prezentácie bude aj diskusia o vhodnosti/nevhodnosti zvoleného postupu absolventa/-ky.

C. ZÁVER

Po absolvovaní vzdelávacieho programu pre NOČ -

absolventi si osvoja najnovšie právne predpisy v oblasti sociálnych služieb, sociálnej pomoci, sociálneho zabezpečenia, rodinného, pracovného a správneho práva, budú vedieť motivovať seba, sociálnych pracovníkov a klientov v pobytových zariadeniach na prechod do individualizovaných sociálnych služieb v komunite, budú ovládať najnovšie spôsoby a techniky komunikácie (aj IKT), budú vedieť spracovať príslušné informácie a písomnosti, budú vedieť poskytnúť služby sociálnej inklúzie pre jednotlivca, skupinu i komunitu. Absolvent/ka bude pripravený/á zabezpečovať samostatne alebo v tíme sociálnu pomoc a sociálne služby v oblasti individualizovaných a komunitne organizovaných sociálnych služieb.

Príloha 1 Zoznam účastníkov pilotného overovania VP pre NOČ : Individualizované a komunitne organizované sociálne služby:

MENO	Pracovisko	Pracovná pozícia
Mgr. Zuzana Bartová	Zariadenie sociálnych služieb "Penzión" Topoľčany	sociálna pracovníčka
Mgr. Iveta Fazekašová	Zariadenie sociálnych služieb "Magnólia" Hurbanovo	sociálna pracovníčka
Mgr. Vladimír Frémal	Mestský úrad, Banská Bystrica	sociálny poradca
Mgr. Mária Koledová	Zariadenie sociálnych služieb "Svetlo" Olichov	sociálna pracovníčka
Ing. Mária Kramplová	Úrad Trnavského samosprávneho kraja, Trnava	referent odd. poskytovania služieb v zriaďovateľskej pôsobnosti TTSK
Anna Kušnírová	Stredisko evanjelickej diakonie, ZpS Košeca	predseda správnej rady
Mgr. Daniela Lidiková	Zariadenie sociálnych služieb "Kreatív" Klasov	koordinátorka soc. služieb v komunitnom centre
Mgr. Dorota Martincová	Komunitné centrum Sásová, Banská Bystrica	pracovníčka pre komunitný rozvoj
Mgr. Daniela Nagyová	Úrad Trnavského samosprávneho kraja, Trnava	referent oddelenia SPO
Mgr. Katarína Rabčanová	DSS a ZpS Zákamenné	sociálny poradca pre okres Námestovo
Mgr. Katarína Titková	Zariadenie sociálnych služieb "Jeseň života" Levice	sociálna pracovníčka
Mgr. Martina Uhrínová	Domov sociálnych služieb Méta, Martin	koordinátor soc. služieb, sociálny terapeut