

Z recenzných posudkov

„... Monografia s názvom *Kvalita v kontexte transformácie sociálnych služieb* je dôkazom autorkinho dlhodobého záujmu o túto problematiku, čo sa prejavuje v precízne vy-
stavaných prvých štyroch kapitolách ... Výskum, ktorý autorka realizovala, je zaujímavý
nielen svojím cieľom, ale aj použitým dizajnom, ktorý umožňuje sledovať kvantitatívnu
aj kvalitatívnu líniu definovaného výskumného predmetu. Do celej kapitoly (od formu-
lácie výskumného problému až po bohatú a fundovanú diskusiu) sa premietla autorkina
výskumnícka erudícia ... Práca ako celok je kvalitnou vedeckou výpoveďou, s originál-
nym výskumným zámerom a dostatočným argumentačným aparátom pre potvrdenie jej
vedeckých hypotéz“.

Prof. PhDr. Jana Levická, PhD.

„... Cieľom monografie bolo, podľa slov autorky, prispieť k odbornej diskusii o súvis-
lostiach transformácie sociálnych služieb s procesom implementácie podmienok kvality
sociálnych služieb do praxe. Autorke sa tento cieľ v predkladanej monografii nielen-
že podarilo naplniť, ale naplnila ho s pomocou veľmi jasne formulovaných vstupov aj
výstupov, systematickým rozpracovaním teoretických aj praktických rámcov procesu
transformácie sociálnych služieb v kontexte ich kvality a to všetko so zdanlivou „ľah-
kosťou odborného jazyka“, ktorá je spôsobená autorkinou schopnosťou jasne a zrozumiteľ-
ne formulovať myšlienky“.

Doc. PhDr. Eva Mydlíková, CSc.

„... Prínosom monografie autorky je rozšírenie teoretického rámca koncepcie kvality
v sociálnych službách a jeho prepojenosti s transformáciou sociálnych služieb a formu-
lovanie aktuálneho, súčasného stavu implementácie kvality v sociálnych službách a pod-
mienkam a predpokladom priaznivým pre zvyšovanie kvality v sociálnych službách
v Slovenskej republike. Monografia autorky K. Repkovej: *Kvalita v kontexte transfor-
mácie sociálnych služieb*, je významným príspevkom k plánovanej príprave a realizácii
podmienok implementácie kvality v sociálnych službách“.

Doc. PhDr. Slavomír Krupa, PhD.

ISBN 978-80-7138-146-4

Kvalita v kontexte transformácie sociálnych služieb ■ Kvetoslava Repková

Kvalita v kontexte transformácie sociálnych služieb

Kvetoslava Repková

Bratislava, 2016

Kvalita v kontexte transformácie sociálnych služieb

Kvetoslava Repková

Bratislava, 2016

Osobitné poďakovanie

Chcem vyjadriť úprimné poďakovanie *Mgr. Lýdii Brichtovej, PhD.*, nezávislej expertke pre problematiku sociálnych služieb, že prijala rolu konzultantky pre prípravu tejto monografie. Bola pri tom, keď sa rodila myšlienka spracovať ju ako pokračovanie našej spoločnej prvotiny k otázkam kvality sociálnych služieb z roku 2014. Spoločne sme konzultovali kľúčové zameranie monografie, jej výskumný dizajn i použité metodiky.

Ďakujem za poskytnutie časti bohatého materiálu, ktorý vzišiel z jej odbornej hodnotiteľskej činnosti v rámci NP DI, a nebol využitý pre účely jeho formálnych výstupov, pre účely ďalšieho výskumného spracovania.

Moja vďaka patrí aj za spoločnú realizáciu terénnej výskumnej práce a za kontinuálne poskytovanie spätnej väzby k spôsobu spracovania jednotlivých častí monografie. Som presvedčená, že ako konzultantka významne prispela ako k vecnej korektnosti textu, tak k jeho využiteľnosti pre odbornú komunitu, ktorá sa venuje otázkam výskumu a implementácie otázok kvality sociálnych služieb na Slovensku.

Vydavateľ: Inštitút pre výskum práce a rodiny
Autorka: doc. PhDr. Kvetoslava Repková, CSc.
Recenzovali: Prof. PhDr. Jana Levická, PhD.
Doc. PhDr. Slavomír Krupa, PhD.
Doc. PhDr. Eva Mydlíková, PhD.
Rozsah: 11,5 AH
Grafika a tlač: KO & KA, Bratislava
Počet výtlačkov: 200
Rok vydania: 2016
ISBN: 978-80-7138-146-4

Prvé vydanie

Všetky práva vyhradené

Neprešlo jazykovou korektúrou

OBSAH

Namiesto úvodu: Legitimita pre nové monografické dielo	10
1 Cieľ a zameranie monografie	16
2 Teoreticko-metodologické východiská	19
2.1 Východisková terminológia	19
2.2 Transformácia sociálnych služieb – teoretické explanácie . . .	30
2.2.1 Princíp normalizácie a teória valorizácie sociálnej roly . .	30
2.2.2 Princíp normalizácie a sociálne služby	32
3 Transformácia sociálnych služieb – národný koncept a doterajšie skúsenosti	37
3.1 Transformácia sociálnych služieb – nejednoznačný národný koncept	37
3.2 Užšie a širšie vymedzenie transformácie sociálnych služieb . .	41
3.3 Vonkajšie kontexty transformácie sociálnych služieb	42
3.4 Problémy sociálnych služieb ako východisko ich transformácie.	48
3.4.1 Problémy sociálnych služieb – externé determinujúce faktory	48
3.4.2 Problémy sociálnych služieb – organizačné aspekty	53
4 Kvalita v kontexte transformácie sociálnych služieb	59
4.1 Vzťah kvality a transformácie sociálnych služieb – systémový prístup	59
4.2 Vzťah kvality a transformácie sociálnych služieb – inšpirácie pre sociálny výskum	62
4.3 Hodnotenie podmienok kvality – preliminárne výskumné zistenia	67

4.3.1 Hodnotenie podmienok kvality – zistenia z procesu metodologickej prípravy implementácie podmienok kvality	67
4.3.2 Hodnotenie podmienok kvality – zistenia z NP DI	73
4.3.3 Diskusia k vybraným zisteniam	91

5 Výskum	95
5.1 Metodologické otázky výskumu	95
5.1.1 Cieľ a predmet výskumu	95
5.1.2 Výskumný dizajn a výskumné metódy	97
5.1.3 Výskumná vzorka a organizácia výskumnej činnosti . . .	99
5.1.4 Etické otázky	102
5.2 Výsledky výskumu	103
5.2.1 Kvantitatívna časť výskumu – dotazníkový prieskum . .	103
5.2.2 Kvalitatívne opytovanie	139
5.2.3 Inštrumentálne prípadové štúdie	160
5.3 Zhrnutie výsledkov výskumnej činnosti	192
6 Kvalita v kontexte transformácie sociálnych služieb – sumarizujúce poznámky a inšpirácie	196
Záver	214
Literatúra	218
Menný register	242

Prehľad grafov, schém, tabuliek a obrázkov

Grafy

Graf1: Zastúpenie kategórií a podkategórií potrebných transformačných opatrení v sociálnych službách

Graf2: Stanoviská k potrebe organizačných zmien pre kvalitné sociálne služby

Graf3: Dôkazy o poskytovaní kvalitných sociálnych služieb

Graf4: Postoje k systému podmienok kvality

Graf5: Pozitívne aspekty implementácie podmienok kvality v percepcii poskytovateľov

Graf6: Stav implementácie podmienok kvality v organizáciách

Graf7: Dopad implementácie podmienok kvality na poskytovanie sociálnych služieb

Schémy

Schéma1: Národné pro-transformačné piliere sociálnych služieb

Schéma2: Štvorúrovňová systematika zabezpečenia kvality v sociálnych službách

Schéma3: Explanačný metodologický dizajn výskumu - následný explanačný model

Schéma4: Cesta k implementácii kvality v organizácii 1 - obsahové piliere a časové míľniky

Schéma5: Cesta k implementácii kvality v organizácii2

Tabuľky

Tabuľka1: Vybrané problémy organizácií sociálnych služieb pri uplatňovaní jednotlivých podmienok kvality

Tabuľka2: Plnenie vybraných podmienok kvality v zariadeniach sociálnych služieb zapojených do NP DI

Tabuľka3: Zoskupenie štandardov pre účely vyhodnotenia kvalitatívneho opytovania

Obrázky

Obrázok1: Komplementárna trajektória reformného procesu v službách pre osoby so zdravotným postihnutím

Executive summary

The author of the scientific monograph *“Quality in the context of transformation of social services”* aspires to contribute to the explanation of the relationship between transformation of social services and implementation of their quality conditions under the Act on social services in the Slovak Republic. It is based on rich national and international literature sources dealing with the issue of quality of social services, on the results of project-associated activities at national level focusing on the issues of deinstitutionalisation of social services, and on the author’s own methodological and publishing experience in the relevant field.

The chapter presenting the methodological framework, design and the results of the author’s research carried out for the purposes of the monograph holds an important place in the monograph. The research has focused on clarification of the relationship and association between the need for transformation of social services and implementation of quality conditions as being perceived by social care providers. For the purposes of the research a combined methodological design, particularly the follow-up explanations model, was used to triangulate the findings from the quantitative questionnaire method, qualitative questioning method as well as the instrumental case study method.

Based on research, the author found that social care providers in Slovakia are in favour of transformation of social services but mainly at the level of system changes (such as the improvement of social service financing, adoption of high quality legislation, and equality of public and non-public providers of social care). The expectations of system changes, particularly better, equitable and sustainable financing of social services were demonstrated in all phases of the research. The providers indicated the need for a change in social services at organisational or professional levels (i.e. changes in their own activities) significantly less often. Social service providers generally regard their services as being of high quality and the majority of them do not expect that the

implementation of quality conditions according to the law would significantly change their providing of social services in the future. It is mainly positive feedback from the receivers of social services and their families along with the public interest in services that is regarded as a proof of quality by the providers. Preparing for the assessment of quality conditions applicable as of January 2018 is the most common motivation for the providers to deal with quality of social services in a more systematic manner.

Accordingly, the author tackles the implementation status of social services, i.e. whether the system of quality conditions had been implemented in current practice of the providers. At the beginning of 2016 the implementation is ongoing in almost 70% of participating organisations, with some of them specifying that the system was operational both with regard to the necessary documentation and practical activities according to legal requirements. The system of quality conditions according to the law was implemented mostly in organisations with the facultative system of quality management in compliance with ISO Norm. Instrumental case studies have also demonstrated a higher “quality” self-confidence of providers with the experience in the area of quality management.

The author has also continuously compared her research findings with the findings of other authors. A more complex discussion panel tackling the risks of equation of transformation and deinstitutionalisation occasionally occurring within the Slovak conditions was included in the conclusion. The discussion was completed with recommendations for the department of labour, social affairs and family, as well as for consulting and training companies on quality awareness increase, clarification of objectives and importance of the system of quality conditions laid by law. Formative impact of education, clarification of experience exchange, provision of diverse opportunities for real-world critical reflections were confirmed both within the existing expert studies and during the research collaboration between the author and the providers of social services.

Namiesto úvodu: Legitimita pre nové monografické dielo

K otázkam transformácie a kvality sociálnych služieb, osobitne rezidenčného typu, sa v období posledných približne 15 rokov urobilo na Slovensku veľa prospešnej práce, vrátane nárastu publikačnej tvorby. Táto sa spravidla viazala a viaže na spracovávanie a vyhodnocovanie výsledkov pilotnej projektovej činnosti k otázkam transformácie, deinštitucionalizácie a štandardov kvality sociálnych služieb a významne sa spájala s pôsobením Rady pre poradenstvo v sociálnej práci. Bolo publikovaných viacero kľúčových, až mienkotvorných odborných publikácií, príkladmo v časovom rade: S. Krupa a kol. „*Kvalitné sociálne služby I. a II.*“ (2000, 2002); S. Krupa a kol. „*Transformácia domovov sociálnych služieb s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie jej obyvateľov*“ (2007). Z novších diel stojí za osobitnú zmienku publikácia S. Holúbkovej, R. Ďuranu „*Odvaha na nové sociálne služby*“ (2013), publikácia M. Cangára, L. Cangárovej, D. Nincovej „*Elsa a Ema (nezávislý život v komunite)*“ (2014). V rámci národného projektu „Podpora procesu deinštitucionalizácie a transformácie systému sociálnych služieb“ bolo publikovaných viacero významných diel, osobitne odborná publikácia M. Cangára (ed.) „*Riadenie a manažment prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť*“ (2015), publikácia autorov M. Cangára, S. Krupu „*Význam podmienok kvality sociálnych služieb v procese transformácie a deinštitucionalizácie*“ (2015), publikácia autoriek L. Rollovej, Z. Čerešňovej „*Univerzálne navrhovanie objektov komunitných sociálnych služieb*“ (2015), či publikácia autorského tímu L. Rollová a kol. „*Tvorba inkluzívneho prostredia v procese deinštitucionalizácie*“ (2015). Uvedené publikácie stavajú na pomerne solídne rozpracovanej teoretickej a terminologickej základni týkajúcej sa problematiky transformácie, deinštitucionalizácie, či štandardov kvality sociálnych služieb. Na východiskových pojmoch a konceptoch zameraných na otázky inštitúcií (vrátane historiografic-

kej analýzy), transformácie, inštitucionalizácie, deinštitucionalizácie, individuálneho plánovania, plánovania zameraného na človeka, či kvality postavili autorské tímy svoje analýzy situácie najmä v rezidenčných službách dlhodobej starostlivosti na Slovensku a pilotné aktivity ich transformácie. A to všetko v priamej konfrontácii s medzinárodnými ľudsko-právnymi záväzkami v tejto oblasti, ktorými je Slovensko viazané. Využívali k tomu dobrú znalosť relevantných domácich i medzinárodných dokumentov, kombinovanú s vlastnými praktickými skúsenosťami, poznaním dobrej zahraničnej praxe a s najnovšími poznatkami pomáhajúcich disciplín, osobitne sociálnej práce.

K najnovším mienkotvorným a určujúcim odborným dielam k otázkam kvality sociálnych služieb možno nepochybne zaradiť aj monografické dielo M. Kovaľovej, O. Buzalu „*Kvalita sociálnych služieb vocke I.*“ (2015). Dištinktiivnosť diela voči ostatným vychádza z toho, že je založené na dlhoročnej skúsenosti autorskej dvojice s auditom kvality u poskytovateľov sociálnych služieb, a to v kontexte zavedených systémov manažérstva kvality v organizáciách alebo v rámci ich prípravy na plnenie zákonom stanovených podmienok kvality podľa zákona o sociálnych službách.

Odborná spisba v oblasti transformácie, deinštitucionalizácie a kvality sociálnych služieb sa za posledné roky obohatila aj o práce z univerzitného a vedecko-výskumného prostredia. Príkladmo možno uviesť, že v roku 2013 vydal vedecko-výskumný tím Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave pod vedením J. Levickej monografiu „*Sociálne služby – vývoj, súčasný stav a možnosti merania ich kvality*“, G. Korimová a J. Štrangfeldová z Ekonomickej fakulty Univerzity Mateja Bela v Banskej Bystrici publikovali v roku 2014 dvojazyčnú monografiu „*Ekonomika sociálnych služieb*“. V rámci prípravy na túto komplexnejšiu monografiu sme v roku 2014 spracovali a vydali tematickú prvotinu „*Sociálne služby – zacielené na kvalitu*“ (autorky K. Repková, L. Brichtová).

V rámci národného projektu „Podpora zvyšovania profesionality výkonu a rozvoj ľudských zdrojov v oblasti výkonu a služieb sociálnej inklúzie pre štátnu správu a samosprávu – I.“ realizovaného v rokoch 2014-2015, boli vyvinuté podporné učebné texty pre budúce ďalšie vzdelávanie zamestnancov/kýň v sociálnych službách, osobitne sa vzťahujúce k témam „*Nové trendy v sociálnych službách (všeobecný prehľad)*“ (Brichtová a kol., 2015) a „*Individualizované a komunitne organizované sociálne služby*“ (Kasanová, Bednárík, Moravčíková, 2015). Rovnako slúžia ako zdroj utriedeného súčasného poznania k problematike sociálnych služieb, v kontexte ich nových trendov a zmenených potrieb praxe.

Nemožno opomenúť ani odbornú časopiseckú spisbu zameranú na otázky sociálnych služieb, s osobitným zameraním na transformačné procesy a kvalitu. Ide najmä o akademické state, či odborné články vo vedecko-odborných časopisoch *Sociálna práca/Sociálni práce*, *Fórum sociálnej politiky*, či v odborných časopisoch *Sociálni služby* a *Listy sociálnej práce*.

Bez ohľadu na to, či šlo o tvorbu z poskytovateľského alebo univerzitného, či iného vedecko-výskumného prostredia, niektoré črty mali všetky publikačné práce zamerané na túto oblasť doposiaľ spoločné:

- legitimizovali sa novými ľudsko-právnymi záväzkami pri poskytovaní sociálnych služieb, ktorých plnením je Slovensko viazané; teda vzťahovali sa a vzťahujú k realizácii verejného záujmu v oblasti sociálnych služieb interpretovaného v rámci ľudsko-právnej perspektívy,
- spravidla sa spájali s priebehom a výsledkami pilotných projektových iniciatív zameraných na oblasť transformácie, deinštitucionalizácie a kvality sociálnych služieb,
- popisovali zmeny, minimálne snahu o zmeny (transformáciu) opierajúcu sa o ľudsko-právne záväzky a skúsenosti získané projektovými aktivitami (nadväzujúc na body uvedené vyššie),

- vzájomne prepájali problematiku transformácie sociálnych služieb s otázkami zavádzania a realizácie podmienok kvality do poskytovateľskej praxe, t. j. zvyšovanie kvality sociálnych služieb, a tým aj kvality života ich prijímateľov/liek, súhlasne považovali za jeden z významných argumentov transformácie a deinštitucionalizácie sociálnych služieb.

Ak bolo predchádzajúce obdobie v predmetnej oblasti tak projektovo a publikačne plodné, potom sú namieste otázky: Čo legitimizuje našu snahu prísť v krátkom časovom období s novým monografickým dielom k otázkam transformácie a kvality sociálnych služieb? Z čoho pramení autorská ambícia prispieť k doterajšej tvorbe niečím novým? Pre koho a čím bude takéto dielo prospešné? Uvedieme niekoľko aspektov doterajšieho vývoja a publikačnej tvorby, ktoré legitimizujú našu aktuálnu publikačnú aktivitu a ponúkajú vedeckú monografiu k doterajšej tvorbe ako komplementárne dielo, a to ako z hľadiska obsahu, tak z hľadiska spôsobu spracovania témy.

V rokoch 2013-2015 prebiehala intenzívna odborná práca k otázkam transformácie, deinštitucionalizácie a kvality sociálnych služieb na mnohých, často však nekoordinovaných „frontoch“. Realizoval sa národný projekt „Podpora procesu deinštitucionalizácie a transformácie systému sociálnych služieb“ (ďalej len „NP DI“), v rámci ktorého sa vykonalo, okrem iného, množstvo metodologickej a terénnej hodnotiteľskej práce (vrátane hodnotiteľskej práce konzultantky tejto monografie). Táto sa však len čiastočne využila pre potreby oficiálnych výstupov NP DI, a teda, časť naakumulovaného materiálu zostala otvorená pre ďalšie odborné využitie a spracovanie.

Súbežne s tým, nie však procedurálne závisle, prebiehala počas celého roku 2015 práca na príprave metodických východísk implementácie podmienok kvality do praxe poskytovateľov sociálnych služieb. Bol spracovaný a odbornej verejnosti pre účely ďalšieho využitia poskytnutý dokument „*Implementácia podmienok kvality do praxe poskytovateľov sociálnych služieb – metodické východiská*“ (Repková (ed.), 2015).

V rámci procesu jeho metodické prípravy organizovanej v širokom odbornom tíme zainteresovaných osôb a subjektov, či procesu jeho verejného odovzdávania, bolo získaných, a v dokumente odborne nerspracovaných, množstvo zaujímavých „soft“ informácií a inšpirácií. Sprostredkovaným, často skôr nezámerným, spôsobom poskytli pre účely ďalšej vedecko-výskumnej práce významné indície o autentickej nastavenosti odbornej poskytovateľskej verejnosti k otázkam kvality sociálnych služieb v kontexte ich komplexnejšieho zamerania na zmenu (transformáciu).

Obdobie rokov 2016-2017 je a bude pre vedecko-výskumnú prácu na úseku transformácie a kvality sociálnych služieb unikátne. Je to obdobie, v ktorom sa bude vyššie uvedený metodický materiál postupne implementovať do praxe. Poskytovatelia sociálnych služieb však v ňom ešte nebudú viazaní právnymi záväzkami „skladať účty“ z plnenia podmienok kvality, nakoľko oficiálne sa hodnotenie podmienok kvality začne realizovať až od januára 2018. Preto sa predpokladá, že budú „mentálne slobodnejší“ než po tomto termíne otvorene sa vyjadrovať k otázkam transformácie a kvality. Navyše, rok 2016 je venovaný expertnej metodickéj práci zameranej na účely spracovania *metodiky pre hodnotenie podmienok kvality*, čo sľubuje výskumné podnety k otázkam kvality z novej perspektívy.

V rámci príkladného výpočtu pro-legitimizačných aspektov nového monografického diela je opodstatnené zmieniť aj ďalšiu kľúčovú okolnosť. Problematika transformácie a kvality sa doposiaľ tradične vzťahovala k rezidenčným službám dlhodobej starostlivosti a tým k vymedzeným druhom a formám sociálnych služieb, rovnako k vymedzeným cieľovým skupinám ľudí (aj keď tvoriacim vyše 70% klientely sociálnych služieb). Odborné východiská, postupy a skúsenosti z deinštitucionalizačných procesov sa v rámci tohto druhového výseku sociálnych služieb začali vo vedomí laickej i odbornej verejnosti postupne formovať ako „normatív“ prístupu k transformácii sociálnych služieb ako takých. Tým sa však čiastočne potlačil dôraz aj

na iné druhy a formy sociálnych služieb, a teda dôraz na potreby ľudí v iných životných situáciách, v ktorých potrebujú podporu formou sociálnych služieb. Uvedená skutočnosť sa odrazila aj na odbornej spise. V jej doterajšom vývoji sa doposiaľ len málo publikačne zhodnotili skúsenosti a podnety, ktoré vzišli z projektových aktivít zameraných mimo sféru rezidenčných sociálnych služieb, napr. na otázky terénnej sociálnej práce.

Považujeme preto za vhodné publikačne rozšíriť kontext transformácie a kvality sociálnych služieb na celé spektrum sociálnych služieb a vo vzťahu k ich širším systémovým väzbám k iným oblastiam sociálnej ochrany a podpory ľudí. Z takejto perspektívy je problematika kvality sociálnych služieb v kontexte ich transformácie súčasťou celkovej transformácie spoločenských vzťahov a systémov fungujúcich pod záväzkami primárneho práva a povinnosťami, ktorými je Slovensko viazané na základe ratifikovaných medzinárodných zmlúv, či nadväzujúcich národných dokumentov.

Toto je východisková odborná pozícia autorky pre účely monografie, v rámci ktorej chce svoje nové výskumné zistenia a poznatky komplementovať k doterajšiemu zdokumentovanému (ale aj nezdokumentovanému) poznaniu. Napokon, zámer spracovania takto tematizovanej vedeckej monografie bol naznačený už v spoluautorskej prvotine z roku 2014 pod názvom „*Sociálne služby – zacielené na kvalitu*“ (Repková, K., Brichtová, L., 2014).

1 Cieľ a zameranie monografie

Cieľom monografie je prispieť k odbornej diskusii o súvislostiach transformácie sociálnych služieb s procesom implementácie podmienok kvality sociálnych služieb do praxe. Vychádzame z toho, že aj keď bolo vykonané veľa prospešnej a rešpekt zasluhujúcej práce, vrátane publikačnej, neboli doposiaľ precíznejšie zodpovedané otázky kauzality transformačných procesov a procesov cieleného zavádzania podmienok kvality do praxe, ktoré sú kľúčové pre budúcnosť celého sektora sociálnych služieb, naprieč ich vecným oblastiam, druhom, formám, či cieľovým skupinám.

Predmetom monografie sú vzťahy medzi procesmi transformácie sociálnych služieb a procesmi zavádzania podmienok kvality v celom komplexe sociálnych služieb v percepcii ich poskytovateľov. Následne, *výskumným objektom* sú názory a projekcie poskytovateľov sociálnych služieb na vzájomnú podmienenosť zavádzania systému podmienok kvality sociálnych služieb do poskytovateľskej praxe s potrebou uskutočniť v sociálnych službách zásadnejšie zmeny (transformáciu). Rovnako otázky, na akých úrovniach systému sociálnych služieb sa majú zásadnejšie zmeny udiť, resp. či sú vôbec, podľa ich názoru, potrebné. Sumárne, skúmať, či sa systém zavádzania podmienok kvality vníma ako administratívne (legislatívne) „vynútená epizóda“ v rozvoji sociálnych služieb na Slovensku alebo ako výsledok prirodzeného vývoja a unikátna šanca k ich celkovému skvalitneniu (transformácii).

Doposiaľ bol transformačný proces diskutovaný a dokumentovaný predovšetkým v kontexte pilotnej transformácie vybraných zariadení rezidenčných služieb dlhodobej starostlivosti formou deinštitucionalizácie. Tieto, akokoľvek významné a majoritné, však v súčasnosti pokrývajú len výsek sociálnych služieb poskytovaných v národných podmienkach a sú určené len pre vymedzenú cieľovú skupinu ľudí (s vysokým stupňom odkázanosti na pomoc inej osoby pri bežných

denných činnostiach a sociálnych aktivitách). V tejto špecifickej oblasti sociálnych služieb je v súčasnosti k dispozícii veľa nového, aj keď len pilotného, poznania a inšpirácií.

Možno však takto získané poznatky a inšpirácie automaticky prenášať na iné výseky (druhy a formy) sociálnych služieb, ktoré sú zamerané na podporu iných cieľových skupín (napr. detí, osôb bez domova, závislých osôb a osôb s iným rizikovým správaním, mladých rodín pri zosúladovaní pracovného a rodinného života, či ľudí, ktorí žijú v segregovaných sídlach s vysokým rizikom reprodukcie medzigeneračnej chudoby a sociálneho vylúčenia)? Ak máme na transformáciu nahliadať cez organizačnú úroveň (transformáciu konkrétnych poskytovateľov sociálnych služieb), ako potom uvažovať o transformácii u novozaložených poskytovateľov, ktorí už pri svojej registrácii museli splniť viacero podmienok spájaných s novými trendmi v sociálnych službách (napr. maximálny počet klientov/tok, personálne zabezpečenie služby kvalifikovanými zamestnancami/kyňami a v požadovanom počte)? A čo poskytovatelia sociálnych služieb, ktoré sú už zo svojej povahy považované v rámci sociálno-politických rozhodnutí za komunitne organizované sociálne služby? Takýchto poskytovateľov sa v súčasnosti transformácia netýka? A ak áno, akým spôsobom? Možno sa pýtať aj inak, napríklad: ak splnia poskytovatelia sociálnych služieb v budúcnosti podmienky kvality na základe vykonaného externého hodnotenia, znamená to, že sa automaticky transformovali? Alebo to platí naopak: že k tomu, aby mohol poskytovateľ sociálnych služieb zmysluplne pristúpiť k napĺňaniu podmienok kvality, mal by si najskôr spracovať transformačný plán a do neho zakomponovať proces vytvárania podmienok pre kvalitné sociálne služby?

Možno formulovať veľa otázok, ktoré zostávajú napriek dosiahnutému poznaniu otvorené. Snaha o ich zodpovedanie, aspoň zaoberanie sa nimi, je v rámci akademického diskurzu významne inšpirovaného pomáhajúcou praxou v súčasnosti dôležitá aj pre osobitosť tohto obdobia. Osobitosť minimálne z dôvodu, že legislatívne ustanovené zá-

väzky k vytváraniu podmienok pre kvalitné sociálne služby „nútia“ poskytovateľov konať. Zaujímavé je pritom poznať, ako sami interpretujú dôvody pre svoje konanie: ako legislatívou vynútenú nevyhnutnosť, ku ktorej by bez právnych záväzkov možno ani nepristúpili alebo ako výsledok kritickej reflexie vlastnej praxe vedúcej k nevyhnutnosti jej transformácie? Považujeme za prospešné vytvárať príležitosti, aby sa samotní poskytovatelia stali aktívnymi tvorcami odpovedí na takto formulované otázky (napr. cez akčný sociálny výskum). Zvýši sa tým pravdepodobnosť, že vedecko-výskumná evidencia bude odrážať realitu a potreby pomáhajúcej praxe sociálnych služieb, čím sa vytvorí seriózna základňa pre ich vlastnú ďalšiu formáciu (Göppner, Hämäläinen, 2008).

2 Teoreticko-metodologické východiská

2.1 Východisková terminológia

V tejto časti v krátkosti predstavíme kľúčové pojmy publikácie. Vychádzame z faktu, že ide o pojmy, s ktorými je odborná verejnosť venujúca sa problematike transformácie a kvality sociálnych služieb podrobne oboznámená, a to aj cez predchádzajúcu odbornú spisbu v tejto oblasti.

Transformácia a reforma

Východiskovo možno súhlasiť s odborným názorom S. Krupu (2007), že transformácia je súčasťou množstva zmien, ktoré prebiehajú v prírode, spoločnosti, či v živote jednotlivcov. Autor hovorí o „*paradigme transformovaného sveta*“ (Krupa, 2007:31), kedy je transformácia (v zmysle neustálej zmeny) súčasťou všetkého živého. Transformácia je tak prirodzeným dôsledkom vyvíjajúcich sa vzťahov vonkajšieho a vnútorného sveta, teda sveta (systému) človeka a jeho prostredia. V sociálnej práci sa transformačné paradigma uplatňuje cez sociálno-ekologickú teóriu a koncept sociálneho fungovania (Göppner, Hämäläinen, 2008; Matoušek, 2013), ktoré vnímajú človeka ako súčasť prostredia a priznávajú obom stránkam tohto vzťahu vzájomne ovplyvňujúcu funkciu.

Súvisiacim pojmom je pojem *reforma*. V sociologickej teórii sa reforma vymedzuje ako centrálna určovaná podstatná zmena podmienok pre fungovanie a rozvíjanie činnosti subjektov (sociálnych, ekonomických, iných). Aj keď môžu mať reformy rôznu stupeň komplexnosti, principiálne vždy ovplyvňujú správanie jednotlivcov a skupín, menia ich postavenie v systéme vzťahov, mieru vplyvu, otvárajú alebo zatvárajú mobilitné kanály, čím reštrukturalizujú spoločnosť, najmä v prípade zásadnejších reforiem (voľne podľa Veľký, 1996).

Inštitúcia a organizácia

V bežnej ľudskej skúsenosti sa k pojmu inštitúcia viažu asociácie ako budova, ale aj úrad, úradnícke postupy, pravidlá. V skutočnosti má však pojem inštitúcia konatívny (behaviorálny) význam. V sociologickom i antropologickom význame ide o „...všeobecne praktikovaný a v danej kultúre predávaný spôsob konania ... inštitúcie sú výrazom nadindividuálnej povahy sociálneho diania“ (Veľký, 1996:435). Inštitúcie sa typologizujú podľa oblastí ľudských činností, ktoré regulujú (napr. mocenské, náboženské, vzdelávacie, ekonomické). Vznikajú za účelom vymedzenia spôsobov správania, ktoré ochraňujú jednotlivcov, skupiny a spoločnosť pred chaosom, fyzickým zánikom, nedostatkom, agresiou, či stratou pocitu zmysluplnosti. Inštitúcie tak majú pre spoločnosť pozitívny význam, pomáhajú identifikovať pravidelnosti v zdanlivo neopakovateľných prejavoch ľudského správania a tým o ňom vyslovovať zovšeobecňujúce tvrdenia (Veľký, 1996).

Od pojmu inštitúcia je dôležité odlišiť pojem *organizácia*. Kým pojem inštitúcia označuje spôsob, akým ľudia vykonávajú určitú činnosť, pojem organizácia sa viaže už na samotných ľudí, ktorí danú činnosť vykonávajú inštitucionalizovaným (dohodnutým, uznávaným) spôsobom (Veľký, 1996). V organizačnom kontexte je dôležitý systém uplatňovania autority, kontroly, hierarchizácia vzťahov, komunikácia dovnútra i navonok organizácie, či vzťahy s externým prostredím.

Inštitucionalizácia

Pojem *inštitucionalizácia*, podobne ako pojem inštitúcia, má vo verejných politikách svoje opodstatnenie a všeobecne pozitívny význam. Ide o ustanovovanie a fungovanie rozličných (sociálnych) inštitúcií, v rámci ktorých sa na základe spoločne akceptovaných pravidiel, ciest správania, spôsobov „robenia vecí“ riešia dôležité sociálne otázky a záujmy (voľne podľa Scott, Marshall, 2009). Podľa L. Musila (2012) inštitucionalizácia znamená:

- (1) *vedomé uznanie špecifického problému,*
- (2) *vedomé uznanie špecifického spôsobu pomoci pri zvládaní daného problému,*
- (3) *rutinné očakávanie výkonu daného spôsobu pomoci so zvládaním daného problému špecifickou organizovanou skupinou, a*
- (4) *vzájomné rutinné očakávanie využívania pomoci špecifickej skupiny pri zvládaní daného problému* (Musil, 2012:6).

Kľúčovými dimenziami Musilovho prístupu k inštitucionalizácii je teda vedomé uznanie (problému a spôsobu jeho riešenia) a rutinnosť, teda pravidelnosť (v poskytovaní výkonu a jeho vyžívaní). V rámci procesu inštitucionalizácie začínajú definované problémy (otázky) v určitej fáze vývoja získavať spoločenskú vážnosť a osobitné uznanie. Zmena postoja a vnímania týchto problémov vedie následne k potrebe ich oficiálneho pomenovania s premietnutím do právnej regulácie, budovania inštitucionálnych štruktúr a postupného prijímania mechanizmov širšej verejnej podpory pre ich riešenie.

Totálna inštitúcia

Je to pojem, ktorý v 60. rokoch minulého storočia zaviedol do sociologického diskurzu E. Goffman (1961) v snahe ponúknuť koncept pre analyzovanie rizikových aspektov fungovania organizácií špecifického druhu, vrátane rezidenčných zariadení poskytujúcich dlhodobú starostlivosť najmä pre osoby s duševným postihnutím (nursing home). Totálne inštitúcie charakterizuje spoločný život väčšej skupiny ľudí po dlhšiu dobu na jednom mieste, kde strácajú pod tlakom kontroly a obmedzovania vlastných preferencií svoju identitu, kde postrádajú možnosť vlastného rozhodovania, autonómie a voľnosti. Miesto spoločného bývania býva často mimo bežných obydlí a komunít, voči ktorým sa vyhraňuje inštitúcia aj fyzickou uzavretosťou (zamknuté priestory, či vysoké múry). Totálna inštitúcia sa považuje za vynútenú komunitu, v ktorej sú ľudia podriadení úzkostlivej regulácii a ich správanie organizačným pravidlám (Bauman, 1996).

V oblasti sociálnych služieb sa pre pomenovanie inštitucionalizovanej starostlivosti, ktorá sa vyznačuje takýmito charakteristikami vplyvu na ľudí, používa pojem ústav. Ústav je „...akákoľvek rezidenčná starostlivosť, kde sú obyvatelia izolovaní od širšej komunity a/alebo nútení žiť spoločne; obyvatelia nemajú dostatočnú kontrolu nad svojím životom a nad rozhodnutiami, ktoré sa ich týkajú; požiadavky samotnej organizácie sa často uprednostňujú pred individualizovanými potrebami jednotlivých užívateľov zariadení“ (Spoločné, 2012:23).

Z hľadiska terminologického považujeme za dôležité používať pre popis situácií, ktoré vedú k vyššie uvedeným prejavom a dopadom starostlivosti na ľudí, korektné pomenovania. V uvedenom prípade totiž nie je problémom inštitúcia ako taká, ale taký model inštitucionálneho správania (starostlivosti), ktoré vedie k nežiadúcim (neprijateľným) efektom a dopadom na život ľudí. Aj preto Európska expertná skupina pre prechod od ústavnej starostlivosti k starostlivosti prebiehajúcej v rámci komunity, hovorí o ústave a nie o inštitúcii, o nevyhovujúcej ústavnej kultúre a nie o kultúre inštitúcie, o prechode z ústavnej starostlivosti, nie inštitucionálnej starostlivosti, na komunitnú (Spoločné, 2013:23).

Na neutrálnu povahu samotného pojmu „inštitúcia“ možno usudzovať aj z interpretácií R. Jamborovej, S. Krupu (2007). Autorka a autor dôsledne vyžadujú, aby bolo inštitucionalizované správanie zamerané na rozpoznávanie a rozvoj individuálnych záujmov ľudí, ktoré sa majú stať prioritou ich programu, na rozdiel od totalitných inštitúcií (v zmysle totalitných inštitúcií, pozn. autorky), ktoré si vyžadujú zo strany prijímateľov/liek služieb nekompromisné plnenie stanovených inštitucionalizovaných požiadaviek.

Deinštitucionalizácia

S. Holúbková, R. Ďurana (2013:7) vymedzujú deinštitucionalizáciu sociálnych služieb ako „... politický a sociálny proces postupnej zmeny od inštitucionálnej starostlivosti a iných segregáčnych zariadení k nezávislému životu s podpornými službami v komunite“. Základom procesu deinštitu-

cionalizácie je cieľná príprava ľudí, ktorí žili v inštitúciách, na život v ich bežnej komunite, a to za pomoci kvalitných, cieľných, efektívnych a individualizovaných sociálnych služieb, v kombinácii s ostatnými verejnými službami určenými pre všetkých (bežnú verejnosť). V rámci konceptu deinštitucionalizácie sa užívateľ/Ika sociálnych služieb považuje, napriek svojim limitom (napr. vekovým, fyzickým, mentálnym), za človeka, ktorý je schopný niesť zodpovednosť za svoj život a rozhodnutia, naplňovať svoje želania a slobodne si voliť svoju životnú cestu. Je zachovaná kontinuita života, prirodzených sociálnych väzieb a začlenenia do spoločnosti (Kubalčíková, 2013).

Podobne ako v prípade pojmu inštitúcia, aj pri pojme deinštitucionalizácia upozorňuje Európska expertná skupina na možnosť zlej interpretácie, ktorá však môže súvisieť, podľa nášho názoru, aj s otázkou prekladu samotného pojmu. Ako uvádzajú: „Kedykoľvek je to možné, vyhýbajú sa tieto Pokyny používaniu výrazu 'deinštitucionalizácia', pretože je často chápaný zjednodušene ako zatváranie ústavov. Tam, kde sa výraz deinštitucionalizácia používa, odkazuje sa na proces budovania širokej škály služieb v komunite, vrátane prevencie, vďaka ktorej sa odstráni potreba vzniku ústavnej starostlivosti“ (Pokyny, 2012:25). Rovnako S. Illinca, K. Leichsenring, R. Rodrigues (2015) zdôrazňujú v definícii pojmu deinštitucionalizácia alternatívnu pozíciu komunitne založených služieb k starostlivosti poskytovanej v rámci ústavného prostredia. Deinštitucionalizáciu vzťahujú aj ku kultúrnej zmene na strane poskytovateľov, ktorí majú prijať a podporovať právo užívateľov/liek na výber a na kontrolu v rámci vzťahov starostlivosti.

Kvalita

Ku kvalite sa zvykne pristupovať ako k subjektívnej kategórii, sociálnemu konštruktú s veľkými interindividuálnymi rozdielmi. Tieto sú dané hodnotami a kogníciami konkrétnej osoby, rovnako spôsobom, akým tovar alebo službu táto osoba vníma a aké má na ne názor (Nies et al., 2010). Podľa A. Mateidesa a kol. (2006:5) práve „...subjektivita robí

kvalitu zložitou vlastnosťou z hľadiska dohody“. Nejednotnosť sa pritom netýka len vnímania kvality, toho, čo sa považuje za „kvalitné“, ale aj samotného vymedzenia pojmu kvalita.

H. Nies et al. (2010) sa vo svojej práci opierajú o tri možné vymedzenia kvality: (1) ako vnútornej vlastnosti tovaru alebo služby hodnotenej vždy podľa účelu, ktorý má tovar alebo služba plniť a schopnosti uspokojovať určené alebo predpokladané potreby, (2) ako stavu excelentnosti, kedy sa poukazuje len na to najlepšie, čo je s tovarom alebo službou spojené, na jeho výnimočné postavenie vo vzťahu k iným tovarom a službám, (3) ako normy, kedy sa dosiahnuté výsledky porovnávajú s očakávanými výsledkami stanovenými ako norma.

Kvalita sociálnych služieb

Riešiteľský tím štúdie *Contracting for Quality* realizovanej v rámci Európskej sociálnej siete (European Social Network) zdôrazňuje, že vo verejných službách, osobitne v službách dlhodobej starostlivosti, nemožno vnímať kvalitu len ako otázku vnútorného riadenia kvality u daného poskytovateľa služby alebo len ako vzťah medzi financujúcou a poskytujúcou stranou, ale ako systémovú otázku. V rámci systému sa skúmajú vzťahy medzi aktérmi zastávajúcimi rozličné roly (legislatívne a regulačné authority; poskytovatelia; tí, ktorí hodnotia potreby služieb a plánujú ich poskytovanie; financovatelia; a prípadoví manažéri) a to, ako ich vzťahy vedú k zabezpečeniu kvality a jej zlepšeniu smerom k zvýšeniu kvality života prijímateľov a prijímateľiek služieb (Contracting, 2010).

Teoreticky i právne (legislatívne, normotvorne) sa ku kvalite v sociálnych službách pristupuje ako k viaczložkovému systému, s viacerými skupinami domén. Autorský tím európskeho projektu „Quality Management by Result-oriented Indicators – Towards Benchmarking in Residential care for Older People“ identifikoval päť skupín domén, do ktorých usporiadal výkonové indikátory kvality: (1) doména: kvalita starostlivosti; (2) doména: kvalita života; (3) doména: vodcovstvo; (4)

doména: ekonomické výkony; (5) doména: kontext (Measuring, 2010). Podľa jednej z kľúčových osobností tímu sa stáva centrálnou doménou „kvalita života“, a to v rámci zmeny paradigmy v sociálnych službách: „Posunu od starostlivosti zameranej na „teplo – jedlo – čistotu“ („warm – fed – and – clean – care“) k tvorbe, podpore a zabezpečeniu kvality života“ (Leichsenring et al., 2015:5).

Viaczložkovo je koncept kvality sociálnych služieb organizovaný aj v národných podmienkach, v rámci právnej úpravy hodnotenia podmienok kvality poskytovaných sociálnych služieb. Jednotlivé kritériá, štandardy a indikátory (spolu 21 štandardov a indikátorov kvality) sú usporiadané do štyroch oblastí: (1) základné ľudské práva a slobody; (2) procedurálne podmienky kvality; (3) personálne podmienky kvality; a (4) prevádzkové podmienky kvality. Rozličný stupeň dôležitosti jednotlivých kritérií, štandardov a indikátorov je vyjadrený v ich rozličných váhach a tým v rozličnej miere vplyvu na výsledky hodnotenia plnenia podmienok kvality u jednotlivých poskytovateľov. Ako sme však zdôraznili na inom mieste, jednotlivé domény kvality sa vzájomne vo svojich predpokladoch a účinkoch podmieňujú a dopĺňajú, preto by nemal byť žiaden aspekt, napriek jeho rozdielnej váhe pre proces a výsledky hodnotenia, podceňovaný ako menej dôležitý (Repková (ed.), 2015).

Kvalita života

Kvalita života je jadrom systémového konceptu kvality sociálnych služieb, jej štandardizácie a merania. Ide v ňom o podporu života v súlade s predstavami, túžbami a plánmi užívateľov/liek sociálnych služieb, v rovnováhe s reálnymi možnosťami k ich napĺňaniu. Všetky transformačné zmeny, ktoré sa v sociálnych službách uskutočňujú, majú ultimatívne smerovať k zvýšeniu kvality života ich užívateľov/liek (Holúbková, Ďurana, 2013; Leichsenring et al., 2015).

V základnej odbornej literatúre sa vymedzuje kvalita života ako viacrozmerný, subjektívny, zároveň však merateľný konštrukt, ktorý

vyjadruje to, ako človek hodnotí svoju životnú situáciu (Dragomirecká, 2013). Je to koncept, ktorý je založený na viacerých dimenziách/aspektoch ľudskej existencie (napr. zdravotnej, ekonomickej, sociálno-vzťahovej, duchovnej). Tieto sú základom plynúceho ľudského života (rounded human life; Fahey, Nolan, Whelan, 2003), s rozličnou váhou ovplyvňovania subjektívneho hodnotenia životnej situácie v rozličných životných fázach.

Podľa E. Dragomireckej (2013) je koncept kvality života významný pre sledovanie účinnosti rozličných druhov sociálnych a iných intervencií, vrátane intervencií vykonávaných formou sociálnych služieb. V takomto prípade ide skôr o normatívny, než vedecký koncept kvality života. Kvalita života sa v ňom vymedzuje skôr operacionalisticky, t.j. cez špecifikovanie dimenzií ľudskej existencie, ktoré sú pre človeka esenciálne, a následne cez osobitné indikátory, ktoré tieto dimenzie reflektujú a sú merateľné spoľahlivým a validným spôsobom (Fahey, Nolan, Whelan, 2003).

Na človeka zamerané plánovanie

„Plánovanie zamerané na človeka predstavuje systematickú cestu pre vytvorenie realistického plánu naplnenia životných cieľov, prání a potrieb ľudí s posilnutím“ (Johnová, 2007). Aj keď sa v národných podmienkach uplatňuje najmä vo vzťahu k osobám, ktorým sa poskytujú vybrané služby rezidenčnej starostlivosti, možno ho považovať za všeobecne uplatniteľný prístup k človeku a uspokojovaniu jeho potrieb v systéme sociálnych služieb. Prístup je založený na zmene základnej paradigmy pomáhajúcej praxe, kedy ide o posun od práce so skupinou k individualizovanej podpore (Holúbková, Ďurana, 2013). Vychádza sa zo základného predpokladu, že skutočným expertom na svoje potreby, na plánovanie vlastného života, na to, kde, ako a s kým ho prežívať, môže byť len človek sám. V prípade, že potrebuje z rozličných dôvodov podporu, uznáva sa jeho právo aktívne zasiahnuť do procesu výberu ľudí, ktorí mu podporu poskytnú a prostriedkov, či metód, ktoré budú na daný účel využité.

Dôraz na uschopňovanie ľudí k riadeniu vlastného života cestou poskytovania individualizovanej podpory, sa premieta aj do využívanej terminológie, aj keď prevažne v rámci špecifického projektového jazyka. V projektoch transformácie sociálnych služieb (osobitne cestou deinštitucionalizácie) sa udomácnil pojem „osoba s určitým stupňom podpory“, ktorý, sám o sebe, nemá doposiaľ oporu v platnom právnom poriadku Slovenska, nepoužíva sa bežne ani v akademickej spisbe. Pojem je súčasťou terminológie plánovania zameraného na človeka a individuálneho plánovania. V zákone o sociálnych službách sa používa skôr pojem „fyzická osoba odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby“, a to v rozličných oblastiach života a bežných činností, osobitne v oblasti sebaobsluhy. Na základe intenzity odkázanosti stanovenej v hodinách sa napokon osoba zaraďuje do niektorého zo šiestich stupňov odkázanosti. Pri pojme „osoba s určitým stupňom podpory“ nejde o stanovenie stupňa odkázanosti (nestavia sa na diagnózach, funkčných obmedzeniach), ale opačne, o orientáciu na potreby človeka smerom k zvýšeniu miery jeho sociálneho začlenenia, k osobnostnému rozvoju a spokojnosti, teda k podpore kompetencií pre bežný život (Johnová, 2007). V praxi to môže znamenať, že osoby s tým istým stupňom odkázanosti stanoveným na základe externého normatívneho posúdenia (v rámci posúdenia právneho nároku na sociálnu službu) budú osobami s rozličným stupňom podpory smerom k sociálnemu začleneniu. Táto sa môže pohybovať na stupnici od žiadnej podpory, cez dohľad a pozorovanie, inštrukciá a vedenie, čiastkovú pomoc s činnosťou, až po najvyšší stupeň podpory, kedy ide o úplnú pomoc s vykonávaním činnosti.

V rámci plánovania zameraného na človeka sa formy podpory ľudí pri uspokojovaní ich životných potrieb a napĺňaní životných plánov neprispôsobujú „kolektívnym možnostiam podpory a pomoci“ (kolektívnym v zmysle „rovnaká podpora pre všetkých podľa spoločného znaku“, a v zmysle „čo môže poskytnúť organizácia určitého typu“). Vychádza sa skôr z toho, akú má jednotliviec predstavu o svojom budú-

com živote, ako chce sám k naplneniu tejto predstavy prispieť, čo môžu smerom k poskytovaniu podpory poskytnúť jeho najbližší a širší podporný kruh, bežné komunitné zdroje, a to všetko sa vyladuje s možnosťami podpory zo strany poskytovateľa, so zákonnými záujmami a programami inštitúcií (Jamborová, Krupa, 2007).

Komunitne organizované služby (community - based services)

Komunitné služby, alebo komunitná starostlivosť sú vymedzené ako „... všetky formy domácich, rodinne orientovaných, rezidenčných, ale aj iných služieb komunity, ktoré podporujú právo všetkých ľudí žiť v komunite, s rovnakými možnosťami volieb (výberu), a ktoré vedú k prevencii izolácie alebo segregácie z komunity“ (Toolkit, 2014:23). Nejde o jednu službu – „komunitnú službu“, ktorou by sa naplňali ciele a zámery komunitne organizovanej starostlivosti. Ide skôr o celé spektrum služieb, ktoré umožňujú človeku žiť v komunite, v prípade detí služieb, ktoré mu umožňujú vyrastať v rodinnom prostredí, nie v ústave. Ide o podporu bývania, zdravotnú starostlivosť, vzdelávanie, zamestnávanie, kultúru, či voľný čas (Společné, 2012). Niektoré z tohto súboru služieb sú poskytované bežnej verejnosti, iné sú organizované a poskytované ako špecializované služby (napr. osobná asistencia, odľahčovacia služba, špecializované poradenstvo).

S. Illinca, K. Leichsenring, R. Rodrigues (2015) na základe výsledkov komparatívnej výskumnej práce zameranej na praktické skúsenosti s deinštitucionalizáciou v Európe zdôrazňujú, že základom jej úspechu nie je ostré vzájomné vyhraňovanie sa rezidenčných a komunitne organizovaných formálnych služieb. Ako kmeňový princíp úspešnej deinštitucionalizácie zdôrazňujú skôr „...triangulačný vzťah medzi formálnou starostlivosťou v inštitucionálnom i komunitnom prostredí a neformálnou rodinnou starostlivosťou“ (ibid, s. 11).

Systém sociálnych služieb

Nejde o pojem normatívnej povahy, aj keď by ho bolo možné odvodit' od celkovej systematiky zákona o sociálnych službách. V takom prípade by tvoril sústavu kľúčových aspektov sociálnych služieb akými sú: vymedzenie sociálnych služieb ako verejného záujmu; právnych vzťahov účastníkov sociálnych služieb; oblastí, druhov a foriem sociálnych služieb; odborných, obslužných a iných činností vykonávaných v sociálnych službách; kompetencií jednotlivých orgánov verejnej správy v sociálnych službách; financovania sociálnych služieb; zabezpečenia kvality v sociálnych službách; či zabezpečenia kontrolných činností v sociálnych službách. Súčasťou takto vymedzeného systému by bolo aj ukotvenie sociálnych služieb ako verejného záujmu v širších medzinárodných záujmoch a záväzkoch, v rámci ktorých sa poskytujú významná zdrojová (organizačno-finančná) podpora kvalitne fungujúcich sociálnych služieb v národných podmienkach.

Z hľadiska zamerania tejto monografie považujeme pre vymedzenie pojmu „systém sociálnych služieb“ za východiskový koncept valorizácie sociálnej roly (autor W. Wolfensberger, bližšie vid' neskôr). Tento objasňuje dôvody, pre ktoré sa niektorým ľuďom, skupinám ľudí historicky pripisovali a pripisujú menej hodnotné spoločenské roly, zároveň vymedzuje akcie (opatrenia) zamerané na valorizáciu rolí, ktoré sa majú organizovať a realizovať na štyroch úrovniach: (1) úrovni jednotlivca, (2) úrovni primárneho sociálneho systému jednotlivca (najmä rodina), (3) medziúrovni sociálneho systému jednotlivca (susedstvo, komunita, služby), (4) širšej spoločenskej úrovni vo vzťahu k jednotlivcovi alebo skupine (celkový sociálny systém, špecifickejšie systém služieb). Definované úrovne môžeme v prenesenom význame považovať za systémové aspekty sociálnych služieb (systém sociálnych služieb) a inšpirovať sa nimi pre účely výskumu názorov ich poskytovateľov k otázkam vzťahu transformácie a kvality, či mnohoúrovňových podmienok pre vykonávanie kvalitných sociálnych služieb.

2.2 Transformácia sociálnych služieb – teoretické explanácie

V súčasnom odbornom diskurze sa transformácia sociálnych služieb tematizuje ako zmena sociálneho statusu človeka (prijímateľa/ľky sociálnej služby) z objektu na subjekt, z pacienta/ťky – klienta/ťky na rovnoprávneho občana, ktorému sa vytvárajú príležitosti na život v podmienkach rešpektujúcich jeho ľudské práva. Ide o zmenu inštitučného systému na komunitný; odmietavého postoja k rešpektu a dodržiavaniu práv ľudí; o zmenu od závislosti na sociálnej službe k zmocňovaniu pre vlastnú zmenu; o zmenu od direktívnych metód k poradenstvu (Krupa a kol., 2007). Sú to statusy, ktoré sa ľuďom mimo sociálnych služieb, príp. iných systémov verejnej podpory dostávajú bežne, bez osobitného pričinenia, jednoducho ako bytostiam s uznanými ľudskými, občianskymi, sociálnymi a inými právami a slobodami. *Prečo sa potom uvedené statusy nedostávajú aj ľuďom, ktorí pre svoj bežný život potrebujú osobitnú podporu?*

2.2.1 Princíp normalizácie a teória valorizácie sociálnej roly

Sťažnosť prístupu a prístupnosti ľudí, ktorí v živote z rôznych dôvodov potrebujú osobitnú pomoc a podporu (aj formou sociálnych služieb), k bežným právam a slobodám, k životným príležitostiam na rovnakom princípe s bežnou populáciou, vysvetľuje W. Wolfensberger cez *teóriu valorizácie sociálnej roly (Social Role Valorisation Theory)*. Touto teóriou autor nadväzuje na svoj pôvodný princíp uplatňovaný v sociálnych službách a tým bol *princíp normalizácie (principle of normalisation)*. Obom konceptom sa budeme podrobnejšie venovať, nakoľko pomáhajú teoreticky uchopiť a objasniť nielen slabý status ľudí v systéme sociálnych služieb, ale aj slabý status pomáhajúcich profesií, ktoré v nich pôsobia. Na uvedený účel sa oprieme o prehľadový dokument, ktorý

na základe Wolfensbergerovej tvorby k problematike teórie valorizácie sociálnej roly spracoval J. Osburn (2006).

Teória valorizácie sociálnej roly (ďalej len „TVSR“) ako sociálno-vedecký koncept vychádza z predpokladu, že existuje vysoká miera konsenzu na tom, čo je v živote pre človeka dôležité (čo sú pre človeka tzv. „dobré veci“ / „good things“): je to dôstojnosť, rešpekt a akceptácia človeka; potreba niekam patriť; vzdelanie, rozvoj a uplatňovanie kapacít človeka; možnosť ovplyvňovať veci vo vlastnej komunite a spoločnosti; príležitosti k participácii; dôstojný materiálny životný štandard; minimálne normatívne miesto pre život; príležitosti pracovať a príležitosti k svojpomoci. Základný predpoklad TVSR spočíva v tom, že ľudia majú vyššiu šancu získať „dobré veci“ vtedy, ak zastávajú hodnotné sociálne roly (valued social roles). TVSR je odpoveďou na historicky univerzálny fenomén nízkej sociálnej hodnoty (social devaluation) určitých skupín ľudí, napr. tých, ktorí majú funkčnú poruchu, sú chudobní alebo starší. Ako koncept je relevantná pre tých, ktorým sa už pripisuje nízka sociálna hodnota, a tých, ktorí sú vo vysokom riziku, že k tomu dôjde. Spoločnosť má univerzálne tendenciu zaobchádzať s takýmito ľuďmi horšie a upierať im prístup k veciam dôležitým pre dôstojný a plnohodnotný život. Takýto ľudia sú vnímaní ako:

- devianti, a to z dôvodu prítomnosti negatívne hodnotenej inakosti (napr. fyzickej alebo funkčnej poruchy, nízkej kompetencie, etnickej príslušnosti, určitého správania, farby pleti, či iného druhu inakosti),
- sú odmietaní komunitou, spoločnosťou, ale aj rodinou, či službami,
- sú označovaní negatívnymi sociálnymi rolami (napr. ako subhumánne tvory, nebezpečenstvo, príťaž spoločnosti),
- je od nich udržiavaný sociálny a fyzický odstup (segregácia),
- majú negatívny imidž,
- sú obeťami násillia a brutálneho zaobchádzania, vedúceho až k smrti.

V pôvodných prácach sa autor odvolával na *princíp normalizácie* v zmysle maximálne možného využívania kultúrne hodnotných prostriedkov k tomu, aby ľudia mohli získať a/alebo si udržať hodnotné

sociálne roly. Následný posun k TVSR nebol len premenovaním normalizačného princípu, ale išlo o konceptuálnu zmenu, založenú na dvojakom pohľade na problematiku:

- a) že ľuďom s hodnotnými sociálnymi rolami sú priznávané potrebné veci, minimálne v rámci zdrojov a noriem spoločnosti, v ktorej žijú,
- b) že je potrebné sústrediť sa na dva kľúčové prostriedky k vytvoreniu, podpore a obhajobe hodnotných sociálnych rolí, a to sú (1) podpora imidžu človeka/skupiny v očiach iných a (2) podpora kompetencií človeka/skupiny, v najširšom slova zmysle.

Akcie (opatrenia) zamerané na valorizáciu sociálnej roly cez podporu imidžu ľudí a ich kompetencie sa majú organizovať a realizovať na štyroch úrovniach:

- (1) úrovni jednotlivca,
- (2) úrovni primárneho sociálneho systému jednotlivca (najmä rodina),
- (3) medziúrovni sociálneho systému jednotlivca (susedstvo, komunita, služby),
- (4) širšej spoločenskej úrovni vo vzťahu k jednotlivcovi alebo skupine (celkový systém služieb).

J. Osburn (2006) uvádza ešte jeden dôvod, pre ktorý sa pozitívne vníma posun od princípu normalizácie k TVSR. Sú ním nie vždy priaznivé konotácie na pojem normalizácia (v zmysle normalizácie ľudí, nie podmienok ich života), čo neplatí pri pomerne neznámom spojení TVSR primárne stavajúcom na pozitívnych slovách ako oceniť (to value) alebo uznať hodnotu (to accord worth).

2.2.2 Princíp normalizácie a sociálne služby

Osobitný význam predstavuje W. Wolfensbergerove dielo pre pochopenie historickej skúsenosti s nízkym sociálnym statusom ľudí, ktorým sa poskytujú sociálne služby, ktorí sú ich klientmi/kami. Spoločne so S. Thomas (1994) identifikovali šesť základných faktorov, ktoré majú v spoločenskom diskurze zásadný vplyv na rolu klienta/tky sociálnych služieb:

- (1) vnímaná hodnota subjektu poskytujúceho sociálnu službu,
- (2) vnímaná normalita klientskej roly,
- (3) túžba významných ľudí naplniť túto rolu,
- (4) vnímaná hodnota klientov/tiek tej istej služby,
- (5) typické očakávania, ktoré vyvoláva klient/ka u iných ľudí,
- (6) sociálna hodnota prostredia, v ktorom je sociálna služba poskytovaná.

(In Matoušek, 2013:215)

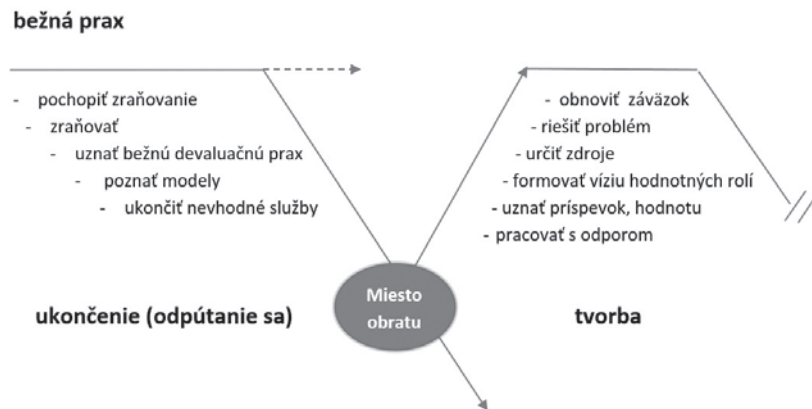
Podľa autora a autorky, všetky tieto faktory pozitívne korelujú s nízkou spoločenskou hodnotou roly klienta/tky. U ľudí, ktorí majú nízky sociálny status, má rola klienta/tky veľmi blízko k ich životnej roly, u ľudí, ktorí žijú v zariadeniach sociálnych služieb (ústavoch), je prakticky totožná. U posledne menovaných sa následkom klientskej pozície stráca ich občiansky status, bez možnosti získať ho, udržať alebo obnoviť si ho bez zásadnej zmeny podmienok života, a to na všetkých úrovniach podpory valorizácie sociálnej roly.

Praktickým aspektom uplatňovania princípu normalizácie v rámci sociálnych služieb sa venoval J. O'Brien. Podľa autora, princíp normalizácie má ambíciu poskytnúť jasné smerovanie k tomu, čo by sa malo poskytovať v sociálnych službách pre osoby so zdravotným postihnutím, ako by mali vyzeráť, aby podporovali ich sociálne hodnotné roly. Má k tomu slúžiť spoločne zdieľané stanovisko, čo to znamená využívať sociálne hodnotné prostriedky k podpore sociálne hodnotného života ľudí. A v tom vidí autor praktický problém. Upozorňuje, že poskytovatelia síce môžu pochopiť, ako málo majú spoločné súčasné spôsoby pobytových služieb pre osoby so zdravotným postihnutím s reálnymi domovmi; väčšina denných aktivít s reálnou prácou; špeciálne vzdelávanie s bežným školským vzdelávaním. V snahe poskytovať reálny domov, reálnu prácu, či reálne vzdelávanie však môžu opätovne sklzávať do foriem práce vedúcich k sociálnej devalvácii ľudí, ich životov a rolí. Autor to zdôvodňuje neurčitou a náročnosťou uplatňovania princípu normalizácie, „...neexistenciou priamo-

čiarej/hladkej cesty zmeny z tmy do svetla, a to len vykonávaním múdrej a tordej práce“ (ibid, s. 4). Do popredia dáva systematickú tendenciu ľudí vracieť sa k praxi sociálnej devalvácie na základe vplyvu takých dynamických faktorov, akými sú napr. aktívna opresia zakorenená v sociálnych organizáciách. Tieto priraďujú ľuďom so zdravotným postihnutím nízke sociálne roly a vyradujú ich z bežných sociálnych vzťahov a prostredí, ktoré ich opätovne „dávajú dokopy“, segregujú, kontrolujú a naďalej tak stigmatizujú.

Podľa J. O'Brien je princíp normalizácie založený na neurčitosti obsiahnutej vo fráze „najviac ako je to možné“ („as much as possible“; O'Brien, ibid:2). Autor popisuje reformu služieb pre osoby so zdravotným postihnutím vo forme komplementárnej trajektórie, kde sa princíp „najviac ako je to možné“ stáva hybnou silou cyklického pohybu akcií a reakcií. Schematické znázornenie takejto trajektórie znázorňuje obrázok.

Obrázok1: Komplementárna trajektória reformného procesu v službách pre osoby so zdravotným postihnutím



Zdroj: O'Brien (ibid: 10)

Výklad autora, ako sa reformujú (transformujú) služby pre osoby so zdravotným postihnutím pri akceptovaní prístupu „najviac ako je to možné“, berúc do úvahy tendencie k ceste späť (k sociálnej devalvácii), je založený na nelineárnosti celého procesu. Hovorí o dvoch komplementárnych cestách prebiehajúcich v čase:

a) *cesta ukončenia, vyviazania sa, odpútania sa (a path of detachment)*

Jej obsahom je určenie, aká prax musí byť odmietnutá. Začína uvedomením si bežnej rutiny, ktorá je v rámci poskytovania služby škodlivá a končí vedomým rozhodnutím o ukončení takejto škodlivej/ubližujúcej praxe. Toto rozhodnutie prináša kľúčový zlom v procese transformácie, je *miestom obratu (turning point)*, kedy sa otvára komplementárna cesta,

b) *cesta tvorby (a path of creation)*

Okrem práce s odporom v nej ide najmä o zvyšovanie povedomia ľudí a inštitúcií/organizácií o identite ľudí so zdravotným postihnutím, ktorá je založená skôr na komplementarite ich zraniteľnosti a kapacít, zraniteľnosti a schopnosti byť prospešnými, než na negovaní reality ich zraniteľnosti z dôvodu zdravotného postihnutia. Ako autor uvádza, „...reálna reforma má často ďaleko od toho, že by sa stúpalo po existujúcom rebríku odspodu smerom hore. Namiesto toho sa musí nastúpiť na iný rebrík postavený voči inej stene...“ (ibid:7). Cestu tvorby sťažujú rezistencia k devalvácii, často podporená profesionálnou byrokraciou, ktorá bráni vidieť prínosy ľudí so zdravotným postihnutím pre seba a spoločnosť.

V rámci procesu tvorby nasleduje fáza formulovania vízie alebo imidžu požadovanej budúcnosti, ktorá by dávala ľuďom so zdravotným postihnutím väčšie príležitosti pre začlenenie, prínos a viac hodnotných sociálnych rolí. Nová vízia usmerňuje transformáciu, špecifikuje, ako by mali zamestnanci/kyne služieb pomáhať ľuďom v napĺňaní ich nových životných šancí. Neznamená však ešte samotnú zmenu sociálnej služby, nehovorí, ako to majú organizácie urobiť. Za týmto účelom musí dôjsť k mobilizácii zdrojov (profesionálnych, rodinných, komu-

nitých), ktoré sú, aj keď prevažne nie na ideálnej úrovni, bázou pre riešenie problému.

Cesta tvorby a prijímania záväzkov končí, keď sú ustanovené nové a hodnotné sociálne roly a keď sa potrebná pomoc a podpora osobe so zdravotným postihnutím stanú dostupnými ako súčasť bežnej služby. Fáza (cesta) tvorby pokračuje až dotedy, kým nezačne nové transformačné kolo, nakoľko niektoré aspekty zraniteľnosti ľudí so zdravotným postihnutím sa prejavujú alebo obnovujú, a to napriek predchádzajúcemu kolu transformačných krokov.

Teoretický výklad komplementárnej povahy transformačného procesu v rámci sociálnych služieb založený na princípoch normalizácie a valorizácie sociálnych rolí tvorí veľmi inšpiratívnu základňu pre analýzu národných transformačných východísk, stručné predstavenie doterajších národných skúseností s transformáciou vybraného výseku sociálnych služieb, najmä však pre dizajnovanie vlastnej výskumnej práce.

3 Transformácia sociálnych služieb – národný koncept a doterajšie skúsenosti

Ak považujeme transformáciu sociálnych služieb za kontextuálny rámec pre zavádzanie systémových prvkov kvality (v súlade s názvom monografie), potom je prospešné venovať sa tomu, ako sa transformácia v národných podmienkach konceptuálne vymedzuje a čo sa s ňou v povedomí odbornej verejnosti spája.

3.1 Transformácia sociálnych služieb – nejednoznačný národný koncept

Neexistuje všeobecne zdieľané vymedzenie pojmu transformácia sociálnych služieb, možno okrem uznania jej základnej charakteristiky, že ide o kontinuálny proces, nie o cieľ (Krupa a kol., 2007; Korimová, Štrangfeldová, 2014). Komplikáciu smerom k dosiahnutiu zjednoteného chápania možno prináša aj skutočnosť, že pojem transformácia je skôr deskriptívny, než predpisujúci (preskriptívny), t.j. sám o sebe nemá normatívnu povahu. V zákone o sociálnych službách nie je tento pojem ustanovený, z dôvodu čoho ho nemožno akýmkoľvek spôsobom vzťahovať k povinnostiam poskytovateľov sociálnych služieb. To môže komplikovať odborné výroky a závery o „prítomnosti/absencii“ transformácie sociálnych služieb v národných podmienkach, o jej podobe, bližších charakteristikách, krokoch, všetko ako základu pre jej chápanie ako procesu¹.

1 Porovnateľným spôsobom sa J. Orburn (2006) vyjadruje aj k teórii valorizácie sociálnej roly. Teóriu bežne vzťahovanú k transformačným postupom v sociálnych službách nemožno, podľa autora, považovať za hodnotový systém alebo ideológiu, rovnako ako nemožno očakávať, že sa na jej základe bude predpisovať alebo diktovať, aké hodnotové rozhodnutia sa majú prijímať: „... ako sociálno-vedná schéma má skôr deskriptívnu, než preskriptívnu/určovací povahu“ (ibid., 2006:7). Implementácia TVSR závisí totiž od množstva faktorov, akými sú vysoko postavené (často však aj neuvedomované) hodnoty človeka podmienené napr. výchovou, rodinnými vplyvmi, politickými a ekonomickými faktormi, či svetonázorom. TVSR sa však považuje za výzvu,

Pojem transformácia je od 90. rokov minulého storočia v kontexte sociálnych služieb často zmieňovaný, predstavuje však skôr isté hodnotové orientovanie významne podporené európskym ľudsko-právnym hnutím zameraným na transformáciu pobytových sociálnych služieb na komunitne orientované. Aj preto sa, s ohľadom na doterajšiu skúsenosť s transformačnými procesmi v sociálnych službách, v odborných kruhoch používa pojem transformácia sociálnych služieb synonymicky s pojmom deinštitucionalizácia sociálnych služieb. S. Krupa a kol. (2007:20) napr. uvádzajú, že: „Hnacou silou transformácie, resp. deinštitucionalizácie sociálnych služieb je rešpektovanie základnej ľudskej potreby človeka žiť a existovať v každodenných, prirodzených, rodinných, rovesníckych a komunitných sociálnych vzťahoch“.² Dôvodom zamieňania oboch pojmov môže byť ultimatívne smerovanie k podpore zmeny kvality života ľudí (Leichsenring et al., 2015; Ilinca et al., 2015), ktoré sa komunikuje ako primárna hodnota tak transformácie, ako aj deinštitucionalizácie sociálnych služieb.

Pre objasnenie vzťahu medzi transformáciou sociálnych služieb a ich deinštitucionalizáciou využívajú niektorí odborníci a odborníčky koncept *reformy*. J. O'Brien spája komplementárnu trajektóriu akcií a reakcií, odmietania (opúšťania) starého a následnej tvorby nového v sociálnych službách s pojmom reforma (služieb). S. Krupa a kol. (2007) nepripisujú reformám v sociálnych službách priamo reštrukturalizačný (transformačný) význam. Podľa autorského kolektívu reforma vedie k prebudovaniu, či zlepšeniu existujúcich štruktúr. Až takú reštrukturalizáciu, ktorá vedie k zániku pôvodného systému, organizácie a vzniku novej, spájajú s pojmom transformácia. Z tohto pohľadu je potom

v procese transformácie potrebné vidieť nielen kontinuálnosť zmeny, ale aj určitú zlomovosť, zásadnosť zmeny, kedy sa zabehnuté spôsoby organizácie a výkonu práce dostávajú do rozporu s potrebami ľudí a znevýhodňujú ich voči bežnej populácii. Transformácia sa tak spája so zlomovými obdobiami, ktoré kvalitatívnym spôsobom menia povahu sociálnych vzťahov ľudí pôsobiacich v rozličných systémoch, vrátane systému sociálnej ochrany a sociálnych služieb.

G. Korimová a J. Štrangfeldová (2014) vnímajú vzťahy transformácie a deinštitucionalizácie iným spôsobom. Transformáciu rovnako považujú za permanentný proces, v rámci ktorého sa reformami myslia jednotlivé etapy transformácie. Vývojovej dimenzii pojmu transformácia tak autorky pridávajú obsahovú špecifikáciu premietnutú do konkrétnych reformných etáp. V novodobých dejinách transformácie sociálnych služieb na Slovensku identifikovali tri významné reformné etapy³:

a) *prvá reformnú etapu* vzťahujú k prijatiu zákona č. 195/1998 Z.z. o sociálnej pomoci ako súčasť celkovej transformácie sociálnej sféry, ktorej koncepciu spracovalo MPSVR SR v roku 1996. Stávalo v nej na medzinárodných záväzkoch smerujúcich k diverzite, dostupnosti, udržateľnému financovaniu, reštrukturalizácii a decentralizácii sociálnych služieb, či k vytvoreniu podporného legislatívneho prostredia. Na prepojenosť transformácie sociálnych služieb s celospoločenskými transformačnými zmenami, osobitne v oblasti sociálnej sféry, poukazuje aj S. Krupa a kol. (2007),

b) *druhá reformná etapa* transformácie sociálnych služieb sa viaže na prijatie zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách, ktorý prináša modernú úpravu založenú na práve človeka v osobitnej situácii na sociálnu

ako môžu byť pozitívne ľudské a kultúrne hodnoty zobrazené do úvahy na podporu pozitívnych sociálnych rolí ľudí.

2 Rovnako národný projekt, ktorý v podmienkach Slovenska prebiehal v rokoch 2013-2015, sa nazýval „Podpora procesu deinštitucionalizácie a transformácie systému sociálnych služieb“, hoci bol zameraný výlučne na deinštitucionalizačné procesy vo vybraných zariadeniach sociálnych služieb typu domovov sociálnych služieb pre osoby odkázané na pomoc inej osoby. Skráteno sa aj nazýval ako „NP DI“.

3 Samozrejme, ide o reformné zmeny viažuce sa k novodobým dejinám sociálnych služieb na Slovensku, spájaných so špecifickou právnou reguláciou. V našej vlastnej práci (Repková, Brichtová, 2014) sme však popisovali aj obdobie predtým, ktoré malo význam pre oblasť sociálnych služieb ako integrálnej súčasť sociálneho zabezpečenia. Ešte komplexnejšie je historiograficky táto problematika popísaná napr. v časopise *História v prácach I. Kušnirákovej, G. Dudekovej, A. Falisovej, K. Repkovej* (2005, č. 5), či v novšej práci S. Krupu a kol. (2007).

službu, práve na výber poskytovateľa sociálnej služby a práve na výber jej formy; diverzifikuje sociálne situácie, ktoré oprávňujú k poskytovaniu sociálnej služby, zavádza jej nové druhy a formy; zaoberá sa otázkami viacdrojového financovania; rovnako inštitucionalizuje otázky podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby a jej hodnotenia,

c) *treťou reformnou etapou* je deinštitucionalizácia sociálnych služieb, ktorou by sa mal, podľa autoriek, zavŕšiť proces skvalitňovania a približovania k modernému európskemu systému sociálnych služieb.

V chápaní autoriek je deinštitucionalizácia jednou z reformných fáz transformácie sociálnych služieb v rámci globálnejšieho transformačného procesu na Slovensku od 90. rokov minulého storočia. Opätovne sa však vraciame k istému riziku takéhoto výkladu, spočívajúcim, podľa nášho názoru, v zužovaní transformačných procesov len na jeden výsek sociálnych služieb (rezidenčných služieb dlhodobej starostlivosti pre vymedzenú cieľovú skupinu), aj keď mimoriadne dôležitý v špecifickom kontexte vývoja spoločnosti (a nielen na Slovensku).

S ohľadom na rozličnú skúsenosť, ale aj profesionálne a sektorové zázemie rozličných odborníkov a odborníčok, či celých autorských tímov, možno predpokladať, že sa bude ťažko dosahovať úplný konsenzus v chápaní pojmu transformácia sociálnych služieb, resp. v sociálnych službách, najmä vo vzťahu k deinštitucionalizácii sociálnych služieb. Zastávame názor, že pojem transformácia je širší ako pojem deinštitucionalizácia. Transformáciu vzťahujeme k celému sektoru sociálnych služieb (v komplexe jeho systémovej vonkajšej podmienosti, rôznorodosti druhov a foriem a vzťahu k rôznorodým cieľovým skupinám). Na strane druhej pripúšťame, že inšpirácie z deinštitucionalizačných pilotných iniciatív sú natoľko zásadné, že ich nemožno podceňovať a prehladať ich hodnotu pre celkový transformačný proces. S odbornou hrdosťou sa k tomu hlási aj S. Krupa, ktorý: „... vyjadruje nádej, že výsledky dosiahnuté v projekte ... pripravujú cestu k nevyhnutnej potrebnej celoplošnej transformácii a deinštitucionalizácii sociálnych služieb v Slovenskej republike“ (in Cangár (ed.), 2015).

3.2 Užšie a širšie vymedzenie transformácie sociálnych služieb

Na základe štúdia odbornej literatúry, ale aj doterajšej implementačnej praxe (v rámci deinštitucionalizačných národných projektov), považujeme za vhodné pristupovať k definičnému vymedzeniu transformácie sociálnych služieb v užšom a širšom slova zmysle. V *širšom poňatí* predstavuje transformácia sociálnych služieb proces permanentného vyladovania potrieb ľudí v oblasti podpory pri napĺňaní ich osobných životných plánov s možnosťami poskytovateľov. Takéto vymedzenie korešponduje s globálnym zameraním konceptu komplementárnej a cyklickej trajektórie transformačného procesu (O'Brien, vid' vyššie) založenej na obnovovaní nerovnováh v sociálnom fungovaní prijímateľov/liek sociálnych služieb spôsobených nastavením sociálnych vzťahov (interakcií) a ich podporných štruktúr. V takto ponímaní transformácie nejde o zásadnú a zlomovú zmenu, ale skôr o záležitosť každodenného fungovania organizácií poskytovateľov sociálnych služieb v ich systémovej prostredí ako súčasti komunitných zdrojov ľudí. Ich fungovanie je podporené zdieľanou národnou víziou (spoločenskou doktrínou) zameranou na problematiku sociálnych služieb ako nástroja podpory sociálnej inklúzie ľudí (Brichtová a kol., 2015; Kasanová a kol., 2015).

Ako však uvádza aj O'Brien, existencia doktríny (vízie) automaticky neznamená zmenu správania sa organizácií sociálnych služieb smerom k účinnejšej podpore sociálnej inklúzie svojich klientov/tok v prípade, že zabehnutá prax sa už ukáže ako nevyhovujúca a limitujúca (až ubližujúca). Preto je nevyhnutné hovoriť o transformácii aj v *užšom poňatí*, kedy predstavuje proces cielenej zásadnejšej zmeny vyvolanej neschopnosťou tradične fungujúcej organizácie riešiť sociálne problémy ľudí v zmenených sociálno-ekonomických podmienkach (Krupa a kol., 2007). Takéto poňatie transformácie ide dovnútra procesov komplementárnej trajektórie transformačného procesu. Je síce založené na podmienujúcich vonkajších zmenách prostredia organizácie, ale aj na kritickej reflexii sa-

motnej organizácie, že jej fungovania je vo vzťahu k prijímateľom/Ťkám služieb už nevyhovujúce a neudržateľné. Organizáciu dostáva do krízového stavu, nakoľko prestáva byť v rovnováhe s podmienkami bežného života ľudí (Cangár (ed.), 2015). V takomto prípade má transformácia skôr projektovú povahu prechodu z fázy odpútania sa (ukončenia, vyviazania sa), cez zlomový bod trajektórie, k fáze tvorby novej vlastnej vízie, vzťahov a budovania zdrojovej základne pre zásadnejšiu zmenu organizácie. Vonkajšími faktormi prostredia pre proces zásadnej zmeny môžu byť prijaté sociálno-politické záväzky, nové strategické smerovanie, či zmena legislatívy (vecnej, ale aj organizačnej povahy).

Viacúrovňové vymedzenie transformácie korešponduje aj s viacúrovňovou koncepciou akcií (opatrení) zameraných na riešenie systémových problémov sociálnych služieb smerom k valorizácii sociálnej roly prijímateľov/liek sociálnych služieb, cez podporu ich imidžu a kompetencií. Podľa W. Wolfensbergera (in Osburn, 2006) sa akcie majú organizovať ako na mikroúrovni úrovni jednotlivca a jeho primárneho prostredia, tak na mezoúrovni (susedstvo, komunita, služby) a makroúrovni (celkový systém služieb a spoločenských vzťahov).

3.3 Vonkajšie kontexty transformácie sociálnych služieb

Aj keď pojem transformácia sociálnych služieb nemá v podmienkach Slovenska ustálenú pozíciu a zdieľané definičné vymedzenie, predsa len možno o pro-transformačnom smerovaní deduktívne usudzovať z dvoch determinujúcich okolností:

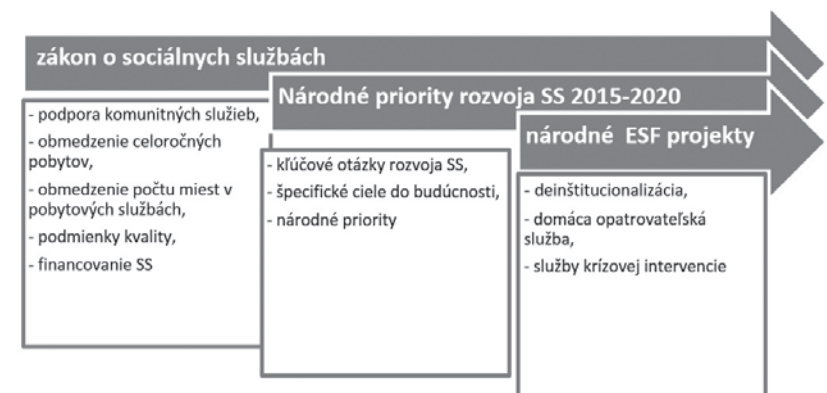
- a) z *externého ukotvenia (determinovanosti) transformačných procesov v európskych podporných dokumentoch*. Osobitne ide o:
- Report of the Ad-Hoc Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care (Správu Ad-hoc expertnej skupiny pre prechod z inštitucionálnej na komunitne založenú starostlivosť; EC, 2009),

- Společné evropské pokyny k přechodu od ústavní péče k péči probíhající v rámci komunity (2012),
- Toolkit on the Use of European Union Funds for Transition from Institutional to Community-based Care (Návod na využívanie fondov EU na účely prechodu z inštitucionálnej na komunitne založenú starostlivosť; EC, Revidované vydanie 2014),
- A Voluntary European Quality Framework for Social Services (Európsky dobrovoľný rámec kvality sociálnych služieb, EC, 2010)

Aj keď ide o dokumenty viazané prevažne na proces deinštitucionalizácie sociálnych služieb, nepracujúce priamo s pojmom „transformácia sociálnych služieb“, poskytujú kľúčové navigácie o novom smerovaní sociálnych služieb pre podporu sociálnej inklúzie rozličných cieľových skupín.

- b) z *existencie kľúčových národných pro-transformačných pilierov*. Vytvárajú východiskovú externú podporu (zakotvenie) národných transformačných ambícií a postupov realizovaných na jednotlivých úrovniach (jednotlivec, rodina, komunita, organizácia sociálnych služieb). Znázornené sú v nasledovnej schéme.

Schéma1: Národné pro-transformačné piliere sociálnych služieb



Zdroj: vlastné spracovanie autorky

Jednotlivým pilierom sa budeme v krátkosti venovať.

- a) *platná právna úprava sociálnych služieb*⁴ so zameraním na otázky podpory komunitne organizovaných sociálnych služieb (postupnými zmenami v zákone o sociálnych službách sa napr. vytvárajú podmienky pre čo najdlhšie zotrvanie človeka v jeho vlastnom rodinnom prostredí, prípadne v širšom komunitnom prostredí; zabezpečuje sa postupné znižovanie počtu ľudí žijúcich v rezidenčných službách; zabraňuje sa systematickej exklúzii dieťaťa z jeho prirodzeného prostredia umiestňovaním v zariadeniach s celoročným pobytom),
- b) zavádzanie *systému hodnotenia podmienok kvality poskytovaných sociálnych služieb* v rámci platného zákona o sociálnych službách so zámerom podporovať zvyšovanie kvality života prijímateľov/liek sociálnych služieb, a to cestou zavádzania najnovších poznatkov a trendov do fungovania organizácií sociálnych služieb,
- c) prijatie dokumentu *Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2015-2020* (december 2014)⁵. Dokument stavia na niekoľkých zásadných otázkach, osobitne: „Aké zmeny plánovať v štruktúrovaní ponuky služieb pre obyvateľov a akým spôsobom ich realizovať? Na základe čoho vybaviť dané územie potrebnými službami? Ako účelne a hospodárne sieťovať jednotlivé služby v záujme dosiahnutia čo najkomplexnejších a najefektívnejších ponúk pre uspokojenie potrieb ľudí?“ (Národné, 2014:3). V odpovedi na ne sú v dokumente vymedzené tieto *špecifické ciele*:
 - zabezpečiť realizáciu práva občana na poskytovanie sociálnej služby so zohľadnením ľudsko-právneho a nediskriminačného prístupu a s dôrazom na rešpektovanie ľudskej dôstojnosti,
 - zabezpečiť dostupnosť sociálnych služieb v súlade s potrebami cieľových skupín a komunity,

4 Zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov

5 Zdroj on-line: <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/nprss-2015-2020.pdf>

- zabezpečiť rozvoj sociálnych služieb dostupných pre osoby v segregovaných lokalitách s prítomnosťou koncentrovanej a generálne reprodukovanej chudoby,
- zvýšiť dostupnosť komunitných sociálnych služieb s dôrazom na rozvoj sociálnych služieb pre rodinu, ktorá sa stará o svojho člena, odkázaného na pomoc inej osoby pri sebaobsluže,
- deinštitucionalizovať sociálne služby,
- presadiť princíp integrovanej dlhodobej zdravotno-sociálnej starostlivosti,
- zaviesť systém zabezpečenia a hodnotenia podmienok kvality poskytovaných sociálnych služieb (Národné, 2014:5).

V súlade so špecifickými cieľmi boli pre obdobie rokov 2015-2020 definované nasledovné *národné priority*:

- zabezpečiť dostupnosť sociálnych služieb v súlade s potrebami komunity,
 - podporiť prechod prijímateľov/liek sociálnych služieb z inštitucionálnej starostlivosti na komunitnú starostlivosť,
 - podporiť rozvoj sociálnych služieb dostupných pre osoby zotrávajúce v priestorovo segregovanej lokalite s prítomnosťou koncentrovanej a generálne reprodukovanej chudoby,
 - zvyšovať kvalitu poskytovaných sociálnych služieb.
- d) *národné projekty*, doposiaľ osobitne zamerané na podporu domácej opatrovateľskej služby a transformáciu sociálnych služieb formou deinštitucionalizácie.

Osobitnú navigáciu k pochopeniu, čo transformácia sociálnych služieb znamená, ako je externe zakotvená, poskytuje koncept transformačného plánu. *Transformačný plán* je pojem, ktorý sa v doterajšej praxi primárne spájal s projektmi deinštitucionalizácie sociálnych služieb. V projektovej praxi sa vymedzuje ako plán „šitý“ na mieru, ktorý má slúžiť ako základná pomôcka pre úspešnú transformáciu pobytového zariadenia na komunitné služby. Skutočnosť, že sa transformačný plán v sociálnych službách doposiaľ spája primárne s transformáciou

rezidenčných služieb dlhodobej starostlivosti (domovov sociálnych služieb), je zrejme aj z úpravy špecifických požiadaviek na jeho prípravu v prípade, že chce transformujúci subjekt získať na transformačný proces finančné prostriedky z európskych zdrojov (Toolkit, 2014⁶). Vyžaduje sa, aby z celej projektovej dokumentácie bola zjavná a preukázateľná prepojenosť na nové idey prechodu z inštitucionálnej na komunitne založenú starostlivosť. Táto by mala byť zrejme zo všetkých aspektov transformačnej projektovej iniciatívy.

Napriek tomu, že sa podmienky pre financovanie z európskych zdrojov týkajú osobitne deinštitucionalizačných projektov, poskytujú významné inšpirácie pre úvahy o transformácii v rámci ktoréhokoľvek druhu a formy sociálnej služby. V hľadaní odpovedí navigujú totiž na otázky, čo je v rámci moderného poňatia sociálnych služieb dôležité, kam by mali riešenia podpory sociálnej inklúzie ľudí formou sociálnych služieb smerovať, čomu by sa mali vyhýbať:

- *Informácie o procese* (otázky typu: Nadväzuje projektová iniciatíva na širšiu národnú alebo regionálnu stratégiu prechodu z inštitucionálnej na komunitne založenú starostlivosť? Vychádza projektová iniciatíva z reálnych potrieb ľudí v konkrétnom regióne, území?).
- *Informácie o cieľových skupinách* (otázky typu: Sú dostatočné informácie o tom, ako projektová iniciatíva zlepší kvalitu života konečných užívateľov/liek? Ako zlepši ich sociálne začlenenie? Nie sú niektoré skupiny – napr. osoby s mentálnym postihnutím – vylúčené z podpory? V prípade detí, budú môcť z projektovej iniciatívy benefitovať deti so zdravotným postihnutím i bez neho?).
- *Informácia o právnom a regulačnom rámci* (otázky typu: Ako projektová iniciatíva napomôže napĺňaniu OSN záväzkov? Existuje informácia o štandardoch kvality, ktoré má projektová iniciatíva naplňať?).

6 V dokumente zameranom na využívanie európskych zdrojov smerom k prechodu z inštitucionalizovanej na komunitne založenú starostlivosť sa hovorí o kontrolnom liste informácií pre výber projektov na európske financovanie, ktorý by mali využívať riadiace výbory a monitorovacie komisie (Toolkit, 2014: 44-46).

- *Informácia o službách*
 - *Aspekt bývania*: Existuje záruka, že nové formy bývania budú podporovať nezávislé žitie dospelých ľudí; u detí, že budú rodinne organizované? Je jasné, že má ísť o bývanie lokalizované v bežnej komunite? Je jasné, že nemá ísť o nové bytové jednotky v existujúcich rezidenčných priestoroch? Sú záruky, že jeden typ rezidenčnej starostlivosti nebude nahradený iným typom rezidenčných služieb? Sú záruky, že nebudú vzájomne spájané služby bývania so službami podpory? V prípade služieb pre deti – je záruka, že sa bude stavať na ich najlepšom záujme a vývinových potrebách?
 - *Aspekt prístupu k iným službám*: Je záruka, že sa služby nebudú poskytovať v segregovanom prostredí? Je záruka, že sa nebudú stavať a organizovať „paralelné služby“, ale naopak, že sa projektovou iniciatívou zabezpečí prístup cieľových skupín k bežným službám – vzdelávania, zamestnávania, zdravotníckym službám? Je záruka, že žiadne osobitné skupiny nebudú z nových služieb vylučované? Je záruka, že služby budú viesť k prevencii inštitucionalizácie?
- *Informácia o zdrojoch (finančných a ľudských)* (otázky typu: Je časť zdrojov na projektovú iniciatívu zameraná na investovanie do manažmentu „zatvorenia“ a koordinácie procesu zmeny? Plánujú sa zdroje na tréning ľudí pracujúcich v nových službách? Je zrejme, ako bude iniciatíva financovaná po ukončení EU fondov?).
- *Informácia o vtaiahnutí užívateľov/liek* (otázky typu: Je zrejme, ako budú užívatelia/ľky, ich rodiny a reprezentatívne organizácie vtaiahnuté do dizajnovania nových služieb na princípoch partnerstva?).
- *Monitoring a evaluácia* (Je naplánovaný pravidelný monitoring a hodnotenie projektovej iniciatívy na základe stanovených kritérií? Je jasné, ako budú do procesu monitoringu a evaluácie zmysluplne vtaiahnuté užívatelia/ľky, rodiny a reprezentatívne organizácie?).

Napriek silnému externému ukotveniu výziev pre zmenu (transformáciu), v podmienkach Slovenska doposiaľ stále absentuje systematický dokument typu strategického rámca pre rozvoj sociálnych služieb (Národné, 2014). Tento by nevychádzal len z priorit rozvoja sociálnych služieb (ktoré sú záväzné skôr pre politické reprezentácie, než pre poskytovateľov), ale by určoval aj obsahovo-časové záväzky poskytovateľov sociálnych služieb smerom k transformačným zmenám, s garantovaním stabilného externého prostredia pre ich praktické naplnenie.

3.4 Problémy sociálnych služieb ako východisko ich transformácie

Ak sa v súčasnosti konštatujú v sociálnych službách zásadnejšie problémy vyvolávajúce potrebu transformačných zmien, tieto nevychádzajú primárne zo samotných (pôvodných) konceptov inštitúcie a organizácie. Ide skôr o to, ako sa činnosť organizácií sociálnych služieb (poskytovateľov) postupne vyvíjala, v akom širšom spoločensko-právnom a hodnotovom prostredí tieto organizácie fungovali a fungujú, ako reagovali a reagujú na nové strategické zámery v tejto oblasti, najnovšie poznatky pomáhajúcich disciplín a na nové trendy v sociálnych službách. Ale aj o to, s akými bežnými problémami musia organizácie zápasiť a aké výsledky dosahujú.

V ďalšom texte uvedieme vybrané problematické aspekty fungovania súčasného systému sociálnych služieb, a to ako na úrovni externých determinujúcich faktorov, tak na úrovni faktorov organizačných.

3.4.1 Problémy sociálnych služieb – externé determinujúce faktory

V odbornej literatúre zameranej na oblasť sociálnych služieb sú pomerne bohato rozpracované problematické aspekty ich fungovania. Tradične sú dokumentované cez vonkajšiu systémovú podmienenosť

problémov sociálnych služieb ako takých. Pre účely porovnávania s národnou situáciou sú osobitne zaujímavé najmä zistenia z českého prostredia sociálnych služieb.

V percepcii českých poskytovateľov sa opakovane poukazuje na nedostatok financií vkladanych do sociálnych služieb ako systému, na problémy s personálnym zabezpečením sociálnych služieb a tým znižovaním ich dostupnosti pre potrebných ľudí, ale aj na problémy s ich materiálno-technickým zabezpečením, osobitne pri službách dlhodobej starostlivosti rezidenčného typu. Kritizované sú aj časté legislatívne a politické zmeny, ktoré prinášajú do tohto sektoru neistotu pre poskytovateľov i prijímateľov/ľky (Bareš, 2010a, Bareš, 2010b). P. Víšek L. Průša (2012), R. Halásková (2013) výskumne odkrývajú hlbšie súvislosti finančných problémov sociálnych služieb v českom prostredí. Kritizujú najmä limitované možnosti štandardizácie sociálnych služieb, osobitne štandardizácie v oblasti ich financovania. Uvádzajú, že nastavenie výšky úhrad za sociálne služby, v kombinácii s „príspevkem na péči“ poskytovaným odkázanej osobe, neumožňuje pokrývať priemerné celoštátne náklady na jednotlivé druhy sociálnych služieb, čo predurčuje závislosť poskytovateľov na štátnych dotáciách, prípadne na zdrojoch krajov a miest. Osobitným problémom financovania sociálnych služieb je uhrádzanie nákladov na zdravotnú (ošetrovateľskú) starostlivosť poskytovanú v rámci pobytových služieb dlhodobej starostlivosti, nakoľko postoj zdravotných poisťovní znevýhodňuje tieto zariadenia v porovnaní so zdravotníckymi zariadeniami. Pretrvávajúca odkázanosť poskytovateľov na „ďalšie zdroje“ (zdroje iných subjektov) tak limituje, podľa uvedených odborníkov a odborníčok, rozvojové programy jednotlivých poskytovateľov a následne vedie k stagnácii celého systému.

Čo sa týka oblasti kvality sociálnych služieb, prijaté Štandardy kvality sa implementujú v ČR už 10 rokov. Doterajší vývoj ich implementácie si však od roku 2012 vynútil úvahy o potrebe ich zásadnej revízie⁷.

⁷ Ide o individuálny projekt MPSV: *Inovace systému kvality sociálních služeb*.

Odborníci a odborníčky vzťahujú nevyhnutnosť revízie ako k samotnému „duchu“ štandardov (čomu v skutočnosti slúžia), tak k systému ich inšpekcie. Štandardy kvality považujú skôr za nástroj pre inšpekciu, než za skutočný nástroj vedúci ku kvalitnejším sociálnym službám organizácií. M. Sládek (2015) navyše upozorňuje na nedostatočnú zhodu vo výklade jednotlivých kritérií štandardov kvality v rámci systému ich inšpekcie, čo rezultuje do nesúladnosti v hodnoteniach jednotlivých inšpekčných tímov. Napriek intenzívnej kritike sa však ťažko hľadá medzi rozličnými zainteresovanými aktérmi (poskytovatelia, inšpektori/rky, vedecko-výskumní pracovníci/čky) zhoda na tom, či sa má systém Štandardov kvality meniť, a ak áno, akým smerom (Kocman⁸).

Z hľadiska externej podmienenosti problémov v sociálnych službách sa skúsenosti z českého a slovenského prostredia zásadným spôsobom nelíšia. Aj keď systematický výskum v tejto oblasti nie je v podmienkach Slovenska natoľko rozvinutý ako v ČR, istú navigáciu poskytuje SWOT analýza spracovaná pre účely prípravy dokumentu „Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2015-2020“. Okrem opakovane zdôrazňovaného nesystémového financovania, sa za slabé stránky systému sociálnych služieb považuje napr. nerovnováha v podiele sociálnych služieb organizovaných pobytovou a domácou, resp. ambulantnou formou; slabá rozvinutosť komunitných sociálnych služieb; nesúlad koncepčných dokumentov na vládnej a samosprávnej úrovni; nekoordinovanosť jednotlivých rezortov v podpore kľúčových aspektov sociálnej inklúzie ohrozených ľudí, skupín a komunit; či nejednotnosť informačných systémov verejnej správy. Za problematiku sa považuje aj nestabilné legislatívne prostredie, vzdelávanie a supervízia v sociálnych službách, ale aj nerovnováha v záujme podporovať rozličné, najmä nové druhy sociálnych služieb. Ako sme uviedli vyššie, problematickým je aj absencia strategického rámca pre rozvoj sociálnych služieb na Slovensku (Národné, 2014) ako integrujúceho prvku

8 Zdroj on-line: http://www.mpsv.cz/files/clanky/18202/C1_Kocman_Kdo_nepotrebuje_revizi.pdf

preferovaných hodnôt a smerovania v sociálnych službách, podporujúceho právneho a zdrojového prostredia a reálnych záväzkov pre napĺňanie týchto hodnôt na všetkých úrovniach zodpovednosti.

K uvedenému prehľadu doplníme niekoľko ďalších problematických aspektov, ktoré sme od roku 2014 zozbierali a utriedili v rámci systematickej odbornej komunikácie (osobnej, telefonickej, mailovej, či inej) s reprezentatívnymi/strešnými organizáciami poskytovateľov sociálnych služieb na Slovensku⁹, ale aj s inými subjektmi verejnej správy. Rovnako poznatky získané v rámci činnosti pracovnej skupiny pre sociálne služby a jej podskupiny pre metodickú prípravu implementácie podmienok kvality sociálnych služieb¹⁰. Naakumulované poznatky možno pracovne rozdeliť do určitých problémových blokov:

- *system verejného prispievania na financovanie sociálnych služieb* (ide o neujasnenú pozíciu štátneho spolufinancovania sociálnych služieb, o rozdielne mechanizmy financovania verejných a neverejných poskytovateľov sociálnych služieb, služieb poskytovaných na regionálnej a miestnej úrovni, s výsledkom nerovnakej dostupnosti sociálnej služby pre ľudí podľa právneho statusu vybraného poskytovateľa a druhu sociálnej služby. Naliehavosť doriešenia otázky systémovo vyrovnaného a spravodlivého financovania v celom spektre sociálnych služieb zaznievala na zasadnutiach pracovnej skupiny opakovane: „... zbytočne tu budeme mať kvalitne spracovanú metodiku pre zavádzanie podmienok kvality do praxe, keď nám chýbajú peniaze na bežné prežitie ... bez nich nemôže byť o nejakej kvalite ani reči...“),
- *posudková činnosť na účely sociálnych služieb* (roztrieštená a metodicky nezjednotená posudková činnosť na regionálnej a miestnej úrovni; neposkytovanie verejnej podpory osobám v službách dlhodobej starostlivosti podľa stupňa ich odkázanosti, ale podľa druhu sociál-

9 Osobitne s Asociáciou poskytovateľov sociálnych služieb v SR, či so Zväzom poskytovateľov sociálnych služieb v SR.

10 Pracovná skupina pre sociálne služby bola zriadená na MPSVR SR vo februári 2015 a v rámci nej bola v marci 2015 ustanovená pracovná podskupina pre otázky kvality (bližšie pozri Repková (ed.), 2015).

- nej služby a jej poskytovateľa, čo sa považuje za „... zbytočnú, ťažko zaplatenú všeobecnú solidaritu“),
- *spolupráca a komunikácia poskytovateľov s orgánmi územnej samosprávy* (pretrvávajúce problémy komunikácie neverejných poskytovateľov sociálnych služieb najmä s regionálnou samosprávou; nesytematické prispievajúce regionálnej samosprávy na ich sociálne služby a tým odopieranie verejnej podpory pre určitú skupinu klientov/tok, a to napriek rapídne rastúcemu rozsahu štátneho spolufinancovania sociálnych služieb),
 - *domáca opatrovateľská služba* (závislosť na európskych zdrojoch z dôvodu nedostatočných finančných zdrojov na miestnej úrovni; záujem o opatrovateľskú službu až pri vyšších stupňoch odkázanosti, čo spôsobuje problémy pri jej reálnom zabezpečovaní zo strany samosprávnych orgánov; zabezpečovanie opatrovania mimo oficiálneho opatrovateľského trhu – „práca načierno“),
 - *finančná solidarita a typizácia klientov/tok* (slabá diverzifikovanosť osobného prispievania na sociálne služby podľa finančnej a majetkovej kondície ľudí, resp. neposkytovanie sociálnych služieb v rozličných nárokových štandardoch klientov/tok a ich rodín, uplatňovanie princípu „one size fits all“ – „rovnako všetkým“),
 - *selektívna verejná podpora podľa druhu sociálnych služieb* (slabá, resp. absentujúca verejná podpora sociálnych služieb, najmä tých, ktoré nie sú pre územnú samosprávu vymedzené ako obligatórne; slabá podpora nových druhov sociálnych služieb, napr. služieb krízovej intervencie, či služieb včasnej intervencie),
 - *poňatie komunitnej práce* (je prevažne úzko vzťahovaná na prácu s rómskou komunitou),
 - *latencia odkázanosti na pomoc inej osoby v populácii* (v súčasnosti sa poskytujú intervencie dlhodobej starostlivosti približne pre 2,2% slovenskej populácie, priemerné expertné odhady sa však pohybujú na úrovni vyše 5,5% celkovej populácie; Repková, 2014),

- *dopyt po sociálnych službách na princípe „tu a teraz“* (nezáujem potenciálnych cieľových skupín sociálnych služieb zapájať sa do komunitného plánovania na samosprávnej úrovni zdôvodňujúc aktuálnu nepotrebnosť: „... my to teraz nepotrebujeme“. To marí možnosti prípravy potrebných kapacít cez mechanizmus komunitného samosprávneho plánovania a strategického plánovania na organizačnej úrovni),
- *systémové úskalia rodinného opatrovania* (poskytovatelia sociálnych služieb upozorňujú na limitované ošetrovateľské kompetencie rodinne opatrovujúcich osôb, poberajúcich peňažný príspevok na opatrovanie, čo vedie k zhoršovaniu zdravotného stavu ich blízkych – rany, preležaniny. Prevažne pre zlé finančné pomery si však rodiny neobjednávajú služby formálnych, najmä neverejných, poskytovateľov a starostlivosť riešia len vo vlastnej réžii alebo nekvalifikovanými súkromnými opatrovateľkami „načierno“. Rodina sa tak vyčerpáva, čím sa znižuje potenciál budúceho využitia naakumulovanej opatrovateľskej skúsenosti rodinne opatrovujúcich osôb pre potreby formálneho sektora sociálnych služieb).

3.4.2 Problémy sociálnych služieb – organizačné aspekty

Problémy súčasných sociálnych služieb nie sú determinované len vybranými faktormi systémovej a externej povahy, ale aj samotným správaním sa organizácií poskytovateľov sociálnych služieb (organizačnými faktormi). Ich problémy sú v mnohom podobné problémom iných typov organizácií konajúcich vo verejnom záujme, čo od 80. rokov minulého storočia podnietilo intenzívny výskum sociálnych organizácií (Veľký, 1996). Tento sa začal zameriavať na otázku povahy autority v organizáciách, hierarchičnosti samotných organizácií, využívania prostriedkov kontroly a ich účinnosti, komunikácie v organizáciách, vzťahu organizácií a vonkajšieho prostredia, či povahy rozhodovacích procesov v organizáciách. Kriticky sa poukazuje na to, že hierarchické usporiadanie tradičných organizácií (aj sociálnych

služieb) v zmenených podmienkach spôsobuje, že tí, ktorí majú moc rozhodovať, nemajú často potrebné informácie, a naopak, tí, ktorí ich majú, nemajú možnosť plnohodnotne informácie využívať k rozhodovaniu. Ďalej na to, že hierarchizácia vzťahov a uplatňovaný manažerizmus (Malík Holasová, Musil, 2013) vynucujú potrebu kontroly, čo brzdí iniciatívu ľudí na nižších hierarchických úrovniach. Čím ďalej, tým intenzívnejšie sa kritizuje prax, podľa ktorej sa tí, ktorí riadia služby poskytované organizáciami, cítia kompetentní rozhodovať, čo je pre ich užívateľov/ky osožné a čo nie. Súčasný výskum organizácií sa tak orientuje na poznávanie mechanizmov, ktoré by neznižovali mieru identifikácie zamestnancov/kýň organizácie s jej cieľmi, na využívanie iniciatívy zamestnancov/kýň a na decentralizáciu v rozhodovaní. Do centra výskumnej pozornosti sa dostávajú aj vzťahy organizácií voči svojim klientom/tkám, rovnako vzťahy medzi rozličnými organizáciami a komunitnými aktérmi.

Problémom organizačných aspektov fungovania sociálnych služieb sa odborná spisba venuje intenzívne, aj keď predovšetkým vo vzťahu k organizáciám sociálnych služieb dlhodobej starostlivosti rezidenčnej povahy. E. G. Krug et al. (2002) sa napr. venovali *inštitucionálnym faktorom*¹¹, v rámci ktorých sa interpretuje výskyt celého spektra zneužívajúceho a zanedbávajúceho správania voči starším klientom/tkám v rámci rezidenčnej starostlivosti. Autorský kolektív na základe bohatéj skúsenosti s organizačnou praxou kriticky poukazuje na:

- *spôsob poskytovania starostlivosti* (napr. neuplatňovanie zmien a pokroku v geriatrickej medicíne; nerešpektovanie individuality človeka v rámci starostlivosti; neprimeraná výživa, či nedostatočná ošetrovateľská starostlivosť),
- *problémy so zamestnancami/kyňami* (napr. stres spojený s prácou, vyhorenie, slabé pracovné podmienky, nedostatočný tréning, vzťahové problémy medzi zamestnancami),

- *problémy vo vzťahoch zamestnanci/kyne – klienti/ty* (napr. slabá komunikácia, agresivita voči časti klientov/tok, kultúrne rozdiely),
- *prostredie* (nedostatok základného súkromia, schátralé budovy, nedostatočná senzorická stimulácia, používanie obmedzení, riziko úrazov v zariadení),
- *organizačnú politiku* (opatrenia, z ktorých benefituje predovšetkým organizácia, neposkytovanie dostatočných príležitostí pre výber v bežných otázkach života, byrokratické postoje ku klientom/tkám, znižovanie počtu profesionálnych pracovníkov/čok a ich časté výmeny, podvody s peniazmi a majetkom klientov/tok, nedostatok možnosti k spolumanažovaniu chodu zariadenia).

J. Pfeiffer (2011) na základe pôvodnej teórie totálnej inštitúcie rozpracoval problematické aspekty fungovania organizácií sociálnych služieb v súčasných podmienkach vo forme série znakov tzv. *inštitucionálnej kultúry*. Zaradil medzi ne: izoláciu od širšej komunity, nútenie žiť „dokopy“, nedostatočnú kontrolu nad vlastným životom, rigiditu a rutinu, blokové (skupinové) zaobchádzanie, paternalistické vzťahy, sociálny odstup od zamestnancov/kýň zariadenia a pravidlá, ktoré vychádzajú skôr z potrieb inštitúcie (zariadenia) než samotných klientov a klientok. S. Holúbková, R. Ďurana (2013) na základe bohatéj domácej skúsenosti rovnako kriticky poukazujú na to, že sociálne služby v inštitúciách (napr. v domoch sociálnych služieb, zariadeniach pre seniorov tradičného typu) nútia ľudí bývať, stravovať sa, vykonávať určité aktivity „pod jednou strechou“, v rámci pravidiel definovaných inštitúciou, v rámci zúžených sociálnych kontaktov, v izolácii od ostatných obyvateľov komunity, s nemožnosťou byť zásadnejšie užitočným pre ostatných. Aj keď sú poskytovatelia prístupní k transformačným úvahám, tieto sú limitované viacerými faktormi. Osobitne hovoria o potrebe prihliadať na prevádzkové možnosti vlastnej organizácie; o tom, že chýba vôľa vyskúšať nové prístupy, mimo zabehnutý model; že v zariadeniach pretrváva tendencia poskytovať viac podpory, ako je potrebné; že stále chýba dostatočný tlak zo strany verejnosti, užívateľov/liek, rovnako aj prevádzkovateľov

11 Z odborného textu je zrejmé, že ide o faktory organizačnej povahy.

sociálnych služieb na nové formy; a že transformáciu ohrozuje aj strach zamestnancov/kýň zo straty práce.

L. Kost'ová, S. Krupa (2007) v kontexte tzv. „inštitučného prístupu“ poukazujú na jeho charakteristický znak, ktorým je preferencia zdravotnej starostlivosti pred sociálnymi službami. V našej práci (Repková (ed.), 2015) sme tento fenomén spojili s tzv. „pacientizáciou osobného priestoru“, v ktorom užívatelia/lky rezidenčných služieb žijú. Nejde pritom o rozsah potrebnej zdravotno-ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá je im v sociálnych službách poskytovaná, ale o manifestáciu odkázanosti na ňu umiestnením zdravotníckeho materiálu, pomôcok a nástrojov v centrálnom a viditeľnom mieste ich osobného priestoru. Pacientizáciou prostredia sa človeku upiera civilný/občiansky status, jeho životná rola sa usporiadaním vonkajších podmienok prostredia zužuje na menej hodnotnú patientsku rolu, s limitovanými možnosťami bežného, veku primeraného života (Wolfensberger, Thomas, 1994; in Matoušek, 2013).

Iní autori a autorky sa venovali problémom s *uplatňovaním participatívneho prístupu*, ktorý je jadrom individuálneho plánovania a plánovania zameraného na človeka. Uvádzajú, že účasť klientov/tok na plánovaní, uskutočňovaní a vyhodnocovaní sociálnych služieb komplikujú mnohé byrokratické postupy, či paternalistické postoje zamestnancov/kýň služieb k nim. Oslabujúcu rolu zohráva aj neistá identita sociálnej práce ako pomáhajúcej disciplíny, rovnako však vyťaženosť zamestnancov/kýň sociálnych služieb vedúca k snahe zjednodušiť si prácu a nevystavovať sa zvýšenej záťaži. Prekážkou uplatňovania participatívneho prístupu môže byť aj používanie iného jazyka profesionálov/lok a klientov/tok a rozličných konceptov uschopňovania ľudí. Rovnako môže inhibične vplývať aj potreba dodatočných finančných a organizačných zdrojov potrebných pre dôsledné uplatňovanie participatívnych princípov (Munday, 2007).

Osobitným problémom je nízka profesionalita v správaní zamestnancov/kýň sociálnych služieb. Táto môže mať samozrejme rozličné

podoby, osobitne však poukážeme na *infantilizáciu prijímateľov/liek* sociálnych služieb, najmä v prípade ich vyššieho veku alebo zdravotného postihnutia. Ide o správanie vyskytujúce sa predovšetkým u zamestnancov/kýň priameho kontaktu, ktorí svojimi prejavmi telesnej alebo slovnej „náklonnosti“ potláčajú civilný/občiansky status prijímateľov/liek sociálnych služieb, ich dôstojnosť založenú na veku primeranej a akceptovanej sociálnej roly. Nielenže takýmto spôsobom konajú v rozpore s ľudsko-právnymi princípmi sociálnych služieb, ale aj pasivizujú užívateľov/lky v prístupe k ich životu, znižujú ich dôveru vo vlastné schopnosti a možnosti svojpomoci. Infantilizujúce postoje a správanie sú často zabalené do, na prvý pohľad, ľúbivých, familiárne znejúcich oslovení (napr. babka, babi, dedko, naše večné dieťa), prejavujú sa tykaním, či oslovením menom alebo sú obsiahnuté v prejavoch telesnej povahy (napr. hladkanie po tvári, vlasoch, potľapkávanie, prihováranie sa prílišným nakláňaním sa k tvári). V stanoviskách zamestnancov/kýň prvého kontaktu je takéto správanie často interpretované ako spôsob výkonu profesie, ktorá nie je možná bez dostatočne veľkého srdca, je teda chápaná ako „sociálna služba, ktorá je záležitosťou srdca a osobitného poslania“. K odbornej interpretácii podstaty fenoménu infantilizácie užívateľov/liek sociálnych služieb možno využiť koncept starostlivosti (care), ktorý bližšie popisujú vo svojej práci B. Pfau-Effinger, T. Rostgaard (2011). Autorky sa v predchádzajúcom období venovali tenziám medzi rozličnými druhmi vzťahov v rámci formálnej a neformálnej starostlivosti. Uvádzajú, že pre posudzovanie „dobrej starostlivosti (good care)“ sa historicky vyvinula ako východisková norma neformálna starostlivosť poskytovaná v rodine, vnímaná ako „otázka lásky“ („labour of love“; ibid, 2011:19). Opatrovateľská práca formálnych poskytovateľov (profesionálov/lok) bola tradične vnímaná ako starostlivosť nižšej kvality (v porovnaní s normou neformálnej rodinnej starostlivosti členmi rodiny) a konceptualizovala sa ako súčasť byrokratickej racionality.

Sme toho názoru, že práve internalizáciou predstavy o dobrej starostlivosti ukotvanej v norme rodinných opatrovateľských vzťahoch možno vysvetliť niekedy infantilizujúce správanie zamestnancov/kýň sociálnych služieb vo vzťahu k ich prijímateľom/ľkám. Nebezpečnosť tohto druhu zakotvenosti spočíva v tom, že vytvára v povedomí zamestnancov/kýň sociálnych služieb obraz kvalitnej a angažovanej starostlivosti a práce. Preto označenie takéhoto správania ako nevhodného a neprofesionálneho vedie u nich často k výraznému sklamaniu a znechuteniu, k pocitom nedocenenia vlastnej práce a úprimného angažovania.

Záverom k tejto časti monografie zdôvodníme, prečo trváme na používaní pojmu „transformácia sociálnych služieb“, prečo ho ponúkame do odborného diskurzu, keď je to pojem, ktorý nemá v podmienkach Slovenska oporu v legislatívnom, ani v inom oficiálnom slovníku verejnej politiky sociálnych služieb. Robíme tak práve z dôvodu, že ide o nenormatívny, skôr deskriptívny pojem a preto zaujímavý pre integráciu rozličných profesionálnych a výskumných pohľadov na otázky zásadných zmien potrebných v sociálnych službách. Sme toho názoru, že strategicko-legislatívne národné prostredie, rovnako pilotné transformačné skúsenosti vysielajú tak silné signály pre celý sektor sociálnych služieb, že ich nemožno prehliadať a zotrvať len na zabehnutej praxi.

4 Kvalita v kontexte transformácie sociálnych služieb

Primárnym zameraním publikácie je hľadanie súvislostí medzi transformáciou sociálnych služieb a kvalitou, osobitne hľadanie odpovede na otázku, aký súvis s transformáciou má proces zavádzania podmienok kvality do praxe poskytovateľov sociálnych služieb, prípadne naopak. Aj keď sa v tejto oblasti pomerne veľa napísalo, diskutovalo a diskutuje, stále pretrváva dojem, že pojmy transformácia, reforma, kvalita a ich vzťahy sa v kontexte sociálnych služieb používajú a vykladajú veľmi liberálne, niekedy až účelovo. Našou ambíciou je prispieť k utriedeniu existujúcich skúseností a poznatkov, t.j. k spracovaniu východiskového prehľadu, ktorý nepovažujeme za „bezhraničný/neusporiadaný prehľad v danej oblasti“ (Shaw, Holland, 2014:65), ale za východisko pre legitimizáciu dizajnu a zamerania vlastnej výskumnej práce. Aj v ďalšom texte využijeme metódu tzv. *poznatkového prehľadu* (knowledge review), ktorý kombinuje poznatky dostupné z odbornej spisby s praktickými skúsenosťami relevantných aktérov/rok nespracovaných v literatúre (SCIE, 2010; in Shaw, Holland, 2014). Na utriedené poznatky z odbornej spisby naviažeme skúsenosťami z obdobia prípravy metodiky implementácie podmienok kvality a preliminárnymi zisteniami z NP DI získanými výkonom hodnotiteľskej činnosti konzultantky tejto monografie v rámci spolupráce so zapojenými aktérmi sektora sociálnych služieb.

4.1 Vzťah kvality a transformácie sociálnych služieb – systémový prístup

Na základe odbornej spisby by sme mohli bez váhania usúdiť, že transformácia a kvalita predstavujú spojené nádoby, že transformácia nie je bez splnenia stanovených kvalitatívnych ukazovateľov činnosti

organizácií sociálnych služieb možná. Rovnako sa však ponúka aj interpretácia, že zavedenie a implementácia podmienok kvality nie je v súčasnosti možná bez zásadnejších zmien vo fungovaní organizácií, teda bez ich transformácie. Podľa J. Levickej a kol. (2013) súvislosti transformácie a kvality sociálnych služieb „odštartovali“ od polovice 20. storočia kritické poukazy užívateľov/liek, ich rodín, ale aj zamestnancov/kýň sociálnych služieb na ich praktické fungovanie, čo vyvolalo zvýšený záujem o kvalitu sociálnych služieb a spustilo transformačný proces v oblasti tzv. humánných služieb. Určite existujú aj alternatívne východiskové formulácie pre hľadanie vzťahu medzi otázkami transformácie a kvality v sociálnych službách. Pre ďalšiu výskumnú prácu je však dôležité skôr to, že uvedený vzťah nemožno hľadať a vysvetľovať len cez organizačnú úroveň (t. j. cez transformáciu na úrovni konkrétneho poskytovateľa). Aj keď sa napokon v rámci systému kvality hodnotenie realizuje cez mechanizmy a procesy na organizačnej úrovni, nevyhnutné je vnímať kvalitu aj v kontexte podmieňujúcich faktorov fungujúcich na ostatných úrovniach. Budeme sa im venovať bližšie.

V rámci konsolidovanej správy o otázkach manažmentu kvality a jej zabezpečovania v službách dlhodobej starostlivosti v krajinách EU (Nies et al., 2010) vykonanej v rámci európskeho projektu INTERLINKS¹² sa uvádza, že k zabezpečeniu kvality a k jej rozvoju možno pristupovať zo štyroch rôznych perspektív a úrovní. Tieto môžu byť reprezentované rozličnými záujmami subjektov relevantných pre každú úroveň. Štvorúrovňovú systematiku zabezpečenia kvality sociálnych služieb znázorňuje schéma.

12 Projekt INTERLINKS (*Health systems and long-term care for older people in Europe. Modelling the INTERfaces and LINKS between prevention, rehabilitation, quality of services and informal care*) sa realizoval v rokoch 2008-2011 a bol financovaný v rámci 7. rámcového programu EU. Slovensko bolo prostredníctvom Inštitútu pre výskum práce a rodiny členom konzorcia 13 európskych krajín.

Schéma2: Štvorúrovňová systematika zabezpečenia kvality v sociálnych službách



Zdroj: voľne spracované podľa H. Nies et al. (2010)

Uvedená systematika pripomína prístup W. Wolfensbergera, keď hovorí o štyroch úrovniach opatrení, cez ktoré je potrebné valorizovať málo hodnotné sociálne roly ľudí v rozličných typoch sociálnych rizík (od systémovej celospoločenskej úrovne, až po konkrétneho človeka; O'Brien, 2006). Rovnako kvalita v sociálnych službách sa zabezpečuje cez transformačné zmeny na štyroch úrovniach. Autorský tím začína *systémovou úrovňou* reprezentovanou národnou legislatívou a zdieľanými štandardmi kvality reprezentujúcimi kľúčové hodnoty v sociálnych službách. Pokračuje cez *organizačnú úroveň*, teda cieľenú politiku kvality konkrétneho poskytovateľa sociálnych služieb, jeho prístup

(výkony) k štandardom prijatým na národnej úrovni. Ďalšou úrovňou je *odborné zabezpečenie* kvalitného výkonu sociálnych služieb profesionálnymi pracovníkmi a pracovníčkami fungujúcimi v organizačných štruktúrach poskytovateľov sociálnych služieb. Napokon ide o úroveň *užívateľov/liiek sociálnych služieb*, ktorým sa pripisuje úloha spoluprotvorcov/kýň kvality cez mechanizmy možností voľby a aktívneho vľahovania do kľúčových rozhodnutí týkajúcich sa sociálnych služieb. V rámci skúmania otázky podmienenosti kvality sociálnych služieb sa treba venovať všetkým štyrom úrovňam, a to cez mechanizmy a procesy, ktoré na nich fungujú.

4.2 Vzťah kvality a transformácie sociálnych služieb – inšpirácie pre sociálny výskum

Zaujímavé inšpirácie pre výskum vzťahov transformácie a kvality v sociálnych službách priniesli skúsenosti z ČR. Český sociálny výskum v rámci vyhodnocovania prvotných dopadov zavádzania štandardov kvality sociálnych služieb do praxe sa od konca minulej dekády zameriaval na zodpovedanie otázky, aký bude dopad štandardov kvality na zmenu fungovania organizácií, najmä vo vzťahu k užívateľom/Ikám ich služieb. L. Musil, K. Kubalčíková, J. Havlíková (2009:7-8) považovali štandard kvality „...za nástroj politiky sociálnych služieb, ktorý má potenciál ovplyvniť kultúru poskytovania sociálnej služby“. Podľa teoretickej koncepcie ich výskumu „... prípadná rezistencia, alebo naopak zmena kultúry poskytovania, t. j. zmena predstáv pracovníkov o žiaducom sa správaní pri práci s klientom, je súčasťou implementácie politiky sociálneho subjektu...“, pričom implementácia štandardov kvality je súčasťou implementácie tejto politiky. Podľa autorského tímu sa teda implementácia štandardov kvality a kultúra poskytovania sociálnych služieb chápu ako fenomény, ktoré sa vzájomne ovplyvňujú.

Vzájomné ovplyvňovanie systému štandardov a kultúry práce však nemusí automaticky znamenať, že sa prostredníctvom štandardov

kvality dosiahne zmena kultúry poskytovania sociálnej služby (v našom ponímaní, že nemusí prísť u poskytovateľa k transformácii a k reálnym zmenám správania sa jeho zamestnancov/kýň). Obsah štandardov si totiž zamestnanci/kyne môžu zvnútorniť (vedú k zmene ich správania) alebo môžu zostať vo svojom správaní rezistentní. Na inom mieste hovoria L. Musil a kol. (2009) o dvojakom prístupe poskytovateľov k implementácii štandardov kvality: (1) buď sa proces ich implementácie pojme administratívne (aby boli splnené administratívne požiadavky kladené na poskytovateľa), alebo (2) štandard sa stanú základom pre skutočnú zmenu práce s klientmi/kami smerom k zlepšeniu kvality ich života.

Podľa D. Kocmana¹³ môže stáť za rezistentným postojom alebo administratívnym prístupom k implementácii štandardov kvality aj povaha ich znenia, nakoľko samotné štandardy neumožňujú hodnotiť prácu s klientom ako takú. Ich znenie považuje autor za dôležité skôr pre prácu inšpektorov kvality. Ako uvádza: „Kritériá neexistujú kvôli tomu, aby mohli poskytovatelia lepšie pochopiť, o čo ide v jednotlivých štandardoch, ale aby mala inšpekcia podľa čoho postupovať pri kontrole“ (Kocman, ibid:4). Vo svojich kritických textoch sprostredkováva stanoviská odborníkov/čok formulovaných v rámci konzultačných stretnutí k revízii českých štandardov kvality, podľa ktorých „... sa s novými štandardmi predsa až tak veľa nezmení ... Služby tak budú ďalej robiť to isté, len budú musieť ‘novo papierovať’ a učiť sa ‘staro-novým’ termínom“ (Kocman, ibid:1). Skutočná práca s ideami obsiahnutými v každom štandarde (identifikácia idey, jej výklad a premýšľanie, ako ju implementovať), však zostáva, podľa autora, mimo kontrolovaný a kontrolujúci proces.

Aj z českej skúsenosti je zrejmé, že medzi zákonnými podmienkami v oblasti kvality a zásadnejšími zmenami v priamom procese poskytovania sociálnych služieb nemusí byť lineárny vzťah (minimálne v bežnej praxi). Uvedieme niekoľko ďalších príkladov z domáceho prostre-

¹³ Zdroj on-line: http://www.mpsv.cz/files/clanky/18202/C1_Kocman_Kdo_nepotrebuje_revizi.pdf

dia, ktoré teoreticky existenciu vzájomného prepojenia transformácie (zmeny) a podmienok kvality predpokladajú, nie vždy ju však lineárne preukazujú. S. Krupa (2007:30) vo svojej práci formuloval viacero argumentov pre transformáciu sociálnych služieb, medzi ktorými uviedol aj „... kvalitu sociálnych služieb“. Znamená to, že transformácia je potrebná preto, aby sa poskytovali kvalitné sociálne služby hodnotené (merané) podľa nejakého dohodnutého systému. Podľa expertov/tiek Ad-hoc skupiny pre prechod z ústavnej na komunitne založenú starostlivosť patrí „kontrola kvality“ (control of quality) k desiatim základným princípom deinštitucionalizácie (Report, 2009). Aj S. Holúbková, R. Ďurana (2013) vymedzujú kvalitu primárne cez kvalitu života prijímateľov/liet sociálnych služieb. Uvádzajú, že v rámci deinštitucionalizácie a napĺňania transformačného plánu nestačí presťahovať ľudí z väčšej inštitúcie do menších domov, ale je potrebné zmeniť samotnú službu. Táto nemá ľudí izolovať a robiť ich na sebe závislými, ale im má pomáhať hľadať potenciál, žiť vďaka podpore čo najbežnejším životom, teda zlepšiť kvalitu ich života¹⁴. V najnovšej publikácii M. Cangára (ed.) (2015) je stagnácia úrovne kvality sociálnych služieb považovaná za hlavný dôvod pre zmenu inštitučných systémov, teda pre ich transformáciu. Transformácia ako proces má teda primárne viesť k tomu, aby sa poskytovali kvalitné sociálne služby, aby sa kvalita dostala pod kontrolu všetkých kľúčových hráčov (strán) sociálnych služieb. A teda, bez transformácie, v zmysle kvalitatívnej zmeny, by sa požadovaná kvalita (očakávaný súlad medzi individuálnymi potrebami ľudí a možnosťami služieb smerom k uspokojovaniu potrieb) nedala dosiahnuť.

Na čo poukazujú v tejto súvislosti niektoré preliminárne zistenia získané v rámci NP DI? Záverečná hodnotiacia správa NP DI (Záhorcová, Cangár, Rollová (eds.), 2015) poskytuje, okrem iného, aj informácie zo vstupných hodnotiacich správ o pripravenosti zapojených zariadení so-

ciálnych služieb na proces transformácie (cestou deinštitucionalizácie). Pre účely vyhodnotenia pripravenosti využili odborné tímy vybrané kritériá, štandardy a ukazovatele zákonne ustanovených podmienok kvality poskytovaných sociálnych služieb. Znamená to, že sa stávalo na bezprostredných súvislostiach medzi transformáciou a systémom podmienok kvality v zmysle, že sa k pripravenosti zariadení na transformáciu pristupovalo ako k funkcii hodnotiacich kritérií podmienok kvality. Na základe tejto východiskovej koncepcie potom vyzneli prekvapivo informácie z hodnotiaceho procesu v jednom zo zapojených zariadení sociálnych služieb, podľa ktorých sa jeho zamestnanci/kyne rozdelili do dvoch fiktívnych táborov/tímov: a) tzv. „protransformačného tímu“ a b) „prokvalitatívneho tímu“. Pokiaľ protransformačný tím bol za zásadnú transformačnú zmenu formou postupného zrušenia pôvodného zariadenia a jeho komplexnej transformácie do služieb komunitného typu (v rámci viacerých domčekov priamo v komunite), prokvalitatívny tím sa prikláňal k zachovaniu starej organizačnej štruktúry a usporiadania služby (v existujúcom zariadení umiestnenom mimo bežnú komunitu) a k sústreďeniu pozornosti na splnenie zákonných podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby. Akoby v tomto prípade procesy transformácie a zavádzania podmienok kvality fungovali nezávisle od seba.

A ešte jedna zaujímavá skúsenosť. V rámci staršieho projektu „Transformácia domovov sociálnych služieb s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie ich obyvateľov“ (2004-2007) sa v zapojených zariadeniach sociálnych služieb uskutočnil monitoring kvality poskytovanej sociálnej služby. Vtedajšia riaditeľka jedného zo zariadení spomína, ako ona sama a jej zamestnanci/kyne vnímali výsledky tohto monitoringu: „I napriek tomu, že sme si boli vedomí určitých nedostatkov v kvalite poskytovaných služieb, prameniách predovšetkým z nedostatku priestorov, považovali sme sa za zariadenie s dobrou úrovňou poskytovaných služieb ... O výsledku monitoringu som informovala všetkých zamestnancov na prevádzkovej porade, kde som prečítala celú monitorovaciu správu aj s bodovým hodnotením. Sklamanie zamestnancov bolo vtedy značné. Naše zariadenie bývalo

14 Kvalitu života ako centrálnu doménu komplexného konceptu kvality v sociálnych službách uvádza aj K. Leichsenring et al. (2015), keď sa zaoberá hlavnými dôvodmi pre potrebu decentralizácie sociálnych služieb.

predtým hodnotené ako to najlepšie, mali sme dobrú povest'. Hodnotenie, ktoré vzišlo z monitoringu, bolo pre nás do určitej miery studenou sprchou“ (Krupa a kol., 2007:137). Aj v tomto prípade mali zamestnanci/kyne, vrátane vedenia zariadenia, nejakú (dobrú) predstavu o kvalite svojej sociálnej služby, ktorá by za bežných okolností nebola motívom realizovania zásadnejšej zmeny (transformácie).

Uvedené príklady naznačujú, ako rôznorodé môžu byť predstavy o podstate systémov kvality, o kvalitných sociálnych službách v povedomí ich poskytovateľov v prípade, že sa nevyužívajú štandardizované kritériá na posudzovanie kvality (plnenia podmienok kvality), a ako sa tak môže deformovať predstava o potrebe zmeny (transformácie). Aj z týchto zistení pramení naše presvedčenie o užitočnosti výskumnej práce zameranej na poznávanie nastavenia poskytovateľov sociálnych služieb na transformačné zmeny, a to v kontexte špecifického (nezvratného) obdobia zavádzania podmienok kvality do praxe. Máme za to, že práve úloha implementácie podmienok kvality do praxe poskytovania sociálnych služieb, ktorá sa bez výnimky dotýka všetkých registrovaných poskytovateľov sociálnych služieb, môže prispieť k postupnému zjednocovaniu odborného záujmu kriticky vyhodnotiť, čo sa v sociálnych službách za posledné roky dosiahlo, analyzovať, na akých hodnotách sa stavalo, do akej miery prevažujúca prax zodpovedala novým požiadavkám na moderné a inklúziu podporujúce sociálne služby, a v čom sociálnej inklúzii ľudí skôr bránila. Samotná existencia systému podmienok kvality to však nezabezpečí. Kľúčová bude aj informovanosť zamestnancov/kýň poskytovateľov sociálnych služieb, bez ktorej, ako to potvrdzujú výskumné zistenia J. Levickej a kol. (2013), môže byť celý systém vnímaný len ako nástroj znižovania počtu zamestnancov/kýň, ich prepúšťania, výmeny manažmentu, či ako zvyšovanie administratívnej záťaže spojenej s transformačnými krokmi. Predpokladá sa, že zabezpečenie informovanosti, poskytovanie systematických konzultácií pre poskytovateľov a s poskytovateľmi, zdôvodňovanie potrebnosti, skutočného obsahu a zamerania jednotlivých kritérií a štandar-

dov, či povahy prislúchajúcich indikátorov, môže zvýšiť predpoklad ich zvnútorňovania na strane zamestnancov/kýň poskytovateľov ako základu pre pozitívne ovplyvnenie (transformáciu) ich bežnej praxe.

4.3 Hodnotenie podmienok kvality – preliminárne výskumné zistenia

Aj keď sa systém hodnotenia podmienok kvality začne oficiálne v podmienkach Slovenska uplatňovať až od januára 2018, už v súčasnosti máme k dispozícii preliminárne poznatky o tom, aké majú poskytovatelia sociálnych služieb problémy (rezervy) pri napĺňaní jednotlivých podmienok kvality. Informácie tohto druhu pochádzajú z dvoch zdrojov: (a) z procesu metodickej prípravy implementácie podmienok kvality, ktorá prebiehala v roku 2015, a (2) z hodnotiteľskej činnosti vykonávanej v priebehu roku 2015 v rámci NP DI. V tejto časti monografie sprostredkujeme hlavné zistenia získané na základe sekundárnej výskumnej analýzy uvedených zdrojov.

4.3.1 Hodnotenie podmienok kvality – zistenia z procesu metodickej prípravy implementácie podmienok kvality

V rámci prípravy metodiky na zavádzanie podmienok kvality sociálnych služieb sme na základe zvolenej štruktúry popisovania jednotlivých kritérií, štandardov a indikátorov podmienok kvality mapovali najčastejšie sa vyskytujúce problémy, omyly a otázky, s ktorými sa vybraní poskytovatelia stretávajú v súčasnej praxi. Vyjadrenia tohto druhu sme získali od členov a členiek pracovnej skupiny zriadenej na uvedený účel, prevažne s poskytovateľskou praxou s jednotlivými druhmi a formami sociálnych služieb. V prehľadovej tabuľke uvádzame príklady problémov vzťahujúce sa k jednotlivým kritériám, štandardom a zodpovedajúcim indikátorom podmienok kvality upravených v prílohe č. 2 zákona o sociálnych službách. Získané poznatky

majú komplementárnu povahu voči doteraz uvádzaným, vzťahujúcim sa k problémom rezidenčných služieb dlhodobej starostlivosti¹⁵.

Tabuľka1: Vybrané problémy organizácií sociálnych služieb pri uplatňovaní jednotlivých podmienok kvality

1. oblasť: Dodržiavanie základných ľudských práv a slobôd
<p>K1.1: Základné ľudské práva a slobody</p> <ul style="list-style-type: none"> podmienky kvality vnímané ako niečo nadstavbové, „nad“ otázky prežitia organizácie, zákazy, príkazy a obmedzenia ochrannárskej povahy bez zjavnej a legitímnej potreby, slabá garancia ľudských práv v domácej opatrovateľskej službe (bariéry, chýbajúce pomôcky a podporné zariadenia), ľudské práva a slobody prijímateľov/liek sociálnych služieb a zamestnancov/kýň poskytovateľa v nerovnováhe.
<p>K1.2: Sociálny status prijímateľov/liek</p> <ul style="list-style-type: none"> narušenie integrity a identity prijímateľov/liek sociálnych služieb vnucovaním riešení, ktoré im nie sú vlastné z predchádzajúceho obdobia života, nahrádzanie vôle prijímateľa/lky sociálnej služby vlastnou úvahou o jeho/jej najlepšom záujme, náročnosť udržiavania primeraného imidžu o sociálnej službe a jej prijímateľoch/lkách voči širšej komunite (zdôrazňovanie statusu odkázanosti), podliehanie typizácii prijímateľov/liek sociálnych služieb a znižovanie ich statusu podceňovaním dôrazu na vonkajšiu úpravu a vzťah (korešpondujúco s menej hodnotnou sociálnou rolou).
<p>K.1.3: Vzťahy, rodina, komunita</p> <ul style="list-style-type: none"> zachovanie neustrannosti poskytovateľa v komunikácii s rodinami prijímateľov/liek sociálnych služieb, zabraňovanie kontaktovania s rodinou, či naopak, absencia kontaktov s rodinou, rodinného zázemia, snaha poskytovať všetky potrebné služby pod jednou strechou, izolácia od bežnej komunity, nevyužívanie bežných komunitných zdrojov.

15 Otvorene musíme priznať, že aj členovia a členky pracovnej skupiny mali v prvej fáze jej fungovania prirodzenú tendenciu venovať sa mapovaniu problémov rezidenčných služieb dlhodobej starostlivosti, ktoré sa opakovali a z rozličných kontextoch profilovali ako „norma“ pre úvahy o transformácii sociálnych služieb a implementácii podmienok kvality.

2. oblasť: Procedurálne podmienky
<p>K2.1: Vymedzeniu účelu a obsahu poskytovania sociálnej služby (strategická vízia, poslanie a ciele) a prístupu k prijímateľom/lkám sociálnych služieb</p> <ul style="list-style-type: none"> stotožňovanie stratégie s víziou, či cieľmi organizácie, nerespektovanie previazanosti vízie, poslanca a cieľov na národné stratégie, neznalosť externej a internej determinujúcej dokumentácie, koncentrácia len na prijímateľov/lky sociálnych služieb, a nie aj na zamestnancov/kyne, ciele nie sú spracované podľa metodiky SMART, nie sú chápané ako stav, ale sa zamieňajú za postup, nezasahovanie do dokumentov, nakoľko sú spracované na dlhšie obdobie, aj keď si to zmeny okolností vyžadujú, nevťahovanie „neodborníkov/čok“ do procesu prípravy dokumentov pre nekvalifikovanosť ich zásahov.
<p>K2.2: Určenie postupov a podmienok (vrátane miesta a času) poskytovania sociálnej služby a jej rozsahu a formy</p> <ul style="list-style-type: none"> nedostatočné prihliadanie na individuálne potreby prijímateľov/liek sociálnych služieb a ich slabá aktivizácia, absentujúca spolupráca s rodinou za účelom návratu do prirodzeného prostredia, neprofesionálny prístup zamestnancov/kýň poskytovateľa (napr. odstup, či naopak infantilizácia prijímateľov/liek sociálnych služieb, paternalizmus, či prílišná iniciatívnosť v presadzovaní vlastných predstáv a riešení), izolovanosť poskytovateľa v rámci komunity, potieranie princípu subsidiarity.
<p>K2.3: Určenie postupu pri uzatváraní zmluvy o poskytovaní sociálnej služby</p> <ul style="list-style-type: none"> nedostatočná komunikácia strán pred uzatvorením zmluvy, nejasný vzťah ponuka-dopyt, nejasný predmet zmluvy, druhu a formy sociálnej služby, podpisovanie zmlúv v tiesni, pri nesprostredkovaní všetkých potrebných informácií v zrozumiteľnej forme, absencia interných dokumentov v tejto oblasti a jasných kompetencií zamestnancov/kýň, zmiešané zmluvy, absencia náhradného riešenia pre prijímateľa/lku pri jednostrannom vypovedaní zmluvy.

K2.4: Určenie postupov a pravidiel na dosiahnutie účelu a odborného zamerania pri poskytovaní sociálnej služby prostredníctvom metód, techník a postupov sociálnej práce a zásad poskytovania sociálnej služby

- intuitívne vykonávanie pracovných postupov, bez potrebnej odbornej prípravy,
- formalizácia pracovných postupov „na papieri“, nepremietané do praxe, rutinná práca,
- pracovné odborné postupy prispôsobované prevádzkovým podmienkam.

K2.5: Určenie postupov a pravidiel na vypracovanie, realizovanie a hodnotenie individuálneho plánu prijímateľov/liek sociálnych služieb alebo určenie postupov a pravidiel práce s prijímateľmi/lkami sociálnych služieb

- neexistujúce alebo formálne postupy individuálneho plánovania,
- ciele individuálneho plánu nie sú stanovované, ani vyhodnocované podľa metodiky SMART,
- poskytovanie rovnakých služieb a rovnakého rozsahu služieb všetkým (často s nepotrebným rozsahom podľa zdravotného stavu),
- príprava a vyhodnocovanie individuálneho plánu bez prítomnosti prijímateľa/ky sociálnej služby a jeho/jej rodiny, či iných významných osôb,
- príliš podrobné (predurčujúce), alebo naopak, príliš všeobecné (nenaplňiteľné) individuálne plány.

K2.6: Určenie postupov a pravidiel prevencie krízových situácií. Určenie postupov a pravidiel pri používaní prostriedkov telesného a netelesného obmedzenia

- slabá ochrana dôstojnosti, integrity, identity a hodnotnej sociálnej roly prijímateľov/liek sociálnych služieb (napr. ich infantilizácia, pacientizácia osobného priestoru),
- narušanie práva na súkromie (napr. neklopanie pri vstupe do osobného priestoru), ochrany osobnej slobody (príkazy a zákazy), či práva na ochranu osobných údajov (sprostredkovávanie informácií tretej strane),
- vyvodzovanie nepriaznivých dôsledkov z vyjadrenia nesúhlasu,
- nesprávna identifikácia predvídateľného rizika.

K2.7: Poskytovanie informácií záujemcom o sociálnu službu a prijímateľom/lkám sociálnych služieb v im zrozumiteľnej forme, podľa ich individuálnych potrieb, schopností

- nepoužívanie alternatívnych foriem komunikácie a informovanosti podľa špecifických požiadaviek ľudí,
- spoliehanie sa na „prirodzený pohyb“ potrebných informácií s rizikom dezinformácií,
- neaktuálne a nekorektné informácie,
- preferovanie len jedného informačného kanála (napr. webovej stránky).

K2.8: Podpora a pomoc prijímateľov/liek sociálnej služby pri sprostredkovaní a využívaní inej verejnej služby podľa ich schopností a cieľov

- nedostupné alebo nezrozumiteľné databázy verejných (komunitných) služieb,
- snaha o poskytovanie „všetkého pod vlastnou strechou“ vedúca k izolácii,
- preferencia skupinových akcií nadradených individuálnym preferenciám prijímateľov/liek sociálnych služieb.

K2.9: Určenie postupov a pravidiel na zisťovanie spokojnosti prijímateľov/liek sociálnych služieb a využívanie zistených skutočností pri zvyšovaní kvality poskytovanej sociálnej služby

- nezrozumiteľné pravidlá a neexistujúce podmienky na podávanie a vybavovanie sťažností, podaní, pripomienok,
- atmosféra trestajúca sťažujúce sa, pripomienkujúce osoby,
- preferencia len jednej formy zisťovania ne/spokojnosti (napr. dotazník),
- neriešenie pripomienok a sťažností, bagatelizovanie ich významu.

K2.10: Hodnotenie poskytovateľa sociálnej služby, či je spôsob poskytovania v súlade s potrebami prijímateľov/liek sociálnych služieb a cieľmi poskytovanej sociálnej služby

- výsledky hodnotenia nie sú využité ako základ pre zmenu,
- chýbajúce programy supervízie,
- slabá ochota k ďalšiemu vzdelávaniu, iné prekážky ďalšieho vzdelávania (napr. pre „únik vzdelaných mozgov“).

3. oblasť: Personálne podmienky

K3.1: Vypracovanie štruktúry a počtu pracovných miest, kvalifikačných predpokladov s určením štruktúry, povinností a kompetencií jednotlivých zamestnancov, primeranosť počtu zamestnancov počtu prijímateľov/liek sociálnych služieb a ich potrebám

- zužovanie personálnej agendy na mzdové účtovníctvo,
- organizačná štruktúra nezodpovedá vízií, poslaniu a cieľom organizácie, nie je validovaná,
- absencia pravidiel na výkon práce na jednotlivých pozíciách, popisov pracovných miest,
- formálne ustanovené pracovné tímy bez fungujúcich komunikačných tokov,
- zneužívanie dobrovoľníckej práce,
- absencia etického kódexu, či vynútiteľnosti reálneho riadenia sa týmto dokumentom v prípade, že existuje.

<p>K3.2: Určenie postupov, pravidiel a podmienok na prijímanie a zaškoľovanie zamestnancov</p> <ul style="list-style-type: none"> • problémy s hľadaním nových kvalifikovaných zamestnancov/kýň (vyšší dopyt ako ponuka), • absencia tútoringu počas adaptačného obdobia, aj pre nedostatok motivácie k jeho výkonu, • problémy pri zaškoľovaní nového zamestnanca/kyne v domácnosti prijímateľa/Iky (nemožnosť odmeňovať naraz za ten istý výkon školiteľa/Iku aj nového zamestnanca/kyňu; odmietanie prítomnosti viacerých ľudí v domácnosti zo strany prijímateľa/Iky).
<p>K3.3: Určenie postupov, pravidiel a podmienok na rozvoj ďalšieho vzdelávania a zvyšovania odbornej spôsobilosti zamestnancov</p> <ul style="list-style-type: none"> • podceňovanie vzdelávania (na princípe, že „najlepšie vzdelávanie je prax“), • spracované individualizované plány rozvoja zamestnancov/kýň sa nesledujú a nevyhodnocujú, • neprepájanie osobných cieľov zamestnancov/kýň s cieľmi organizácie, • absencia vzdelávania ako „prevencia“ odchodu vzdelaných zamestnancov/kýň.
<p>K3.4: Systém supervízie u poskytovateľa sociálnej služby</p> <ul style="list-style-type: none"> • zamieňanie supervízie za sociálne poradenstvo, coaching, personálny audit, či pracovné porady, • nereálnosť očakávaní od supervízie („že vyrieši problém“), • strach pred supervíziou a jej vnímanie ako „cudzieho elementu v organizácii“, • nedostatok zdrojov pre prípravu a realizáciu supervízneho plánu.
<p>4. oblasť: Prevádzkové podmienky</p>
<p>K4.1: Zabezpečenie prevádzkových podmienok zodpovedajúcich kapacite, druhu poskytovanej služby a potrebám prijímateľov</p> <ul style="list-style-type: none"> • prispôbenie individuálnych potrieb a želaní prijímateľov/liek sociálnych služieb prevádzkovým potrebám poskytovateľa, • mylná predstava, že je možné hneď od počiatku zosúladiť predstavy prijímateľov/liek sociálnych služieb s možnosťami prevádzkovateľa služby, • neochota meniť zabehnuté prevádzkové spôsoby, • podceňovanie požiadaviek bezbariérovosti.

<p>K4.2: Určenie postupu a spôsobov spracovávania a poskytovania informácií o poskytovanej sociálnej službe (informačná stratégia), ktoré sú dostupné a zrozumiteľné prijímateľom/Ikám sociálnych služieb, rodine a verejnosti</p> <ul style="list-style-type: none"> • absencia Informačnej stratégie alebo jej zužovanie na povinnosť informovať o sociálnej službe v zrozumiteľnej podobe, • zamieňanie Informačnej stratégie spracovanej formou ľahko čitateľného textu za skrátenú verziu Informačnej stratégie, • porušovanie zákona o ochrane osobných údajov (napr. zverejňovaním ilustračných fotiek bez súhlasu dotknutých osôb).
<p>K4.3: Vypracovanie výročnej správy alebo záverečného účtu</p> <ul style="list-style-type: none"> • k spracovaniu výročnej správy sa pristupuje ako k „nutnému zlu“, nevyužívanie jej marketingového potenciálu, • nezrozumiteľnosť výročnej správy spracovanej „rečou čísel“, • výročná správa nie je verejne dostupná.
<p>K4.4: Určenie pravidiel prijímania darov</p> <ul style="list-style-type: none"> • absencia pravidiel prijímania darov, • podmieňovanie poskytovania sociálnej služby poskytnutím „vstupného daru“, • neriešenie otázky darov nepatrnej hodnoty.

Zdroj: Repková (ed.) (2015) v kombinácii s výsledkami dohľadu nad poskytovaním sociálnych služieb (Košíťová, 2015)

4.3.2 Hodnotenie podmienok kvality – zistenia z NP DI

Druhým zaujímavým zdrojom informácií sú tie, ktoré boli získané v rámci hodnotiteľskej činnosti realizovanej v priebehu roku 2015 v rámci NP DI. Hodnotiteľka (konzultantka tejto monografie) si z celkovo 21 kritérií a nadväzných štandardov a indikátorov systému podmienok kvality vybrala celkovo 13, ktoré považovala za osobitne dôležité z hľadiska kvality života prijímateľov/liek sociálnych služieb a celkovej úspešnosti realizácie transformácie konkrétneho poskytovateľa cestou deinštitucionalizácie¹⁶.

¹⁶ Voľne podľa L. Brichtová (2015), dotazník pre zariadenia sociálnych služieb „Vybrané podmienky kvality sociálnych služieb a iné oblasti hodnotenia ZSS“ (administrovaný v rámci NP DI).

Sprostredkovávame vyhodnotenie vybraných ukazovateľov podmienok kvality v piatich zariadeniach sociálnych služieb (v tabuľke uvedené ako S1-S5), prevažne typu domova sociálnych služieb s počtom prijímateľov/liek od cca 50 do 60, v dvoch prípadoch v kombinácii so zariadením podporovaného bývania, rehabilitačným strediskom, či špecializovaným zariadením s počtom prijímateľov/liek približne do 10. Keďže išlo o zariadenia pôvodne fungujúce výlučne ako domovy sociálnych služieb, prijímatelia/ľky boli osoby v najvyššom stupni odkázanosti na pomoc inej osoby podľa platnej právnej úpravy (v stupni VI.). Rovnako je dôležité uviesť, že ide o poznatky z druhého kola administratívneho dotazníka (prvé kolo prebehlo na začiatku NP DI), v ktorom sa hodnotiteľka zaujímalá aj o zmeny, ktoré v zariadení nastali na základe realizácie NP DI.

Okrem tabuľkovo spracovaných zistení z procesu hodnotenia zvolených kritérií kvality a súvisiacich indikátorov, pridávame aj informáciu o skúsenosti organizácií s dobrovoľníckou činnosťou. Rovnako informáciu o zmenách, ktoré zodpovední zamestnanci/kyne reflektovali v ich zariadeniach v súvislosti s účasťou v NP DI. Výsledky dávame do kontextu stanovísk zástupcov/kýň miestnej a regionálnej samosprávy (starostov/tiek a zamestnankýň VUC) o význame transformačného (deinštitucionalizačného) procesu v zariadení, ktoré sa nachádza v ich území. Tieto stanoviská vnímame ako podmieňujúci systémový faktor zmien na organizačnej úrovni, nakoľko interpretujú vývoj a zmeny v sociálnych službách ako súčasť vývoja a zmien celkového sociálno-politického smerovania územia.

Tabuľka 2: Plnenie vybraných podmienok kvality v zariadeniach sociálnych služieb zapojených do NP DI

1. oblasť: Dodržiavanie základných ľudských práv a slobôd
<p><i>K1.1: Základné ľudské práva a slobody</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>dokumenty, v ktorých je deklarované dodržiavanie ľudských práv a slobôd:</u> <ul style="list-style-type: none"> S1: domáci poriadok, smernice o úhradách, smernica o etikete umierania, smernica telesného a netelesného obmedzenia S2: postup, pravidlá a podmienky dodržiavania základných ľudských práv a slobôd, rozhodnutie o zriadení domova, zmluva o poskytovaní SS, etický kódex zariadenia, smernica na vedenie cenných vecí, postup v prípade agresívneho správania prijímateľov/liek sociálnych služieb a mimoriadnej udalosti, ochrana prijímateľov/liek sociálnych služieb pred predsudkami, smernica o individuálnych nákupoch, domová rada a Rada „Náš Domov“ S3: zriaďovacia listina, domáci poriadok, individuálny plán (ďalej len „IP“), prevádzkový poriadok S4: domáci poriadok, zriaďovacia listina, smernica o povinnostiach pri ochrane života, zdravia a dôstojnosti prijímateľov/liek sociálnych služieb, smernica o používaní telesných a netelesných obmedzení, etický kódex zdravotníckeho pracovníka, etický kódex sociálneho pracovníka S5: etický kódex zamestnancov, smernica k vypracovaniu, hodnoteniu a revízii IP, Konceptia rozvoja sociálnych služieb v zariadení, bezpečnostný projekt, domáci poriadok, smernica k ochrane života, zdravia a dôstojnosti prijímateľov/liek sociálnych služieb, zmluvy o poskytovaní sociálnej služby • <u>aplikácia deklarovaných práv a slobôd v praxi:</u> <ul style="list-style-type: none"> S1: zabezpečenie slobody rozhodovania (o voľnočasových aktivitách, o pohybe mimo zariadenia), zabezpečenie práva na súkromie podľa možnosti S2: dokumenty a prax zameraná na všetky ústavou garantované ľudské práva a slobody S3: slobodný pohyb je zaručený, predstavy prijímateľov/liek sociálnych služieb sa riešia individuálne, ide však o zdĺhavý proces limitovaný prevádzkovými možnosťami S4: podmienky na zabezpečenie osobného kontaktu, súkromia pri hygieny, podieľanie sa na určovaní životných podmienok v zariadení, nediskriminácia S5: domáci poriadok v ľahko čitateľnej forme (vedia, ako žiadať nápravu) • <u>oblasti, pri ktorých môže dôjsť k porušovaniu ľudských práv a slobôd:</u> <ul style="list-style-type: none"> S1: „nemáme spracované, ale berieme to ako samozrejmosť, pretože to patrí k bežnému životu a k najzákladnejším právam človeka“

<p>S2: spracovaný dokument s identifikovanými oblasťami, v ktorých môže dôjsť k porušovaniu</p> <p>S3: problémy so zabezpečením súkromia (pre prevádzkové dôvody), u 1/3 prijímateľov/liek sociálnych služieb sa potreby v oblasti bývania, aktivít a oblečenia riešia formou IP</p> <p>S4: problémy s právom na intimitu</p> <p>S5: právo na súkromie v DSS</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>riešenie situácií porušovania práv a slobôd:</u> <p>S1: nepamätám si</p> <p>S3: obmedzujú nás prevádzkové aspekty</p> <p>S4: neriešil sa žiaden problém</p> <p>S5: z dôvodu stereotypného správania sa jednotlivých zamestnancov/kyň a inštitucionalizovanej kultúry práce (napr. pri pohybe mimo zariadenia)</p>
<p>K1.2: Sociálny status prijímateľa sociálnej služby</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>kroky, ktoré vedú k rozvoju a kvalite života prijímateľov/liek sociálnych služieb s vysokou mierou podpory:</u> <p>S1: zdravotný personál má k dispozícii IP a každý deň musí z neho dôsledne vychádzať a štandardizovane ho uplatňovať (aby každý zamestnanec/kyňa pristupoval/a k prijímateľom/ľkám sociálnych služieb rovnako)</p> <p>S2: každý prijímateľ/ľka sociálnych služieb má IP, spoločne spracovaný „Dotazník zisťovania miery nevyhnutnej podpory prijímateľa“</p> <p>S3: pracuje sa podľa IP, aj so zavedenými piktogramami</p> <p>S4: všetci prijímatelia/ľky sociálnych služieb majú spracované IP (rozvoj sebaobsluhy, motoriky)</p> <p>S5: pracuje sa podľa IP, na dvoch prijímateľov/ľky sociálnych služieb je priemerne jeden kľúčový pracovník/čka, podpora sebaobsluhy, mobility, sociálnych zručností</p>
<p>K.1.3: Vzťahy, rodina, komunita</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>možnosti neobmedzeného prijímania návštev:</u> <p>S1: neobmedzene, mimo nočných hodín z dôvodu rušenia nočného kľudu</p> <p>S2: neobmedzene vo vyhradených priestoroch, na izbe so súhlasom spolubývajúceho/cej</p> <p>S3: obmedzenia len počas epidémie (nariadené lekárom/rkou alebo pediatrom/čkou)</p> <p>S4: obmedzenia v čase toalety a nočného kľudu, príp. pre karanténu</p> <p>S5: neobmedzene</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>slobodné kontaktovanie (volanie, písanie, internet):</u> <p>S1: áno</p> <p>S2: áno</p>

<p>S3: áno</p> <p>S4: áno („Samostatným mobilom nedisponujú, ale majú možnosť telefonovať z pevnej linky na vyžiadanie“)</p> <p>S5: voľné kontaktovanie, aj cez sociálne siete</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>osobitný priestor pre blízkych na zotrvanie v zariadení:</u> <p>S1: nie</p> <p>S2: áno</p> <p>S3: nie</p> <p>S4: nie, k dispozícii sú spoločenské priestory, pri zhoršení zdravotného stavu prijímateľa/ľky sociálnej služby na izbe</p> <p>S5: nie, ale ponúknutie pomoci nájsť ubytovanie v komunite</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>účasť príbuzného, priateľa pri rozhodovaní:</u> <p>S1: ak je o to záujem zo strany prijímateľov/liek sociálnych služieb, samozrejme áno</p> <p>S2: áno, aj telefonicky</p> <p>S3: áno</p> <p>S4: áno (rodina, priatelia)</p> <p>S5: áno</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>možnosť opustiť zariadenie (dovolenky, víkend, voľný čas):</u> <p>S1: so súhlasom rodiny</p> <p>S2: áno, v prípade nevyhnutnosti v sprievode zodpovednej osoby</p> <p>S3: áno, ak v prípade potreby nie je k dispozícii rodina, overujú sa podmienky prostredníctvom miestneho úradu</p> <p>S4: áno, s vedomím zodpovednej osoby a so zdokumentovaním</p> <p>S5: áno</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>formy na podporu kontaktov s rodinou:</u> <p>S1: preprava, sprievod, reminiscenčná terapia návštevy rodísk prijímateľov/liek sociálnych služieb; „žiaľ, príbuzní majú menší záujem, ako je naša snaha“</p> <p>S2: osobné návštevy v zariadení, sprevádzanie, telefonický kontakt, poradenstvo, sanácia rodinného prostredia</p> <p>S3: podpora kontaktov s rodinou aj v prípade, že zariadenie vykonáva opatrovníctvo</p> <p>S4: pri záujme sa komunikuje rodina, zabezpečuje sa sprievod a preprava</p> <p>S5: preprava, sprievod, pomoc pri písomnom kontakte, spoločné aktivity s rodinou</p>
<p>2. oblasť: Procedurálne podmienky</p> <p>K2.2: Určenie postupov a podmienok (vrátane miesta a času) poskytovania sociálnej služby a jej rozsahu a formy</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>zakomponovanie určených postupov v dokumentoch:</u>

<p>S1: v zriaďovacej listine, na webovej stránke, ktorá sa priebežne aktualizuje</p> <p>S2: zriaďovacia listina</p> <p>S3: zariadenie poskytuje komplexnú starostlivosť podľa zákona (v menších skupinách podpora sebaobsluhy), organizácia voľnočasových aktivít, spoločných akcií s inými zariadeniami</p> <p>S4: zakladajúce dokumenty</p> <p>S5: web stránka, zriaďovacia listina (vrátane informácie o cieľoch a procesoch DI), letáky aj v ľahko čitateľnom jazyku</p>
<p>K2.3: <u>Určenie postupu pri uzatváraní zmluvy o poskytovaní sociálnej služby</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>spôsob zrozumiteľného informovania o procese uzatvárania zmluvy:</u> <p>S1: ústne a následne písomne</p> <p>S2: rozhovor so záujemcom/kyňou, opatrovníkom/čkou, zamestnancom/kyňou, iným odborníkom/čkou; dôsledne ustanovené zásady jednania</p> <p>S3: po havarijnej situácii a počas NP DI sa neprijímajú noví prijímatelia/ľky, odporúčame iné zariadenia</p> <p>S4: osobný pohovor so záujemcom/kyňou a rodinou,</p> <p>S5: portál BBSK, vlastná webová stránka, príprava vo forme ľahko zrozumiteľného jazyka</p> • <u>existencia vzoru zmluvy:</u> <p>S1: áno, spracovaná zriaďovateľom (VUC)</p> <p>S2: áno, spracovaná VUC</p> <p>S3: áno</p> <p>S4: „Zmluva je zostavená na mieru každého prijímateľa. Pretože je laikom v oblasti sociálnych služieb, je potrebné vysvetliť mu všetky body zmluvy...“</p> <p>S5: áno, spracovaná VUC</p> • <u>existencia zmluvy v ľahko čitateľnej forme:</u> <p>S1: nie</p> <p>S2: áno, vo forme piktogramov</p> <p>S5: dopracovávaná v ľahko čitateľnej forme</p> • <u>informovanie o potrebných dokladoch, právach a povinnostiach, zverejnenie:</u> <p>S1: všetko je dostupné na webe, informácie poskytujeme v rámci základného poradenstva telefonicky alebo v rámci osobného kontaktu</p> <p>S2: v rámci dokumentu „Postup pri uzatváraní zmluvy“, informácie na webe, nástenke, vo Výpise z Registra poskytovateľov sociálnych služieb</p> <p>S3: webová stránka TTSK, zariadenia, facebooková stránka zariadenia</p> <p>S4: administruje sa „výzva k nástupu“ so zaslaným zoznamom dokladov a potrebných vecí, web stránka, informačný leták o zariadení</p>

<p>S5: postup prijímania a predvolávania je zverejnený na webe, práva a povinnosti sú vysvetlené pri osobnom rozhovore</p>
<p>K2.4: <u>Určenie postupov a pravidiel na dosiahnutie účelu a odborného zamerania pri poskytovaní sociálnej služby prostredníctvom metód, techník a postupov sociálnej práce a zásad poskytovania sociálnej služby</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>používanie metód a techník sociálnej práce, príp. iných disciplín zamestnancami/kyňami:</u> <p>S1: individuálny a skupinový rozhovor, pozorovanie, techniky opatrovateľského procesu, snaha hľadať nové formy aktivizácie</p> <p>S2: práca s jednotlivcom, skupinou a komunitou; rozhovor, pozorovanie, načúvanie, nácvik komunikačných zručností, terapie, sociálne plánovanie a projektovanie, podpora k sebaobhajobe</p> <p>S3: často ide o pedagogické metódy (veľa ergoterapeutov/tiek), optimálna komunikácia, hodnotenie, zážitková metóda, heuristika</p> <p>S4: sociálna rehabilitácia, aktivizácia, hry, rozprávanie, počúvanie, hranie rolí, relaxačné techniky, základné sociálne poradenstvo, pracovná terapia</p> <p>S5: plánovanie zamerané na človeka, TEACH program, bazálna stimulácia, do minulého roku aj interné vzdelávanie</p> • <u>dokumentácia metód a techník a prístupnosť dokumentov:</u> <p>S1: v rámci prijímania a prepúšťania prijímateľa/ľky, v ošetrovateľskom procese</p> <p>S2: na základe dokumentu „Postup a pravidlá na dosiahnutie účelu a odborného zamerania pri poskytovaní sociálnej služby“</p> <p>S4: dokument zameraný na určenie postupov a pravidiel k dosiahnutiu účelu sociálnej služby, dostupný je všetkým zamestnancom/kyniam</p> <p>S5: doposiaľ dokument nie je spracovaný</p> <p>K2.5: <u>Určenie postupov a pravidiel na vypracovanie, realizovanie a hodnotenie individuálneho plánu prijímateľa sociálnej služby alebo určenie postupov a pravidiel práce s prijímateľom sociálnej služby</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>existencia IP, ich pravidelného vyhodnocovania:</u> <p>S1: IP majú spracovaný všetci prijímatelia/ľky, vyhodnocujú sa raz za polrok v rámci multidisciplinárneho tímu (opatrovateľka, sociálny pracovník, kľúčový pracovník, prijímatelia/ľky)</p> <p>S2: IP majú všetci prijímatelia/ľky, robia sa od 2005, vyhodnocujú sa štvrťročne, doplnený pozorovací formulár a „tabuľka učenia“ (na základe projektových skúseností)</p> <p>S3: IP sú vypracované</p> <p>S4: IP pre všetkých prijímateľov/ľky, vyhodnocovanie štvrťročne (u novoprijatých), polročne alebo ročne u ostatných</p> <p>S5: všetci prijímatelia/ľky majú spracovaný IP, vyhodnocuje sa 1-2x ročne</p> • <u>IP a jeho vyhodnocovanie v ľahko čitateľnej podobe:</u> <p>S1: nie</p>

<p>S3: pracuje sa na ľahko čitateľnej verzii IP</p> <p>S5: nie</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>poznajú (kľúčoví) zamestnanci/kyne životný príbeh klienta/ky, jeho/jej schopnosti, zručnosti, túžby?</u> <p>S1: áno</p> <p>S2: áno, je spracovaný zoznam kľúčových zamestnancov/kýň; životné príbehy sú súčasťou IP</p> <p>S3: niektorí si vybrali sami, pracuje sa na fotodokumentácii všetkých pracovníkov/čok, aby si mohli napr. aj nehovoriaci prijímateľa/Iky vybrať svojich kľúčových pracovníkov/čky</p> <p>S4: prijímateľa/Iky sú rozdelení do skupín podľa špecifických potrieb, každá skupina má svojho kľúčového pracovníka/čku a určený interdisciplinárny pracovný tím</p> <p>S5: prijímateľa/Iky s nízkou mierou podpory áno, s vysokou mierou podpory pravdepodobne nepoznajú svojich kľúčových pracovníkov/čky</p>
<p>K2.8: <i>Podpora a pomoc prijímateľovi sociálnej služby pri sprostredkovaní a využívaní inej verejnej služby podľa jeho potrieb, schopností a cieľov</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>využívanie komunitných (bežných) služieb:</u> <p>S1: využívajú tie, ktoré potrebujú</p> <p>S2: zdravotná starostlivosť, vzdelávanie, služby zamestnanosti UPSVR, kultúrne podujatia, účasť na bohoslužbách, zamestnanie v komunitných službách</p> <p>S3: kadernícke, lekárske, obchody, kozmetika, pedikúra, návšteva športových klubov, akcií obce</p> <p>S4: ADOS, zdravotnícke služby, obchody</p> <p>S5: zdravotnícke a všetky dostupné bežne v komunite</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>informovanie o komunitných službách:</u> <p>S1: miestny rozhlas a noviny, internet, letáky prinesené do zariadenia,</p> <p>S2: oznamy na nástenke, návštevy mesta, vývesné tabule, z médií</p> <p>S3: reklama, pozvánky</p> <p>S4: rozhovory, rozhlas, informačné letáky, TV</p> <p>S5: prijímateľa/Iky s nízkou mierou podpory si ich vyhľadajú sami, s vysokou mierou podpory ich získajú len od zamestnancov/kýň</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>podpora pri využívaní komunitných služieb:</u> <p>S1: bez podpory v prípade, že vie o službe a vie sa orientovať; pri potrebe sa zabezpečuje doprovod</p> <p>S2: sprievod, dohľad</p> <p>S3: poradenstvo, preprava, osobná asistencia, pomôcky</p> <p>S4: preprava, doprovod</p> <p>S5: ak je potrebná</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>bariéry prístupnosti komunitných služieb:</u>

<p>S1: zdravotný stav prijímateľa/Iky, nezáujem prijímateľov/liek</p> <p>S2: bariérovosť prostredia a budov, chýbanie označení, informačných materiálov v ľahko čitateľnom jazyku</p> <p>S3: architektonické</p> <p>S4: slabé služby komunity, zdravotný stav prijímateľov/liek</p> <p>S5: „...bariéry sú na našej strane: nedostatok personálu a dobrovoľníkov neumožňuje využívanie všetkých služieb individualizovať“</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>iné služby v ZSS:</u> <p>S1: návšteva lekárov, pedikérske a holičské služby (najmä ak nie je možné z dôvodu zdravotného stavu využívať komunitnú službu)</p> <p>S2: na požiadanie pedikérske, kadernícke, bazálna stimulácia</p> <p>S3: nie</p> <p>S5: v DSS kadernícke a pedikérske, v komunitných žiadne</p>
<p>K2.9: <i>Určenie postupov a pravidiel na zisťovanie spokojnosti prijímateľov sociálnych služieb a využívanie zistených skutočností pri zvyšovaní kvality poskytovanej sociálnej služby</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>formy zisťovania spokojnosti:</u> <p>S1: dotazník minimálne raz ročne pre prijímateľov/Iky a rodiny; anonymné vyjadrovanie nespokojnosti do schránky, počas ranných komunit</p> <p>S2: dotazník pre prijímateľov/Iky, aj vo forme piktogramov; vyjadrovanie nespokojnosti cez domovú radu, individuálne riaditeľovi, prednesením na porade</p> <p>S3: pohovory, anketa</p> <p>S4: spätná väzba prijímateľov/liek, prieskum, prostredníctvom zamestnancov/kýň priameho kontaktu, centrálna evidencia prianí a sťažností, projektívna metóda s výrazovou technikou</p> <p>S5: pravidelné stretnutia, ľahko čitateľné dotazníky spokojnosti, pozorovanie u prijímateľov/liek s vysokou mierou podpory</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>zisťovanie v ľahko čitateľnej forme:</u> <p>S1: nie</p> <p>S3: nie</p> <p>S5: dotazníky áno</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>riešenie situácií nespokojnosti:</u> <p>S1: osobnými rozhovormi s prijímateľmi/Ikami, s rodinami, z ktorých sa robia písomné záznamy</p> <p>S2: dohoda o odbere stravy, o doplnení nábytku v izbe</p> <p>S3: relevantná požiadavka sa rieši hneď; „... ak je požiadavka irelevantná, dáme vysvetlenie, prečo nemôžeme riešiť a snažíme sa ponúknuť alternatívne riešenie“ (nebolo bližšie vysvetlené, kto posudzuje irelevantnosť požiadavky a o aké požiadavky môže ísť – pozn. autorky)</p>

S4: operatívne riešenia k spokojnosti prijímateľov/liek aj zamestnancov/kyň
S5: vyskytujú sa, riešia sa podľa prevádzkových a personálnych možností
K2.10: Hodnotenie poskytovateľa sociálnej služby, či je spôsob poskytovania v súlade s potrebami prijímateľa a cieľmi poskytovanej sociálnej služby
<ul style="list-style-type: none"> <u>spôsob zisťovania súladu poskytovaných služieb so stanovenými cieľmi:</u> <p>S1: dotazníky pre prijímateľov/lky, osobné rozhovory, ranné komunity S2: dotazník na zisťovanie spokojnosti so stravou, bývaním, obslužnými a inými činnosťami, po vyhodnotení sú základom zmeny S3: dotazník, prieskum, riadený rozhovor S4: záznamy z porad, kontrol, kniha prianí a sťažností, monitoring funkčnej sebestačnosti, zvyšovanie kvalifikácie zamestnancov/kyň S5: hodnotenie na pracovných poradách</p>
3. oblasť: Personálne podmienky
K3.2: Určenie postupov, pravidiel a podmienok na prijímanie a zaškoľovanie zamestnancov
<ul style="list-style-type: none"> <u>zabezpečovanie vzdelávania nových a ostatných zamestnancoch/kyň o ľudských právach, nových trendoch, DI:</u> <p>S1: v rámci NP DI, zvyšovanie kvalifikácie na odborných školách, účasť na konferenciách, workshopoch; každý má vypracovaný kariérny rast S2: k dispozícii je príslušný dokument; v rámci zaškoľovania jeden mesiac práca pod vedením školiacej osoby; určené kompetencie pre proces zaškoľovania; ďalšie vzdelávanie formou účasti na kurzoch, výcvikoch, absolvovaním VŠ štúdia, školeniach v rámci NP DI S3: cez vzdelávanie v rámci NP DI („... momentálne to zafarbuje plne zamestnancov aj samotnú prevádzku zariadenia“) S4: v rámci NP DI so začlenením aj nových zamestnancov/kyň S5: každý zamestnanec/kyňa má individuálny plán vzdelávania, interné vzdelávanie, príprava dokumentu „Manuál zamestnanca“ (všetko dôležité pre orientáciu zamestnanca/kyne v zariadení)</p>
K3.4: Systém supervízie a u poskytovateľa sociálnej služby
<ul style="list-style-type: none"> <u>existencia plánu supervízie, frekvencia:</u> <p>S1: áno, v súvislosti s NP DI, 2x do mesiaca skupinové a individuálne supervízie S2: vypracovaný program supervízie od 2012, formy: skupinová (2 hodiny mesačne), individuálna pre vedúcich (1 hodina mesačne), individuálna pre zamestnancov/kyne (1 hodina pre 3-4 ľudí), prípadová supervízia S3: nie v písomnej forme, počas NP DI pravidelne 3x3 hodiny, najčastejšie u ergoterapeutov/tiek S4: vypracovaný plán skupinových a individuálnych supervízií, v rámci NP DI 2xmesačne, inak raz ročne</p>

S5: áno, pred NP DI 2x ročne, počas NP DI 1x mesačne, individuálna i skupinová
<ul style="list-style-type: none"> <u>prínosy supervízie:</u> <p>S1: odrazové zrkadlo našej práce, riešenie problémov a konfliktov pre zlú a nedostatočnú komunikáciu, nové formy komunikácie medzi zamestnancami/kyňami a zamestnancami/kyňami a prijímateľmi/kami S2: alternatívne prístupy, profesionalizácia, aktivizácia, prevencia poškodzovania prijímateľov/liek, korigovanie neefektívnych postupov, predchádzanie vyhoreniu S3: „Najväčším prínosom supervízie bolo zmiernenie pocitu neistoty, obáv zo straty práce. Postupne však podľa môjho názoru supervízia značne prispela aj k prijatiu základnej myšlienky DI ... bolo potrebné zbaviť sa dlhoročných postupov, princípov a nastaviť samotné myslenie zamestnancov v prospech prijímateľa“ S4: získanie iného pohľadu na riešenie problémov, prevencia vyhorenia S5: „Pre mňa ako vedúceho zamestnanca má prínos najmä v tom, že mi ukazuje pohľad na organizáciu zvonku, ponúka alternatívy riešenia problémov, emočné uvoľnenie, korigovanie nesprávnych spôsobov práce, prevencia stereotypizácie“</p>
4. oblasť: Prevádzkové podmienky
K4.2: Určenie postupu a spôsobov spracovávania a poskytovania informácií o poskytovanej sociálnej službe (informačná stratégia), ktoré sú dostupné a zrozumiteľné, prijímateľovi, rodine a verejnosti
<ul style="list-style-type: none"> <u>formy informovania záujemcov/kyň o sociálnu službu, rodín, verejnosti:</u> <p>S1: web stránka, rozhovory, zviditeľňovanie zariadenia na podujatiach, v médiách, poskytovanie základného poradenstva (dokumentovaného) S2: osobne počas návštevy, písomne (na základe žiadosti), webová stránka, na odborných podujatiach, účasťou v projektoch (aj v zahraničí) S3: ústne, telefonicky, cez internet, osobnou návštevou riaditeľa na požiadanie; u rodiny však „...veľmi zriedka prejavujú záujem o klienta“ S4: osobne, telefonicky, elektronicky, letáky, články v periodiku S5: osobný, písomný kontakt, web stránka, sociálne siete, informačné letáky</p> <ul style="list-style-type: none"> <u>formy informovania prijímateľov/liek:</u> <p>S1: osobné rozhovory, vydávanie občasníkov S2: osobne, oznamami na nástenke, na poradách, stretnutiach domových rád S3: osobný kontakt, komunitné stretnutia S4: ústne, písomne S5: osobný kontakt, návšteva v rodine</p>
Dobrovoľnícka činnosť
<ul style="list-style-type: none"> <u>spolupráca s dobrovoľníkmi/čkami:</u> <p>S1: existuje, no najmä pri väčších aktivitách, nie individualizovaná S2: nie priamo v zariadení, ale v rámci komunitných činností</p>

S3: áno, najmä pri väčších podujatiach (okolo 20 ľudí)

S4: nie

S5: okolo 10 („...uvedomujeme si, že s touto oblasťou budeme musieť pracovať cielene a intenzívne“), sprevádzanie mimo zariadenia na aktivity; v minulosti rozpracované dobrovoľnícke programy a výcviky „...tento rok sme v rámci NP DI veľmi vyťažení, nedostatok času na realizáciu ešte ďalších aktivít navyše“

- získavanie dobrovoľníkov/čok:

S1: cez osobné kontakty, najmä zo študentského prostredia

S2: študenti/tky

S3: aj rodinní príslušníci, ľudia z cirkevných spolkov

S4: nie, najmä z dôvodu nedostupnosti zariadenia MHD

S5: študenti/tky stredných škôl

Keďže šlo o druhé kolo administrovania dotazníka, zaujímala sa hodnotiteľka aj o zmeny, ktoré v zariadení nastali za obdobie 12 mesiacov na základe zapojenia sa do NP DI. Poskytnuté informácie sme usporiadali v rámci viacerých skupín s vlastnými podskupinami (kategóriami). Podskupiny ilustrujeme aj vybranými výroky prijímateľov/liek sociálnych služieb a zamestnancov/kýň získanými v rámci procesu hodnotenia.¹⁷

(1) Valorizácia sociálnej roly prijímateľov/liek sociálnych služieb¹⁸

- Smerom do komunity (ide o „normalizáciu“ životných podmienok prijímateľov/liek sociálnych služieb, o poskytovanie komunitných druhov sociálnych služieb – napr. zariadenia podporovaného bývania, prenájom dvoch rodinných domov, o otvorenosť širšej komunity, o častejšie stretnutia s komunitou)

¹⁷ Samotná hodnotiteľka spracovala na základe získaného podkladového materiálu set nazvaný „84 dôvodov, prečo by sme mali chcieť zmeny, prečo by sme mali podporovať deinštitucionalizáciu“. Komplexný set dôvodov je uvedený v prílohe č. 2.

¹⁸ Využili sme tento pojem W. Wolfensberga, nakoľko vyjadrenia (výroky) prijímateľov/liek sociálnych služieb a zamestnancov/kýň sú vo svojej podstate zamerané na podporu imidžu a kompetencií prijímateľov/liek sociálnych služieb pre bežný život.

Vybrané výroky

„V inštitúcii sa poznali len medzi sebou a poznali jedine nás zamestnancov. My sme boli tí, ktorí prichádzali a odchádzali, iných známych a priateľov z vonku nemali.“

„...treba využiť všetky možnosti zúčastňovať sa podujatí v obci alebo pripraviť program pre miestnu komunitu, veď často len nemajú adekvátne informácie o nás a takéto podujatia sú veľmi dobrým nástrojom na vytvorenie pozitívnej mienky.“

„Už by som sa nevrátil do ústavu, lebo vonku sa mám dobre, mám kamarátov.“

„Klienti získali nové kontakty s ľuďmi (nielen v ZSS), ale s vonkajším svetom.“

„Klienti sú súčasťou normálneho sveta, vytvoril sa im priestor, kde si môžu uplatniť svoje ľudské práva.“

„Vážim si človeka, ktorý so mnou obeduje za jedným stolom a berie si jedlo z rovnakej misy ako ja.“

„V tradičnom pobytovom zariadení nemajú klienti príležitosť, aby si mohli vyskúšať, ako vyzerá život reálne.“

„Chceme to tak, ako to robia susedia v dedine.“

„Tieto domy sa veľmi osvedčili.“

„Ani za svet by sme sa tam nevrátili.“

„Klienti spoznali chuť mesta.“

- „Scivilňovanie“ sociálnej roly (postupné posilňovanie veku primeranej sociálnej roly)

Vybrané výroky

„Klient bol závislý na inštitúcii a zamestnanci ho nedokázali vnímať inak, len ako v rámci naučenej bezmocnosti.“

„Naši klienti dokážu viac, ako sme si my mysleli, a to veci, o ktorých sme ani netušili.“

„Klienti majú väčšiu voľnosť. Predtým sa museli vždy hlásiť, teraz sa môžu rozhodnúť sami, ak chcú ísť napríklad do dediny – máme otvorené brány.“

„Klienti sami rozhodujú a vyberú si v obchode čo chcú; určujú, čo budú mať oblečené, čo potrebujú...“

„Klienti sa už cítia, že sú na niečo potrební, že sú niečo viac, ako len klienti z ústavu.“

„Viacerí klienti majú svoje bankomatové karty, z ktorých si zabezpečujú rôzne nákupy a iné potreby, dopravné karty na cestovanie hromadnou dopravou bez sprievodu alebo s asistenciou inštruktora sociálnej rehabilitácie.“

- Motivácia k zmene (zvyšovanie motivácie k nadobúdaniu nových zručností k nezávislejšiemu životu, k podpore rozhodovania a výberu z viacerých možností)

Vybrané výroky

„Fungovanie v inštitúcii vplývalo aj na intelekt klientov a ich zručnosti a schopnosti.“

„Klienti hovoria 'ja chcem', vzrástlo im sebavedomie.“

„Klienti inak rozmýšľajú, oni vedia, že sa dejú zmeny.“

„Klient s nízkou mierou podpory veľmi rýchlo prevzal zodpovednosť za svoj život.“

„Veľa vecí sa naučili, vedia sa o seba postarať; sú zvedaví, robia činnosti, ktoré doteraz nikdy nerobili.“

„Veľké zmeny nastali: naučili sme klientov, aby sa vedeli obliecť, aby si vedeli odkrojiť a natrieť chlebič, urobiť si šlahačku, upratať za sebou. A vedia aj pomôcť iným.“

- Oblasť zamestnávania (našartovaná spolupráca s príslušným úradom práce, sociálnych vecí a rodiny, spolupráca s obcou, aktivizácia formou dobrovoľníckej práce, návštevy chránených dielní)

Vybrané výroky

„Budem mať robotu, budem mať peniažky, chcem si kúpiť fotoaparát a ísť navštíviť mamičku.“

„Viem čítať aj počítať, len by som chcel maľovať obrazy, to mi stačí, aby som mohol predávať obrazy a zarábať si ako nadaný maliar.“

„Chcel by som pracovať každý deň, aj v sobotu aj v nedeľu.“

(2) Organizačno-odborné zmeny

- Nové druhy odborných činností, individualizácia práce (napr. sociálna rehabilitácia, špecializované poradenstvo, individuálne plánovanie, režimová terapia)

Vybrané výroky

„Bude len lepšie pre klientov, bude menej klientov a budeme sa im môcť viac venovať a individuálnejšie.“

„Zamestnanec pracuje odbornými metódami, individuálne, práca má iný rozmer.“

„Zmena je v tom, že začíname pracovať s ľuďmi s ťažším postihnutím; Teraz sa individuálne plány robia pre všetkých, sú všímaní aj z našej strany, nie sú niekde pohodení na posteli; Viditeľné pokroky sú aj u klientov s vyššou mierou podpory (napr. klient, ktorý nikdy nehovoril, začal rozprávať)“; Majú pestrejší život.“

„Individuálne plány sa stali konkrétnejšie a hmatateľnejšie.“

- Organizačno-prevádzkový kontext, vyprofilovanie postojov (zmeny organizačnej štruktúry smerom k pracovným tímom pre individuálnu prácu s prijímateľmi/Ťkami sociálnych služieb; štruktúrne zmeny v prevádzke, vyprofilovanie postojov k zmene - procesu DI)

Vybrané výroky

„Keby si napr. predseda BBSK odžil jeden deň zavretý v celoročnom zariadení typu DSS, kde je taký tordý režim, tak by mal na to iný názor: vchod je uzamknutý, tam sa dnu nikto nedostane, na vchode majú guľu.“

„Čím menej ľudí spolu býva, tým sú schopnejší vychádzať spolu.“

„Robíme štrukturálne zmeny v prevádzke, ktoré sa nie vždy osvedčili. V krátkych intervaloch hľadáme stále nové metódy a postupy pre zlepšenie kvality života prijímateľov/liek.“

„Je to správna vec, teraz viem, že niet inej cesty, nebola som predtým celkom presvedčená.“

- Samosprávny princíp (zriadenie a činnosť Domovej rady v zariadení)

(3) Zmeny u zamestnancov/kýň

- Vzdelávanie zamestnancov/kýň, zmysluplnosť a komplexnosť prác (rozšírenie znalostí v oblasti metód sociálnej práce v rámci NP DI, na človeka zameraného plánovania)

Vybrané výroky

„Teraz má naša práca svoj smer, motiváciu, cieľ, ktorý niekam vedie.“

„Nové je aj to, že zamestnanci robia v tíme, spolupracujú pri naplňaní cieľov individuálneho plánu.“

„Je to pre klientov super, takto ich vieme posunúť ďalej.“

(4) Systémové zmeny

- Zmena ako politická priorita, postoje (slabé ocenenie práce v sociálnych službách, objektívna potreba transformácie, zvyšovanie povedomia verejnosti)

Vybrané výroky

„Dost málo pozornosti sa tejto problematike venuje vo vysokej politike.“

„Viac peňazí by malo byť investovaných do sociálnych služieb (napr. platy v tomto sektore sú podhodnotené, sociálni, ale aj iní zamestnanci zarábajú mzdu na hranici minimálnej mzdy.“

„O procese DI ľudia – verejnosť nevedia, nevedia, čo to je.“

„Veľkokapacitné zariadenia treba transformovať, zrušiť.“

„So sudcami je to dnes už trochu lepšie, na pojednávaní sa pýtajú na názor a život klienta; v minulosti ani nevedeli, o kom rozhodujú, videli len papier.“

„... aby sa ľudia nebáli týchto ľudí, je to len strach z nepoznaného.“

Svoje zistenia zo zapojených zariadení doplnila hodnotiteľka aj o **stanoviská starostov/tok obcí**, v ktorých sú situované zapojené zariadenia sociálnych služieb a zodpovedných **pracovníkov/čok na sociálnych odboroch príslušných VUC**. Na základe zozbieraného materiálu bolo možné identifikovať rozličné prístupy zodpovedných osôb na miestnej a regionálnej úrovni. Vo vyjadreniach starostov/tok bolo možné zaznamenať oveľa viac rovnováhy a spokojnosti so situáciou, ako vo vyjadreniach regionálnych pracovníkov/čok. Starostovia/tky nekomunikovali potrebu zmeny smerom k vytvoreniu podmienok vyššej miery komunitnej inklúzie prijímateľov/liek sociálnych služieb. Aj keď priznávali, že DI poskytuje ďalšie možnosti integrovania postihnutých ľudí do spoločnosti, v skutočnosti prijímateľov/ky sociálnych služieb stále vnímajú ako súčasť komunity. Bežne sa v nej pohybujú, zúčastňujú sa kultúrnych podujatí, či pri úpravách prostredia obce, začínajú spolupracovať s komunitnými zamestnávateľmi. Ako uviedol starosta jednej obce: „...Ja ako starosta obce nevnímam klientov zariadenia iba ako ľudí umiestnených v nejakom zariadení, pre mňa sú to obyvatelia obce“.

Vyjadrenia zástupcov/kýň regionálnej samosprávy boli viac opatrné a problematizujúce, keď poukazovali na niektoré komplikujúce okolnosti, osobitne na:

- problém udržateľnosti financovania nového organizovania sociálnej služby, najmä v prechodnom období súbežného fungovania „starého zariadenia“ a deinštitucionalizovaných jednotiek (domčekov),
- nepripravenosť všetkých aktérov – celej spoločnosti (komunit), zamestnancov/kýň, prijímateľov/liek sociálnych služieb a ich rodín na takéto zásadné zmeny,
- náročnosť procesu nákupu pozemkov a nových budov pre deinštitucionalizované bytové jednotky (domčeky),
- skutočnosť, že DI nie je všeobecná politická priorita tejto spoločnosti a vlády (ako uviedla jedna respondentka regionálnej samosprávy „... zatiaľ nie je legislatívne ukotvená povinnosť poskytovať sociálnu službu v deinštitucionalizovanom zariadení...“). Prejavilo sa to aj v absencii partnerskej organizačnej jednotky na MPSVRSR počas celého procesu DI.

Za rozličnými postojmi miestnej a regionálnej samosprávy možno vidieť, podľa nášho názoru, otázku zodpovednosti za financovanie zapojených organizácií do NP DI, ktoré sa vo všetkých prípadoch viazalo na regionálnu samosprávu¹⁹. Samotné deinštitucionalizačné transformačné zmeny museli prejsť schvaľovacími procedúrami vo vedeniach úradov VUC, čím preberali za mnohé ich aspekty priamu zodpovednosť. Záťaž záväzku a priameho pocitu ohrozenia zo zmien vyjadril na úrovni miestnej samosprávy iba jeden starosta, nakoľko v obci situovaný DSS je v nej najväčším zamestnávateľom a na existenciu DSS sú viazané aj mnohé verejné služby (napr. hromadná doprava). Deinštitu-

19 Domov sociálnych služieb, zariadenie podporovaného bývania i špecializované zariadenie ako druhy sociálnych služieb sú podľa platného zákona o sociálnych službách buď priamo zriaďované regionálnou samosprávou (v prípade verejných poskytovateľov, čo boli všetky zapojené zariadenia) alebo získavajú príspevok z regionálnej samosprávy (v prípade neverejných poskytovateľov).

tucionalizáciu tak pociťuje ako ohrozenie hlavných infraštruktúrnych pilierov fungovania obce a jej obyvateľov/liek.

4.3.3 Diskusia k vybraným zisteniam

Získali sme zaujímavé informácie z prvého obdobia implementácie podmienok kvality v SR a ich hodnotenia pre projektové účely v oblasti transformácie a deinštitucionalizácie vybraných druhov a zariadení sociálnych služieb. Pokiaľ poznatky získané z obdobia metodologickej prípravy mali skôr „predpokladovú“ povahu (neboli založené na priamom hodnotení konkrétneho poskytovateľa), tie z druhého zdroja už boli prepojené na konkrétnych poskytovateľov. Vychádzalo sa z toho, že zapojené zariadenia sociálnych služieb v NP DI prešli určitou fázou transformačného procesu, príslušného vzdelávania svojich zamestnancov/kýň a mohli tak realistickejšie reflektovať určité zmeny vo vývoji vybraných aspektov kvality v čase (na začiatku NP DI a na konci).

Získané poznatky majú svoje interpretačné limity vo vzťahu k celostnej problematike vzťahu transformácie sociálnych služieb a zavádzania podmienok kvality v národných podmienkach. U „prvozdvojových“ je to najmä ich proxy (odhadovaná) povaha, u druhých viazanosť len na určitý výsek sociálnych služieb (rezidenčné služby dlhodobej starostlivosti pre osoby so zdravotným postihnutím) a pilotnú povahu hodnotenia. Oprávnené možno predpokladať odlišné zistenia u iných druhov poskytovateľov a u iných cieľových skupín²⁰.

20 Zaujímavú skúsenosť prinieslo jedno z posledných rokovaní v rámci činnosti pracovnej skupiny pre sociálne služby v roku 2015. Jedna z kľúčových aktérok NP DI na ňom prezentovala jeho vybrané výsledky týkajúce sa najmä prvých úspechov zamestnávania dospelých ľudí so zdravotným postihnutím žijúcich doposiaľ v tradičnej rezidenčnej starostlivosti a ich nového spôsobu podporovaného bývania v komunite. Jej nadšenie pre vykonanú prácu a dosiahnuté úspechy „neutralizovala“ jedna zo zástupkyň sektora rezidenčných služieb pre staršie osoby otázkou „... a akého percenta slovenskej populácie sa týka prospech z takéhoto typu projektu...?“. Prezentovala tým úplne iný pohľad na otázku, na čo majú byť zmeny v sociálnych službách zamerané, vychádzajúc z rozličných sociálnych profilov a potrieb rozličných cieľových skupín. Aj preto je tvorba „normy“ prístupu k transformácii predovšetkým cez deinštitucionalizáciu

Napriek tomu preliminárne zistenia poukazujú na niektoré zaujímavé súvislosti. Predovšetkým na to, že zabezpečenie podmienok kvality, najmä v oblasti dodržiavania základných ľudských práv a slobôd (napr. práva na súkromie, intimitu, práva na ovplyvňovanie životných podmienok prijímateľov/liek sociálnych služieb), nebude možné dosiahnuť vôbec, alebo len vo veľmi obmedzenom rozsahu pri tradičnom nastavení prevádzok rezidenčných služieb. Odvolávanie sa na limitujúce vplyvy prevádzkových možností sa nachádzalo v hodnotiacich materiáloch prakticky všetkých zúčastnených zariadení. Tento fakt bude zrejme dlhodobo jednou z kľúčových prekážok naplňania vlastných predstáv a želaní prijímateľov/liek sociálnych služieb v prípade, že v nich nedôjde k zásadnejším zmenám. Ako prieskum ukázal, poskytovatelia si ho plne uvedomili a pomenovali až v súvislosti s procesom projektového hodnotenia a snahy vyhovieť požiadavkám transformačného procesu a plánu v prepojení na legislatívu podmienok kvality.

Ukázalo sa, že hodnotenie predpokladov pre zmeny, vytváranie podmienok pre zmeny a ich posudzovanie významne závisí od miery širšej zodpovednosti za ich realizáciu. Aj keď sa transformácia napokon musí udiť na organizačnej úrovni, dokonca na úrovni jednotlivého zamestnanca/kyne, či prijímateľa/ky sociálnej služby a jeho/jej rodiny, úspešnosť transformácie je podmienená širšími systémovými okolnosťami a faktormi (Wolfensberger, in Osburn, 2006). K takýmto patria postoje a odborné stanoviská zástupcov miestnej a regionálnej samosprávy, ktoré sa budú líšiť najmä v závislosti od toho, akú mieru a charakter zodpovednosti cítia za transformačné procesy, ako sú do nich vtiahnutí. Keďže v predložennom prieskume šlo bezozbytku o verejných poskytovateľov sociálnych služieb v zriaďovateľskej pôsobnosti regionálnej samosprávy, jej zamestnanci/kyne boli vo svojich vyjadreniach oveľa zdržanlivejší a problematizujúcejší ako zod-

povední zamestnanci/kyne miestnej samosprávy. Predpokladáme však, že v prípade sociálnych služieb so zodpovednosťou na miestnej úrovni (napr. pri opatrovateľskej službe, pri zariadeniach pre seniorov), by bola situácia opačná. Zistenia dokumentujú previazanosť jednotlivých zložiek systému sociálnych služieb, ktorá bude zohrávať v ďalšom období implementácie podmienok kvality sociálnych služieb a ich celkovej transformácie rozhodujúcu úlohu.

Napokon by sme radi upriamili pozornosť na otázky zdrojového krytia zavádzania zmien, ktorým sme sa rámcovo venovali aj v predchádzajúcej práci (Repková (ed.), 2015). Ako sa v hodnotiteľskom prieskume ukázalo, zapojení poskytovatelia sa museli vzdať niektorých zabehnutých činností z prechádzajúceho obdobia (napr. interného vzdelávania, organizácie dobrovoľníckych programov) a reštrukturalizovať svoje organizačné a zdrojové kapacity smerom k novým požiadavkám. Táto okolnosť môže v budúcnosti komplikovať motiváciu k zmene, zväzdať k „návratu späť“, najmä v prípade, že poskytovatelia a ich zamestnanci/kyne nebudú mať dostatočne zinternalizované presvedčenie o budúcich prínosoch zmien smerom ku kvalite života prijímateľov/liek sociálnych služieb, rovnako ku kvalite ich vlastnej práce a možnostiam naplňovať svoje osobné ciele spojené s profesionálnou kariérou (Ondrušek, 2007, O'Brien²¹). Aj v hodnotiteľskom výskume sa opakovane poukazovalo na potrebu motivácie zamestnancov/kýň a vedení poskytovateľov k zmene. Z dotazníkov, s ktorými sa obrátila hodnotiteľka aj na vedenia organizácií a ich zamestnancov/kyne, možno usúdiť, že sú na základe priebehu a výsledkom NP DI pozitívne naladení, a to aj za cenu náročnosti celého procesu a nie vždy dobre zvládnutej postupnosti krokov. Možno však predpokladať, že motivácia zapojených organizácií bola spojená aj s ich výnimočným postavením v procese DI (do NP DI bolo zapojených celkovo len sedem zariadení sociálnych služieb), čo zvyšovalo ich národnú i medzinárodnú prestíž. Čo však bude v súčasnosti motivovať ostatné organizácie,

záciu rezidenčných služieb pre dospelé osoby so zdravotným postihnutím zužujúcim konceptom, skôr príkladom.

21 Dostupné on-line: <http://thechp.syr.edu/wp-content/uploads/2013/10/Genius.pdf>

najmä s ohľadom na výrazné posunutie výkonu hodnotenia podmienok kvality až na január 2018? Na uvedenú okolnosť kriticky reagovala jedna z riaditeľiek zapojených zariadení „...vytýka sa, že sa opätovne odkladá účinnosť hodnotenia podmienok kvality. V dôsledku ich nehodnotenia sa zariadenia sociálnych služieb nepripravujú na zmeny legislatívy. Tí, čo fungujú ako tradičné zariadenia, nemajú žiadnu motiváciu, aby skvalitnili svoju činnosť, a bez toho sa ďalej nepohmeme“.

Aj na základe zahraničnej skúsenosti určitú nádej ponúka vplyv systematickej edukácie pre zmenu. Táto má potenciál podporiť internalizáciu jej zamerania (Kocman²²) a sprostredkovať zamestnancom/kyniam sociálnych služieb pozitívny zážitok z prínosov budúcich zmien. Výsledky NP DI ponúkajú pre takýto záver sľubné indície. Rovnako ponúkajú príklady dobrej praxe (dôkazy, že to existuje a funguje, možnosť „vidieť na vlastné oči“), ktoré sa aj v NP DI ukázali opakovane a v rozličných kontextoch ako kľúčový faktor internalizácie a viery v uskutočniteľnosť zmeny.

Na preliminárnych domácich skúsenostiach sme postavili aj našu ďalšiu výskumnú prácu, ktorej priebeh a výsledky predstavíme v nasledujúcej kapitole monografie.

22 Dostupné on-line: http://www.mpsv.cz/files/clanky/18202/C1_Kocman_Kdo_ne_potrebuje_revizi.pdf

5 Výskum

V ďalšom texte predstavíme ciele, metodologický dizajn, priebeh a výsledky výskumu, ktorý sme zorganizovali v roku 2016 za účelom rozšíriť epistemologickú bázu k otázkam kvality sociálnych služieb v kontexte ich celkovej transformácie na Slovensku. Budeme diskutovať vybrané výskumné zistenia, a to ako v kontexte doterajšieho poznania, tak v kontexte budúcich výziev pre rozvoj teórie i praxe sociálnych služieb na Slovensku.

5.1 Metodologické otázky výskumu

5.1.1 Cieľ a predmet výskumu

Cieľom výskumu bolo prispieť k doterajšiemu odbornému poznaniu o súvislostiach procesov implementácie podmienok kvality do praxe poskytovateľov sociálnych služieb v kontexte ich celkovej transformácie. Rovnako prispieť k poznaniu, na akých úrovniach sa transformačný proces očakáva a cez aké faktory by sa mal realizovať. *Predmetom výskumu* sa stali súvislosti procesov implementácie podmienok kvality sociálnych služieb v kontexte zásadných zmien (transformácie) sociálnych služieb v percepcii poskytovateľov sociálnych služieb. Podľa I. Shaw, A. Ramatowski (2013) zameranie na otázky pochopenia a hodnotenia výkonu a metód sociálnych intervencií, vrátane ich dokumentácie, v organizáciách služieb sociálnej práce, patrí k primárnym oblastiam najmä kvalitatívneho výskumu v sociálnej práci (in Shaw, Holland, 2014).

Vychádzajúc z cieľa a predmetu výskumu bola naformulovaná základná výskumná otázka, či spájajú poskytovatelia sociálnych služieb implementáciu podmienok kvality s potrebou zásadnej zmeny (transformácie) v sociálnych službách. Ak takúto súvislosť pociťujú, na akých úrovniach

a cez aké faktory by sa zásadná zmena mala uskutočniť, akú by mala mať povahu?

Formulujeme *hypotézu*, že väčšina poskytovateľov transformáciu sociálnych služieb ako takých považuje za potrebnú, transformačné zmeny však očakávajú skôr na úrovni vonkajších podmienujúcich faktorov, než na úrovni zmien vo vlastnej organizácii. Pri formulácii hypotézy podporne vychádzame zo zdokumentovaných zahraničných, najmä českých skúseností, podľa ktorých je pre proces implementácie štandardov kvality ako nástroja zmeny kultúry poskytovania sociálnych služieb nevyhnutne potrebné „vzdelávanie“ v tejto oblasti. Ide o kvalitnú prípravu na implementáciu, internalizáciu cieľa, zamerania a účelu jednotlivých kritérií a štandardov kvality a o správne pochopenie zodpovedajúcich indikátorov. Keďže v podmienkach Slovenska systematické a celoplošné „vzdelávanie“ poskytovateľov sociálnych služieb do času realizácie výskumnej činnosti ešte neprebehlo²³, nepredpokladáme, že väčšina z nich bude zavádzanie podmienok kvality vnímať ako prostriedok k ich organizačnej a odbornej transformácii smerom ku kvalitnejším sociálnym službám.

Pre naplnenie cieľa výskumu je dôležité rozlišovať (aj keď z normatívneho hľadiska skôr pracovne) medzi:

- a) procesom implementácie podmienok kvality do praxe poskytovateľov sociálnych služieb (preliminárne normatívne predpoklady pre tento proces boli ustanovené v podmienkach Slovenska už od 1.1.2009 a skompletizované od 1.1. 2014),
- b) procesom hodnotenia podmienok kvality ako originálnej pôsobnosti MPSVR SR, ktorá sa začne uskutočňovať od 1.1.2018.²⁴

Keďže potrebné „vzdelávanie“ poskytovateľov pre účely implementácie podmienok kvality sa začína mimo hodnotiaci proces (Koc-

²³ Toto východisko nevyklučuje, že vybrané organizácie, predovšetkým tie, ktoré boli v predchádzajúcom období zapojené do transformačných projektov (napr. do NP DI), takýmto vzdelávaním prešli.

²⁴ V českých podmienkach ide o výkon inšpekcie kvality.

man²⁵, vyhodnotenie výsledkov NP DI), nebolo rozhodujúce, že sa výskum v podmienkach Slovenska uskutočnil ešte pred zavedením systému hodnotenia podmienok kvality do praxe. Z výskumného hľadiska sme dokonca túto okolnosť považovali za priaznivú, favorizujúcu atmosféru nezaťaženú tlakom „skladania účtov“ z vlastnej praxe, na ktorom bude stáť budúci hodnotiteľský proces.

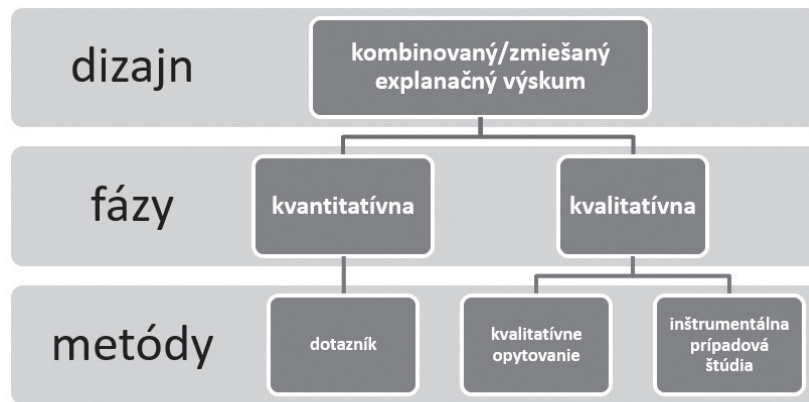
5.1.2 Výskumný dizajn a výskumné metódy

L. Musil, K. Kubalčíková, J. Havlíková (2009) využili pre svoju prácu zameranú na výskum vzťahov implementácie štandardov kvality a zmeny kultúry poskytovania sociálnych služieb retrospektívnu metódu. Formou hĺbkových rozhovorov sa snažili zachytiť tie aspekty zmeny, o ktorých sa zamestnanci/kyne sociálnych služieb s dlhším časovým odstupom domnievali, že zásadne ovplyvnili ich každodennú prácu.

V našom výskume sme využili zmiešaný výskum (Hendl, 2005), kombinovanú výskumnú metodológiu. Šlo o explanačný metodologický dizajn, konkrétne o jeho *následný explanačný model* (the follow-up explanations model). Model je založený na kombinácii kvantitatívneho a kvalitatívneho výskumu, kedy nasledujúci kvalitatívny výskum je nevyhnutný k tomu, aby bližšie objasnil alebo rozšíril zistenia z prvotného kvantitatívneho zisťovania (Hlebec, Mrzel, 2012). Triangulovali sme rozličné metódy výskumnej práce, rozličné skúmané skupiny ľudí a jednotlivcov, výskum sme realizovali v rozličných miestnych a časových okolnostiach (Hendl, 2005). Zmiešaný výskumný dizajn našej práce znázorňuje schéma.

²⁵ Zdroj on-line: http://www.mpsv.cz/files/clanky/18202/C1_Kocman_Kdo_nepotrebuje_revizi.pdf

Schéma3: Explanačný metodologický dizajn výskumu – následný explanačný model



Zdroj: vlastné spracovanie autorky

V rámci triangulácie výskumných metód bola pre účely **kvantitatívnej fázy** výskumnej práce zvolená metóda dotazníka. Bol autorsky spracovaný *T-Q dotazník* (autorky: K. Repková a L. Brichtová), ktorý tvorí prílohu č. 3 monografie. Dotazník pozostával z 13 otázok, prevažne zatvorených, doplnených niektorými identifikačnými údajmi organizácie. Presah kvantitatívneho dotazníka do kvalitatívnej metodológie (do metódy kvalitatívneho opytovania; Hendl, 2005) bol zjavný zo zaradenia niektorých otvorených otázok, resp. požiadaviek o poskytnutie doplňujúcich informácií, či stanovísk v rámci poloopených a otvorených otázok.

V rámci **kvalitatívnej fázy** boli využité dve výskumné metódy. Bezprostredne na základe výsledkov dotazníka z kvantitatívnej fázy výskumnej činnosti to bola *metóda kvalitatívneho opytovania* (kontext a otázky formulované pre účely kvalitatívneho opytovania sú uvedené v prílohe č. 4 publikácie). Opytovanie bolo zamerané na poznávanie názorov a stanovísk, v čom vnímajú pracovníci a pracovníčky v sociálnych službách prínosy, ale aj riziká a prekážky pre zavádzanie

jednotlivých štandardov kvality do poskytovateľskej praxe. Napokon bola využitá *metóda inštrumentálnej prípadovej štúdie*, na základe ktorej sme sa snažili u vybraných poskytovateľoch sociálnych služieb pochopiť stav implementácie podmienok kvality poskytovaných sociálnych služieb v ich situačnom kontexte a celistvosti (Hendl, 2005; Zita, Matoušek, 2013). Vychádzajúc z tohto zámeru sme realizovali hĺbkové rozhovory s dvomi poskytovateľmi sociálnych služieb zapojenými do fázy kvantitatívneho dotazníkového prieskumu, z ktorých jeden v ňom uviedol, že systém podmienok kvality má už viac-menej zabeňnutý a druhý s procesom systematickej implementácie ešte nezačal. Významný rozdiel medzi oboma poskytovateľskými subjektmi spočíval aj v tom, že prvý vnímal zavedený systém za základ poskytovania kvalitnejších sociálnych služieb, zatiaľ čo druhý nepredpokladal, že zavedením podmienok kvality dôjde v jeho praktickej činnosti k zásadnejšej zmene, smerom ku kvalitnejším sociálnym službám (nakoľko ich kvalitne poskytuje aj bez toho). Predpokladali sme, že hĺbkové rozhovory pomôžu lepšie objasniť uvedené zistenia (Hlebec, Mrzel, 2012) a pochopiť súvislosti skúmaných aspektov. Pre účely prípadovej štúdie sme formulovali základnú výskumnú otázku: „*Ktoré aspekty (faktory) na úrovni organizácie ovplyvňujú stav implementácie podmienok kvality a postoj poskytovateľov k týmto podmienkam?*“

Osnova rozhovorov pre účely inštrumentálnej prípadovej štúdie je uvedená v prílohách č. 5 a č. 6 monografie.

5.1.3 Výskumná vzorka a organizácia výskumnej činnosti

Výskumnú činnosť sme naštartovali štúdiom, triedením a analyzovaním dostupných publikácií, dokumentov, materiálov, výskumných správ, ale aj nezdokumentovaného poznania, teda spracovaním tzv. poznatkového prehľadu (knowledge review; Shaw, Holland, 2014), ktorý sme predstavili vo štvrtjej kapitole publikácie.

Na základe kľúčových výskumných a iných zistení sme začiatkom roku 2016 začali s dizajnovaním vlastnej výskumnej činnosti, s osobit-

ným zameraním na kvantitatívnu časť výskumu. V januári 2016 sme spracovali pracovnú verziu T-Q dotazníka, ktorú sme testovali v rámci krátkeho predvýskumu na vybraných poskytovateľských subjektoch. Na základe výsledkov predvýskumu sme dotazník dopracovali a následne využili pre kvantitatívnu časť výskumu.

Pre organizačné zabezpečenie administrácie dotazníka bolo kľúčové, aký systém výberu výskumnej vzorky sa zvolí. Keďže na Slovensku je v súčasnosti zaregistrovaných vyše štyri tisíc verejných a neverejných poskytovateľov sociálnych služieb²⁶, využili sme metódu tzv. dostupného výberu zabezpečeného spočiatku cez hlavné disemináčnne kanály vedúce k poskytovateľom sociálnych služieb. Takýmito kanálmi boli najskôr: a) Asociácia poskytovateľov sociálnych služieb v SR (členská základňa najmä neverejných poskytovateľov sociálnych služieb), a b) Zväz poskytovateľov sociálnych služieb v SR (členská základňa najmä verejných poskytovateľov sociálnych služieb). Pre nízke zastúpenie poskytovateľov Košického regiónu v týchto strešných organizačných štruktúrach sme dodatočne oslovili k spolupráci aj Košický samosprávny kraj. Pre zabezpečenie druhovej rôznorodosti boli oslovené k spolupráci aj ďalšie strešné organizácie, konkrétne SocioFórum - nezávislá platforma sociálnych mimovládnych organizácií, Asociácia nízkoprahových programov pre deti a mládež, centrá včasnej intervencie v SR a poskytovatelia sociálnych služieb pre ľudí bez domova v Bratislave. Keďže do konca februára 2016 sa, napriek odporúčajúcim referenciám strešných poskytovateľských organizácií, do kvantitatívneho výskumu zapojilo len 69 poskytovateľov sociálnych služieb, rozhodli sme sa začiatkom marca 2016 zaangažovať do spolupráce aj sociálne odbohy ostatných samosprávnych krajov (VUC) a tým poskytovateľských organizácií v ich zriaďovateľskej pôsobnosti. Na základe doplneného zberu, ktorý sme ukončili v marci 2016, sa napokon do prieskumu zapojilo celkovo 121 poskytovateľov sociálnych služieb (čo predstavu-

26 Centrálny register poskytovateľov sociálnych služieb (on-line: <https://www.employment.gov.sk/sk/centralny-register-poskytovatelov-socialnych-sluzieb/>)

je cca 3% zo všetkých poskytovateľov sociálnych služieb uvedených v Centrálnom registri poskytovateľov k 1.4.2016).

Pokračujúca (kvalitatívna) fáza výskumnej činnosti sa bezprostredne odvíjala od našej lektorskej činnosti na vzdelávacom podujatí vybraného regionálneho vzdelávacieho centra k otázkam implementácie podmienok kvality v podmienkach Slovenska v prvej polovici marca 2016. V nadväznosti na vybrané predbežné výsledky T-Q dotazníka sme do priebehu vzdelávania zaradili metódu kvalitatívneho opytovania. Na základe dostupných metodických materiálov²⁷ mali účastníci a účastníčky vzdelávania v rámci činnosti pracovných stolov (tímov po 7-10 osobách) identifikovať pozitívne aspekty zákonne upravených podmienok kvality, rovnako prekážky k ich napĺňaniu²⁸. Svoje tímové závery napokon prezentovali v širšom pléne ako základu pre rozpravu v rámci metódy „učiacej sa komunity“. Vychádzali sme z predpokladu, že tímová práca a následná plenárna rozprava podporia tvorbu spoločného povedomia/ponímania problematiky kvality sociálnych služieb založeného na „praxi a zdravom rozume“ (Shaw, Holland, 2014:56, hovorí o tzv. „common sense knowledge“). To funguje ako tzv. „tiché poznanie“ („tacit knowledge“, ibid 2014:58) inštrumentálne podporujúce prax a organizačné učenie, ktoré sa považuje za jeden z cieľov kvalitatívneho výskumu v sociálnej práci. Kvalitatívneho opytovania k facilitujúcim i limitujúcim aspektom implementácie podmienok kvality do poskytovateľskej praxe sa zúčastnilo celkovo 109 respondentov/tiek z rozličných regiónov Slovenska, zastupujúcich celú paletu druhov a foriem sociálnych služieb. Ich práca bola organizovaná v rámci činnosti 10 pracovných stolov. Výsledky kvalitatívneho opytovania sme v priebehu marca 2016 spracovali a spoločne s výsledkami kvantitatív-

27 Výňatky z Metodiky implementácie podmienok kvality do praxe poskytovateľov sociálnych služieb (Repková, (ed.), 2015)

28 Obsah tejto časti výskumnej činnosti kaskádovito nadväzoval na predbežné výsledky dotazníkového šetrenia, konkrétne na otázku č. 5 dotazníka zameranú na názory poskytovateľov na zákonne upravený systém podmienok kvality poskytovaných sociálnych služieb.

nej sondy sa stali základom pre realizáciu poslednej fázy explanačného výskumu – prípravy a realizácie inštrumentálnych prípadových štúdií.

V apríli 2016 sme v rámci metódy inštrumentálnej prípadovej štúdie zrealizovali hĺbkové rozhovory s dvomi poskytovateľmi sociálnych služieb zamerané na bližšie pochopenie kontextu a stavu zavádzania podmienok kvality v ich organizáciách a pochopenie ich účinku na celkové vnímanie otázok kvality sociálnych služieb, ich významu pre poskytovateľský sektor. Získané poznatky sme následne spracovali a začiatkom mája 2016 syntetizovali s výskumnými poznatkami z predchádzajúcich etáp výskumnej činnosti.

5.1.4 Etické otázky

V rámci prípravy a prvotnej fázy realizácie kvantitatívnej časti výskumnej činnosti vyvstali niektoré etické otázky. Už v priebehu predvýskumu jedna respondentka spochybnila zaručenie anonymity dotazníka garantovanej v jeho preambule, zaradením otázok identifikujúcich zriaďovateľa poskytovateľa, či jeho sídla. Rovnako zasielanie vyplnených dotazníkov z e-mailových adries respondentov/tiek narúšalo princíp anonymity. Preto sme v preambule dotazníka zamenili anonymitu garanciou dodržania citlivého a dôverného zaobchádzania s akýmikoľvek údajmi, ktoré by mohli identifikovať respondenta/tku alebo organizáciu. Po takejto úprave bol dotazník administrovaný cez vyššie uvedené diseminačné kanály. Čoskoro sa však ukázalo, že najmä v sektore verejných poskytovateľov sociálnych služieb stále pretrvávala obava z identifikácie zapojených jednotlivcov a organizácií, preto sme napokon pristúpili k maximálnej redukcii otázok týkajúcich sa identifikácie organizácie, a to na uvedenie druhu a formy poskytovanej sociálnej služby a typu poskytovateľa (verejného alebo neverejného)²⁹. Interpretácii skúsenosti so zdržanlivosťou verejných poskytovateľov

²⁹ Dotazník uvedený v prílohe č. 3 monografie obsahuje pôvodné znenie identifikačných položiek.

sociálnych služieb v zapájaní sa do výskumu takéhoto druhu sa budeme bližšie venovať v diskusii k výsledkom výskumnej činnosti.

5.2 Výsledky výskumu

V tejto časti stručne popíšeme výskumnú vzorku a kľúčové výskumné zistenia z jednotlivých etáp výskumnej činnosti. Následne budeme k vybraným zisteniam diskutovať využíjúc komparáciu s doterajšími poznatkami obsiahnutými v odbornej spisbe a budeme projektovať ďalšie odborné výzvy teoretickej i praktickej povahy.

5.2.1 Kvantitatívna časť výskumu – dotazníkový prieskum

Kvantitatívneho dotazníkového šetrenia sa zúčastnilo celkovo 121 poskytovateľov sociálnych služieb. Aj keď výskumná vzorka pokrývala len cca 3% celej vzorky registrovaných a nevyzastovaných poskytovateľov sociálnych služieb na Slovensku (podľa Centrálného registra poskytovateľov), bola veľmi rôznorodá z hľadiska všetkých kľúčových aspektov dôležitých pre predmet výskumnej činnosti - pre analyzovanie implementácie podmienok kvality sociálnych služieb v kontexte ich celkovej transformácie. Uvádžame prehľad niektorých základných charakteristík výskumnej vzorky.

Z hľadiska *právnej povahy* bolo vo výskumnej vzorke zastúpených 63 neverejných (52%) a 58 verejných (48%) poskytovateľov sociálnych služieb. Boli zastúpení poskytovatelia zo všetkých *regiónov*. Z 99 dotazníkov (z celkového počtu 121), u ktorých sa dala určiť regionálna príslušnosť poskytovateľa, vyplynulo, že najviac zastúpené boli organizácie z košického, banskobystrického a bratislavského regiónu, najmenej zo žilinského a prešovského regiónu. Keďže u približne tretiny zúčastnených poskytovateľov nebola regionálna príslušnosť zrejماً, nevenovali sme sa analýze tohto faktora hlbšie. Napokon, skúmanie

jeho vplyvu na otázky transformácie sociálnych služieb a ich kvality nebolo súčasťou pôvodného výskumného zámeru.

Zámerným identifikačným ukazovateľom bol *druh* poskytovanej sociálnej služby. Vo výskumnej vzorke boli zastúpení poskytovatelia prakticky všetkých druhov sociálnych služieb. Vyše polovica poskytovateľov (N=69, 58%) poskytovala rozličné kombinácie sociálnych služieb, najčastejšie kombinácie jednotlivých druhov rezidenčných služieb dlhodobej starostlivosti (napr. kombináciu domova sociálnych služieb, zariadenia pre seniorov a špecializovaného zariadenia), ale aj kombinácie služieb dlhodobej starostlivosti so službami krízovej intervencie, napr. nocľahárne, domova na polceste, či komunitného centra. Súčasťou kombinovaných služieb bolo vo vybraných prípadoch aj poskytovanie špecializovaného sociálneho poradenstva. U zapojených organizácií poskytujúcich len jeden druh sociálnej služby šlo výrazne najčastejšie o domov sociálnych služieb (N=28, necelých 23,5%). V prípade zariadenia pre seniorov, špecializovaného zariadenia a rehabilitačného strediska šlo o zastúpenie v rozsahu 3,4%, pri ostatných druhoch samostatne poskytovaných sociálnych služieb bolo zastúpenie minimálne.

Rôznorodosť charakterizovala výskumnú vzorku aj z hľadiska *formy* poskytovanej sociálnej služby. V nadpolovičnom rozsahu bola zastúpená celoročná pobytová forma (N=69, 58%), vo viac ako štvrtinovom rozsahu kombinácia viacerých foriem (t. j. že ten istý poskytovateľ poskytoval rozličné formy sociálnych služieb, N=34, 28%). Poskytovatelia s čisto ambulatnou formou boli zastúpení počtom 13 (takmer 11%) a najmenej často boli zastúpení poskytovatelia s výlučne terénnou formou sociálnej služby (N=4, 3%).

V pôvodnom zámere bolo skúmať aj veľkosť poskytovateľa (koľko má prijímateľov/liek, z toho mužov a žien), kto je zriaďovateľom a kedy bol poskytovateľ zaregistrovaný. Pre problémy a výhrady popísané v časti „Etické otázky výskumu“ sme požiadavku na uvedenie týchto informácií napokon vypustili.

Názory na potrebu transformácie sociálnych služieb

Poskytovateľov sme sa pýtali, či súhlasia s tým, že je potrebné na Slovensku zásadnejším spôsobom transformovať sociálne služby (otázka č. 1 dotazníka). 111 z nich (**takmer 92%**) **súhlasilo** s potrebou zásadnejšej transformácie sociálnych služieb, len desať (8%) uviedlo, že nesúhlasí alebo nevie. Tí, ktorí nesúhlasili alebo uviedli, že nevedia, zdôvodňovali svoje stanovisko nasledovne.

„Nemyslím si, že všetko, čo sa doteraz robilo, je zlé. To, čo sa doteraz urobilo v sociálnej oblasti zo strany poskytovateľov sociálnych služieb, je odrazom ich dobrej vôle, videnia reálnych potrieb a možností. Súhlasím, že zmeny sú potrebné, ale nie prevrat s vedomím, že všetko treba zmeniť“.

„Nie všetky sociálne služby je možné transformovať (napr. ambulatné)“.

„Občania nie sú pripravení na poskytovanie takýchto služieb (myslí sa DI služieb, pozn. autorky), a to hlavne z dôvodu finančnej záťaže alebo postihnutia – ťažké mentálne postihnutie či výrazné poruchy správania“.

S ohľadom na predmet výskumu nás u tých, ktorí súhlasili, následne zaujímalo, čoho by sa podľa nich mala transformácia týkať (otázka č. 2 dotazníka). Odpovede sme kategorizovali do troch skupín, ktoré predstavujú **úrovne potrebných transformačných zmien**:

(1) *zmeny na systémovej úrovni* (do tejto kategórie sme zaradili všetky vyjadrenia/výroky týkajúce sa potreby transformácie legislatívy, iných noriem a regulácií na rozličných úrovniach; všeobecných princípov sociálnych služieb a garantovania ľudských práv, vrátane práva na život v prirodzenom rodinnom a komunitnom prostredí). V rámci zmien na systémovej úrovni sme identifikovali podkategórie:

1.1 úprava financovania (viac verejných zdrojov do sociálnych služieb, plnenie záväzkov samosprávy vo financovaní poskytovateľov, rovnaké podmienky financovania vo všetkých prostrediach, kde sa poskytujú sociálne služby, vrátane domáceho, lepšie pod-

mienky na primerané finančné ohodnotenie pracovníkov/čok v sociálnych službách),

- 1.2 zjednotená posudková činnosť, jasné kompetencie v sociálnych službách a iná súvisiaca legislatíva,
- 1.3 integrovaná starostlivosť (súvislosti zdravotnej a sociálnej starostlivosti v službách dlhodobej starostlivosti, riešenie otázky preplácania zdravotníckych úkonov),
- 1.4 zrovnoprávnenie verejných a neverejných poskytovateľov (a tým zrovnoprávnenie verejnej podpory prijímateľov/liek, a nepriamo ich rodín),
- 1.5 adresnosť sociálnych služieb (dôsledná zacielenosť druhov a foriem sociálnych služieb na osobitné cieľové skupiny, vrátane osobitného financovania osobitných cieľových skupín, zásluhovosť, dostupné informácie o dopyte po sociálnych službách, prehľad situácie v sociálnych službách),
- 1.6 dostupnosť a udržateľnosť sociálnych služieb (vrátane vyššej dostupnosti terénnych sociálnych služieb),
- 1.7 kvalita a jej podmienky (zjednodušenie a zjednotenie systému podmienok kvality a registrácie),
- 1.8 informovanosť verejnosti o transformácii.

(2) *zmeny na organizačnej úrovni*

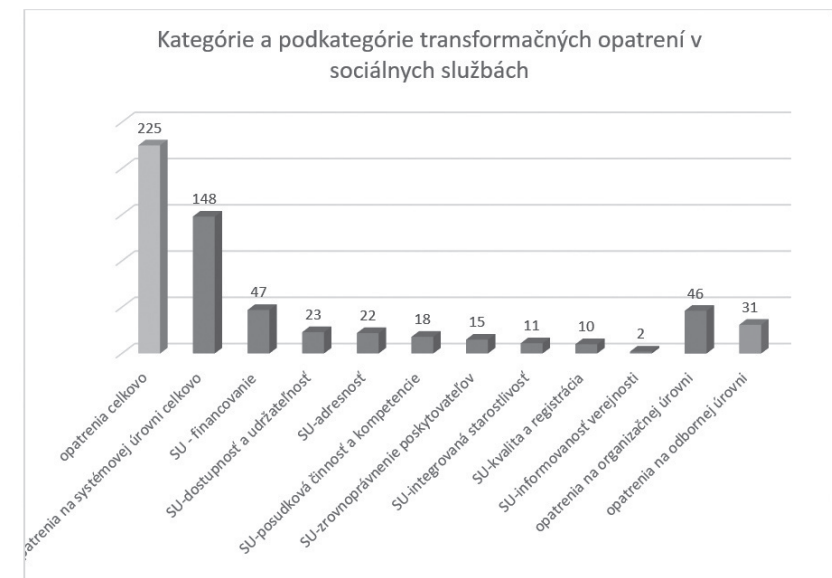
Ide o politiku kvality poskytovateľa, o deinštitucionalizáciu zameranú na humanizáciu sociálnych služieb, o znižovanie kapacity organizácií, o priestorové úpravy, ale aj o vyrovnané zohľadňovanie potrieb a práv prijímateľov/liek sociálnych služieb a ich poskytovateľov.

(3) *zmeny na odbornej úrovni*

Ide o uplatňovanie individuálneho prístupu k prijímateľom/lkám zo strany zamestnancov/kýň, o potrebu ich vzdelávania, o dostatočné personálne kapacity poskytovateľov na zabezpečenie odbornosti sociálnej služby.

V grafe je znázornené absolútne zastúpenie jednotlivých kategórií a podkategórií potrebných transformačných zmien, pričom odpovede jedného respondenta/ky mohli byť zaradené do viacerých kategórií a podkategórií.

Graf1: Zastúpenie kategórií a podkategórií potrebných transformačných opatrení v sociálnych službách



Celkovo bolo zo strany respondentov/tok formulovaných 225 transformačných (zmenových) požiadaviek/výrokov. Najčastejšie pritom šlo o potrebu transformačných **zmien na systémovej úrovni** (N=148, 66%), z toho najviac v oblasti *financovania* (N=47, 21%). Chápanie otázky spravodlivého, vyrovnaného a stabilného financovania sociálnych služieb ako základu ich zásadnej transformácie dokumentujú niektoré výroky respondentov/tok.

„Riešiť kvalitu sociálnych služieb a nadstavbu, keď štát a samospráva neposkytujú dostatok zdrojov na základné štandardné služby, je CHORÉ a ne-logické!!!“.

„Pri súčasnom 'nekoalitnom' spôsobe financovania bude otázka kvality nepodstatná, ale aktuálna bude otázka udržania organizácie v chode“.

„Všetky zmeny by boli účinnejšie, keby sme neboli vo finančnom strese...“.

„Kvalita poskytovania sociálnych služieb nie je determinovaná ich transformáciou. Každá transformácia však musí mať aj finančné krytie a to platí aj pre transformáciu sociálnych služieb“.

Niekedy bola požiadavka lepšieho financovania sociálnych služieb formulovaná všeobecne, inokedy sa spájala s konkrétnym aspektom organizácie a poskytovania sociálnych služieb, najmä s potrebu ich primeraného personálneho zabezpečenia. Konkrétne, s potrebu zabezpečenia dostatku kvalifikovaného, primerane odmeňovaného a stabilizovaného personálu, ako východiska akýchkoľvek úvah o kvalitných sociálnych službách v kontexte ich transformácie.

„... nedostatok finančných zdrojov nás obmedzuje v získaní zamestnancov, ktorí by boli stabilnejším členom tímu. Lebo akákoľvek systémová zmena bude iba polovičnou zmenou, ak nebudeme schopní udržať kompaktný stabilný tím, s ktorým pracujeme, vzdelávame ho a učíme ho dodržiavať štandardy“.

„...bez ľudí sa akákoľvek transformácia iba lepí a kvalita služieb sa ťažko naplní“.

„Ak človek, ktorý je odkázaný na sociálnu službu, nemôže byť v tejto potrebe uspokojený, lebo 'nie sú peniaze' na zaplatenie dostatočného množstva personálu, nemôžeme hovoriť o kvalite sociálnych služieb na Slovensku“.

Medzi ďalšie transformačné kategórie na systémovej úrovni patrilo zabezpečenie *dostupnosti* a *udržateľnosti* sociálnych služieb (N=23, 10%), ich *adresnosti* (N=22, 10%), vytvorenie podmienok pre *zjednotenú posudkovú činnosť* a *jasný kompetenčný model* (N=18, 8%), potreba

zrovnoprávnenia *verejných a neverejných poskytovateľov* sociálnych služieb (N=15, takmer 7%), otázka zabezpečovania *integrovanej zdravotno-sociálnej starostlivosti* v službách dlhodobej starostlivosti (N=11, takmer 5%), či volanie po *zjednotení a zjednodušení systému kvality* a registrácie v sociálnych službách (N=10, 4,5%).

V rámci opatrení na **organizačnej úrovni** (N=46, cca 20%) boli najčastejšie zastúpené požiadavky na deinštitucionalizáciu a humanizáciu sociálnych služieb, ďalej na zabezpečovanie politiky kvality na úrovni poskytovateľa, vrátane primeraných priestorových úprav a prevádzkových podmienok.

Najmenej zastúpené (N=31, necelých 14%) boli požiadavky na transformačné opatrenia na úrovni zabezpečenia **odborného výkonu** sociálnych služieb a konkrétnej „práce ľudí pre ľudí“. Zdôrazňovaná bola potreba individuálneho prístupu k prijímateľom/ľkám sociálnych služieb, a k tomu nevyhnutné vzdelávanie zamestnancov/kýň sociálnych služieb a zabezpečenie ich dostatočného počtu. Náročnosť požiadaviek smerujúcich k práci ľudí pre ľudí ilustrujú výroky.

„Zmeniť myslenie ľudí – klientov aj zamestnancov – to je najťažšie“.

„...je potrebné profesionálnejšie poskytovanie sociálnych služieb ... zásadnou zmenou je prístup k prijímateľovi. Hlavne odborní zamestnanci si musia uvedomovať, že nakoľko sú odbornými zamestnancami, vyžaduje sa od nich aj odborná práca“.

Potreby transformačných zmien na organizačnej úrovni

Ako naznačili prvotné výsledky, respondenti/ky vzťahovali potrebu transformácie sociálnych služieb skôr k vonkajším systémovým zmenám, než zmenám vo vlastných organizáciách a v kvalite priameho výkonu sociálnej služby. Takéto zistenia korešpondovali aj s vyjadreniami z iných častí dotazníka. V otázke č. 10 dotazníka sme sa ich priamo pýtali, či si myslia, že je potrebné na úrovni ich organizácie prijímať zásadné zmeny tak, aby bolo možné ich služby považovať za kvalitné (otázka č. 10 dotazníka). Mali možnosť vybrať si jednu z odpovedí: a)

že súhlasia s potrebou zásadných zmien na úrovni vlastnej organizácie, b) že nesúhlasia, nakoľko aj bez zásadnejších zmien poskytujú kvalitné sociálne služby, c) že nesúhlasia, ale pripúšťajú potrebu drobných úprav. Rozloženie odpovedí znázorňuje graf.

Graf 2: Stanoviská k potrebe organizačných zmien pre kvalitné sociálne služby



Len 26 respondentov/tok (necelých 22%) uviedlo, že k tomu, aby poskytovali kvalitné sociálne služby, sú potrebné zásadné zmeny na úrovni organizácie, vrátane úrovne priameho odborného výkonu sociálnych služieb. Za potrebnú považovali zmenu prístupu k prijímateľom/ľkám, ich zmocňovanie na preberanie zodpovednosti; používanie inovatívnych terapií; nevyhnutnosť deinstitutionalizácie; zmenu pohľadu zamestnancov/kýň na svoje povinnosti; zlepšenie vzťahov s rodinami; potrebu zavedenia manažmentu kvality (vrátane rozpracovania jej štandardov) ako cesty k neustálemu zlepšovaniu; riešenie personálnych otázok (zabezpečenie potrebného počtu za-

mestnancov/kýň priameho kontaktu, ich lepšie ohodnotenie, vzdelávanie, zabezpečenie supervízie). Medzi potrebné zmeny na úrovni organizácie zaraďovali aj debarierizáciu a primerané materiálne vybavenie sociálnej služby.

Najčastejšie sa vyskytovali odpovede, že pre účely zabezpečovania kvalitných sociálnych služieb nie sú potrebné na organizačnej úrovni žiadne zásadné zmeny (N=55, 45%) alebo stačia len nejaké „drobné úpravy“ (N=39, 32,5%). Medzi *drobné* úpravy respondenti/tky zaraďovali:

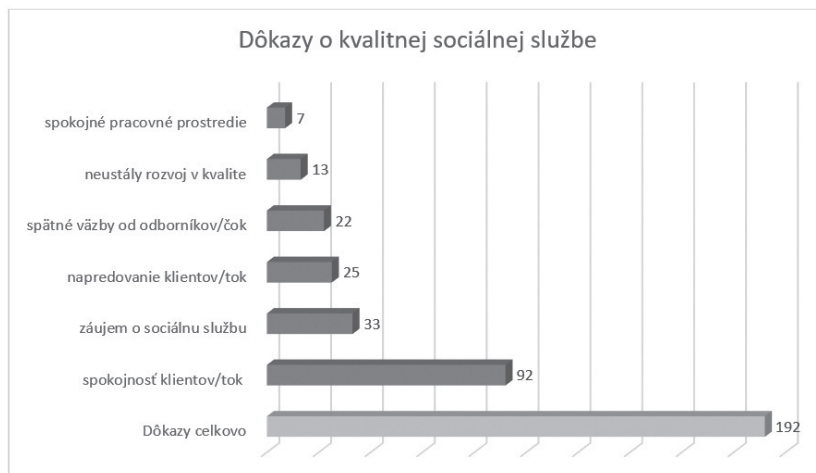
- potrebu zabezpečenia bezbariérového prostredia (napr. kanalizácia, úprava dvora, rekonštrukcia budovy, kúpeľní – pre pocit domova a komfortu),
- riešenie personálnych otázok (mať viac zamestnancov/kýň, zabezpečiť ich vzdelávanie, stabilizáciu, motiváciu, supervíziu, odstraňovanie stereotypov, odbornú spoluprácu s inými odborníkmi/čkami),
- manažment kvality (vypracovanie štandardov práce, rozpracovanie indikátorov kvality, jednoduchých nástrojov na prácu, zabezpečenie neustáleho rozvoja a zlepšovania procesov, interné audity, softvérová podpora kvality, napr. cez program CYGNUS, zjednodušenie administratívy, či zavedenie spätnej väzby od prijímateľov/liiek),
- hľadanie možností doplnkového financovania a zabezpečenia celkovo viac zdrojov na chod organizácie.

Dôvera organizácií v kvalitu vlastných poskytovaných sociálnych služieb sa prejavila aj v nadväzujúcej otázke, či si myslia, že v súčasnosti poskytujú svojim klientom a klientkam kvalitné sociálne služby (otázka č. 12 dotazníka). Až 95% z nich (N=115) odpovedalo, že si myslia. Tí, ktorí odpovedali že nie, kriticky poukázali na snahu o zmeny smerom ku kvalite, čo sa však ešte nedarí vo všetkých oblastiach.

„...snaha samozrejme je, ale nemáme dostatočné podmienky na naplnenie štandardov kvality – neúčelný objekt, nedostatočná infraštruktúra ... zamestnanci sú zabehnutí v určitých stereotypoch, neboli cielene vzdelávaní, neboli vtiahnutí do cieľov, vízie zariadenia ... pretože tieto ani neboli zadefinované, pracovali skôr intuitívne ako cielene“.

U tých, ktorí odpovedali áno, sme sa zaujímali, čo ich presvedča o tom, že poskytujú svojej klientele kvalitné sociálne služby (otázka č. 13 dotazníka). Kategorizované výsledky sú uvedené v grafe. Opätovne sa mohla odpoveď jedného respondenta/ky vyskytovať viackrát, teda v rámci viacerých kategórií.

Graf 3: Dôkazy o poskytovaní kvalitných sociálnych služieb



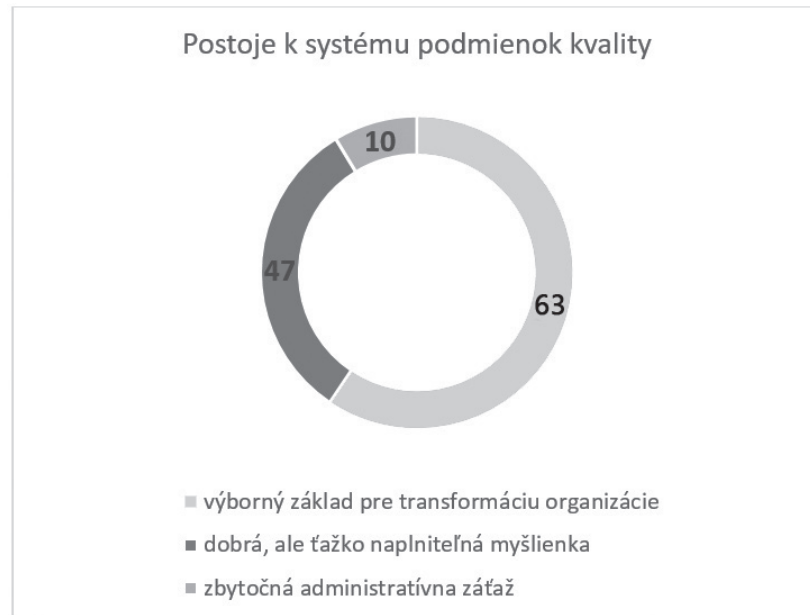
Z celkovo 192 vyjadrení/výrokov respondentov/tok preukazujúcich poskytovanie kvalitných sociálnych služieb sa takmer polovica (N=92, takmer 48%) týkala prejavovanej spokojnosti prijímateľov/liek sociálnych služieb a ich rodín. Na spokojnosť usudzovali priamo z každodenného kontaktu s nimi, zo vzájomnej osobnej komunikácie, na

základe ďakovných listov a „vnímania zariadenia ako vlastného domova“ (v percepcii prijímateľov/liek); či nepriamo, a to z absencie sťažností na prácu poskytovateľa. V rozsahu vyše 17% (N=33) boli uvádzané ako dôkazy kvality dobré referencie na poskytovateľa, neustály záujem o jeho službu, trvalá obsadenosť kapacity, a to aj prechodom prijímateľov/liek z iných zariadení na základe odporúčaní. V rozsahu 13% (N=25) respondenti/ky vyzdvihovali to, že vďaka poskytovanej sociálnej službe prijímateľa/ľky prospievajú a napredujú. Nešlo pritom len o to, „že je o nich postarané“ (majú zabezpečené základné životné potreby), ale aj o získavanie nových návykov a zručností, posilňovanie samostatnosti, preberanie zodpovednosti za svoj život, poskytovanie možnosti voľby, všetko smerom k účinnejšiemu sociálnemu začleneniu. 22 respondentov/tok (11,5%) uvádzalo ako dôkazy kvality získavanie pozitívnej spätnej väzby od iných odborníkov/čok, nadriadených orgánov. 13 respondentov/tok (necelých 7%) zdôrazňovalo snahu o komplexnosť služieb, o neustály rozvoj poskytovateľa, vzdelávanie jeho zamestnancov/kýň smerom ku stále kvalitnejším sociálnym službám. Najmenej zastúpené boli dôkazy zamerané na aspekty spokojného pracovného prostredia a spokojných zamestnancov/kýň ako súčasť konceptu kvality (N=7, necelé 4%).

Postoj k systému podmienok kvality podľa zákona

V dotazníkovom prieskume sme sa zaoberali aj postojmi poskytovateľov k systému podmienok kvality poskytovaných sociálnych služieb upravenému v zákone o sociálnych službách. V otázke č. 5 dotazníka sme sa ich pýtali, či považujú tento systém za: a) šancu rekapitulovať svoju situáciu a výborný základ transformácie vlastnej organizácie smerom ku kvalite, b) za dobrú myšlienku, ktorá je však ťažko úplne uskutočniteľná, c) za zbytočnú administratívnu záťaž. Distribúciu odpovedí uvádzame v grafe.

Graf 4: Postoje k systému podmienok kvality



Respondenti/ky najčastejšie označovali systém zákonne upravených podmienok kvality za výbornú príležitosť rekapitulovať to, čo v organizácii robia dobre a identifikovať to, čo potrebuje zmenu (N=63, 52,5%). Vyše polovica tak považovala podmienky kvality za výborný základ pre transformáciu vlastnej organizácie. Celkovo 47 respondentov/tok (39%) síce považovalo systém za dobrú myšlienku, ale veľmi náročnú na uskutočnenie. Len desať respondentov/tok (vyše 8%) sa priklonilo k možnosti, že ide o zbytočnú administratívnu záťaž organizácií, ktoré majú aj bez toho dosť problémov. Posledný postoj ilustrujú vybrané vyjadrenia.

„Súčasná kritériá kvality sú zbytočne administratívne náročné a nezabezpečujú dosiahnutie žiaduceho cieľa; aj keď uznávame, že istý počet vnútorných dokumentov v danej veci je potrebné mať spracované v záujme zabezpečenia jednotného postupu v rámci organizácie“.

„... máme pocit, že sme stále viac zavalení papierovou prácou na úkor starostlivosti o našich klientov“.

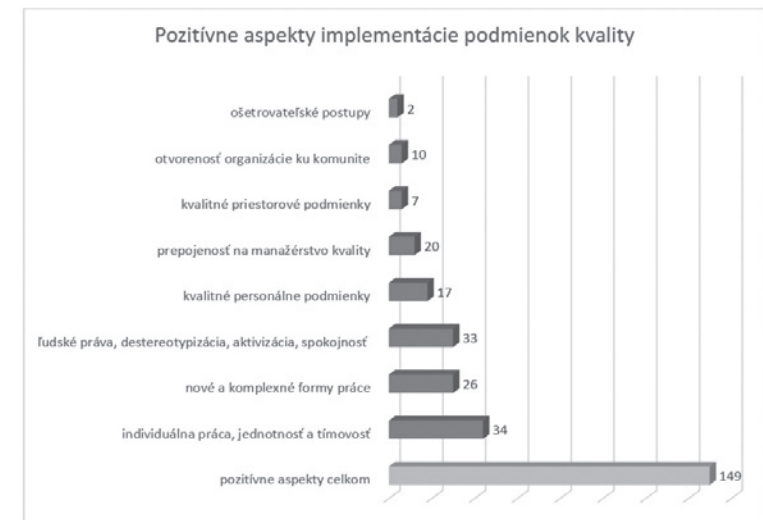
„...prístup ku klientovi ako k človeku a nie tony zbytočného papiera“.

„Hlavne by sa mala znížiť administratívna zafarbenosť, pretože to v súčasnosti vyzerá, že dôležitejší ako osoba klienta je jeho spis“.

„Problém mám s kvantitou štandardov, ich redukcia a 'vyššia praktičnosť' by prispela k lepšej aplikácii do praxe“.

Zistenia o prevažne pozitívnom postoji k právne upravenému systému podmienok kvality sme doplnili otázkou, ktorou sme sa zamerali na identifikáciu jednej veci, na ktorú by v súvislosti s implementáciou podmienok kvality chceli respondenti osobitne poukázať, pochváliť sa ňou (v prípade, že ešte podmienky kvality neimplementovali, na čo by sa prioritne chceli v súvislosti s podmienkami kvality zamerať) (otázka č. 6 dotazníka). Kategorizované odpovede sú uvedené v grafe.

Graf 5: Pozitívne aspekty implementácie podmienok kvality v percepcii poskytovateľov



Najčastejšie respondenti/ky oceňovali na podmienkach kvality podnety k zavádzaniu metód individuálnej práce s prijímateľmi/kami sociálnych služieb, pri súčasne jednotnom postupe odborných pracovníkov/čok a ich tímovej práce, čo znižuje ich záťaž a zvyšuje dôveru vo vlastnú odbornosť (N=34, 29%). 33 respondentov/tok (vyše 28%) oceňovalo záväzky rešpektovania ľudských práv prijímateľov/liek, ich aktivizácie a motivácie k preberaniu zodpovednosti za svoje rozhodnutia a život, ďalej záujem o ich spätnú väzbu a zisťovanie spokojnosti, či záväzky destereotypizácie postojov zamestnancov/kýň. Ďalej pozitívne hodnotili využívanie nových a komplexných foriem práce s prijímateľmi/kami, a to často aj v sťažených podmienkach (N=26, vyše 22%). Vyzdvihovali aj prepojenosť podmienok kvality na systémy manažérstva kvality (N=20, 17%), potrebu kvalitných personálnych (N=17, 14,5%), ale aj priestorových podmienok (N=7, 6%). Desať respondentov/tok (8,5%) oceňovalo na systéme podmienok kvality potrebu otvorenosti organizácie smerom k širšej komunite.

Podmienky kvality v kontexte systémov manažérstva kvality

Súčasťou dotazníka boli aj otázky zamerané na zisťovanie, či zapojené organizácie sociálnych služieb majú zavedený niektorý zo systémov manažérstva kvality (otázky č. 7 – 8 dotazníka). Len 21 respondentov/tiek (17,5%) uviedlo, že v organizácii majú zavedený systém manažérstva kvality, konkrétne podľa ISO normy, alebo dokumentačný systém pre opatrovatel'ky podľa M. Krohnwinkel. Tieto organizácie mali ustanovenú aj pracovnú pozíciu manažéra/rky kvality, aj keď v jednej z nich šlo skôr o pozíciu hlavného metodika pre sociálne služby a v inej o činnosti na úseku manažmentu kvality vykonávané dobrovoľnícky (bez osobitnej mzdy). Pracovnou náplňou manažéra/rky kvality boli najmä:

- tvorba a rozvoj politiky kvality (neustále zlepšovanie a rozvoj spoločnosti, skvalitňovanie sociálnych služieb, návrhy na zlepšovanie systému manažérstva kvality),

- udržiavane dokumentácie ISO, evidencia neplatných dokumentov, príprava zmenových listov, vrátane oboznamovania zamestnancov/kýň o zmenách,
- plán interných auditov,
- plán vzdelávacích aktivít,
- zisťovanie zhôd a nezhôd dokumentácie s praktickou činnosťou zamestnancov/kýň a návrhy na odmeňovanie tých, s najmenším počtom nezhôd,
- preventívne a nápravné opatrenia,
- pravidelné zisťovanie spokojnosti prijímateľov/liek, informovanie zamestnancov/kýň o ich požiadavkách.

Stav implementácie podmienok kvality a očakávania do budúcnosti

Zaujímalí sme sa aj o stav implementácie podmienok kvality v zúčastnených organizáciách a o očakávania dopadu systému podmienok kvality na budúci vývoj poskytovania sociálnej služby v organizácii. V otázke č. 3 dotazníka sme sa pýtali, v akom stave (štádiu) je implementácia podmienok kvality v organizácii. Výsledky sú znázornené v grafe.

Graf 6: Stav implementácie podmienok kvality v organizáciách



Celkovo 36 zapojených organizácií (necelých 30%) uviedlo, že do doby realizácie dotazníkového prieskumu ešte nezačali s procesom implementácie podmienok kvality alebo čakali na zverejnenie celoslovenskej metodiky koncom roka 2015. Ostatné organizácie boli v rozličných fázach implementačného procesu. Najčastejšie už s procesom začali, ale ho ešte nemali ukončený (N=52, 43%), 22 organizácií (vyše 18%) dokonca už malo systém zabehnutý s komplexnou internou dokumentáciou i zodpovedajúcimi praktickými procesmi a postupmi. Do kategórie „inak“ (N=11, 9%) boli zaradené napr. organizácie, ktoré mali spracované štandardy už z predchádzajúceho obdobia a v súčasnosti svoj prístup zosúladujú s publikovanou celoslovenskou metodikou, či inak spájajú a kombinujú podporné zdroje.

V súvislosti so stavom implementácie podmienok kvality v organizáciách, ktoré s ňou už začali, nás v otázke č. 4 dotazníka zaujímalo aj to, ako k implementácii pristupovali (akú využili stratégiu). Najčastejšie sa pri príprave potrebnej dokumentácie, rovnako pri zavádzaní nových postupov, spoliehali na vlastné sily a schopnosti (N=34, 36%). Zdôvodnenie takejto stratégie ilustruje výrok.

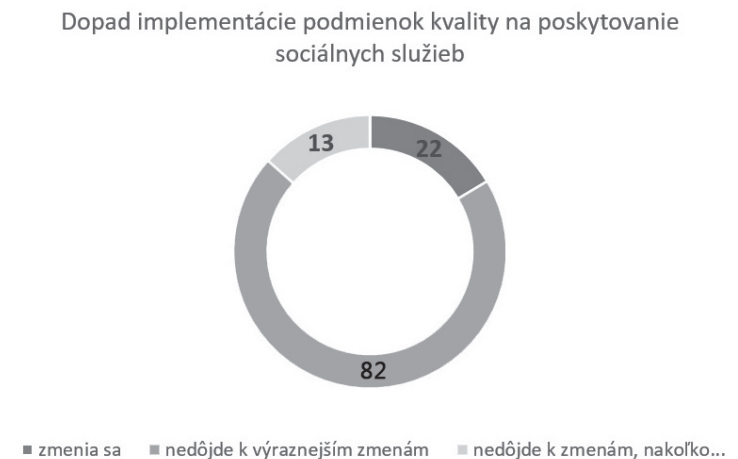
„...spoliehame sa predovšetkým na seba; samozrejme, že sme absolvovali školenia, radili sme sa s inými poskytovateľmi, ale vlastnú organizáciu, podmienky, klientov, prostredie poznáme najlepšie my a z toho sme vychádzali“.

29 respondentov/tok (31%) uviedlo, že využili spoluprácu s inými organizáciami, ktoré už majú podmienky zavedené. 17% organizácií (N=17) zo vzorky spolupracovalo s nejakou firmou, ktorá im pripravila potrebné dokumenty alebo s ňou konzultovali prípravu dokumentov a zavádzanie zodpovedajúcich procesov a postupov. Do kategórie „inak“ sme zaradili organizácie, ktoré sa nezávisle od metodiky doposiaľ zúčastňovali rozličných edukačných programov na zavádzanie štandardov kvality, často inšpirovaných zahraničnými, najmä českými skúsenosťami, resp. také, ktoré kombinovali rozličné stratégie (N=15, 16%).

„...Takto kombinujeme podmienky kvality stanovené zákonom, metodiku, CD a súbor činností, ktoré vykonávame v našom zariadení. Štandardy šijeme na mieru pre naše zariadenie a potreby, či zvyky našich klientov“.

Napokon sme sa v dotazníku zaujímali o stanovisko respondentov/tok k tomu, či po zavedení podmienok kvality do ich bežnej činnosti sa zmení to, ako budú poskytovať sociálnu službu svojim klientom/tkám (otázka č. 11 dotazníka). Formulované kategórie a ich distribúciu vo vzorke znázorňuje graf.

Graf 7: Dopad implementácie podmienok kvality na poskytovanie sociálnych služieb



Až 82 odpovedajúcich respondentov/tok (takmer 70%) uviedlo, že zavedenie podmienok kvality zásadne nezmení to, ako budú poskytovať sociálnu službu, nakoľko ju poskytovali kvalitne aj doposiaľ, nezávisle od povinností ustanovených zákonom. Podľa 13 respondentov/tok (vyše 11%) sa taktiež implementáciou podmienok kvality nič zásadne nezmení, nakoľko pre kvalitné sociálne služby je potrebné zabezpečiť predovšetkým:

- láskavý a obetavý prístup personálu, ale aj nižšiu rizikovosť práce (prevencia syndrómu vyhorenia),
- stabilný a kvalitný personál (vrátane jeho dobrého ohodnotenia),
- spoluprácu s obcou, VUC, MPSVR SR ako kľúčovými aktérmi sociálnych služieb,
- primerané priestory a vybavenie poskytovateľa.

Len 22 respondentov/tok (ne celých 19%) vyjadrilo stanovisko, že zásadné zmeny zavedením podmienok kvality nastanú, z toho 21 očakáva pozitívny posun v sociálnych službách. Pôjde o:

- ľudské práva prijímateľov/liek (na základe občianskeho prístupu „...bude klient ako „pán/pani s menom“, nie babka, dedko, pôjde o zvýšenie ich sociálneho statusu, o destigmatizáciu, dôstojnosť, spokojnosť),
- centrum odborného úsilia (prijímateľ/ľka sa stane centrom profesionálneho snaženia, zlepši sa prístup personálu, bude kvalitnejšia bežná práca),
- komunikáciu kľúčových aktérov (komunikácia prijímateľ/ľka - príbuzní – zamestnanci/kyne bude založená na rešpekte),
- kvalitný manažment sociálnej služby (manažér/rka kvality s pracovnou náplňou, fundraising, motivácia zamestnancov/kýň a ich vzdelávanie)
- zjednotenie postupov a prehľad o práci zamestnancov/kýň,
- činnosť kompaktného a stabilného pracovného tímu,
- kvalitnejšie prostredie (vrátane realizácie potrebných rekonštrukcií).

V jednom dotazníku však bola formulovaná skôr opačná predstava o dopade implementácie podmienok kvality, podľa ktorej:

„...po zavedení štandardov kvality paradoxne kvalita klesne, bude menej priestoru pre klienta, zamestnanci budú preťažení, zvýši sa fluktuácia zamestnancov, čo sa samozrejme vždy odzrkadlí na kvalite...“.

Zhrnutie kľúčových zistení dotazníkového prieskumu

Cieľom kvantitatívneho dotazníkového šetrenia bolo získať podporné informácie k explanácii súvislostí medzi zavádzaním podmienok kvality poskytovaných sociálnych služieb a ich zásadnejšou transformáciou v podmienkach Slovenska.

Sondy sa zúčastnilo celkovo 121 poskytovateľov sociálnych služieb, z toho 63 (52%) neverejných. Najčastejšie šlo o poskytovateľov z košického, banskobystrického a bratislavského regiónu, pričom zastúpené boli prakticky všetky druhy a formy sociálnych služieb. Vo väčšine prípadov šlo o kombináciu viacerých druhov sociálnych služieb (58%), osobitne rozličných druhov služieb dlhodobej starostlivosti. Z hľadiska formy sociálnej služby bola najčastejšie zastúpená pobytová celoročná forma (takmer 58%) a kombinácia rozličných foriem (vyše 28%).

Najdôležitejšie zistenia:

- takmer 92% respondentov/tok súhlasilo s potrebou zásadnejšej transformácie sociálnych služieb na Slovensku,
- potrebu transformačných zmien vzťahovali najčastejšie (66%) k systémovej úrovni (zmena financovania, legislatívy, adresnosti, dostupnosti a udržateľnosti sociálnych služieb),
- takmer 80% respondentov/tok uviedlo, že k poskytovaniu kvalitných sociálnych služieb nie sú potrebné na organizačnej úrovni zásadné (transformačné) zmeny,
- podľa 95% respondentov/tok poskytujú ich organizácie kvalitné sociálne služby už teraz, dôkazom čoho sú spokojní prijímatelia/ľky a ich rodiny, pozitívne referencie na poskytovateľa, záujem o jeho službu, prosperovanie prijímateľov/liek, ale aj pozitívna spätná väzba externých odborníkov/čok a nadriadených,
- napriek dôvere vo vlastnú kvalitu považovala vyše polovica (52,5%) respondentov/tok zákonne upravený systém podmienok kvality za výbornú príležitosť rekapitulovať svoje doterajšie postupy a transformovať činnosť vlastnej organizácie; podľa 39% ide o dobrú myšlienku, ale príliš náročnú na realizáciu; cca 8% hovorilo o systéme podmienok kvality ako o zbytočnej administratívnej záťaži organizácie,

- v súvislosti s implementáciou podmienok kvality respondenti/ tky oceňovali najčastejšie záväzky k individuálnemu plánovaniu a práci s prijímateľom/ľkou, k zjednocovaniu postupov tímov (29%), k vyššiemu dôrazu na ľudské práva prijímateľov/liek a ich zmocňovaniu k preberaniu spolu/ zodpovednosti za vlastný život (28%), či záväzky k využívaniu nových a komplexných foriem práce (22%),
- vyše 70% zastúpených organizácií už s implementáciou podmienok kvality začalo, vyše 18% má dokonca už systém zabehnutý. Pre proces implementácie najčastejšie využívali stratégiu „spoliehania sa na seba“ (36%), resp. spoluprácu s nejakou inou organizáciou s potrebnou skúsenosťou (31%),
- 17% zúčastnených organizácií malo zavedený systém manažérstva kvality (podľa ISO normy) a pracovnú pozíciu manažéra/rky kvality,
- dôveru zúčastnených organizácií v kvalitu vlastných služieb potvrdzovalo aj zistenie, že až podľa 80% z nich sa po komplexnom zavedení podmienok kvality v ich organizácii zásadnejšie nezmení to, ako budú poskytovať sociálnu službu, nakoľko ju poskytovali kvalitne aj doposiaľ.

Predbežná diskusia k výsledkom dotazníkového prieskumu

S ohľadom na skutočnosť, že sa v dotazníkovom prieskume využila technika dostupného výberu, možnosti zovšeobecňovania získaných údajov sú limitované. Na strane druhej, zapojené subjekty boli natoľko rôznorodé z hľadiska všetkých premenných kľúčových pre predmet výskumnej činnosti (charakter poskytovateľa, región, druh a forma poskytovanej sociálnej služby), že je oprávnené poukázať na niektoré zaujímavé zistenia a bližšie sa pri nich zastaviť. Sú usporiadané do niekoľkých diskusných blokov.

Diskusný blok 1: Zastúpenie verejných a neverejných poskytovateľov v dotazníkovom prieskume

Podľa Centrálného registra poskytovateľov sociálnych služieb bolo začiatkom marca 2016 na Slovensku zaregistrovaných 4 083 poskyto-

vateľov sociálnych služieb, z toho 2 322 verejných a 1 761 neverejných (pomer cca 55% : 45%)³⁰. Do dotazníkového prieskumu sa však zapojilo menej verejných ako neverejných poskytovateľov sociálnych služieb (pomer cca 48% : 52%). Pri výbere výskumnej vzorky, ktorú sme charakterizovali ako dostupnú, sme sa snažili využiť všetky dostupné a reprezentatívne diseminačné kanály zabezpečujúce kontakt s verejnými i neverejnými poskytovateľmi sociálnych služieb. Skutočnosť, že sa napokon zapojilo len 121 poskytovateľov, z toho viac neverejných, môže naznačovať určité zaujímavé súvislosti. Hypoteticky možno uvažovať o vyššej pripravenosti a ochote neverejných poskytovateľov zapájať sa do aktivít, pomocou ktorých môžu poukázať na skrivodlivosť v nastavení pravidiel verejnej podpory verejných a neverejných poskytovateľov sociálnych služieb, presnejšie, pravidiel verejnej podpory prijímateľov/liek verejných a neverejných poskytovateľov. V rámci odborných diskusií sa takéto interpretácie zo strany neverejných poskytovateľov objavujú opakovane. Poukazujú na náročnejšie podmienky svojho fungovania („...neverejný nedostane nič a musí sa živiť sám“), čo ich systematicky núti rozličnými formami vyjadrovať nespokojnosť.

Takejto úvahe nahrávajú aj niektoré výsledky dotazníkového prieskumu. Ukázalo sa v ňom, že takmer vo všetkých podkategóriách sýtiacich transformačné zmeny sociálnych služieb na systémovej úrovni, boli častejšie zastúpené výroky neverejných poskytovateľov. Najvýraznejšie rozdiely sa vyskytli v podkategórii financovanie, kde na potrebné zmeny poukázalo 54% neverejných poskytovateľov v porovnaní s 33% verejných. Rovnako potreba zrovnoprávnenia verejných a neverejných poskytovateľov sa logicky častejšie vyskytovala v odpovediach neverejných (21%:6%). Rozdiely v „prospech“ neverejných poskytovateľov sa vyskytli aj v podkategóriách zameraných na potrebu zjednotenia posudkových činností (20%:13,5%), v otázkach potreby zavedenia integrovaného systému zdravotno-sociálnej starostlivosti v službách dl-

³⁰ Zdroj on-line: <https://www.employment.gov.sk/sk/centralny-register-poskytovatelov-socialnych-sluzieb/>

hodobej starostlivosti (16%:4%), rovnako v požiadavkách na zjednodušenie administratívy zameranej na kvalitu sociálnych služieb (13%:6%). Navyše, neverejní poskytovatelia uvádzali častejšie, v porovnaní s verejnými, viacero podkategórií systémových transformačných opatrení súčasne.

Na strane druhej, ako ukážeme v diskusii neskôr, neverejní poskytovatelia pripúšťali menej často ako verejní potrebu zásadnejších zmien vo vlastných organizáciách a odborných postupoch. Rovnako menej často vyjadrovali očakávanie, že zavedenie podmienok kvality zásadnejšie zmení to, ako budú poskytovať svoje sociálne služby. Aj to korešponduje s úvahou, že z pohľadu neverejných poskytovateľov sa má transformácia týkať predovšetkým zmien „zvonku“ organizácií, teda z prostredia formovania východiskových podmienok pre ich existenciu, nie z prostredia ich vlastného fungovania a odborných postupov. Formulované explanácie by si samozrejme vyžadovali hlbšiu výskumnú pozornosť a dodatočné výskumné zisťovania.

Diskusný blok 2: Potreba a podoby transformácie sociálnych služieb

Za kľúčové zistenia dotazníkového prieskumu považujeme aj tie, ktoré sa týkali názorov respondentov/tiek na potrebu zásadnejšej transformácie sociálnych služieb (aj keď sme sa tejto otázke už čiastočne venovali aj v prvom diskusnom bloku). Absolútna väčšina z nich (92%) sa k potrebe transformácie priklonila. Zisťovali sme preto, čoho by sa podľa nich mala týkať. Na základe bližšej špecifikácie povahy transformačných zmien a kategorizácie jednotlivých výrokov sme zistili, že sú porovnateľné s prístupom H. Nies et al. (2010). Podľa autorského kolektívu je pre zabezpečenie kvalitných sociálnych služieb potrebné prijímať opatrenia na štyroch úrovniach: systémovej, organizačnej, odbornej a užívateľskej. V našom prieskume formulovali respondenti/ky najčastejšie požiadavky na zmeny na externej, systémovej úrovni (financovanie, zrovnoprávnenie verejných a neverejných poskytovateľov, jednotná posudková činnosť, adresnosť, dostupnosť a udrža-

teľnosť sociálnych služieb, 66% vyjadrení). V oveľa nižšom rozsahu identifikovali potrebu zásadnejších zmien na organizačnej úrovni (cca 20% vyjadrení), či na úrovni zabezpečenia odbornosti sociálnej služby (14% vyjadrení). Do kategórie potrebných opatrení na úrovni odborného zabezpečenia sociálnej služby sme zaradili aj požadované zmeny na užívateľskej úrovni - napr. poskytovanie možnosti voľby pre prijímateľov/ky sociálnych služieb, ktoré H. Nies et al. (2010) považovali skôr za opatrenie na užívateľskej úrovni.

Potreby transformačných zmien v sociálnych službách ako takých, osobitne však cez opatrenia na systémovej úrovni, sú popísané aj v medzinárodnej odbornej spisbe, osobitne českej. Porovnateľne s výsledkami nášho dotazníkového prieskumu, aj výskumy z českého prostredia sociálnych služieb opakovane dokumentovali kritickú reflexiu českých poskytovateľov sociálnych služieb ohľadom nedostatku financií vkladných do sociálnych služieb ako systému, problémov s personálnym zabezpečením sociálnych služieb a tým znižovaním ich dostupnosti pre potrebných ľudí; rovnako problémy s materiálno-technickým zabezpečením sociálnych služieb, osobitne služieb dlhodobej starostlivosti rezidenčného typu. Poskytovatelia sociálnych služieb opakovane kritizovali aj časté legislatívne a politické zmeny, ktoré prinášajú do tohto sektoru neistotu ako pre poskytovateľov, tak pre prijímateľov/ky (Bareš, 2010a; Bareš, 2010b; Víšek, Průša, 2012; Halásková, 2013).

Diskusný blok 3: Paradox ne/skúsenosti

Viaceré dotazníkové zistenia poukázali na zaujímavý fenomén, kedy niektoré organizácie „skúsenejšie“ so zavádzaním podmienok kvality boli k vlastnej úrovni kvality kritickejšie ako tie, ktoré v tejto oblasti ešte systematicky nezačali pracovať alebo čakali na zverejnenie celoslovenskej implementačnej metodiky („menej skúsené“). Zistili sme, že menej skúsené organizácie uvádzali častejšie ako skúsené, že nepotrebujú zavádzať zásadnejšie organizačné zmeny smerom ku kvalite (58%:38%). Zároveň menej často očakávali, že implementáciou pod-

mienok kvality sa zmení niečo zásadné v tom, ako budú poskytovať svoje sociálne služby (15%:18%). Zaujímavým bolo aj zistenie, že medzi organizáciami, ktoré sa vyjadrili, že neposkytujú kvalitné sociálne služby (aj keď ich bolo celkovo len šesť z celej výskumnej vzorky), bolo rovnaké zastúpenie skúsených i menej skúsených (v oboch porovnávaných skupinách šlo cca len o 5,5%).

Zistenia naznačujú, že absencia systematickej skúsenosti so zavádzaním podmienok kvality, v kombinácii s absenciou systému manažérstva kvality a externého hodnotenia, nemusí automaticky znamenať kritickejší pohľad organizácie na vlastnú situáciu a prax, skôr naopak. Prípady nasvedčujúce paradoxu ne/skúsenosti nachádzame aj v iných prácach, napr. v práci S. Krupu a kol. (2007). Autorský kolektív popisoval situácie, kedy boli transformujúce sa zariadenia konfrontované s výsledkami externého hodnotenia podľa formálnych kritérií kvality. Hodnotenie poukázalo na významné medzery v ich činnosti, a to napriek úprimnému presvedčeniu vedenia a zamestnancov/kýň o vysokej kvalite svojej práce z obdobia pred meraním kvality. Podobné skúsenosti sú popisované aj v zahraničnej odbornej spisbe. R. Lemay (2001) vo svojej práci kriticky poukazoval na podpriemernú kvalitu v humánnych službách, ktorej úroveň sa nemenila ani v priebehu rokov. Nepriaznivé výsledky externých hodnotení kvality v týchto službách však boli spravidla kontradiktórne s osobnou skúsenosťou a nazeraním personálu a manažmentu organizácií na svoj profesionálny výkon. Ako uvádza autor, personál i manažment sociálnych organizácií sa zvykne odvolávať na svoju ťažkú prácu, na najlepšie pracovné úmysly a na vynaložené úsilie smerom k naplneniu týchto úmyslov, ktoré používa ako validáciu a indikátor dobre vykonanej práce. Podľa autora vysoko angažovaný personál i manažment má tendenciu nahliadať na svoju prácu sebaopotvrdzujúco (že napĺňa kvalitne to, čo sa od neho očakáva a na čo má expertízu) a negatívnu spätnú väzbu odmieta, či stavia sa k nej hostilne. Aj z tohto dôvodu, podľa autora, „Dobré úmysly a tvrdá práca nestačia“ („*Good Intentions and Hard Work Are Not Enough*“, Lemay,

2001:94) a k dosiahnutiu kvality, excelencie a efektívnosti potrebuje organizácia využívať výstupové (dopadové) indikátory a periodické externé hodnotenie.

E. Sičáková – Beblavá (2015) ponúka k explanácii paradoxu ne/skúsenosti behaviorálnu teóriu, ktorou popisuje sklony ľudí k chybám v rozličných fázach rozhodovania sa v bežnom i profesionálnom živote. Kritickejší postoj niektorých skúsenejších poskytovateľov k vlastnej praxi v porovnaní s uspokojením menej skúsených môže prameniť z tzv. omylu dostupnosti, kedy ľudia hodnotia veci podľa toho, aké existujú k hodnoteniu príklady z ich okolia, alebo na základe vlastnej praxe. Znamená to, že nepoznanie inej praxe, alternatívne fungujúceho príkladu môže viesť u menej skúsených poskytovateľov k sebaopotvrdzujúcej predpojatosti, či k nadmernej sebadôvere, že kvalita ich služby zodpovedá požadovaným kritériám, niekedy aj v rozpore s dôkazmi o jej nedostatočnej úrovni.

Zaujímavú interpretáciu prostredníctvom teórie valorizácie sociálnej roly nachádzame v práci D. Elks, E. Neuville (2007). Autorky hovoria o tzv. efekte hodvábného kvetu (The Silk Flower Effect), s ktorým je ťažké v podmienkach veľkých tradičných organizácií pracovať a prekonávať ho. Efekt hodvábného kvetu spočíva v nerealistickom obraze organizácie o kvalite vlastnej sociálnej služby budovanom častejšie na jej vonkajších aspektoch exkluzivity, než na fundamentálnych hodnotách sociálnej služby. Ako uvádzajú autorky: „...*hodvábné kvety sú často krásne, oveľa krajšie než nejaký plastový kvet, ale jednoducho nekorešpondujú s realitou ... organizácie sa snažia zaobstarať nádherné miesto pre život ľudí, pomáhať im stať sa členmi komunity ... ale oveľa menej ľudí má v komunitách skutočne hodnotnú sociálnu rolu. Takže, síce majú hodvábné kvety – pekné aktivity, ktoré sú možno lepšie než v iných organizáciách, ale stále nemajú skutočnú vec – plnohodnotný, zmysluplný život s množstvom hodnotných sociálnych rolí*“ (ibid, 2007:42). Podľa autoriek, ľudia (poskytovatelia, rodiny, často aj tí, ktorým sa sociálne služby poskytujú) majú tendenciu si myslieť, že sociálna služba je poskytovaná najlepšie, ako je to možné. Ana-

lýza činnosti poskytovateľa pritom môže poukázať na rozpor medzi základnými hodnotovými princípmi sociálnej služby a praxou. Podľa D. Kocmana³¹ je v tomto smere nápomocný samotný proces zavádzania istých pravidiel (štandardov kvality) podľa formálne ustanovených kritérií, ktorý podporuje internalizáciu ich cieľa a hodnôt, vedie k porozumeniu merateľným indikátorom a tým k otvorenejšiemu (kritickejšiemu) postoju k vlastnej praxi poskytovateľa. Formatívny účinok implementačného procesu dokazuje aj skúsenosť z nášho prieskumu.

„...Celkovo zavádzanie štandardov nám pomohlo poodhaliť veci, ktoré neboli dotiahnuté, o ktorých sme netušili, či ich treba zlepšiť ... doteraz sme niektoré situácie riešili intuitívne, s čím sa spájalo určité riziko pre klienta aj nás ...“.

Diskusný blok 4: Zásadnosť vs. Bežnosť potrebných zmien v reflexii poskytovateľov

V rámci diskusie k výsledkom dotazníkového zisťovania stojí za osobitnú zmienku aj otázka rozličného výkladu problémov súvisiacich so zavádzaním a vlastným hodnotením podmienok kvality. Respondentov/tok sme sa pýtali, či si myslia, že je potrebné v ich organizácii prijať zásadnejšie zmeny tak, aby bolo možné ich služby považovať za kvalitné. Porovnávali sme výpovede tých, ktorí uviedli, že potrebujú takéto zmeny prijať (cca 22%), s tými, ktorí identifikovali len potrebu „drobných úprav“ (32,5%). Ukázalo sa, že z obsahového hľadiska šlo v oboch skupinách o zmeny rovnakej povahy (zlepšenie prístupu ku klientom/tkám ako k partnerom/rkám, tímovú prácu smerom k spoločnému cieľu, manažment kvality, personálne otázky a debarierizáciu), pričom jedna ich považovala za zmeny zásadné (transformačné), zatiaľ čo iná iba za zmeny drobné. I. Shaw, S. Holland (2014) pripisujú takéto zistenia interpretačnej (vysvetľujúcej) povahy výskumu v sociálnej práci so silnou kvalitatívnou dimenziou. Uvádzajú, že spôsob, ako

ľudia rozumejú, vysvetľujú a manažujú svoj bežný život, nie je jednoduchým odrazom tohto spôsobu, ale jeho tvorbou cez kultúru (kultúru prostredia, organizácie). Pri porovnávaní jednotlivých skupín poskytovateľov podľa sledovaných charakteristík (verejní – neverejní, skúsenejší – menej skúsení) sme zistili osobitosť verejných poskytovateľov, u ktorých bol podiel odpovedí o potrebe prijímania zásadných zmien a odpovedí o potrebe len drobných úprav porovnateľný (26%:27,5%). Vo všetkých ostatných skupinách bolo podielové zastúpenie kategórie „len drobné úpravy“ výrazne vyššie ako kategórie „zásadné zmeny“.

Diskusný blok 5: Transformácia a deinštitucionalizácia

V predchádzajúcom texte sme opakovane uviedli, že transformácia sociálnych služieb sa zvykne vnímať predovšetkým ako deinštitucionalizácia rezidenčných služieb dlhodobej starostlivosti smerom k ich vyššej kvalite. Skutočnosť, že sa deinštitucionalizácia postupne vyvinula ako „normatív transformácie“, ilustrujú aj niektoré stanoviská respondentov/tok nášho prieskumu, a to dvojakým spôsobom: a) poukazom na to, že nie všetky sociálne služby, napr. ambulantné, je možné transformovať, a b) zdôraznením, že niektoré skupiny ľudí, napr. s ťažkým mentálnym postihnutím alebo s výraznými poruchami správania, nie sú pripravené na poskytovanie transformovaných (myslí sa deinštitucionalizovaných) sociálnych služieb. Dôvodom nepripravenosti na transformáciu môže byť aj neschopnosť ľudí takéto služby uhrádzať.

Fenomén deinštitucionalizácie sa tak v dotazníkovom prieskume o kvalite sociálnych služieb v kontexte ich transformácie presadil prirodzeným spôsobom, bez toho, že by sa v znení dotazníka explicitne problematika deinštitucionalizácie zmienila. Predpokladáme vplyv faktu, že časť respondentov/tok bola zo zariadení zapojených v predchádzajúcom období do deinštitucionalizačných a transformačných národných projektov. Vzťahovanie zásadných organizačných zmien v sociálnych službách primárne k ich deinštitucionalizácii môže mať

31 Dostupné on-line: http://www.mpsv.cz/files/clanky/18202/C1_Kocman_Kdo_ne_potrebuje_revizi.pdf

aj iné vysvetlenie. Novozakladané organizácie viažu sa predovšetkým na poskytovanie nových druhov sociálnych služieb (napr. služieb včasnej intervencie) sa od počiatku vo svojej činnosti formujú podľa nových kritérií a štandardov kvality, preto sú ich transformačné východiská iné. Viažu sa skôr k vonkajším podmienkam činnosti takýchto poskytovateľov, než k formám a metódam organizačnej a odbornej práce. Potreby zmien na úrovni organizačnej a odbornej sa vzťahujú skôr k poskytovateľom, ktorí pôsobia v sociálnych službách dlhodobo (aj niekoľko dekád), zakladali sa v inom konceptuálnom a hodnotovom rámci pre sociálne služby, vznikali predovšetkým ako tradičné rezidenčné služby so silne zastúpenými prvkami skupinovej a inštitucionálnej kultúry pri ich poskytovaní. To môže vysvetľovať aj zistenie, že verejní poskytovatelia v prieskume častejšie pripúšťali ako neverejnú potrebu zásadnejších zmien vo vlastnej organizácii (26% : 18%), rovnako to, že zavedením podmienok kvality sa zmení spôsob, ako budú poskytovať svoje sociálne služby (25% : 13%).

Za súčasť zmien niektorí tradiční rezidenční poskytovatelia považovali tzv. „mäkké formy deinštitucionalizácie“. Tento pojem sa objavil vo viacerých fázach našej výskumnej činnosti. Bol popísaný ako prijímanie „medi-riešení“ založených na rozdelení prijímateľov/liek žijúcich v tradičných rezidenčných zariadeniach na jednotlivé poschodia veľkých budov do skupín (komunit, dokonca bol použitý aj pojem „rodina“) podľa diagnóz, či vzájomných vzťahov, vedených jednou zodpovednou osobou, spravidla kľúčovým pracovníkom/čkou pre celú skupinu. Skupiny si nezávisle od seba plánujú, organizujú a vyhodnocujú aktivity, zároveň však ich členovia a členky majú možnosť medzi-skupinovej tranzície, s ohľadom na ponúkané záujmové, pracovné a integračné aktivity. Natískajú sa otázky: môžu akékoľvek deinštitucionalizačné medzi-riešenia uvedeného typu viesť k požadovaným zmenám v poskytovaní sociálnych služieb? Korešpondujú s požiadavkami odporúčaných európskych pravidiel prechodu z inštitucionálnej na komunitne organizovanú starostlivosť (Společné, 2012; Toolkit, 2014), ale

aj s existujúcimi národnými skúsenosťami s procesom deinštitucionalizácie sociálnych služieb (Cangár Krupa, 2015)? Rovnako otázka: ako sú zlučiteľné takéto riešenia s najviac očakávanými prínosmi zavádzania podmienok kvality, ktoré formulovali sami respondenti/ky v dotazníkovom prieskume (napĺňanie individuálnych potrieb prijímateľov/liek sociálnych služieb, v kombinácii so zjednotenými východiskami práce multidisciplinárnych tímov; zavádzanie nových foriem práce s prijímateľmi/kami smerom k podpore ich ľudských a občianskych práv, dôstojnosti, sebaurčeniu a sociálnej inklúzii; a nadväzne odbornosť a kvalitná personálna práca, primerané priestorové riešenie sociálnej služby a celková otvorenosť poskytovateľa smerom do širšej komunity)? Z vnútornej povahy týchto očakávaní vyplýva, že sú len problematcky, ak vôbec, plnohodnotne a udržateľne naplniteľné cez akékoľvek deinštitucionalizačné medzi-riešenia. Už samotný fakt vnímania prijímateľov/liek sociálnych služieb ako skupiniek vytváraných na základe nejakého spoločného znaku považujú M. Cangár, S. Krupa (2015) za prekážku dodržiavania ich ľudských práv a slobôd v rámci inštitucionalizovaného prostredia sociálnych služieb. Jedna respondentka sa v rámci prieskumu vyjadrila k tejto otázke zásadne: „... zmena kvality úzko súvisí so zmenou prostredia; určité štandardy nie je možné dostatočne zabezpečiť v podmienkach inštitúcie“.

V rámci tohto diskusného bloku zmienime ešte jednu súvislosť vyplývajúcu zo stotožňovania transformácie a kvality sociálnych služieb s ich deinštitucionalizáciou. Ide o riziko možného oslabovania transformačného úsilia iných poskytovateľov sociálnych služieb (napr. terénnych alebo ambulantných foriem sociálnych služieb), rovnako o možné znižovanie pozornosti tvorcov politik pri prijímaní pravidiel verejnej podpory ostatných druhov a foriem sociálnych služieb. Dôkazom sú napríklad pretrvávajúce problémy v opatrovateľskej službe, ktorá je síce „vlajkovou loďou“ smerovania sociálnych služieb do prirodzeného prostredia ľudí (Národné, 2015), zároveň však na Slovensku zostáva v marginalizovanej pozícii pri riešení systémových aspektov

sociálnych služieb. Dokumentuje to aj stanovisko z jedného dotazníka: „Ambulantné formy služieb sú tak finančne náročné, že sa 'neoplatí' zriadiť ich, resp. ak si ich klient uhrádza, nezostane mu dostatok prostriedkov na slušný život mimo“.

Na potrebu zaoberať sa požiadavkami na kvalitu aj pri ambulantných a domácich službách poukazuje M. Kovaľová, O. Buzala (2015). Zanedbávanie kvalitatívnych aspektov týchto foriem sociálnych služieb môže vyplývať, podľa autorskej dvojice, zo všeobecne rozšíreného presvedčenia, že domáce prostredie je pre odkázané osoby automaticky tým najlepším, a to bez preukázateľne relevantnej anamnézy. B. Pfau-Effinger, T. Rostgaard (2011) toto presvedčenie pripisujú faktu, že starostlivosť blízkych a starostlivosť vykonávaná v domácom prostredí sa historicky vyvinula v povedomí ľudí ako „normatív dobrej starostlivosti“. Ako však pripomínajú niektorí odborníci a odborníčky (Kovaľová, Buzala, 2015:297): „Niektoré domácnosti izolujú svojho príslušníka dokonalejšie ako uzavreté zariadenie, v niektorých je páchané domáce násilie a zanedbávanie starostlivosti o zverenú osobu...“ (na prevalenciu zlého zaobchádzania s odkázanými staršími ľuďmi v domácom prostredí upozorňujú vo svojej práci aj Repková, Balogová, 2013). V rámci domácej starostlivosti, vrátane formálnej, sa môže porovnateľne s rezidenčnou starostlivosťou nastaviť spôsob poskytovania sociálnej služby tak, že sa zvyšuje závislosť odkázanej osoby na službe a dochádza k jej sociálnej izolácii. Systematické venovanie sa otázkam kvality podľa zákonom stanovených požiadaviek má preto svoje opodstatnenie pri všetkých druhoch a formách sociálnych služieb a prostrediach, v ktorých sa poskytujú.

Diskusný blok 6: Zavádzanie podmienok kvality a transformácia – nezávislé procesy?

Úvodné dotazníkové zistenia naznačili, že potrebu transformácie vzťahujú poskytovatelia sociálnych služieb skôr k vonkajším (legislatívnym, finančným) podmienkam svojej existencie, než k potrebe zmien

na vlastnej organizačnej úrovni, vo vlastných odborných postupoch. Len približne jedna pätina z nich priznala, že k tomu, aby poskytovali kvalitné sociálne služby, potrebujú vykonať zásadné zmeny vo vlastnej organizácii, napr. zlepšiť prácu s prijímateľmi/kami a ich rodinami, zaviesť manažment kvality ako cestu k neustálemu zlepšovaniu, riešiť personálne otázky, ale aj priestorové a materiálno-technické zabezpečenie služby. Vo svetle týchto zistení nebolo potom prekvapujúce, že takmer všetci respondenti/ky (95%) označili sociálne služby poskytované svojou organizáciou za kvalitné a až 80% z nich nepredpokladalo, že po komplexnom zavedení systému podmienok kvality do svojej organizácie sa zásadne zmení to, ako budú poskytovať sociálne služby.

Ak väčšina poskytovateľov necítila potrebu zásadnejších zmien u vlastných organizácií a v zabezpečení odbornosti vlastných postupov, potom vyznieva prekvapujúco, že väčšina (takmer 53%) zároveň označila právne ustanovený systém podmienok kvality za výbornú príležitosť rekapitulovať to, čo v organizácii robia dobre a identifikovať to, čo potrebuje zmenu. Naznačovalo by to, že transformácia sociálnych služieb a zavádzanie podmienok kvality nie sú doposiaľ vo vedomí poskytovateľov explicitne prepojené, že fungujú skôr ako nezávislé veci (potvrdili to aj skúsenosti z transformovaného zariadenia v rámci NP DI, v ktorom sa vyprofilovali „protransformačný“ a „prokvalitový“ tím). Zapojené organizácie považujú svoje služby za kvalitné aj bez toho, že by niečo potrebovali sami zásadnejšie meniť, zároveň však požadujú transformáciu vonkajších determinantov svojej práce. Výsledky teda naznačujú, že v prístupe poskytovateľov stále pretrváva skôr koncept kvality ako vlastnosti služby (ide o jeden z možných prístupov ku kvalite podľa Nies et al., 2010) posudzovanej intuitívne, na základe vlastných kritérií hodnotenia a kritérií zabehnutej/bežnej praxe. Ako dôkazy o vlastnej kvalite im slúžia spontánne prejavy spokojnosti prijímateľov/liek a ich rodín, prosperovanie prijímateľov/liek, záujem o ich sociálnu službu, či pozitívne spätné väzby od iných odborníkov/čok. Rozhodujúcimi sú stále najmä profesionálna etika a kvalita vzťahov v sociálnych službách,

nie posudzovanie kvality podľa výsledkov v súlade s externe stanovenými požiadavkami (Measuring, 2010). Využívajúc teóriu W. Wolfensberga o komplementárnej trajektórii transformačného procesu v organizáciách sociálnych služieb sa teda ukazuje, že väčšina zapojených organizácií v súčasnosti necíti potrebu spochybnenia vlastnej doterajšej praxe a vyviazania sa, odpútania z nej (O'Brien³²). To otvára otázku, či je potom realistické automaticky očakávať v súvislosti so zavádzaním podmienok kvality zásadnejšie zmeny v činnosti poskytovateľov sociálnych služieb (napriec druhom i formám sociálnych služieb). Ďalej otázku, či samotný proces zavádzania podmienok kvality do poskytovateľskej praxe má slúžiť k tomu, aby organizácie dospeli k bodu obratu (turning point) smerom k hľadaniu komplementárnej cesty a aby sa otvorili fáze tvorby nových riešení a postupov. Teda k tomu, aby sa proces zavádzania podmienok kvality bezprostredne prepojil s procesom transformácie poskytovania sociálnych služieb a ich zásadnejšej zmeny na organizačnej a odbornej úrovni (Musil a kol., 2009, hovoria o zmene kultúry poskytovania sociálnych služieb). Názor vyjadrený v jednom dotazníku nie je takémuto podmieňovaniu naklonený: „... Kvalita poskytovania sociálnych služieb nie je determinovaná ich transformáciou“.

Vychádzajúc zo súčasných postojov poskytovateľov nie je možné vylúčiť, že zavádzanie podmienok kvality poslúži v organizáciách v prvej fáze skôr k lepšiemu zdokumentovaniu vlastnej práce podľa systematiky zákona, než k zásadnejšej zmene odborných postupov v práci s prijímateľmi/kami sociálnych služieb. To však neznamená, že samotný proces dokumentovania nepovedie postupne aj ku kritickej reflexii vykonávanej praxe, najmä ak bude prepojený s konzultačnou spoluprácou externých odborníkov/čok a výmenou skúseností organizácií v tejto oblasti.

32 *The Genius of the Principle of Normalization*. Dostupné on-line [10.2.2016]: <http://thechp.syr.edu/wp-content/uploads/2013/10/Genius.pdf>

Diskusný blok 7: Implementačný status organizácií

Aj keď sú povinnosti poskytovateľov na úseku plnenia podmienok kvality zavedené zákonom o sociálnych službách už od januára 2009, nezriedka sa možno stretnúť s názorom, že pokiaľ sa nezačne s hodnotením podmienok kvality (január 2018), organizáciám nič zásadné nehrozí, že sa nemajú až tak kam náhliť. Osobne sme sa stretli so skúsenosťou spochybnovania významu účasti na školeniach už v tomto období, keď sa účinnosť pre výkon hodnotenia podmienok kvality (v poskytovateľskom sektore nazývaného skôr ako „kontrola“) presunula až na rok 2018. To všetko môže vyvolávať dojem, že väčšina organizácií ešte so systematickou implementáciou podmienok kvality k začiatku roka 2016 nezačala a zastávala skôr „vyčkávaciu“ stratégiu. Preto sme do dotazníkového prieskumu zaradili aj zisťovanie, v akom štádiu sú poskytovatelia sociálnych služieb z hľadiska implementácie podmienok kvality do činnosti svojej organizácie (aký majú „implementačný status“).

Uvedenej otázke sa v predchádzajúcom období venovali aj iní odborníci a odborníčky. Podľa empirických zistení J. Levickej a kol. (2013) bolo možné na Slovensku začiatkom dekády v oblasti evaluácie kvality sociálnych služieb identifikovať viacero alternatív: a) u väčšiny verejných poskytovateľov sociálnych služieb prevažoval prístup zameraný na vypracovanie interných dokumentov k procesu prijímania klientov/tok, uzatvárania zmluvy o poskytovaní sociálnej služby a o platbe za službu; b) ďalej išlo o alternatívu, kedy mali verejní i neverejní poskytovatelia orientovaní najmä na sociálne služby pre osoby so zdravotným postihnutím vypracované štandardy kvality prispôbené podmienkam vlastného zariadenia, významne inšpirované skúsenosťami zo zahraničia (zväčša ČR); c) u neverejných poskytovateľov sa autorky stretli s prístupom ku kvalite primárne cez systémy manažérstva kvality (ISO normy, CAF, ojedinele EFQM); d) napokon boli medzi skúmanými poskytovateľmi verejného i neverejného typu aj takí, ktorí nemali vypracované žiadne štandardy.

M. Kovaľová, O. Buzala (2015) sa uvedenej otázke venovali na základe svojej dlhoročnej skúsenosti z auditorskej činnosti. Na úseku kvality sociálnych služieb identifikovali ako najaplikovanejšie tieto postupy: a) „čistú aplikáciu“ požiadaviek zákona o sociálnych službách bez toho, aby bolo bližšie popísané plnenie podmienok kvality; b) aplikáciu podmienok kvality cestou ich popísania a doplnenia chýbajúcich dokumentov, ale bez vytvorenia systémových väzieb; c) aplikáciu podmienok kvality so snahou o vytvorenie systémových väzieb tak, aby to malo nejaký praktický význam a zmysel; d) aplikáciu podmienok kvality s využívaním zásad a nástrojov manažérstva kvality; e) aplikáciu podmienok kvality spracovanú pod ISO normou, kedy sa použité nástroje integrujú do uceleného systému manažérstva kvality; f) aplikáciu pod modelom CAF alebo EFQM, kedy si poskytovateľ vypracováva vlastné metodické postupy a účinne ich validuje. Autori vo svojej práci poukazujú na komplementaritu noriem ISO s podmienkami kvality, nie na ich výlučný, či konkurenčný vzťah.

V našom dotazníkovom prieskume necelých 30% organizácií uviedlo, že do doby realizácie dotazníkového prieskumu ešte nezačali s procesom implementácie podmienok kvality alebo čakali na zverejnenie celoslovenskej metodiky koncom roka 2015. Ostatné sa nachádzali v rozličných fázach implementačného procesu. Najčastejšie už s procesom začali, ale ho ešte nemali ukončený, necelá pätina dokonca uviedla, že systém má zabehnutý s komplexne pripravenou internou dokumentáciou a zodpovedajúcimi praktickými procesmi a postupmi. Necelá desatina mala spracované štandardy už z predchádzajúceho obdobia a v súčasnosti svoj prístup zosúladí s publikovanou celoslovenskou metodikou, či inak spája a kombinuje podporné zdroje. Výsledky teda naznačujú, že situácia s implementačným statusom by nemusela byť u poskytovateľov až tak nepriaznivá, ako sa to všeobecne očakávalo začiatkom roka 2016. Takéto tvrdenie má samozrejme svoje limity z hľadiska možnosti jeho vzťahovania k situácii všetkých poskytovateľov sociálnych služieb na Slovensku. Prieskumu sa totiž

zúčastnila z nich len malá vzorka, možno práve vzorka „tých aktívnych“ (aktívnych už len tým, že sa zapojili do prieskumu). Nie úplne objasnená zostáva rovnako otázka, či organizácie, ktoré v dotazníku uviedli, že so zavádzaním podmienok kvality ešte nezačali, skutočne v tejto oblasti doposiaľ nič neurobili. Poznatky získané v rámci ďalšej fázy výskumnej činnosti poukazujú u takýchto organizácií skôr na absenciu internej dokumentácie, na nedostatok skúseností s kvalitovou terminológiou a na ich obavy označiť ňou svoje postupy, než na úplnú absenciu praxe v súlade s podmienkami kvality.

Dotazníkový prieskum poukázal na významnú súvislosť implementačného statusu organizácií s ich ne/skúsenosťou v oblasti manažmentu kvality. Skúsenejšie organizácie, s lepším implementačným statusom, mali častejšie ako menej skúsené zavedený systém manažérstva kvality podľa ISO normy a pozíciu manažéra/rky kvality. Možno z toho usúdiť, že tie organizácie, ktoré v predchádzajúcom období fakultatívne nastúpili cestu zavádzania niektorého zo systémov manažérstva kvality, majú lepšiu východiskovú pozíciu pre implementáciu obligatórneho systému podmienok kvality podľa zákona. Nielenže menej podliehajú improvizácii z dôvodu slabo zmapovaných a popísaných vzťahov medzi vstupmi, procesmi a výstupmi (dopadmi) jednotlivých činností a procesov, ale majú aj viac zinternalizovanú potrebnú terminológiu, čo celkovo zvyšuje ich „kvalitové sebedomie“.

Diskusný blok 8: Postoje k podmienkam kvality

Pre pochopenie rozličného implementačného statusu poskytovateľov môže prispieť aj poznanie ich postojov k samotnému systému podmienok kvality. Preto sa pristavíme aj pri dotazníkových zisteniach, ktoré sa týkajú tejto otázky. Väčšina respondentov/tok dotazníkového prieskumu považovala zákonom stanovený systém podmienok kvality za potenciálne prínosný. Ďalších takmer 40% však hovorilo o síce dobrej, ale ťažko naplniteľnej myšlienke, napokon približne 8% považovalo systém za zbytočnú administratívnu záťaž organizácií, ktoré

majú beztak dosť problémov (okolo 8%). Vo výskume J. Levickej a kol. (2013) dokonca len menšia časť organizácií vnímala zámer pravidelného hodnotenia podmienok kvality za niečo pozitívne. V kontexte našich ďalších zistení, že až 80% respondentov/tok si nemyslí, že po komplexnom zavedení podmienok kvality do ich organizácie dôjde v nej k zásadnejšej zmene pri poskytovaní sociálnych služieb, si takéto stanoviská zasluhujú osobitnú pozornosť. Táto by sa mala v najbližšom období zamerať na systematickú konzultačnú prácu poskytovaných organizáciám sociálnych služieb smerom k internalizácii poslania a cieľov systému podmienok kvality (Kocman³³) a k objavovaniu najmä vlastných kapacít pre ich dokumentačné spracovanie a praktické napĺňanie. Kľúčové bude komunikovať tému podmienok kvality nie ako „zákonné zadanie“ splniteľné v krátkom čase a pre jeden účel („dopadnúť dobre pri budúcom externom hodnotení“):

„... určite zmeny nastanú, ak si zamestnanci štandardy vezmú 'za svoje' a budú ich vnímať ako pomôcku, nie ako 'strašiaka' alebo ako záťaž“.

Podmienky kvality by sa mali stať trvalou výzvou pre organizácie systematicky na sebe pracovať, rozumieť svojim vlastným kapacitám, možnostiam zmeny v čase a využívať všetky zdroje, ktoré sú v komunite k dispozícii. Dôležité budú aj skúsenosti s hodnotiteľskou činnosťou zameranou na zisťovanie úrovne napĺňania podmienok kvality v konkrétnych organizáciách, na základe ktorej by sa mala opätovne posúdiť funkcionálnosť celého systému a možnosti jeho racionalizácie. Opakované kritické poukazy respondentov/tok na jeho celkovú administratívnu náročnosť by sa mohli stať základom prípadných racionalizačných úvah.

33 Dostupné on-line: http://www.mpsv.cz/files/clanky/18202/C1_Kocman_Kdo_ne_potrebuje_revizi.pdf

5.2.2 Kvalitatívne opytovanie

Sekundárna analýza prác z predchádzajúceho obdobia (venovali sme sa jej vo štvrtej kapitole), rovnako výsledky kvantitatívneho dotazníkového šetrenia, opakovane naznačili, že postoje poskytovateľov k zákonným podmienkam v oblasti kvality sociálnych služieb nie sú jednoznačné, niekedy až protichodné. Väčšina z nich systém považuje za dobrý základ pre transformáciu svojej organizácie, zároveň však prevažne nepredpokladajú, že jeho zavedením sa v ich praxi niečo zásadne zmení. Niektorí systém považujú za niečo pozitívne, iní za síce pozitívne, ale ťažko naplniteľné. Je aj skupina takých, ktorí hovoria skôr o zbytočnosti a administratívnej záťaži.

Ak poskytovatelia považujú systém za pozitívny, prevažne absentujú hlbšie výskumné poznatky o tom, v čom konkrétne vidia jeho potenciálne prínosy, v čom spočíva pozitívny (rozvojový) potenciál jednotlivých štandardov v ich percepcii. Doterajšie výskumné zdroje (napr. Repková (ed.), 2015) poskytujú totiž podrobnejšie informácie skôr o tom, v čom vnímajú problémy pri ich napĺňaní. Preto sme sa v prvej časti kvalitatívnej fázy výskumnej činnosti explicitne účastníkov a účastníčok jednej vzdelávacej aktivity k implementácii podmienok kvality pýtali:

- a) *V čom je príslušný štandard kvality pozitívny/prínosný pre:*
 - a1) organizácie sociálnych služieb?
 - a2) prijímateľov a prijímateľky sociálnych služieb?
- b) *V čom je/bude napĺňanie príslušného štandardu problematické/náročné, ale zvládnuteľné?*
- c) *Existuje niečo, čo v súčasnosti vnímate spoločne ako neprekonateľnú prekážku pre úspešné napĺňanie štandardu?*

V rámci zadania sme sa dôsledne snažili viesť respondentov/tyky k tomu, aby o kritériách a štandardoch uvažovali v rôznorodosti ich možných dopadov a efektov (pozitívnych i problematických) a aby k nim nepristupovali primárne optikou existujúcej vlastnej praxe,

ale optikou budúcich pozitívnych i problematizujúcich výziev, ktoré s nimi potenciálne spájajú. Nádej na získanie jasných a dobre štrukturovaných odpovedí sme vkladali aj do skutočnosti, že skupiny (od 7-11 účastníkov/čok pri jednom pracovnom stole) sa zaoberali malým počtom príslušných kritérií a štandardov (v každej skupine po dvoch). Mali tak príležitosť do hĺbky analyzovať vnútorný obsah a potenciál jednotlivých štandardov, vrátane podmienok na ich napĺňanie. Získané výsledky bolo možné spracovať viacerými spôsobmi:

- za každý štandard osobitne podľa sledovaných aspektov (pozitívna, prekonateľná prekážka, neprekonateľná prekážka),
- podľa jednotlivých aspektov za všetky štandardy spoločne,
- za skupiny štandardov vytvorené podľa ich vecnej príbuznosti a podľa jednotlivých aspektov.

Na základe povahy získaných výskumných podkladov a pre účely prehľadnosti sme sa rozhodli pre tretiu možnosť. Ustanovili sme celkovo päť zoskupení štandardov uvedených v tabuľke.

Tabuľka 3: Zoskupenie štandardov pre účely vyhodnotenia kvalitatívneho opytovania

Vecné zameranie zoskupenia	Príslušné kritériá a štandardy
<i>Ľudské práva a slobody, nediskriminácia</i>	K1.1. – Základné ľudské práva a slobody K1.2 – Sociálny status prijímateľa/ŕky SS K2.6 – Prevencia krízových situácií, obmedzenia
<i>Bežné zdroje prijímateľov a prijímateľiek sociálnych služieb, subsidiarita</i>	K1.3 – Vzťahy, rodina, komunita K2.2 – Postupy a podmienky poskytovania SS, subsidiarita K2.8 – Využívanie iných verejných služieb
<i>Obsah sociálnej služby, odbornosť</i>	K2.1 – Vízia, poslanie, ciele poskytovateľa K2.3 – Postup pri uzatváraní zmluvy K2.4 – Odborné zameranie a zabezpečenie SS K2.5 – Individuálne plánovanie SS

<i>Poskytovateľ, jeho zamestnanci/kyne, prostredie</i>	K2.9 – Zisťovanie spokojnosti ako základu pre zlepšovanie SS K2.10 – Hodnotenie poskytovateľa K3.1 – Organizačná štruktúra, zamestnanci/kyne K3.2 – Prijímanie a zaškoľovanie zamestnancov/kýň K3.3 – Odborná spôsobilosť a ďalšie vzdelávanie zamestnancov/kýň K 3.4 - Supervízia K4.1 – Prevádzkové podmienky
<i>Dostupné informácie</i>	K2.7– Informácie zrozumiteľné pre záujemcov/kyne a prijímateľov/ŕky SS K4.2 – Informačná stratégia K4.3 – Výročná správa, záverečný účet K4.4 – Prijímanie darov

Ad 1) Ľudské práva a slobody, nediskriminácia

Táto skupina štandardov je vecne zameraná na oblasť dodržiavania ľudských práv a slobôd prijímateľov/liek sociálnych služieb, na podporu ich sociálneho statusu a na ich ľudsko-právnu ochranu v rozličných krízových situáciách podmienených fungovaním rizík v sociálnych službách.

Pozitívne aspekty, príležitosti

Pre poskytovateľov videli respondenti/tky v tejto skupine štandardov príležitosti zjednotiť pravidlá a postupy pre všetkých zamestnancov/kyne, vrátane pravidiel a postupov pri identifikácii, riešení a dokumentovaní krízových situácií. Rovnako zdôrazňovali ich potenciál k podnecovaniu záujmu zamestnancov/kýň o problematiku ľudských práv a slobôd smerom k rešpektovaniu dôstojnosti prijímateľov/liek a v nadväznosti na ich záujmy a zručnosti.

„...neznižovať status z dôvodu zdravotných a psychických problémov, netykať, vťahovať do deja, spolu robiť, spolu rozhodovať ...“.

„Stierajú sa rozdiely medzi jednotlivými cieľovými skupinami - ľudia bez domova, seniori, zdravotne postihnutí - všetci majú rovnaké práva, s ktorými sú oboznámení“.

Pre prijímateľov/ky sociálnych služieb poskytujú štandardy tejto skupiny podporu smerom k zvyšovaniu ich sebavedomia, dávajú priestor na samostatné/samostatnejšie rozhodovanie. Pri ich dodržiavaní ponúkajú prijímateľom/ikám zážitok partnerstva, pocit uspokojenia a užitočnosti.

„... využívať potenciál prijímateľov/liek v prospech iných a prenášať životnú skúsenosť prijímateľov/liek na personál, nakoľko každý klient nás posúva ďalej...“.

Aj vo využívaní obmedzení videli respondenti/ky ľudsko-právny rozmer: predchádza sa ujme na zdraví prijímateľov/liek, či zamestnancov/kýň, zároveň sa vedú prijímatelia/ky k lepšiemu rozpoznávaniu rizík, čo môže prispieť k zvyšovaniu ich sebačinnosti.

Prekonateľné problematické aspekty, náročnosť

Problematické, ale prekonateľné aspekty videli respondenti/ky v potrebe väčšej zainteresovanosti zamestnancov/kýň v otázkach ľudských práv a slobôd prijímateľov/liek, „...ktoré nie sú ničím navyše, ale sú súčasťou bežného ľudského prístupu“, rovnako v súčasnom nedostatku kvalifikovaného a pripraveného personálu. Inou problematizujúcou stránkou sú neprímerané nároky a očakávania niektorých prijímateľov/liek a ich príbuzných, ale aj nerovnováha medzi právami a povinnosťami na strane prijímateľov/liek. Za komplikujúcu okolnosť považovali aj nedostatočnú informovanosť prijímateľov/liek a ich príbuzných o rozličných druhoch a formách sociálnych služieb a teda absentujúcu možnosť voľby.

Medzi náročné, ale prekonateľné výzvy zaraďovali aj požiadavky na úpravu prostredia sociálnych služieb, na vybavenosť potrebnými pomôckami a zariadeniami, vrátane pomôcok a zariadení nevyhnutných pre riešenie krízových, havarijných a núdzových situácií. Rovnako nevyhnutnosť používania obmedzujúcich opatrení, ktoré je potrebné zainteresovaným osobám adekvátne zdôvodniť a ich účinky pravidelne vyhodnocovať (napr. zákaz fajčenia, potreba sprievodu).

Neprekonateľné problematické aspekty, náročnosť

Respondenti/ky neidentifikovali neprekonateľné prekážky v súvislosti so štandardom zameraným na podporu sociálneho statusu prijímateľov/liek. Identifikovali ich však v iných súvislostiach dodržiavania ľudských práv a slobôd prijímateľov/liek. Obavy vyjadrili vo vzťahu k neprispôsobivým prijímateľom/ikám, prijímateľom/ikám v odpore a odmietajúcim spolupracovať. Neprekonateľné prekážky vzťahovali aj k neschopnosti poskytovať vhodnú intervenciu formou sociálnej služby v prípade, že by malo ísť skôr o neodkladnú zdravotnú starostlivosť. Avizovali, že na tú však nemajú osoby s neuhradeným zdravotným poistením nárok, čo často komplikuje poskytovanie služieb v nocľahárňach, či útulkoch.

Osobitnú pozornosť si zaslúžia aj reflexie respondentov/tok k nerovnováhe pozornosti venovanej ľudským právam a slobodám prijímateľov/liek a poskytovateľov.

„Stále sa prihliada na individuálne potreby a nároky klientov a oprávnené nároky a požiadavky poskytovateľov ustupujú do úzadia... zabúda sa na práva poskytovateľov, zamestnávateľov. Nevieme si ako zamestnávatelia zabezpečiť práva, stále rastú nároky klientov - ' Vy ste tu pre mňa, ja som si Vás zaplatil'“.

Ad 2) Bežné zdroje prijímateľov/liek, subsidiarita

Táto skupina štandardov sa týka podpory udržiavania kontaktov prijímateľov/liek s ich bežným prostredím, komunitou a zdrojmi, a to

nielen ako uplatňovania práva človeka na život v prirodzenom prostredí, ale aj ako základu pre uplatňovanie princípu subsidiarity v sociálnych službách.

Pozitívne aspekty, príležitosti

V záväzkoch kvality v oblasti podpory a využívania bežných zdrojov prijímateľov/liek videli respondenti/tky pre poskytovateľov príležitosti k skvalitneniu, ale aj uľahčeniu tímovej práce, šancu na zlepšenie vzťahov medzi prijímateľmi/kami, personálom, rodinou a komunitou vedúcich k formovaniu príjemnej a pokojnej atmosféry. To všetko môže prispieť k zvýšeniu konkurencieschopnosti poskytovateľa na trhu poskytovateľov a v komunite.

Z perspektívy prijímateľov/liek opakovane vyzdvihovali podporový účinok tejto skupiny štandardov na ich adaptačný proces v novom prostredí a na budovanie vzájomnej dôvery.

„...pri umiestnení nedochádza k prerušeniu kontaktov s rodinou a komunitou, klient sa lepšie adaptuje v zariadení, je spokojný a spolupráca je s ním dobrá, nemá pocit osamotenosti a vylúčenia z rodiny a zo svojho rodinného prostredia...“.

Ďalším pozitívnym účinkom tejto skupiny štandardov na prijímateľov/TKy je podpora prijatia ich nového sociálneho statusu a otvorenie rozvojových možností.

„...podpora jeho potrieb, využívanie verejných služieb ako pred umiestnením, ak to jeho zdravotný stav umožňuje, podpora socializácie, zvýšenie schopností a zručností, udržiavanie samostatnosti klienta, zmysluplné využívanie voľného času, nadviazanie nových vzťahov“.

Prekonateľné problematické aspekty, náročnosť

Identifikovali sa viaceré problematické, ale prekonateľné aspekty naplňania tejto skupiny štandardov. Jedným môžu byť zlé vzťahy pri-

jímateľa/TKy s rodinou, absencia rodiny, či jej nezáujem a úplne prenášanie zodpovednosti za starostlivosť o príbuznú osobu na poskytovateľa (v zmysle zásady: „*platíme, tak sa starajte*“). Ďalším problémom môže byť slabé materiálno-technické vybavenie poskytovateľa k podpore udržiavania rodinných a širších neformálnych vzťahov a kontaktov v prípade, že ich nie je možné zabezpečovať dostatočne často osobnou návštevou (napr. WIFI, SKYPE, PC, tablety). Respondenti/tky uvádzali aj problémy s nedostatkom personálu k sprevádzaniu prijímateľov/liek za svojou „pôvodnou“ komunitnou službou (napr. kaderničkou), či nízku lokálnu dostupnosť takýchto služieb. Identifikovali ale aj opačné situácie, kedy prijímateľ/TKa nemá záujem o komunitné služby.

Neprekonateľné problematické aspekty, náročnosť

Podľa respondentov/tok prameňa neprekonateľné prekážky z nedostatku odborného, stabilného, motivovaného a empatického personálu, čo môže súvisieť aj s nedostatkom financií a slabým odmeňovaním pracovníkov/čov v sociálnych službách. Ďalej z očakávaní bezmedzného uspokojovania potrieb prijímateľov/liek, a to aj v prípade, že by to nepriaznivo pôsobilo na ich zdravotný stav (napr. pri alkoholovej závislosti).

Za osobitnú zmienku stoja reflexie respondentov/tok k ťažko naplniteľným záväzkom v oblasti presadzovania princípu subsidiarity v poskytovaní sociálnych služieb, keď sa časť prijímateľov/liek a ich rodín riadi zásadou: „*platíme, tak sa starajte*“.

Ad 3) Obsah sociálnej služby, odbornosť

Do tejto skupiny sme zaradili štandardy týkajúce sa záväzkov poskytovateľa jasne definovať svoju víziu, poslanie a ciele, postupy a podmienky k poskytovaniu sociálnej služby, rovnako záväzky zabezpečovania jej odbornosti, pri vybraných druhoch sociálnych služieb najmä cez metódu individuálneho plánovania.

Pozitívne aspekty, príležitosti

Poskytovateľom sociálnych služieb ponúka táto skupina štandardov nové výzvy a príležitosti na viacerých úrovniach. Veľkú nádej respondenti/ky vkladali do budovania celkovo zjednoteného systému fungovania organizácie, ktorý bude základom pre ďalšie plánovanie jej rozvoja. Tým sa zabezpečí spoločné smerovanie všetkých zamestnancov/kýň pri poskytovaní sociálnej služby, čo podporí ich súdržnosť, zjednotí praktické postupy, sprehľadní kompetencie a zodpovednosti jednotlivých zamestnancov/kýň: „...ktorí/é spolutooria, pripomienkujú, sú oboznámení a chápu 'prečo, ako, načo'“. Zjednotené postupy zlepšia predpoklady pre vlastnú (internú) kontrolu, zároveň budú formou „ochrany“ organizácie pred prijímateľmi/kami, rodinnými príslušníkmi i externými kontrolnými orgánmi. Napokon, zjednotia sa prístupy zamestnancov/kýň k porozumeniu potrebám prijímateľov/liek, ich histórii, k rozvoju podporného vzťahu a systému práce, čím sa zvýši pre prijímateľov/ky stabilita podporného prostredia, „...aj keď sa zamestnanci striedajú v službách“.

Z perspektívy prijímateľov/liek poskytuje táto skupina štandardov priestor pre vytváranie partnerských vzťahov medzi nimi a organizáciou pri rozhodovaní o dôležitých veciach (vrátane prípravy a realizácie individuálneho plánu). Poskytuje garanciu odbornosti sociálnej služby, a tým zvyšuje šancu na posunutie schopností a zručností prijímateľov/liek vo využívaní ich vlastného potenciálu. Prijímateľovi/ke dáva pocit, „...že je o neho záujem“, čo všetko zvyšuje predpoklad jeho/jej celkovej spokojnosti.

Prekonateľné problematické aspekty, náročnosť

Za problematické považovali respondenti/ky situácie, kedy chýba organizácii vízia, ale aj negatívny prístup zamestnancov/kýň k novým výzvam. Poukazovali aj na aspekty časovej náročnosti zavádzania štandardov kvality, na nedostatočné personálne kapacity a finančné zdroje (napr. potreba programu CYGNUS, nevyhnutnosť školení). Ďa-

lej na potrebu spracovania štandardov do jednoduchej a zrozumiteľnej formy pre celý pracovný (multidisciplinárny) tím.

Za náročné považovali aj vťahovanie prijímateľov/liek, najmä starších, do procesov zameraných na kvalitu, vrátane ich vťahovania do individuálneho plánovania, čo považovali v inštitucionálnych podmienkach celkovo za mimoriadne náročné. Ako problém identifikovali aj ťažko zrealizovateľné ciele prijímateľov/liek.

„Náročné, ale zvládnuteľné - realizovať IP v prostredí inštitúcie! U seniorov sa často stretávame s nechuťou a odmietaním tvorby IP“.

„... ťažko zrealizovateľné ciele klientov – klient chce ísť do rodiny, rodina nespokupracuje, je vzdialená cca 250 km, nezdvíhajú mu telefón; chce mať vodičský preukaz“.

Neprekonateľné problematické aspekty, náročnosť

Aj keď vo vzťahu k štandardu zameranom na víziu, poslanie a ciele organizácie respondenti/ky konštatovali, že „neexistuje neprekonateľná prekážka“, k možnostiam naplňovania ďalších štandardov z tejto skupiny boli skeptickejší. Neprekonateľné prekážky videli v celkovo marginalizovanej pozícii sociálnych služieb v spoločnosti zjavnej z ich nedostatkového financovania, rovnako zo slabého priestorového, no najmä kvalitného personálneho zabezpečenia.

„Neprekonateľnou prekážkou je slabé personálne vybavenie“.

„...VŠ nereflektujú na potreby praxe. Vzdelaní a preškolení ľudia (napr. terapeuti) ... a následné ohodnotenie takto vzdelaného človeka v ZSS“.

Ad 4) Poskytovateľ, jeho zamestnanci a zamestnankyne, prostredie

Do najpočetnejšej skupiny štandardov sme zaradili tie, ktoré sa týkajú hodnotenia vývoja poskytovateľa (aj cez zisťovanie spokojnosti prijímateľov/liek), rovnako otázok personálneho a priestorového zabezpečenia jeho činnosti, vrátane zabezpečovania supervízie.

Pozitívne aspekty, príležitosti

Respondenti/ tky videli v týchto štandardoch pre organizáciu prísľub celkovo kvalitnejšieho riadenia organizácie, kultúry organizácie a zvyšovania kvality jej služieb, pre čo je dôležité zavádzanie inovátnych riešení, či stmelovanie kolektívu cez tímové riešenie problémov. Za kľúčovú považovali podporu naplňania osobných cieľov zamestnancov/kyň, ich profesionálneho rastu, zvyšovania profesijných kompetencií a nadobúdania nových skúseností. Rovnako aj elimináciu problémov a omylov cestou tímovej práce, prevencie syndrómu vyhorenia, etickej, právnej a odbornej spôsobilosti a supervízie. Externá supervízia vedie, podľa nich, k strate zábran, k budovaniu prostredia dôvery a tým k zvyšovaniu kvality.

„Odborný zamestnanec = spokojný klient = kvalitné sociálne služby“.

Za nástroj kariérneho rastu považovali interné tutorstvo a koučing, ktorými sa zabezpečujú jasné pravidlá a realizujú kvalitné procesy adaptácie nových zamestnancov/kyň, zároveň sa zhodnocuje existujúca expertíza interných.

„Noví zamestnanci prechádzajú adaptačným procesom, vstupnou inštrukciou, tutorstvom, koučingom. Tak sa v zariadeniach podporuje vzdelávanie, a tým sa aj z interných zamestnancov stávajú odborní zamestnanci“.

K rozvoju organizácie je nevyhnutná jasná organizačná štruktúra a personálna stratégia, kompetenčný model, stretávanie sa jednotlivých organizačných zložiek a ich priebežná informovanosť, s následnou informovanosťou verejnosti o činnosti organizácie cez všetky možné informačné toky. To podporuje tvorbu pozitívneho obrazu o organizácii. V rámci analýzy a hodnotenia svojho vývoja (napr. na základe SWOT analýzy, zisťovania spokojnosti) musí byť organizácia reflexívna aj na svoje nedostatky avizované v rámci spätných

väzieb od prijímateľov/liek, ich rodín a zamestnancov/kyň a musí byť schopná adekvátne tieto spätné väzby vyhodnocovať a využívať pre ďalší vlastný rozvoj.

Štandardy zamerané na hodnotenie vývoja organizácie ponúkajú pre prijímateľov/ky šancu uplatňovať samosprávny princíp a tak podporovať tímové riešenie problémov s motivovanými zamestnancami/kyňami, ktorí/é sa riadia víziou a cieľmi organizácie. Na strane druhej, dodržiavaním štandardov je možné na základe anonymných foriem vyjadrovania nesúhlasu, či iných podnetov efektívne riešiť aj vysoko špecializované problémy jednotlivcov. Rovnako je možné predchádzať krízovým situáciám na základe popísaných rizikových faktorov. Príkladom je prevencia úrazov, pádov, a to zabezpečením štandardných podmienok bývania prijímateľov/liek, či prispôbovaním životného prostredia ich zdravotnému stavu (bezbariérovosť). To všetko môže zvyšovať spokojnosť a dôveru prijímateľov/liek a ich rodín v poskytovateľa.

Prekonateľné problematické aspekty, náročnosť

Naplňanie štandardov tejto skupiny môže, podľa respondentov/tok, komplikovať skutočnosť, že každý prijímateľ/ka je iný/á, subjektívne pristupuje k vyhodnocovaniu snahy poskytovateľa byť ústretový k jeho/jej požiadavkám. Stanoviská prijímateľov/liek a zamestnancov/kyň poskytovateľa k rozličným požiadavkám sa môžu líšiť, čo môže vyvolávať rozpory, až frustráciu. Navyše, k rešpektovaniu niektorých individualizovaných požiadaviek prijímateľov/liek nemožno pristúpiť pre obmedzenia platnou legislatívou, v kombinácii s časovou tiesňou, či pre nedostatok personálu pre priamu starostlivosť, rovnako nedostatok vysoko odborného personálu. Problémom je aj súčasne technické a priestorové vybavenie niektorých poskytovateľov, podmienené nesúladosťou pôvodného účelového určenia budov, v ktorých sídlia (kaštiele, škôlky), s účelom poskytovania sociálnej služby. Úpravy zamerané na dosiahnutie bezbariérovosti nie sú

v takýchto priestoroch možné, čo potenciálne sťažuje, až znemožňuje poskytovanie sociálnej služby v súlade s príslušným štandardom.

Časová náročnosť, veľa administratívnej práce, psychická záťaž, nedostatočne zaplatený personál, nevhodné priestorové a technické podmienky sociálnej služby, to všetko sú faktory prispievajúce k vytváraniu bludného kruhu, ktorý spochybňuje realizovateľnosť záväzkov kvality sociálnej služby.

„Časovo náročná administratívna činnosť, riziko, že začne prevládať formalizmus nad kreativitou, nedostatočné plánovanie odborných zamestnancov ... neatraktívnosť pracovnej pozície (opatrovateľky) spôsobuje, že nie je možný výber zamestnancov, ani zaručiť ich kvalitu“.

Neprekonateľné problematické aspekty, náročnosť

Za neprekonateľné prekážky a komplikácie boli v tejto skupine štandardov označené „tabuľkové platy“ (teda slabé, nemotivujúce ohodnotenie práce zamestnancov/kýň sociálnych služieb), ale aj neochota zamestnancov/kýň vzdelávať sa, pokiaľ to nie je povinné. Ďalej chýbajúca podpora ďalšieho rozvoja zamestnancov/kýň zo strany vedenia, ale aj ohrozenie prevádzky bežnej starostlivosti o prijímateľov/lky pre neprítomnosť zamestnancov/kýň v čase ich vzdelávania.

Ad 5) Dostupné informácie

Do poslednej skupiny štandardov sme sústredili tie, ktoré sa týkajú záväzkov poskytovateľov v oblasti poskytovania dostupných informácií pre všetkých aktérov sociálnych služieb.

Pozitívne aspekty, príležitosti

Priebežné poskytovanie informácií medzi všetkými významnými aktérmi (prijímateľa/lky a ich rodiny, poskytovateľ a jeho zamestnanci/kyne, širšia verejnosť) prostredníctvom webovej stránky poskytovateľa, novín, letákov, piktogramov, na základe stretnutí v komunite, rovnako medzi jednotlivými organizačnými zložkami poskytovateľa,

to všetko zvyšuje vzájomné porozumenie a vedie k predchádzaniu konfliktov. Poskytovateľ týmto spôsobom dáva verejnosti príležitosť nahliadnuť do svojho fungovania, vrátane hospodárenia s poskytnutými verejnými prostriedkami, mať prehľad o spôsobe využívania poskytnutých darov, „priznať“ svoje silné a slabé stránky, komunikovať zámery do ďalšieho obdobia. Ako sa uvádza v jednom dotazníku, ide o:

„Sprehľadnenie práce pre zamestnancov, klientov, rodiny a verejnosť, skvalitnenie služieb, „vyvinenie“ sa zo zodpovednosti“.

Pozitívom záväzkov v oblasti poskytovania zrozumiteľných informácií pre všetkých aktérov je aj potreba zvyšovania komunikačných zručností zamestnancov/kýň.

Pre prijímateľov/lky je benefitom štandardov tohto typu poskytovanie jasných informácií a prehľadu, čo môžu očakávať, čo opätovne zvyšuje porozumenie a pomáha predchádzať konfliktom. Poskytovanie darov organizáciám umožňuje zvyšovať úroveň kvality života prijímateľov/liek, nakoľko môžu byť dodatočným zdrojom pre ich voľno-časové aktivity, či zlepšenie materiálno-technického vybavenia služby. Verejnosti sa môžu takéto informácie komunikovať ako súčasť politiky kvality poskytovateľa a jeho záujmu o transparentnosť vo využívaní filantropie iných ľudí a subjektov.

Prekonateľné problematické aspekty, náročnosť

Reálne napĺňanie uvedených záväzkov môže vyžadovať vysoké nároky na komunikačné zručnosti zamestnancov/kýň prispôbiť sa komunikačných potrebám rozličných prijímateľov/liek s rozličnými osobnostnými vlastnosťami a komunikačnými možnosťami, rovnako komunikačným potrebám ich rodín, či diverzifikovanej cieľovej skupiny všeobecne nazwanej „verejnosť“ („... nie je jasné, čo je komunikácia zrozumiteľná pre širokú verejnosť“). Komunikáciu môže sťažovať nedosta-

točná spätná väzba od prijímateľov/liek, ale aj od zamestnancov/kýň a strach vyjadrovať sa k citlivým otázkam. Rizikom je aj zlyhávajúce komunikácie medzi samotnými zamestnancami/kyňami, podmienené napr. časovou tiesňou, ale aj náročnosťou spracovávaní rozličných dokumentov a potrebou ich neustálej aktualizácie (dokonca spracovávanie tých istých informácií rozličným spôsobom pre rozličné subjekty).

Respondenti/ky sa vyjadrili aj k problematickým aspektom narábania s darmi a zverejňovania informácií o ich využití. Vidia ich najmä v prípadoch, ak v organizácii chýba postup oceňovania hodnoty darov, ich dokumentovania, či nevyužívania na účel určený darcom. Vtedy sa dar môže stať prostriedkom nerovnakého zaobchádzania s prijímateľom/ľkou (zvýhodňovaním určitých prijímateľov/liek). Pre všetky uvedené dôvody súvisí napĺňanie štandardov v oblasti komunikácie a prenosu informácií s potrebami ďalšieho vzdelávania zamestnancov/kýň v oblasti komunikačných zručností a jeho finančnými nárokmi.

Neprekonateľné problematické aspekty, náročnosť

Z hľadiska požiadaviek poskytovania informácií v zrozumiteľnej forme a v súlade s individuálnymi potrebami prijímateľov/liek a iných aktérov, pomenovali respondenti/ky za neprekonateľnú prekážku „*netímových spolupracovníkoch, často krátko so základným vzdelaním*“. Pri napĺňaní záväzkov prípravy a realizácie informačnej stratégie za takúto prekážku považovali „*ČAS! – menej času na priamu prácu s klientom*“.

Zhrnutie výsledkov kvalitatívneho opytovania

Od štandardov zameraných na ľudsko-právne otázky účastníci a účastníčky vzdelávacej akcie (respondenti/ky kvalitatívneho opytovania) očakávali najmä zjednotenie výkladu ľudsko-právnych aspektov sociálnych služieb a následne postupov ich uplatňovania v bežnej praxi zamestnancov/kýň. To by malo priniesť prijímateľom/ľkám viac partnerského prístupu a garanciu ich ľudských práv a slobôd, bez ohľadu na dôvody, pre ktoré sú odkázaní/é na sociálne služby. Na

strane druhej, vyjadrili obavy z nepripravenosti a nekvalifikovanosti časti personálu plniť takéto záväzky, stotožniť sa s ich duchom. Za neprekonateľné prekážky považovali prácu s neprispôsobivými prijímateľmi/kami, odmietajúcimi spolupracovať, ale aj nerovnakú mieru ochrany ľudských práv a slobôd prijímateľov/liek sociálnych služieb a ich poskytovateľov.

Štandardy zamerané na podporu využívania bežných zdrojov prijímateľov/liek a uplatňovanie princípu subsidiarity v sociálnych službách by mali priniesť medzi aktérov sociálnych služieb (prijímateľov/ky, ich rodiny, širší podporný kruh, poskytovateľov, komunitných poskytovateľov verejných služieb) viac partnerstva, spolupráce a spolupodpovednosti. U prijímateľov/liek by to malo podporiť ich vyššiu dôveru v poskytovateľov a ponúknuť nové rozvojové šance. Problematizovať to môže nezáujem rodín o takéto „partnerstvá“, presúvanie zodpovednosti za starostlivosť o svojich blízkych výlučne na poskytovateľov, ale aj nedostatok odborného a motivovaného personálu poskytovateľa plniť takéto mediačné a odborné úlohy.

Jasné vymedzenie vízie, poslania a cieľov poskytovateľa, pravidiel pre poskytovanie sociálnej služby, zabezpečenia jej odbornosti, osobitne cestou individuálneho plánovania, by malo priniesť vyššiu mieru zjednotenia postupov v organizácii, prehľadnenie jej činnosti a „čitateľnosti“ pre všetkých aktérov. Prijímatelia/ky a ich rodiny by mali cítiť viac stability a kontinuity v postupoch zamestnancov/kýň a v ich pozitívnych účinkoch na prijímateľov/ky, čo zvyšuje predpoklad spokojnosti s poskytovanou sociálnou službou. Napĺňanie takýchto cieľov môžu skomplikovať negatívne postoje zamestnancov/kýň k zavádzaniu nových vecí, k potrebe vzdelávať sa, k využívaniu inovatívnych foriem práce. U vzdelaných a motivovaných zamestnancov/kýň môže byť problémom ich stabilizácia, najmä pre nízke finančné ohodnotenie práce. Na strane prijímateľov/liek môže zámeri mariť ich nezáujem skúšať niečo nové, individuálne plánovať, ale aj formulácia ťažko naplniteľných osobných cieľov prijímateľov/liek.

Štandardy zamerané na vybrané personálne a priestorové podmienky kvality sľubujú, podľa respondentov/tok, kvalitnejšie riadenie organizácie, zlepšovanie jej kultúry a vzťahov na pracovisku, a to najmä cieleným využívaním a rozvojom ľudských zdrojov. Jasná organizačná štruktúra, kompetenčný model, zainteresovanosť a vzájomná informovanosť organizačných zložiek zvyšujú integritu organizácie a jej lepšiu pripravenosť vyhodnocovať spätné väzby zo strany prijímateľov/liek a ich rodín, rovnako od samotných zamestnancov/kýň a iných aktérov smerom k ďalšiemu vlastnému rozvoju a zmene. Ako náročná (problematická) sa môže javiť požiadavka vyhovieť variabilným očakávaniam prijímateľov/liek, a to v kontexte časových, kvalifikačných i priestorových nárokov na takúto mieru flexibility. Osobitne problematickou, až neprekonateľnou prekážkou sa ukazuje odmeňovanie odborných pracovníkov/čok, ale aj nechúť časti z nich vzdelávať sa a ďalej rozvíjať, často posilňovaná slabou podporou vedenia organizácie v tejto oblasti.

Napokon štandardy zamerané na informovanosť a dostupnosť potrebných informácií pre všetkých aktérov sociálnych služieb a vo všetkých fázach zmluvných vzťahov, či vzťahov k verejnosti: podľa respondentov/tok ponúkajú sprehľadnenie práce poskytovateľa sprostredkovaním informácií rozličného druhu a cez rozličné informačné kanály (o poskytovateľovi, o prijímateľoch/ľkách, o aktivitách, o hospodárení, o plánoch). To na druhej strane kladie vysoké nároky na zručnosti zamestnancov/kýň komunikovať dostupným spôsobom so všetkými aktérmi, čo môže byť aj neprekonateľným problémom v situácii veľkého administratívneho zaťaženia a časovej tiesne, ktorá znamená stále menej času na priamu prácu s prijímateľmi/ľkami sociálnych služieb.

Predbežná diskusia k výsledkom kvalitatívneho opytovania

V rámci kvantitatívnej dotazníkovej sondy sme zistili, že poskytovatelia uznávajú potrebu transformačných zmien v sociálnych službách, očakávajú ich však primárne na systémovej úrovni, najmä v zmene le-

gislatívy a podmienok financovania sociálnych služieb. Potrebu zmien na úrovni vlastnej organizácie a odborného zabezpečenia poskytovanej sociálnej služby identifikovali v oveľa nižšom rozsahu (približne len štvrtinovou v porovnaní s potrebami systémových zmien). Aj preto sme v nadväznosti na výsledky kvantitatívneho dotazníkového šetrenia zaradili v rámci kombinovaného výskumného dizajnu metódu kvalitatívneho opytovania. Cieľavedome sme podnecovali poskytovateľov sociálnych služieb uvažovať o tom, ako sa má, resp. by sa malo zavádzanie podmienok kvality odraziť v zmenách na organizačnej úrovni, prípadne na úrovni odborného zabezpečenia sociálnej služby. Respektíve, ako by sa mali a mohli mechanizmy na organizačnej a odbornej úrovni systematicky využívať smerom k napĺňaniu záväzkov v oblasti podmienok kvality, bez ohľadu na to, ako sa zabezpečia zmenami „zvonku“ organizácie (z externého, systémového prostredia). Položené otvorené otázky boli formulované tak, aby podnecovali respondentov/tky k otvoreným úvahám o rozličných aspektoch zavádzania podmienok kvality, k úvahám, ktoré by boli čo možno najviac „nezávislé, oslobodené“ od ich súčasnej situácie a zabehnutej praxe.

Výsledky kvalitatívneho opytovania ukázali, že najväčšie prísluby (potenciálne prínosy) vzťahujúce sa k podmienkach kvality videli respondenti/tky v zjednotení výkladu štandardov kvality a v následnom zjednotení postupov zamestnancov/kýň v rámci ich uplatňovania v bežnej praxi. To signalizuje volanie po zmene paradigmy kvality v sociálnych službách - od jej ponímania ako vlastnosti služby zabezpečovanej cez jej subjektívny výklad a kritériá, k normatívnemu konceptu kvality (Musil a kol., 2009; Nies et al., 2010). Potrebu zjednotenia postupov respondenti/tky pritom nevzťahovali len k ľudsko-právnym štandardom, ale prakticky ku všetkým, s osobitným dôrazom na jednotnosť pri odbornom zabezpečovaní sociálnej služby (kritérium a štandard 2.4) a individuálnom plánovaní (kritérium a štandard 2.5). V požiadavke jednotnosti postupov, ktorá nie je v rozpore s princípom individuálneho prístupu k prijímateľom/ľkám, vidia cestu k zdieľanému

mu smerovaniu organizácie, ku kontinuite a stabilite potrebnej pre všetkých aktérov sociálnych služieb, cestu k predchádzaniu nedorozumeniam. V jednotnosti výkladu a postupov vidia zároveň nástroj vlastnej „ochrany“ a istoty na individuálnej i organizačnej úrovni. Z výsledkov možno usúdiť, že pre účely identifikovania (potenciálne) pozitívnych aspektov podmienok kvality respondenti/tyky využívali primárne optiku organizácie a odborného zabezpečenia sociálnej služby, teda organizačnú a odbornú transformačnú perspektívu (Nies et al., 2010). V rámci nej zohráva kľúčovú úlohu dobré riadenie organizácie, zjednotené postupy, kvalifikovaní a motivovaní zamestnanci/kyne, vďaka ktorým sa prijímatelia/Iky môžu stať skutočným centrom ich odborného úsilia organizovaného na partnerskom princípe.

Ak mali respondenti/tyky pristupovať k štandardom kvality z perspektívy problémových aspektov ich napĺňania, prekonateľných a neprekonateľných prekážok, využili k tomu zmiešané transformačné perspektívy. Pri identifikovaní prekonateľných problémových aspektov aplikovali predovšetkým organizačno-odbornú perspektívu. Ich centrom sa stali opätovne ľudské zdroje organizácie, tento krát najmä v kontexte nedostatku zamestnancov/kýň a problémov ich stabilizácie, tendencie časti zamestnancov/kýň vyháňať sa novým veciam a výzvam, vrátane potreby neustáleho vzdelávania a vlastného rozvoja. Ďalej nedostatku kvalifikovaných a motivovaných zamestnancov/kýň ako odbornej záruky napĺňania nových záväzkov kvalitných sociálnych služieb, vrátane zabezpečenia informovanosti všetkých aktérov sociálnych služieb zrozumiteľným a flexibilným spôsobom.

Bolo zaujímavé skúmať, čo považovali respondenti/tyky za neprekonateľné prekážky uplatňovania podmienok kvality. Pri niektorých štandardoch takéto prekážky neidentifikovali. V prípade, že ich pri iných uviedli, šlo o faktory, ktoré nemožno považovať za neprekonateľné zo svojej podstaty, ale také, pri ktorých organizácie necítia, že ich majú možnosť prekonať vlastnými silami (aspoň v ich súčasných podmienkach a predstavách). Opätovne šlo o faktory skôr na systémo-

vej úrovni: o celkové zlepšenie financovania sociálnych služieb, vrátane vytvorenia lepšej finančnej kondície organizácií pre odmeňovanie svojich zamestnancov/kýň ako základu ich stabilizácie. Zo systémovej úrovne by mali pochádzať aj podporné nástroje pre zlepšenie prevádzkových podmienok poskytovateľov, či pre riešenie iných otázok. Ide napr. o poskytovanie sociálnych služieb osobám, ktoré by potrebovali skôr zdravotnú starostlivosť, či o zjednodušenie záväzkov v oblasti podmienok kvality a zníženie administratívnej zaťaženia poskytovateľov. Bolo príznačné, že pri identifikácii limitujúcich aspektov vychádzali respondenti/tyky predovšetkým z aktuálnej situácie (v terminológii SWOT analýzy zo slabých stránok fungovania organizácií). Ťažko sa pri plnení zadania vyvážovali zo zabehnutej praxe, zo súčasných skúseností a problémov a z ich limitujúcich vplyvov (Wolfensberger, in O'Brien), čo im bránilo hodnotiť obmedzujúce aspekty z perspektívy možných budúcich ohrození. Zrejme aj preto v ich prístupe absentovalo bližšie pomenovanie rezerv a zdrojov zlepšenia personálnych a prevádzkových podmienok z úrovne vlastných organizácií (napr. prostredníctvom lepšieho manažmentu zdrojov, uplatňovania princípov učiacej sa organizácie).

Osobitnú pozornosť si v rámci výsledkov kvalitatívneho opytovania zaslужujú kritické poukazy respondentov/tok na nerovnaké ľudsko-právne postavenie zamestnancov/kýň a prijímateľov/liek sociálnych služieb. Komunikované boli v kontexte problémov s uplatňovaním princípu subsidiarity v sociálnych službách, a to najmä pri nespolupracujúcich rodinách prijímateľov/liek. Problémom sú z pohľadu poskytovateľov aj postoje prijímateľov/liek a ich rodín, že musia rešpektovať všetky ich predstavy a očakávania, často bez akejkoľvek podpory najbližších a známych, rovnako absencia zdieľaných názorov a odborných stanovísk k tomu, čo je primerané/prijateľné/realizovateľné v sociálnych službách a čo už nie. Takéto kritické reflexie sa neobjavili v kontexte výskumnej činnosti ako nové. Opakovane sa presadzujú na rozličných odborných fórach, vrátane

fungovania stálej pracovnej skupiny pre sociálne služby na MPSVR SR. Naznačujú, že ľudsko-právna optika v sociálnych službách sa chápe ako „konkurenčná“ otázka, kedy sa predpokladá, že dôraz na ľudské práva a slobody jednej strany vzťahov (prijímateľov/liek) uberá na právach a slobodách druhej strany vzťahov (poskytovateľov, ich zamestnancov/kýň). K zaradeniu kritérií, štandardov a indikátorov zameraných na ľudské práva a slobody prijímateľov/liek do národného systému podmienok kvality došlo pritom práve v snahe vyrovnať východiskové pozície oboch strán, nakoľko ochrana práv a právom chránených záujmov zamestnancov/kýň sociálnych služieb bola a je tradične upravená v pracovno-právnej a inej národnej legislatíve. Vychádzalo sa z toho, že jedine cez partnerský prístup a snahu o rovnocenné postavenie oboch strán bude možné v sociálnych službách zmysluplne naplňať tie kritériá a štandardy, ktoré sú obsiahnuté v národnom systéme kvality. Opakované poukazy vyššie uvedeného druhu samozrejme nemožno prehliadať a bude im potrebné venovať primeranú pozornosť (vrátane výskumnej). Napriek limitom doterajšieho systematického poznávania v tejto oblasti, možno formulovať určité domnienky o hlavných zdrojoch pocitov neistoty, nedocenenia a obáv zamestnancov/kýň sociálnych služieb v súvislosti s ich vlastnými ľudskými právami a slobodami. Ak by sme vychádzali z výsledkov doterajšej výskumnej činnosti a zo systematickej komunikácie s poskytovateľmi sociálnych služieb, možno predpokladať zneisťujúce vplyvy prameniace zo systémového nastavenia sociálnych služieb, z ich celkovo nedostatočného financovania, pocitov skrivodlivostí rozličného druhu a nestability prostredia, v ktorom sa sociálne služby poskytujú. To sa negatívne premieta do všetkých aspektov sociálnych služieb, vrátane nedostatku zamestnancov/kýň, problémov ich stabilizácie, podmienok pre ich odborný rast, či zabezpečenia primeraného odmeňovania.

Krátko k otázke subsidiarity, ktorej problematike naplňanie bolo rovnako vzťahované k ľudsko-právnym aspektom sociálnych slu-

žieb. Zákon o sociálnych službách rieši otázku subsidiarity a účasti rodiny v starostlivosti o svojich odkázaných blízkych cez inštitút vyživovacej povinnosti (teda finančnej spoluúčasti na uhrádzaní nákladov sociálnej služby za zákonom stanovených podmienok), nie cez jej povinnú osobnú starostlivosť. Takéto riešenie princípu subsidiarity v sociálnych službách je v odbornej i laickej verejnosti prijímané nejednoznačne a niekedy rozpačito. Nadväzuje na nové prístupy k rodinnej starostlivosti založené na snahe o rovnovážne dodržiavanie a podporu práv opatrovaných i opatrujúcich osôb, vrátane práva členov a členiek rodiny rozhodnúť sa, či chcú zabezpečovať osobnú starostlivosť alebo nie a v akom rozsahu. Hovorí sa o novej paradigme starostlivosti, ktorá berie do úvahy štrukturálne zmeny v rodinnej inštitúcii, znižovanie jej opatrovateľského potenciálu, z dôvodu čoho možno očakávať, že záväzky starostlivosti sa budú postupne rozkladať medzi opatrovateľský potenciál širšieho okruhu sociálnych subjektov.

Nová paradigma stavia na uplatňovaní *zmiešaných opatrovateľských riešení (care mix)* smerom k zdieľanej zodpovednosti a starostlivosti, na flexibilitu a rôznorodosti opatrovateľských stratégií (v priestore a čase). Na praktickej úrovni ide o spoluprácu medzi neformálne opatrujúcimi osobami (rodinou, známymi, priateľmi), formálnymi komunitnými službami a dobrovoľníckou zložkou (Triantafillou et al., 2010; FUTURAGE, 2011; Repková, 2012). Spôsob praktickej realizácie takejto zdieľanej starostlivosti o odkázané osoby (Kotrusová, Dobiášová, 2012) nie je v podmienkach Slovenska doposiaľ vyjasnený a ustálený, preto vyvoláva často neistoty a otvorené otázky popísané vyššie. Blížšie sa problematike subsidiarity v sociálnych službách a rozličným opatrovateľským stratégiám o odkázané osoby budeme venovať v záverečnej diskusii k celkovým výsledkom výskumnej činnosti.

Podľa výsledkov kvalitatívneho opytovania možno sumárne konštatovať, že poskytovatelia sociálnych služieb oceňujú rozvojový po-

tenciál jednotlivých štandardov kvality, k naplneniu ktorého však sú/ budú potrebné významné (transformačné) zmeny. Aj táto časť výskumu naznačila, že ich očakávajú skôr zo systémovej (externej) úrovne, než cez hľadanie a identifikovanie vlastných rezerv a možností smerom ku zmenám. Za každých okolností budú kľúčovú pozíciu v týchto zmenách zohrávať ľudské zdroje angažované v sociálnych službách. Potreba ich systematického rozvoja predstavuje, okrem priamych finančných dopadov, aj zásadnú výzvu pre diverzifikovaný sektor celoživotného vzdelávania v sociálnej oblasti, vrátane pregraduálnej prípravy v pomáhajúcich disciplínach.

5.2.3 Inštrumentálne prípadové štúdie

V rámci poslednej časti výskumnej činnosti sme pracovali formou hĺbkových rozhovorov absolvovaných za účelom spracovania inštrumentálnych prípadových štúdií. V súlade so zvoleným dizajnom následného explanačného výskumu sme vybrali dve poskytovateľské organizácie, u ktorých vzišiel v prvotnom dotazníkovom prieskume rozdielny profil v kľúčových aspektoch implementácie podmienok kvality, a to napriek spoločnej národnej legislatíve a definovaným zákonným podmienkam. Na základe zistení z dotazníka sa líšili v stave implementácie podmienok kvality v organizácii (implementačnom statuse), v preferovaných implementačných stratégiách, ale aj vo vnímaní vplyvu zákonne upraveného systému podmienok kvality na to, ako organizácia poskytuje alebo v budúcnosti bude poskytovať svoje sociálne služby.

Pre účely prípadových štúdií sme formulovali základnú výskumnú otázku:

Ktoré aspekty (faktory) na úrovni organizácie ovplyvňujú stav implementácie podmienok kvality a postoj poskytovateľov k týmto podmienkam?

Pred realizáciou hĺbkového rozhovoru sme riaditeľkám vybraných organizácií vysvetlili jeho ciele a účel, nadväznosť na predchádzajúci

dotazníkový prieskum, do ktorého sa zapojili. Zároveň sme zdôraznili, že uskutočnenie rozhovorov si nemožno zamieňať s konzultáciami, ktoré si poskytovatelia sociálnych služieb na Slovensku v ostatnom období začali zabezpečovať v rámci zavádzania podmienok kvality. Rovnako, že nesúvisí s prípravou na výkon priamej hodnotiteľskej činnosti, ktorá bude prebiehať od januára 2018. Súčasťou návštevy zariadení sociálnych služieb, v ktorých sa uskutočnili hĺbkové rozhovory, bola aj ich prehliadka (v jednom prípade pred rozhovorom, v druhom prípade po ňom). Táto však rovnako nemala primárny vplyv na priebeh rozhovorov, ani na spracovávanie a vyhodnocovanie ich výsledkov.

Hĺbkové rozhovory sme rámcovo štrukturovali do štyroch tematických blokov, s čiastkovými modifikáciami v závislosti od štádia zavádzania podmienok kvality v opytovaných organizáciách v čase realizácie výskumnej činnosti:

- a) úvod (ako respondentka vníma slovo kvalita vo svojom bežnom živote, a následne, ako ho vníma v pozícii riaditeľky zariadenia poskytujúceho sociálnu službu),
- b) kvalita v začiatkoch (prístup k otázkam kvality sociálnych služieb pri zakladaní organizácie sociálnych služieb, inšpirácie a vzory),
- c) čas a faktory „zlomu“ (okolnosti a faktory, ktoré zintenzifikovali záujem organizácie o otázky kvality a podnietili jej systematický prístup v tejto oblasti, stratégia zavádzania podmienok kvality, postoje k systému podmienok kvality a vnímanie/predpokladanie ich vplyvu na činnosť vlastnej organizácie),
- d) kvalita a najbližšia budúcnosť (medzery, plánované implementačné kroky, dopady na víziu organizácie).

Dodatково sme sa zaujímali aj o názor respondentiek na to, či by mali byť v budúcnosti organizácie, ktoré dosiahnu lepšie výsledky v hodnotení podmienok kvality, inak (lepšie) verejne podporované ako tie, ktoré dosiahnu hodnotenie nižšie.

Prípadová štúdia 1

Organizačný kontext prípadovej štúdie

Pre účely spracovania prípadovej štúdie boli využité dva základné zdroje informácií. Prvým bol vyplnený dotazník organizácie z prvej fázy výskumnej činnosti (dotazníkový prieskum). Druhým bol hĺbkový rozhovor s riaditeľkou zariadenia priamo v jeho priestoroch v Bratislave, ktorý sa uskutočnil dňa 6.4.2016. Priebeh rozhovoru bol s jej súhlasom nahrávaný na diktafón, trval celkovo 65 minút a uskutočnil sa v dopoludňajších hodinách. Po spracovaní prípadovej štúdie bol jej text zaslaný riaditeľke na autorizáciu. Dodatočné informácie sme získali štúdiom webovej stránky poskytovateľa.

Východisková informácia o poskytovateľovi (z administrovaného dotazníka)

Išlo o neverejného poskytovateľa sociálnych služieb pôsobiaceho ako registrovaný subjekt od roku 2008 v bratislavskom a nitrianskom regióne s kombinovanými druhmi sociálnych služieb poskytovanými celoročnou pobytovou formou. Konkrétne išlo o kombináciu zariadenia opatrovateľskej služby, zariadenia pre seniorov, špecializovaného zariadenia, domova sociálnych služieb a útulku. V čase realizácie dotazníkového prieskumu organizácia poskytovala sociálnu službu 79 seniorom (z toho 61 ženám) a 10 mladším osobám (z toho 7 ženám). Organizácia v roku 2014 začala s prípravnými a analytickými prácami na zavedenie systému manažérstva kvality podľa noriem ISO, ktorý od roku 2015 implementuje, vrátane organizačne ustanovenej pracovnej pozície manažéra/rky kvality.

Ako uviedla v dotazníku riaditeľka zariadenia, organizácia mala v čase jeho administrácie systém podmienok kvality viac-menej zabehnutý (mala hotovú potrebnú dokumentáciu a vykonávala činnosti v súlade so stanovenými požiadavkami). Pre účely zavádzania systému spolupracovala s firmou, ktorá organizácii pripravila potrebnú dokumentáciu a poskytla konzultáciu, ako ju uplatňovať v praxi (za-

vedený informačný systém CYGNUS pre komplexnú správu agendy pobytových a ambulantných sociálnych služieb).

Riaditeľka zariadenia sa v dotazníku priklonila k stanovisku, že zákonom upravený systém podmienok kvality možno považovať za výbornú príležitosť rekapitulovať činnosť organizácie a za výborný základ jej transformácie. Zároveň však dodala, že riešiť kvalitu sociálnych služieb nie je možné bez dostatočných zdrojov na základné štandardné služby poskytovaných zo strany štátu a samosprávy. Finančný stres poskytovateľov sociálnych služieb považovala za faktor znižovania účinnosti akýchkoľvek zmien na úrovni organizácie. Aj preto by sa, podľa nej, mali na Slovensku transformačné zmeny sociálnych služieb týkať predovšetkým systému ich financovania. Bližšie pritom špecifikovala, aké systémové zmeny by sa v tomto smere mali prijať. Verejné zdroje, ktorú sú „...celkovo nebezpečne poddimenzované“, by sa mali rozdeľovať spravodlivo a verejné zariadenia by sa mali „odtrhnúť“ od rozpočtov zriaďovateľov tak, aby sa nedeformovala cena za poskytovanú sociálnu službu v závislosti od toho, či ju poskytuje verejný alebo neverejný poskytovateľ. Pre zlepšenie finančnej kondície v sociálnych službách by sa mal zriadiť nový „fond odkázanosti“ fungujúci na princípe platenia poistenia na odkázanosť v čase, keď je človek ekonomicky aktívny. K zlepšeniu finančnej situácie je rovnako potrebné zaviazat' zdravotné poisťovne k paušálnej úhrade zdravotných výkonov poskytovaných v rámci pobytových sociálnych služieb dlhodobej starostlivosti. Operatívne by sa mala zvýšiť suma príspevku na odkázanosť, ktorý by mal poskytovať štát ako nárokovateľnú štátnu dávku všetkým odkázaným osobám, pričom samospráva by doplácala na prevádzkové náklady sociálnych služieb len v prípade, že by občan alebo jeho rodina nemali dostatok zdrojov. Zlepšená finančná kondícia poskytovateľov by sa následne premietla aj do primeraného ohodnotenia personálu sociálnych služieb, bez ktorého celý systém skolabuje. V rámci širšieho konceptu sociálnych služieb sa napokon riaditeľka vyjadrila aj k potrebe prijatia verejných garancií podpory bývania pre matky s deťmi v núdzi a rieše-

nia otázok dostupných predškolských zariadení najmä pre túto ohrozenú skupinu.

Riaditeľka v dotazníku identifikovala viaceré transformačné zmeny prebiehajúce na úrovni jej organizácie a odborného prístupu k poskytovaniu sociálnych služieb. V tomto smere ocenila práve systém podmienok kvality, ktorý považuje za významný faktor týchto zmien a vyjadrila skúsenosť, že jeho zavedením aj reálne došlo k tomu, ako ich organizácia poskytuje svoje sociálne služby. V zavedení podmienok kvality vyzdvihla najmä sprehľadnenie práce zamestnancov/kýň a zlepšenie komunikácie medzi nimi, prijímateľmi/kami sociálnych služieb a ich príbuznými. Za základ úspechu a účinnosti systému kvality považuje stabilný a vzdelaný pracovný tím, čo však ohrozuje finančná nestabilita organizácie. Hovorila o začarovanom kruhu „zamestnanci/kyne – vzdelávanie – nezhodnotenie vzdelávania v prímernom ohodnotení – odchod z organizácie“, ktorý je frustrujúci a odrádzajúci od chuti robiť akékoľvek ďalšie zmeny.

Podľa názoru riaditeľky organizácia v čase administrovania dotazníka poskytovala kvalitné sociálne služby. Hrdí sú v organizácii najmä na to, že sa im postupne darí odbúravať staré stereotypy komunikácie s prijímateľmi/kami sociálnych služieb: „...a to aj v tak ťažko uchopiteľnej téme, akou je dodržiavanie ich ľudských práv a dôstojnosti, najmä tých s potrebou náročnej starostlivosti“. O kvalite vlastných sociálnych služieb ju v súčasnosti presvedčajú dotazníky spokojnosti prijímateľov/liek sociálnych služieb a ich rodín, osobné rozhovory s nimi, ale aj záujem iných osôb, ktoré pre nespokojnosť prichádzajú z iných zariadení alebo prichádzajú do sociálnych služieb prvýkrát na základe odporúčania niekoho, kto má už s týmto zariadením skúsenosť.

Výsledky hĺbkového rozhovoru

a) Postoje k otázkam kvality (v kontexte vlastnej životnej skúsenosti)

Pre riaditeľku je slovo „kvalita“ v jej bežnom živote obsahovo naplnené zameraním na dosiahnutie čo najlepšieho výsledku a na posúva-

nie človeka neustále ďalej. Kvalita je zdrojom šťastia a spokojnosti, dodáva pocit, že sa niečo dosiahlo a že človek urobil všetko, čo mohol, aby boli veci čo najlepšie. Pripisuje to svojmu „genetickému nastaveniu“ stanovovať si stále vyššie méty a dosahovať ich. Takýto životný postoj sa premieta aj do jej vnímania kvality v kontexte výkonu pozície riaditeľky kombinovaného zariadenia sociálnych služieb: „*Chcem, aby ľudia vedeli, že sme dali do toho všetko ... naozaj chceme, aby sme boli najlepší...*“.

b) Kvalita v začiatkoch

Keďže riaditeľka nemala pred založením sociálneho zariadenia a vstupom do formalizovaného „sveta sociálnych služieb“ žiadne systematické skúsenosti v tejto oblasti, rozhodla sa v začiatkoch zrealizovať *mapujúci prieskum* u iných poskytovateľov. Dbala pritom o možnosť formovať si pohľad na sociálne služby cez skúsenosť získanú u rozličných poskytovateľov sociálnych služieb. Navštívila verejných aj neverejných poskytovateľov, poskytovateľov v rozličných mestách a obciach Slovenska, poskytovateľov domácich, ale aj zahraničných (v Nemecku). Pri výbere organizácií sa riadila ich porovnateľnou dispozíciou k vlastnej organizácii, napr. že vznikli približne v rovnako období, a teda mali porovnateľné východiskové pozície voči záväzkom vyplývajúcim zo zákona o sociálnych službách. V organizáciách si všimla prvý dojem, ktorý v nej zanechali, celkovú atmosféru a zladenosť prostredia, správanie prijímateľov/liek sociálnych služieb, či správanie ich zamestnancov/kýň. Výsledkom každej návštevy bol „laicky zostavený“ zoznam pozitívnych a problematických (čo vadiť) aspektov poskytovateľskej praxe. Súčasťou mapujúceho prieskumu boli aj zariadenia sociálnych služieb typu útulkov, nakoľko organizácia sa už v tomto období angažovala v pomoci mladým ženám, ktoré mali z rozličných dôvodov problémy zabezpečiť si dôstojné podmienky pre svoju existenciu a existenciu svojich novonarodených detí bežným spôsobom. Celkovým výsledkom jej mapujúceho prieskumu bolo „...*vymedzenie sa voči pozitívnym i negatívnym veciam*“.

Na otázku, či v začiatkoch (po roku 2008, kedy sa zaregistrovali ako poskytovateľ sociálnych služieb) pristupovali k otázkam kvality vedomo, systematicky, riaditeľka uviedla, že áno, nakoľko „... *vedeli sme, čo chceme a čo určite nechceme*“. K takémuto poznaniu im poslúžila skúsenosť z mapujúceho prieskumu a zoradenie priorít pre prvotné obdobie tak, aby sa stali atraktívnym zariadením pre ľudí, potenciálnych prijímateľov/ľky sociálnych služieb a ich príbuzných. Určite chceli kvalitný personál, ale aj zabezpečiť *celkový vzhlľad (výzor) zariadenia*. Riaditeľka sa od počiatku osobne angažovala pri výbere farieb do jednotlivých priestorov a pri ich zlad'ovaní z hľadiska všetkých určujúcich prvkov prostredia (nábytok, farby, závesy, záclony). Aj keď v starostlivosti o starších ľudí uvedené aspekty prostredia niekedy jej okolie vnímalo ako nepodstatné, ona to považovala za podporný nástroj ich emočnej saturácie a dobrej adaptácie. Dodnes riaditeľka vníma otázku celkového výzoru zariadenia a zabezpečenia čistoty za jednu z kľúčových, nakoľko: „...*prvé, čo klienti hodnotia, je to, či máte pekné zariadenie. Až potom hodnotia personál a atmosféru*“. Výzor zariadenia sa tak stáva významným marketingovým a konkurenčným nástrojom poskytovateľa.

Riaditeľka priznáva v začiatkoch určité medzery, resp. nesystémovosť v prístupe k otázkam kvality, najmä z hľadiska práce s personálom a jeho účasti v nastavovaní pravidiel. Sťaženosť pripisuje aj finančným problémom, kedy: „...*My sme sa v začiatkoch museli zamerať na to, čo bolo tu. Ja som musela veľa vecí hasiť ... Vy nemôžete riešiť kvalitu, keď Vám ide o udržanie života, otázku života a smrti*“. V orientácii, či poskytovali kvalitné sociálne služby, im v začiatkoch pomáhali najmä poznatky z jej mapujúceho prieskumu a vyhranenie sa voči istým praktikám, ktoré vnímala ako neprijateľné.

c) Čas, skúsenosti a faktory „zlomu“

Zaujímali sme sa o najdôležitejšie faktory a okolnosti, ktoré viedli organizáciu k tomu, že sa začala otázkam kvality venovať systematickejšie. Riaditeľka v tejto súvislosti zmienila niektoré významné časové

míľniky. Po roku existencie zariadenia navštívila Nemecko a v ňom 17 zariadení rozličného typu i statusu. Ambíciou bolo „... *hľadanie, že kde to ešte môžem posunúť*“. Pri komparácii stavu vlastného zariadenia a porovnávaných zahraničných zariadení dospela k poznaniu, že v niečom je jej zariadenie dokonca lepšie, osobitne v pomere odborného personálu k počtu prijímateľov/liek sociálnych služieb.

K zásadnejším posunom došlo približne po troch rokoch fungovania organizácie (okolo roku 2012), na základe intenzívnejšej spolupráce s Asociáciou poskytovateľov sociálnych služieb v SR. Kľúčové motívatory k strategickej zmene smerom k systematickému venovaniu sa otázkam kvality sa začali hľadať vo vnútri vlastnej organizácie a to v samotných prijímateľoch/ľkách sociálnych služieb a ich príbuzných. V organizácii pocítili: „...*potrebu posudzovať pokrok ... pochopili sme, že niekedy tá intuícia nestačí. Intuitívne môžete robiť veci, ktoré ten klient a jeho rodina vníma. Ale intuitívne nemôžete urobiť tabuľku, sumár, neviete to percentuálne vyhodnotiť, ako sme sa posunuli ... ak chcete získať takéto údaje, musíte to mať systemizované*“. Ukázalo sa ďalej, že pri posudzovaní pokroku je okrem prijímateľov/liek sociálnych služieb dôležité stavať na ich príbuzných. Preto v organizácii zaviedli „Knihu sťažností“, ktorá sa stala hlavným mediačným nástrojom medzi rodinami prijímateľov/liek a vedením organizácie za účelom riešenia aktuálne vzniknutých problémov a posúvania organizácie ďalej. Sama sa snažila „edukovať“ rodinných príslušníkov v tom, aby sa v prípade potreby sťažovali. Zistila však, že táto cesta nefunguje, nakoľko rodinní príslušníci sa obávali zneužitia sťažností voči im príbuzným zo strany personálu. Preto časom Knihu sťažností vymenila za „Knihu podnetov“ ako základu pre stretávanie sa s príbuznými, riešenia aktuálne vzniknutých problémov a ich prevencie do budúcnosti.

Za významný míľnik systematizácie otázok kvality považuje „*frontálne hodnotenie spokojnosti s ich službami, a v rámci toho aj hodnotenie zamestnancov/kýň*“. Na základe svojpomocne vytvoreného dotazníka administrovaného medzi príbuznými totiž zistila, že najhoršie hodno-

tenou kategóriou v rámci zabezpečovania starostlivosti bol prístup personálu, čo bolo pre ňu znepokojujúce a vyžadovalo to zásadnú zmenu. Preto vytvorila samostatný komplexný systém hodnotenia zamestnancov/kýň podľa vzoru využívaného v iných spoločnostiach. Začala sa v hodnotení systematicky zameriavať na aspekty: a) samotného výkonu obsiahnutého v pracovnej náplni zamestnanca/kyne, b) na vzťahové aspekty správania sa zamestnanca/kyne, jeho/jej lojalitu k organizácii, c) na výkony „nad rámec“ bežných povinností. Stanovené a uvedomované pravidlá hodnotenia zamestnancov/kýň pre jednotlivé referenčné obdobia považuje za základ ich motivácie pre vlastný rozvoj. V tejto súvislosti však riaditeľka opätovne (konzistentne s vyjadreniami z pôvodného dotazníka) pripomína náročnosť hodnotenia a motivovania k zmene v situácii: *„...kedy Vy sa narobíte na tých zamestnancoch, zaplatíte im školenia a o pol roka z toho tímu zostane polovica ... A čím viac ich školíte, tých rýchlejšie ich pripravíte na odchod zo Slovenska. Vy si vychováte človeka, zaplatíte mu všetko, čo je možné a on si uvedomí, že je dobrý a odchádza ...“*.

V snahe prerušiť začarovaný kruh požiadaviek na vysoký výkon a rozvoj zamestnancov/kýň v nestabilných podmienkach, ako-tak stabilizovať odborné sily zariadenia, vytvorila tzv. „vernostný fond“ a organizuje rozličné tím buildingové akcie, na ktoré je pripravená investovať peniaze a hľadať sponzorov. Takýmto spôsobom chce nielen stabilizovať „kritickú masu“ zamestnancov/kýň pre poskytovanie kvalitných služieb, ale aspoň čiastočne udržiavať odborné kontakty aj s tými, ktorí/é v zariadení pracovali, ale najmä z finančných dôvodov odišli. Neodmietajú ale výpomoc aspoň v čase voľna na dohodu. Hlavnú pridanú hodnotu stabilného pracovného tímu vníma najmä v priamom benefite pre prijímateľov/Iky: *„... pre ktorých je bolestivé, keď si k opatrovateľom vytvorila vzťah, emočnú väzbu a zrazu im zmiznú zo života“*.

d) Benefity zavedeného systému kvality

Na základe prípravných a analytických prác od roku 2014 implementuje organizácia od roku 2015 systém manažérstva kvality podľa

normami ISO, využíva vybrané moduly informačného systému CYGNUS. Teda má, podľa riaditeľky, systém podmienok kvality viac-menej zabehnutý, a to ako z hľadiska potrebnej dokumentácie, tak z hľadiska zodpovedajúcich procesov. Zaujímavé je uviesť, že počas rozhovoru riaditeľka nikdy explicitne neuviedla, že organizácia má zavedený systém podmienok kvality podľa zákona o sociálnych službách.

Na otázku, aké benefity vníma z implementovaného systému kvality, bez zaváhania uvádza nestrpenie akéhokoľvek zlého zaobchádzania s prijímateľmi/kami sociálnych služieb zo strany personálu (fyzickú alebo komunikačnú necitlivosť). Poukazuje na vlastnú nekompromisnosť v situáciách, že by sa takéto správanie personálu preukázalo. Zamestnanci dostávajú v takýchto situáciách okamžitú výpoveď, a to aj za cenu dočasných problémov s ich náhradou. V súčasnosti vyzdvihuje prísne výberové konania na opatrovateľský a ošetrovateľský personál: *„Nevezmeme si na triko, že zoberieme hocijakého človeka, a pokazí Vám aj ten tím, na ktorom ste sa narobili sedem rokov. Nemôžem pripustiť, aby nám tu nejaký červík pokazil celé jablko. Tak ho radšej nezoberiem ...“*.

Za významný pilier fungovania systému kvality v organizácii považuje riaditeľka vťahovanie prijímateľov/liek sociálnych služieb do rozhodovania a fungujúci samosprávny princíp. Týka sa napríklad otázok stravovania (aké jedlá sa budú pripravovať, vrátane jedál pri osobitných príležitostiach), aktivizácie a trávenia voľného času (či sa pôjde na výlety a kam; kto sa pozve na slávnostné akcie ako hosť). Riaditeľka to považuje: *„... u tých, ktorí sú mentálne v poriadku, za veľkú kompetenciu, že oni majú k tomu čo povedať“*. Opakovane, vo viacerých fázach rozhovoru o benefitoch opakuje potrebu: *„... trošku im ozvláštniť tie dni ... nevyhnutnosť robiť im radosť, nakoľko tie dni sú tu veľmi monotónne... robiť im sviatok, splniť im želanie, a oni potom majú pocit, že si to tu tvoria...“*.

Na záver tejto časti rozhovoru vyjadrila riaditeľka názor, že vďaka kvalite sa zlepšila pozícia ich organizácie na trhu poskytovateľov sociálnych služieb. Uviedla, že až 80% prijímateľov/liek ich sociálnych služieb sú ľudia, ktorí k nim prišli na základe odporúčania iných.

e) Kvalita a najbližšia budúcnosť

Riaditeľka spája najbližšiu budúcnosť s vierou v zmenu systému financovania sociálnych služieb zo strany štátu (celkové zvýšenie príspevku na odkázanosť a jeho vyplácanie priamo z MPSVR SR). To považuje za základ pre zlepšenie ohodnotenia ľudí, ktorí sa v sociálnych službách angažujú, následne stability odborného tímu ako predpokladu akéhokoľvek ďalšieho odborného snaženia. Na strane druhej, vníma medzery smerom k vyššej kvalite aj na organizačnej úrovni: „... vždy sa dá niečo zlepšovať, aj keď robíme maximum“. Aj keď na základe dosiahnutého pokroku neplánuje meniť víziu a poslanie svojej organizácie, má určitý sen. Má ambíciu zriadiť na väčšom pozemku súbor troch druhov sociálnych služieb pre staršie osoby, v rámci ktorých by sa zabezpečila kontinuita podpory a starostlivosti v závislosti od aktuálneho funkčného stavu staršieho človeka a jeho prípadného budúceho zhoršovania: „... boli by tam pre starších ľudí aj byty, ako v Nemecku, a až by senior potreboval, bolo by tam prepojenie na opatrovateľské služby“. Súčasťou sna je aj organizácia „výmenných pobytov“ prijímateľov/liek sociálnych služieb v zariadeniach pre starších ľudí v Bratislave a v zariadení v nitrianskom regióne. Rovnako porovnávanie (benchmarking) oboch poskytovateľských organizácií cez normy ISO, ktoré môže podnecovať ich manažmenty k ešte lepšiemu riadeniu kvality a k dosahovaniu lepších výsledkov.

V komplexe rozličných druhov sociálnych služieb by sa v budúcnosti rada zamerala aj na zvýšenie udržateľnosti pomoci mladým ženám s malými deťmi. Aj keď ich súčasné zariadenie – útulok – je výnimočné vo vzťahu k iným útulkom v tom, že poskytuje podporu a pomoc mladým ženám s novonarodeným dieťaťom až po dobu troch rokov, nie je zabezpečená kontinuita zmysluplnej podpory po tomto období, a teda udržateľnosť dosiahnutých výsledkov. Tým sa zvyšuje, podľa riaditeľky, riziko devalvácie trojročného odborného aj ľudského vkladu do mladých žien aj ich detí. Na strane druhej si uvedomuje (a dokladá to praktickou skúsenosťou ich útulku), že pokračovanie

podpory a starostlivosti po období troch rokov vedie k riziku vzniku trvalej závislosti mladej ženy na sociálnej službe. Riešenie vidí napríklad v previazanosti sociálnej služby na stavebné sporenie, ktoré sa po uplynutí určitého obdobia môže stať základom pre získanie vlastného bývania pre mladú ženu i jej dieťa. Najudržateľnejším riešením v tejto oblasti by bolo, podľa názoru riaditeľky, prijatie stratégie výstavby malometrážnych bytov ako súčasť vládnej politiky bývania. Okrem toho je nevyhnutné systematicky analyzovať a vyhodnocovať dôvody, pre ktoré sa niektoré mladé ženy dostávajú do vyhrtených životných situácií (vrátane podávania žiadostí o utajovaný pôrod), ako základu pre zacielenie potrebných opatrení.

f) Výsledky hodnotenia podmienok kvality a verejná podpora poskytovateľov

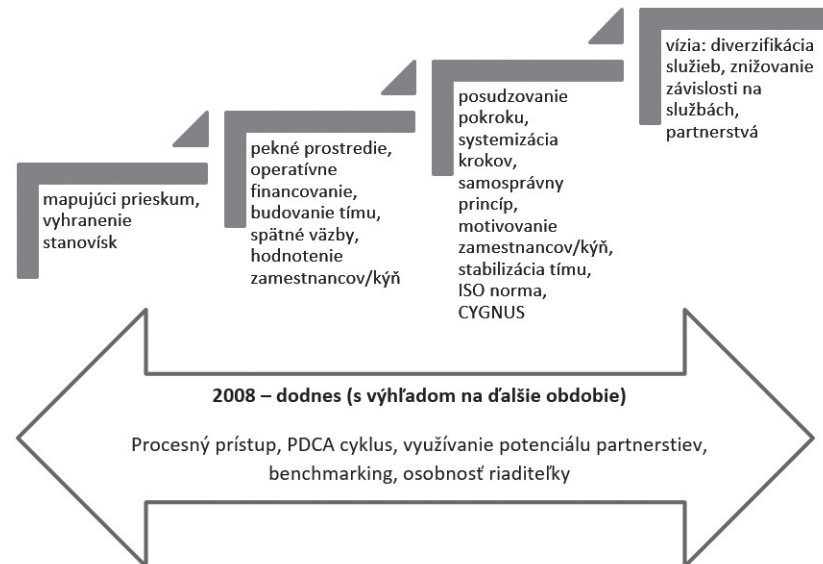
Napokon nás v rámci hĺbkového rozhovoru zaujímal názor riaditeľky na to, či by mali byť poskytovatelia sociálnych služieb v budúcnosti financovaní podľa toho, aké výsledky dosiahnu pri hodnotení podmienok kvality. Bez váhania uviedla, že: „... určite áno, formou ohodnotenia tých najlepších na nejakom slávnostnom galavečere“. Neprikláňa sa k tomu, aby tí, ktorí dosiahli vyššie hodnotenie, dostávali od štátu na svojich klientov a klientky aj vyššie príspevky. Hodnotenie totiž bude, podľa názoru riaditeľky, vždy „trpieť“ určitým stupňom subjektivismu, rovnako bude vždy úroveň dosahovanej kvality významne závislá na zdrojoch poskytovateľa. Poskytovatelia, ktorí by nemali dostatok zdrojov (z rozličných dôvodov), by nemali šancu na zlepšenie. Výsledkom by bolo to, že „... nožnice kvality a nekvality ešte viac otvoríte ... a väčšou dotáciou pre toho, kto už poskytuje kvalitu, by sa opätovne zasadilo semienko nerovnosti“.

Zhrnutie prípadovej štúdie 1

V prvej prípadovej štúdii sme popísali kombinované rezidenčné zariadenie sociálnych služieb neverejného typu poskytujúce sociálne

služby starším ľuďom a mladým matkám s deťmi do troch rokov veku v bratislavskom a nitrianskom regióne. Organizácia implementuje od roku 2015 systém manažérstva kvality podľa noriem ISO a využíva vybrané moduly informačného systému CYGNUS prispôbeného, aj na podnet riaditeľky zariadenia, pre potreby sociálnych služieb pobytového i ambulantného typu. Podľa riaditeľky má organizácia systém podmienok kvality viac-menej zabehnutý, aj keď počas rozhovoru nepovažovala za potrebné opätovne zdôrazňovať, že ide o systém podľa zákona o sociálnych službách. Ako vyplynulo z dodatočnej komunikácie s ňou (v rámci autorizácie textu), túto súvislosť považovala za automatickú. V nasledujúcej schéme sú zhrnuté hlavné obsahové piliere a časové míľniky „cesty k implementácii kvality“ tohto poskytovateľa (v percepcii jeho riaditeľky).

Schéma 4: Cesta k implementácii kvality v organizácii 1 – obsahové piliere a časové míľniky



Zdroj: voľné spracovanie autorky

Na základe informácií získaných z dotazníkovej fázy výskumnej činnosti a hĺbkového rozhovoru s riaditeľkou organizácie možno sumarizovať, že ide o organizáciu uplatňujúcu *procesný model* implementácie podmienok kvality postavený na zásadách manažérstva kvality podľa noriem ISO (Kovaľová, Buzala, 2015). Aj keď riaditeľka v rozhovore zmienila určité etapy (medzníky) vývoja organizácie z hľadiska implementácie systému kvality, mohlo to byť čiastočne podmienené aj predštruktúrovaním samotného rozhovoru. Vyplynulo z neho, že perspektíva kvality bola do činnosti organizácie „implementovaná“ od počiatku, od realizácie mapujúceho prieskumu (benchmarking); že jednotlivé etapy nadväzovali na seba prirodzene (PDCA cyklus), bez potreby identifikovania nejakého zlomového časového bodu, ktorý by riaditeľka označila za priamy začiatok implementácie podmienok kvality podľa zákona o sociálnych službách. Tieto sa aplikovali a aplikujú skôr na základe využívania zásad a nástrojov manažérstva kvality (podľa noriem ISO) a prostredníctvom informačného systému CYGNUS. Uvedeným spôsobom organizácia deklaruje svoj praktický záujem o problematiku kvality ako takú a zabezpečuje si „nezávislosť“ jej riešenia od zákonom stanoveného systému a požiadaviek.

Výskum ukázal, že hnacím motorom presadzovania kvality v organizácii je samotná riaditeľka, ktorá do nej vnáša zvnútorňovaný princíp „boja za stále vyššie méty“. Vyššou metou sa pre blízku budúcnosť javí „boj“ za zabezpečenie kontinuity a udržateľnosti komunitne organizovanej pomoci a podpory pre cieľovú skupinu starších ľudí v procese postupného ubúdania ich funkčných síl a schopností. Rovnako hľadanie systémových riešení zameraných na podporu sociálneho začlenenia mladých žien s malými deťmi v krízovej sociálnej situácii cestou podpory ich „emancipácie“ od sociálnej pomoci a kurately a znižovania závislosti na sociálnych službách. Za týmto účelom chce využívať podporné zdroje rozličných subjektov, nielen samotných sociálnych služieb, organizovaných formou partnerstiev (napr. partnerstvá so-

ciálnych služieb so subjektmi stavebného sporenia, s inými donormi, s médiami).

V dotazníkovom prieskume, rovnako počas hĺbkového rozhovoru, riaditeľka prejavovala vysokú mieru konzistentnosti názorov na otázky kvality a na jej podmieňujúce faktory aj širšej, nielen organizačnej povahy. Potenciál partnerstiev, ktorý organizácia intenzívne využíva, je vo významnej miere „živený“ bohatými osobnými a odbornými kontaktmi samotnej riaditeľky a projektovými skúsenosťami dokumentovanými na webovom sídle organizácie. Rovnako statusom riaditeľky ako „obhajovateľky“ záujmov osôb odkázaných na sociálne služby cez spravodlivé rozdeľovanie verejných zdrojov na uvedený účel. Tento status už niekoľko rokov intenzívne využíva v rozličných pracovných skupinách rezortu práce, sociálnych vecí a rodiny SR, v kontakte s médiami, či na pôde rozličných odborných podujatí, na ktorých sa diskutuje o aktuálnych problémoch vývoja sociálnych služieb na Slovensku a naznačujú sa súradnice jeho ďalšieho smerovania.

Prípadová štúdia 2

Organizačný kontext prípadovej štúdie

Pre účely spracovania prípadovej štúdie boli opätovne využité dva základné zdroje informácií. Prvým bol vyplnený dotazník organizácie z prvej fázy výskumnej činnosti (dotazníkový prieskum). Druhým zdrojom bol hĺbkový rozhovor, ktorý sa uskutočnil dňa 13.4.2016 v priestoroch kombinovaného zariadenia sociálnych služieb v Trnave. Rozhovoru sa zúčastnila riaditeľka zariadenia, ktorá si k nemu prizvala aj sociálnu garantku a predsedníčku správnej rady neziskovej organizácie. Priebeh rozhovoru bol so súhlasom zúčastnených respondentiek nahrávaný na diktafón a trval celkovo 60 minút. Po spracovaní prípadovej štúdie bol jej text zaslaný riaditeľke na autorizáciu. Dodatočné informácie sme získali štúdiom webovej stránky poskytovateľa.

Východisková informácia o poskytovateľovi (z administrovaného dotazníka)

Zariadenie pre seniorov, v kombinácii so zariadením opatrovateľskej služby a službou požičiavania pomôcok z Trnavy, bolo zaregistrované ako neverejný poskytovateľ sociálnych služieb v roku 2012, okrem služby požičiavania pomôcok, pre ktorú bol registrovaný už od roku 2009. V čase realizácie dotazníkového šetrenia poskytovalo sociálnu službu celoročnou formou celkovo 18 prijímateľom/ľkám sociálnych služieb, z toho 13 ženám. Organizácia nemá zavedený systém manažérstva kvality.

Ako bolo uvedené v dotazníku, zariadenie do doby jeho administrácie nezačalo so systematickou prácou na zavádzaní podmienok kvality. Čakalo na vydanie celoslovenskej metodiky, na základe ktorej sa chce otázkam ich implementácie začať systematicky venovať od roku 2016. Zákonom upravený systém podmienok kvality považovala riaditeľka zariadenia za dobrú myšlienku, ktorá je však tak náročná na uskutočnenie, že ju bude len ťažké úplne naplniť. Na strane druhej nepredpokladá, že v jej organizácii je potrebné prijímať nejaké zásadnejšie zmeny tak, aby sa služby organizácie dali považovať za kvalitné. Rovnako neočakáva, že po zavedení podmienok kvality sa zmení to, ako ich budú poskytovať svojim prijímateľom/ľkám. Podľa riaditeľky sociálne služby na Slovensku v súčasnosti potrebujú transformáciu, a to najmä z aspektu zabezpečenia ich lepšieho financovania. Podrobnejšie sa k potrebe transformačných zmien formou zlepšeného financovania nevyjadřila.

Podľa názoru riaditeľky organizácia už v čase administrácie dotazníka poskytovala kvalitné sociálne služby. Svedčia o tom dotazníky spokojnosti ich prijímateľov/liek a to, že osoby so skúsenosťou s ich sociálnou službou odporúčajú zariadenie ďalším žiadateľom/ľkám. Vyjadřila hrdosť najmä na to, že aplikujú individuálny prístup k prijímateľom/ľkám ich sociálnych služieb.

Výsledky hĺbkového rozhovoru

a) Postoje k otázkam kvality (v kontexte vlastnej životnej skúsenosti)

Na otázku, čo pre riaditeľku znamená kvalita v jej osobnom živote, uviedla, že: *„... v podstate ide o to, robiť veci tak, ako to človek najlepšie vie“*. Pripustila, že nie vždy sa to podarí, dôležité je však robiť v súlade so svojím svedomím všetko to najlepšie, čo človek dokáže. Týmto princípom sa riadi pri vnímaní kvality aj ako riaditeľka zariadenia sociálnych služieb. Z uvedenej pozície by mala mať pod dozorom, ako sa v jej zariadení sociálne služby poskytujú. Či sú kvalitné, poskytované na úrovni, teda také, aby boli s nimi v prvom rade spokojní ich prijímatelia/ľky. V súvislosti s kvalitou zdôrazňuje, že: *„...človek, ktorému tú službu poskytujeme, by nemal mať dojem, že tú službu poskytujeme profesionálne, ale aby sme tú službu robili ľudsky, ale pritom čo najlepšie“*. Na požiadavku spresniť, čo znamená, že kvalitné služby by nemali vyvolávať v človeku dojem, že sú poskytované profesionálne, uviedla, že profesionálnosť sa spája s mechanickosťou, až odľudštením. Preto by: *„... zamestnanec mal s klientom robiť tak, ako by robil so svojím vlastným príbuzným“*.

b) Kvalita v začiatkoch

Spojenie „kvalita sociálnej služby“ sa v začiatkoch fungovania organizácie riaditeľke spájalo *„... predovšetkým so srdiečkom“*. Sociálna garantka v tejto súvislosti zdôraznila, že spočiatku sa zariadenie profilovalo ako hospic, všetci boli „naštartovaní“ takýmto smerom. Keďže sa však nepodarilo dohodnúť so zdravotnými poisťovňami, zaregistrovali sa napokon ako sociálne zariadenie. „Kód hospicovej starostlivosti“ však do určitej miery badať v prístupe zamestnancov/kýň až do súčasnosti. Sociálna garantka to potvrdila svojím opätovným zdôrazňovaním podstaty starostlivosti ako „záležitosti srdca“: *„... my všetci sme od začiatku poskytovali tie služby zo srdca. Skutočne, aj tí naši opatrovatelia. Nemôžeme povedať ani o jednom našom opatrovateľovi a opatrovateľke, že by*

neposkytovali tie sociálne služby našim klientom zo srdca“. Na prvky hospicovej starostlivosti poukázala aj počas následnej návštevy prevádzky zariadenia.

Začiatky „práce s kvalitou“ spája riaditeľka zariadenia aj so zamestnancami/kyňami. Od počiatku vyžadovala, aby mali určitú *kvalifikáciu*, ktorá je predpokladom pre poskytovanie kvalitnej sociálnej služby a toho, že zamestnanci/kyne vedia, čo majú po odbornej stránke robiť. Dbali o to, aby bolo o ľudí postarané, aby sa im pomáhalo najlepšie, ako sa vie, a zároveň, aby bola služba odborná, ako záruka, že sa ľudom neublíži. Riaditeľka opakovane zdôrazňovala spojenie kvalifikovanosti a odbornosti, pri súčasnom zachovávaní etických, morálnych zásad a individuálneho prístupu k človeku v sociálnych službách: *„... aby sme ich nebrali ako vec – jak sa to niekedy robí – že je to naplánované a ideme to teraz robiť; aj to sa myslí pod kvalitou, že sa pomáha ľuďom a vykonávajú sa im služby, keď to človek potrebuje, nie keď to máme naplánované...“*. Význam kvalifikácie ľudí a poctivých výberových konaní vyzdvihla aj predsedníčka správnej rady neziskovej organizácie. Tým, že bolo vo výberových komisiách zapojených viacero ľudí, že sa posudzovala odbornosť, ale aj prístup uchádzačov/čiek o prácu: *„...sa kvalita zachytila od začiatku činnosti organizácie“*.

Riaditeľka predsa len priznáva, že v počiatkoch sa k otázkam kvality v organizácii pristupovalo skôr podvedome, intuitívne. Primárne boli zameraní na človeka, aby dostával čo potrebuje, službu na úrovni, keď si za ňu platí. A práve spokojnosť prijímateľov/liek, no najmä ich rodín, bolo to, čo im od počiatku poskytovalo orientáciu, či je ich sociálna služba kvalitná. Riaditeľka zdôraznila osobitné postavenie príbuzných, ktorí sú, podľa jej skúseností, častejšie nespokojní s rozličnými aspektmi sociálnej služby ako samotní prijímatelia/ľky. Orientáciu v tom, či sú ich služby kvalitné, im v začiatkoch poskytovali aj konzultácie s pracovníkmi/čkami iných zariadení počas rozličných odborných podujatí. Pre účely získavania inšpirácií navštívili niektoré zariadenia v okolí, so zahraničnými organizáciami nespolupracovali.

K otázkam kvality neorganizovali v začiatkoch, ale ani v neskorších fázach svojho fungovania, osobitné interné stretnutia. Na bežných pracovných poradách riešili všetko, čo sa vyskytlo. Nevenovali sa odborným veciam, skôr otázkam nevhodného správania zamestnancov/kýň k prijímateľom/ľkám sociálnych služieb, potrebe zachovávanía úcty k nim. Nevnímali to však, že ide o otázky kvality, minimálne to tak nenazývali: „...my sme to vtedy tak nepomenovávali, že je to kvalita. My sme to brali, že je to treba robiť takto, že je to samozrejmosť...“.

Riaditeľka zdôraznila, že v začiatkoch sa kvalita zabezpečovala problematicky z dôvodu nedostatku financií. Mali málo klientov/tok, a tým aj príjmov na ekonomicky oprávnené náklady, a preto si niekedy nemohli dovoliť to, čo by boli chceli (jednoducho na to nemali). Veľmi opatrne sa museli rozhodovať, na čo existujúce finančné prostriedky využijú. Otázky kvality sociálnej služby sa im v tejto situácii javili ako nadstavbové.

c) Čas, skúsenosti a faktory „zlomu“

Zaujímalí sme sa o to, či riaditeľka a jej tím vnímajú súčasnú situáciu v organizácii ako takú, že nastal čas začať sa venovať otázkam kvality a napĺňania jej podmienok systematicky. Uviedla, že áno, pričom za najvýznamnejší motivátor takéhoto úsilia považujú pripravovaný systém kontroly (myslí sa začiatok hodnotenia podmienok kvality od januára 2018): „... to je možno do budúcnosti až strašák, že sa bude v podstate prihliadať pri hodnotení a potom pri poskytovaní dotácií aj na to, ako sú hodnotené zariadenia, či sú tie služby poskytované ozaj kvalitne. Že to musíme mať spracované aj na papier, teda, že to nestačí len dodržiavať, ale to mať vypracované aj písomne, a potom, samozrejme, sa podľa toho aj riadiť“. Riaditeľka zároveň priznáva, že by sa tomu zrejme museli začať venovať viacej aj bez ohľadu na budúcu kontrolu, aby ich prístup nebol taký intuitívny.

Na otázku, či cíti v organizácii nejaké medzery, ktoré by sa systematickou prácou na otázkach kvality dali riešiť, uvádza, že áno, najmä

v prístupe personálu k prijímateľom/ľkám sociálnych služieb. Prekáža jej príliš familiárne správanie sa k nim, až neopodstatnená spontánnosť, niekedy tykanie, či zabudnutie klopať pred vstupom do ich osobného priestoru. Všetko v záujme toho, „...aby si s nimi dobre vychádzali“. Rezervy vidí aj pri podávaní stravy, najmä desiaty a olovrantu. Uvádza, že sa snaží zamestnancov/kyne na to upozorňovať, ale nie vždy sa jej to darí a nie všade môže byť. Na otázku, čím si nemožnosť trvalejšej zmeny vysvetľuje, odpovedá, že je to zrejme spôsobené chýbaním písomne spracovaných postupov pre jednotlivé činnosti a situácie, ktorými by boli zamestnanci/kyne viazaní/é: „... aby oni vedeli, že to nežiadam iba ja, ale že si to žiada normálny prístup, ako sa to má poskytovať. Že to musí byť určitý prístup, ktorý treba dodržiavať ... takže, ono tie štandardy treba mať podchytené, aby si ich tí ľudia mohli aj častejšie pozrieť a prečítať ... Myslím si, že keď tie štandardy pripravíme, budeme ich spolu robiť, tak si to aj ľudia zvnútornia“.

K potrebe štandardizácie sa pripája aj predsedníčka správnej rady: „Keď to dáme aj na papier, do dokumentov, tak sa vyhneme nejakej tej zvykovosti a zavedieme systém. Nebude to len pre personál, ktorý je tu, nakoľko jedni odídu, druhí prídu...“. Vo svojich vyjadreniach zachytila aj cyklickú povahu práce na štandardoch a ich implementácie: „Keď sa to prepíše v tých dokumentoch, potom postupne by sa dalo zistiť, že by sa to dalo robiť lepšie a zavedieme do praxe to lepšie ... musíme mať ten základ a potom budeme robiť ďalej“.

d) Vízia organizácie a podmienky kvality

Rozhovor sme zamerali aj na otázky vízie organizácie, ako základu jej strategického riadenia a možnej zmeny. Riaditeľka uviedla, že víziu doposiaľ nemajú formálne upravenú v nejakom dokumente, ale že má určitú predstavu do budúcnosti, ktorou je rozšírenie sociálnych služieb. Predovšetkým má predstavu rozšíriť do dvoch rokov existujúce služby zariadenia pre seniorov a neskôr (výhľadovo do troch – štyroch rokov) zaviesť domácu opatrovateľskú službu. Priestory k tomu majú, nevyhnutné sú len dokončovacie práce podmienené dostatkom

financií. Svoju víziu rozšíriť rezidenčné služby komunikovala doposiaľ v odbornom tíme svojej organizácie a v správnej rade. Nie je však doposiaľ formalizovaná na papieri ako projektový zámer. Náklady rekonštrukčných prác chce pokryť aj z asignácie 2% dane z príjmu, s čím sa obracia aj na širšiu verejnosť. Ambíciu zavedenia domácej opatrovateľskej služby predstavila rámcovo len vedúcej sestre zariadenia.

V súvislosti so strategickými otázkami sme sa zaujímali aj o zdôvodnenie, prečo si riaditeľka myslí, že zavedenie podmienok kvality neprinesie do činnosti jej organizácie a do toho, ako poskytuje sociálne služby, zásadnejšie zmeny (v súlade s vyjadrením v dotazníku). Riaditeľka i sociálna garantka uviedli, že sa zrejme nevyjadrili v tej rýchlosti (myslí sa pri vypĺňaní dotazníka) presne, pretože: „...sa chceme v tej kvalite naozaj stále zlepšovať“. Od zavedenia štandardov kvality očakávajú robenie si dobrého mena, na základe ktorého k nim budú chodiť ľudia po odporúčaní iných: „Toto by mal byť najväčší hnací motor pre našu službu ... to by mal byť základ, aby sme my svojou prácou, dodržiavaním štandardov kvality dokazovali, že naozaj tú prácu robíme dobre, že sú u nás, s nami ľudia spokojní a že sú spokojní aj ich príbuzní“. Zdôraznili potrebu nemať veci len na papieri, ale ich mať aj uvedené do života.

Riaditeľka vyjadrila rozpaky pri otázke, či už v súčasnosti aplikujú vo svojej praxi štandardy kvality, keďže na začiatku rozhovoru konštatovala, že sú od založenia organizácie so zákonom v tejto časti dobre oboznámení. Uviedla, že sa snažia aplikovať do určitej miery všetky štandardy. Predsedníčka správnej rady doplnila, že má osobnú skúsenosť, ako riaditeľka dôsledne informuje záujemcov/kyne o sociálnu službu a ich príbuzných o všetkých relevantných náležitostiach, a navyše, že všetky potrebné informácie majú dostupné na svojej webovej stránke, ktorú v súčasnosti vylepšujú.

e) Kvalita a najbližšia budúcnosť

Na otázku, aké kroky plánuje organizácia najbližšie prijať za účelom systematizácie prác na otázkach kvality, riaditeľka bez váhania

uviedla, že v prvom kroku potrebujú konzultačnú službu: „Priznám sa, že neviem, jak sa toho chytiť, jak začať prácu na tých štandardoch“. Za účelom prípravy na externú konzultáciu spracovala k problematike kvality stručný podkladový materiál, v ktorom vychádzala zo skúseností ich organizácie, rovnako z inšpirácií dostupných na internete. Nepovažuje ho však za formálny dokument o kvalite, prostredníctvom ktorého by sa mala usmerňovať činnosť organizácie v tejto oblasti. Skôr za východisko komunikácie v procese konzultácie.

Vyjadrila predstavu mať v krátkej budúcnosti aspoň na čiastočný úväzok pracovníka/čku, ktorý/á by bol styčným dôstojníkom v kontakte s ostatnými, zabezpečoval by kvalitné a včasné vypracovanie štandardov, o ktoré by sa mohli čo najskôr oprieť a poukázať, kde majú rezervy. Priznáva, že sama necíti dostatok kompetencií a času, aby mohla takúto agendu zašitiť. Predsedníčka správnej rady k tejto myšlienke dodáva, že: „... takýto manažér by nakoniec aj zlepšoval postupne tie podmienky alebo ich vlastne akoby interne, vnútorne kontroloval“. Svoje uvažovanie zavŕšila optimistickou výzvou: „Už sa do toho len vlož, aby teda všetko klapalo tak, ako má!“. Napokon však tlmočila dotaz správnej rady, že je dôležité vedieť, ako je spravidla takýto proces časovo náročný.

f) Výsledky hodnotenia podmienok kvality a verejná podpora poskytovateľov

Napokon nás v rámci hĺbkového rozhovoru zaujímal názor riaditeľky na to, či by mali byť poskytovatelia sociálnych služieb v budúcnosti financovaní podľa toho, aké výsledky dosiahnu pri hodnotení podmienok kvality. Váhavo uviedla, že je ťažké k takejto otázke zaujať jednoznačné stanovisko. Na jednej strane by privítala, keby bola vyššia kvalita aj viac ohodnotená. Na strane druhej vníma to, že horšie hodnotenie a nižšia kvalita služby môžu byť u poskytovateľa spôsobené absenciou primeraných podmienok, často krát finančnými dôvodmi. Skôr by sa prikláňala k tomu, aby organizácie, ktoré dosahujú lepšie

výsledky (vyššiu kvalitu), dostávali nejaké jednorazové prílepkovanie, odmenu, dotáciu, ktorú by využili na zlepšenie odmeňovania zamestnancov a zamestnankýň. V súčasnosti totiž nemajú prakticky žiadne možnosti motivovať ich k dodržiavaniu, či zlepšovaniu kvality.

Do debaty k tejto otázke sa zapojila aj predsedníčka správnej rady. Vyjadrila názor, že predovšetkým by bolo potrebné zvýšiť štátne dotácie (príspevky) na odkázané osoby: „... tak, aby to nebolo len z ruky do úst“. A až po určitom období stabilizácie všetkých poskytovateľov prijať systém motivačného prílepkovania v určitých referenčných cykloch (napr. raz za rok).

Riaditeľka v závere rozhovoru formulovala očakávanie spravodlivejšieho rozdeľovania verejných zdrojov na sociálne služby pre odkázané osoby. Prihovára sa za poskytovanie štátnych príspevkov (dotácií) pre osoby odkázané na pomoc inej osoby podľa stupňa odkázanosti. Vytvorili by sa tým spravodlivejšie podmienky na poskytovanie sociálnej služby pre tých, „...ktorí ešte neležia, ale tú službu potrebujú“, rovnako aj pre tých, ktorí sú na pomoc pri bežnom fungovaní odkázaní komplexne.

Zhrnutie prípadovej štúdie 2

V druhej prípadovej štúdii sme popísali kombinované rezidenčné zariadenie sociálnych služieb neverejného typu poskytujúce sociálne služby starším ľuďom, v kombinácii so službou požičiavania pomôcok. Ide o menšie zariadenie sociálnych služieb, ktoré vzniklo v roku 2012, nemá v súčasnosti zavedený systém manažérstva kvality a žiadna osoba (niečo ako manažér/rka kvality) sa v organizácii tejto otázke špeciicky doposiaľ nevenuje.

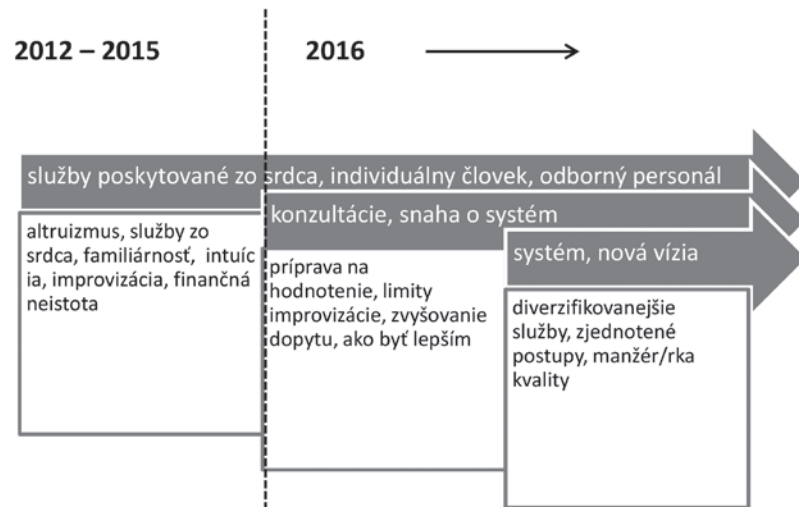
Z úvodnej komunikácie vzišla dôležitá informácia, že organizácia sa v pôvodnom zámere profilovala ako zariadenie hospicovej starostlivosti (teda ako zdravotnícke zariadenie). Tomu správna rada neziskovej organizácie a kľúčové spolupracujúce osoby (vrátane súčasnej riaditeľky) v začiatkoch podriadili prvotnú marketingovú stratégiu

a komunikáciu voči donorom i širšej verejnosti. Aj keď od roku 2012 fungujú ako zariadenie rezidenčnej sociálnej starostlivosti, v komunikácii vedenia organizácie stále cítia čiastočnú nostalgiu z nenaplneného sna. Uvedený fakt sa počas hĺbkového rozhovoru preukázal ako niečo, čo do istej miery doposiaľ ovplyvňuje prístup organizácie k poskytovaným službám a formovanie vlastného výkladu, čo kvalitné služby pre ľudí znamenajú. Riaditeľka organizácie i sociálna garantka opakovane zdôrazňovali základný princíp, na ktorom od počiatku stavali svoj prístup k zabezpečovaniu sociálnych služieb. Je ním poskytovanie „služieb zo srdca“, teda porovnateľným spôsobom, akým sa pomáha svojim najbližším. Ďalej zosúladienie s tým, čo konkrétny človek potrebuje (nie to, čo sa skupinovo plánuje). Uplatňovanie individuálneho prístupu uviedla riaditeľka v dotazníku ako to, na čo sú osobitne v organizácii hrdí. Zameranie na altruizmus, poskytovanie služieb zo srdca, kedy primárnou normou je starostlivosť o blízkych, na druhej strane znamená istú nedôveru k pojmom ako „profesionálny“, „odborný“, a k oficiálnemu (formálnemu) jazyku kvality a manažmentu kvality ako takému. Takéto pojmy spájali respondentky skôr s mechanickým, predpísaným, oficiálnym prístupom/postupom, než so službami zameranými na človeka.

Organizácia sa doposiaľ cielene a systematicky otázkam kvality nevenovala, k jej „riadeniu“ pristupovala skôr intuitívne, bez osobitného využívania „kvalitovej terminológie“ a postupov. To však neznamená, že by niektoré požiadavky na podmienky, definované v zákone, reálne neuplatňovala vo svojej praxi (napr. individuálne plánovanie, zisťovanie spokojnosti prijímateľov/liek sociálnych služieb a ich rodín, oboznamovanie záujemcov o sociálnu službu). Podľa vedenia však organizácia prišla do fázy, kedy je zavedenie systému nevyhnutné, nakoľko v situáciách sa často improvizuje, postupy sú skôr intuitívne, tímovo nezjednotené. Navyše, cítia približovanie sa termínu, kedy sa začne formálne hodnotiť napĺňanie podmienok kvality podľa zákona o sociálnych službách, na čo sa chcú dobre pripraviť a potrebnú dokumentáciu dať do

poriadku. Schematické zobrazenie doterajšieho vývoja a prístupu organizácie k zavádzaniu podmienok kvality znázorňuje schéma.

Schéma 5: Cesta k implementácii kvality v organizácii²



Zdroj: voľné spracovanie autorky

Na základe získaných informácií a z hľadiska typológie organizačných prístupov k implementácii podmienok kvality, by bolo možné v prípade tejto organizácie hovoriť o „*doplnkovom modeli*“, kedy sa poskytovateľ primárne pripravuje na popísanie plnenia podmienok kvality a na „doplnenie“ chýbajúcich dokumentov (Kovaľová, Buzala, 2015). V rámci tejto ambície prirodzene nadväzuje na existujúcu prax, ktorú chce formalizovať „popismi na papieri“, bez toho, že by sa vedenie organizácie zásadnejšie venovalo vytvoreniu systémových väzieb medzi jednotlivými postupmi a procesmi (smerom k zavedeniu systému manažerstva kvality podľa niektorého zo známych modelov). Významným motivátorom k zavedeniu novej praxe je v rámci tohto modelu príprava na hodnotiteľskú činnosť, v ktorej má organizácia záujem dobre obstáť.

V rámci formovania svojej vízie organizácia komunikuje, aj keď zatiaľ skôr interne, budúce zameranie na zabezpečenie kontinuity v starostlivosti o starších ľudí, v zmysle poskytovania diverzifikovaných služieb v rámci rozličných prostredí (domáce, rezidenčné) a voči starším ľuďom v rozličných stupňoch a štádiách odkázanosti na pomoc inej osoby. Týmto smerom zameria aj svoje ďalšie promočné a marketingové aktivity pre získavanie potrebných finančných zdrojov a širšej komunitnej podpory (napr. cez asignáciu 2% daní). Do popísaného rámca zapadá aj ambícia pokračovania v službe požičiavania pomôcok, ktorá je vnímaná ako „mostík starostlivosti“ vykonávanej v rozličných prostrediach, kde starší ľudia žijú (vrátane domáceho prostredia).

Plánovaný postup pre implementáciu podmienok kvality má v organizácii skôr *projektovú* než *procesnú povahu*. Organizácia identifikovala začiatok roka 2016 za zlomové obdobie (časový bod, úsek), ktoré považuje za začiatok venovania sa otázkam kvality. Na druhej strane očakáva, že do určitého termínu sa toto jej úsilie ukončí (k tomu smerovala aj otázka správnej rady, dokedy sa očakáva, „...že sa to pripraví“). To, čo sa bude diať po tejto fáze, nebolo počas rozhovoru predmetom systematickejších úvah. Záujem zamestnať nejakú osobu, ktorá by sa otázkam kvality venovala systematicky, však naznačuje, že vedenie organizácie si už v súčasnosti uvedomuje kontinuitnosť a cyklickosť agendy kvality pri poskytovaní sociálnych služieb a potrebu hľadania udržateľných riešení. Počas rozhovoru sa dal vystopovať jeho formatívny účinok na to, ako vedenie organizácie postupne mení postoje k otázkam kvality, ako reflektuje svoju minulosť i súčasnú situáciu a ako uvažuje o ďalšom postupe. Formatívnym účinkom rozhovoru sa dajú vysvetliť aj isté nekonzistentnosti vo vyjadreniach riaditeľky z dotazníkovej fázy výskumnej činnosti a z fázy osobnej komunikácie zameranej na hĺbkovú explanáciu dotazníkových zistení. Ale aj to, že na základe obsahu rozhovoru respondentky operatívne formulovali svoje zámery doplnenia webovej stránky organizácie, ktorú v súčasnosti upravujú.

Zhrnutie výsledkov prípadových štúdií a predbežná diskusia k nim

V tretej fáze výskumnej činnosti zameranej na hľadanie súvislostí medzi transformáciou sociálnych služieb a implementáciou podmienok kvality v činnosti poskytovateľských subjektov sme spracovali dve inštrumentálne prípadové štúdie. Vybrali sme dve organizácie, ktoré v úvodnom dotazníkovom prieskume reportovali zásadne odlišný status v implementácii podmienok kvality. Jedna organizácia ich v čase administrácie dotazníka nemala do svojej praxe zavedené a čakala na zverejnenie celoslovenskej metodiky, zatiaľ čo iná uviedla, že má systém viac-menej zavedený a zabehnutý. V oboch prípadoch šlo o neverejných poskytovateľov sociálnych služieb primárne zameraných na rezidenčné služby pre staršie osoby vo vyššom stupni odkázanosti na pomoc inej osoby.

Cieľom spracovania prípadových štúdií bolo hlbšie pochopiť podmienenosť implementačných statusových rozdielov, a to najmä orientáciou na podmieňujúce faktory na úrovni organizácie (Nies et al., 2010). Považovali sme ich za dobrý navigátor, ako smerovať intervenčné programy a metodickú podporu poskytovateľov sociálnych služieb v procese zavádzania a implementácie podmienok kvality zo strany rezortu práce, sociálnych vecí a rodiny SR, ale aj vzdelávacích a konzultačných firiem. Vychádzali sme totiž z toho, že napĺňanie podmienok kvality nie je od roku 2009 fakultatívnou záležitosťou a „dobrou vôľou“ poskytovateľov, resp. niečím, za čo by mali získať osobitné ocenenie (v zmysle zásady „... čo z toho budeme mať?“³⁴). Ale, že ide o zákonne ustanovenú povinnosť v súlade s právom človeka na kvalitné sociálne služby ako nástroja podpory jeho sociálneho začlenenia (Dušek, Terbr, 2010), na čom stavia verejná politika kvality v tomto sektore služieb.

34 Otázka: „Čo bude mať z toho poskytovateľ, že bude spĺňať podmienky kvality“, zaznela od zástupkyne poskytovateľov na reprezentatívnej konferencii ku kvalite sociálnych služieb v decembri 2015 v Bratislave.

Je dôležité podotknúť, že snaha o pochopenie a interpretovanie, čím je „inakosť“ implementačného statusu podmienená, nehovorí nič o tom, či organizácia poskytuje kvalitné sociálne služby alebo nie, ako sú s nimi spokojní ich prijímatelia/Ľky, prípadne ich rodiny. Tieto otázky neboli v rámci prípadových štúdií, ani celej výskumnej činnosti pre účely spracovania vedeckej monografie, predmetom skúmania.

U oboch dotazovaných subjektov bolo možné identifikovať spoločné, ale aj rozdielne faktory, ktoré sa vzťahovali k otázkam kvality. Najskôr sa budeme venovať tým, ktoré boli pre vyjadrenia riaditeľiek oboch organizácií **spoločné**. Išlo najmä o otázky financovania sociálnych služieb, o význam ich hodnotenia zo strany prijímateľov/liek a ich rodín a o potrebu zabezpečovania možnosti voľby a kontinuity v sociálnych službách, čo ovplyvňuje budúcu víziu oboch organizácií.

Z voľných vyjadrení riaditeľiek, konzistentných s vyjadreniami z dotazníka, bolo zrejmé, že poskytovanie kvality (kvalitných sociálnych služieb) podmieňujú bazálnou *finančnou stabilitou organizácie*. Keď nemá organizácia dostatok garantovaných finančných zdrojov na zabezpečenie svojej prevádzky a na „zaplatenie ľudí“, nemôže prijímateľom/Ľkám poskytovať kvalitné sociálne služby. Súhlasne sa zasadujú za poskytovanie príspevku na odkázanosť garantovaného štátom, ktorým by spoločnosť vyjadrila uznanie nepriaznivosti sociálnej situácie človeka vyvolanej jeho odkázanosťou na pomoci iných pri bežných denných činnostiach, zároveň uznanie opodstatnenosti sociálne dôsledky tejto nepriaznivosti kompenzovať. Právo na základný príspevok primeranej výšky (vyšší ako v súčasnosti) by vytvoril podmienky pre poskytovanie kvalitnej služby vo všetkých jej sledovaných aspektoch/parametroch, bez ohľadu na to, či sa organizácia už v súčasnosti venuje otázkam kvality systematicky, či má zavedený systém manažérstva kvality alebo sa zatiaľ len „mechanicky“ snaží dodržiavať zákonne ustanovené podmienky kvality. Obe riaditeľky pritom súhlasne uviedli, že zo zvýšeného garantovaného príspevku na odkázanosť by benefitovali prijímatelia/Ľky sociálnych služieb najmä cez stabilizo-

vanejšie pracovné tímy, lepšie ohodnotenie zamestnancov/kýň, a teda cez celkovo prímenejšie podmienky pre opatrovateľsko-ošetrovateľskú a sociálnu prácu.

Obe riaditeľky zdôrazňovali, že nestálosť a poddimenzovanosť financovania sociálnych služieb prispieva v súčasnosti k priepasti vo východiskových parametroch fungovania rozličných poskytovateľov, čo môže viesť k rozdielnym výsledkom budúceho hodnotenia úrovne kvality ich sociálnej služby. Preto sa nezasadzujú za to, aby sa v budúcnosti verejne podporovali viac tí poskytovatelia, ktorí budú hodnotení ako lepší. Považovali by to za ohrozenie práv prijímateľov/liek sociálnych služieb na verejnú podporu pri definovanej nepriaznivej sociálnej situácii a za základ „roztvorenia nožníc kvality a nekvality“ (v zmysle, že lepší by sa stali ešte lepšími a horší by nemali šancu na zlepšenie). Nevylučujú samozrejme nejaké formy morálneho ohodnotenia, či jednorazového finančného bonusu za vysokú kvalitu, ktoré by mohli fungovať motivačne.

Vyjadrenia a vysvetlenia oboch riaditeľiek ďalej spájali dôraz na potrebu *získovania spokojnosti*, pričom s ohľadom na cieľovú skupinu svojich služieb (starších ľudí) zdôrazňovali potrebu orientovať sa v získavaní najmä na spokojnosť príbuzných. Nezávisle, ale súhlasne uvádzali, že nespokojnosť prichádza častejšie zo strany blízkych a sú to blízki (príbuzní), s ktorými sa nezhody v očakávaniach na sociálnu službu a jej praktickom výkone aj najčastejšie riešia.

Napokon, riaditeľky oboch organizácií spájala povaha ich úvah, kam by sa chcela organizácia do budúcnosti posunúť (otázky *vízie organizácie*). Obe majú ambíciu rozšíriť svoje sociálne služby, nie však jednoduchým navýšením počtu miest pre nových záujemcov/kyne. Ide skôr o kvalitatívny rozmer zmeny smerom k poskytovaniu diverzifikovanejších služieb pre staršie osoby tak, aby mali oni a ich rodiny možnosť voľby z viacerých riešení, a to aj v závislosti od postupnej zmeny funkčného stavu staršieho človeka (služby v domácnosti, ambulantné služby, rezidenčné služby na určitú dobu a permanentné rezi-

denčné služby). Takýmto spôsobom chcú ponúknuť nielen kontinuitu v starostlivosti pri meniacej sa životnej situácii starších ľudí a ich rodín, ale aj optimalizovať podmienky pre ich postupnú adaptáciu v rámci prechodu z neformálnej a formálnej domácej, na formálnu rezidenčnú starostlivosť organizovanú na komunitnom princípe.

V posudzovaných organizáciách sme zistili aj určité **rozdiely**, pomocou ktorých sme chceli vysvetliť rozdiely v ich implementačnom statuse, pokiaľ ide o podmienky kvality. Za základný rozdiel považujeme *prístup* organizácií k zavádzaniu podmienok kvality ovplyvnený aj motiváciou systematicky sa tejto problematike venovať. Organizácia so zavedeným a zabehnutým systémom aplikuje od roku 2015 podmienky kvality na základe využívania zásad a nástrojov manažérstva kvality, konkrétne podľa noriem ISO a informačného systému CYGNUS. Je ju možné zaradiť medzi organizácie využívajúce procesný prístup k zavádzaniu podmienok kvality (Kovaľová, Buzala, 2015). Uvedená skutočnosť sa odrážala aj v kvalifikovanom „výrazive“ (terminológii), ktoré používala riaditeľka počas rozhovoru, rovnako v tom, že sa nepotrebovala explicitne odvolávať na napĺňanie systému podmienok kvality podľa zákona, nakoľko to považovala za automatickú vec (jej organizácii šlo o kvalitu ako takú). Aj keď sa organizácia začala angažovať v otázkach manažérstva kvality až po piatich – šiestich rokoch svojho fungovania, od počiatku sa riaditeľka snažila o systemizáciu práce na základe vyhradenia sa voči istým postupom iných organizácií, či naopak, inšpirovaním sa dobrou praxou (mapujúci prieskum, systém hodnotenia sociálnej služby a zamestnancov/kýň).

Organizácia s nezavedeným systémom podmienok kvality sa od svojho počiatku riadila predovšetkým dobrým úmyslom, srdcom, altruizmom, intuíciou, normatívom kvalitnej starostlivosti pochádzajúcej z domácej (rodinnej) starostlivosti a prostredia. Aj preto slová ako „profesionálny“, „odborný“ vnímalo vedenie organizácie ako „anti-normu“ kvalitnej služby, teda takej, do ktorej sa dáva všetko, čo sa môže a vie dať. Aj keď postupom času vedenie organizácie prichádza k tomu, že

spoliehať sa na intuíciu, spontánnosť a vlastné výklady môže byť limitujúce, až rizikové, primárnou motiváciou uvažovať o potrebe systematizácie práce na úseku kvality je blížiaci sa termín začiatku výkonu hodnotenia podmienok kvality. Primárna motivácia dobrej prípravy na „budúcu kontrolu“, ambícia dobre v hodnotení obstáť, radia túto organizáciu medzi tie, ktorú uplatňujú skôr projektový prístup k implementácii podmienok kvality. Predpokladajú, že v najbližšom období vynaložia určité úsilie, ktoré sa hodnotením zavŕši. Skutočnosť, že sa vedenie tejto téme doposiaľ systematicky nevenovalo, sa prejavila aj vo využívaní „kvalitovo“ menej kvalifikovanej terminológie, v počiatočnej nesmelosti zaujímať stanoviská k položeným otázkam, zo strachu, „že odpoveď nebude správna“, rovnako v nekonzistentnosti niektorých stanovísk vyjadrených v dotazníku a formulovaných počas rozhovoru. Na strane druhej, samotný priebeh rozhovoru, kladenie otázok v istej logickej nadväznosti, postupne „prebúdza“ záujem a potenciál vedenia organizácie pozrieť sa na svoju činnosť iným spôsobom, odhaľovať svoje silné stránky a medzery a formulovať východiská smerom k systematickej práci na úseku kvality (podmienok kvality).

K rozličnému implementačnému statusu určite prispel aj rozdielny rozsah skúseností oboch organizácií v projektovej a partnerskej činnosti (domácej, či zahraničnej), fundraisingu, práce s médiami, či aktívneho pôsobenia v rozličných odborných skupinách na miestnej, regionálnej, či národnej úrovni zaoberajúcich sa rozličnými aspektmi politiky sociálnych služieb. Z tohto pohľadu mala organizácia so zavedeným systémom kvality výrazne „navrch“.

Pri celkovom hodnotení prípadových štúdií si zaslúži osobitnú pozornosť náš pôvodný predpoklad, že rozdielny implementačný status oboch organizácií bude možné vysvetliť primárne ich rozdielnym fungovaním, pri ich súčasne „porovnateľnej dispozícii“. Porovnateľnou dispozíciou sme mali na mysli najmä obdobie (čas, rok) ich vzniku v relácii k obdobiu zavedenia podmienok kvality do zákona. Výber organizácií pre realizáciu prípadových štúdií sme podriaďovali od začiatku

výskumnej činnosti predpokladu, že „mladšie“ organizácie sociálnych služieb majú iné východiská pre zavádzanie podmienok kvality ako „staršie“ fungujúce niekedy aj niekoľko dekád³⁵. Domnievali sme sa, že nami vybrané organizácie mali z tohto hľadiska porovnateľnú východiskovú pozíciu. Jedna bola registrovaná v roku 2008, druhá v roku 2009 (hoci pre účely primárnej sociálnej služby – domova sociálnych služieb – bola registrovaná až v roku 2012). Keďže systém podmienok kvality podľa zákona o sociálnych službách sa stal právne účinným od januára 2009, znamenalo to pre nás, že obe organizácie fungovali od svojho počiatku pod režimom jeho záväzkov. Po zrealizovaní prípadových štúdií sa však javí, že štvorročný rozdiel v začiatku fungovania oboch organizácií mohol zohrávať z hľadiska implementačného statusu kľúčovú úlohu. Prvá organizácia pristúpila k rozhodnutiu postupne sa pripravovať na zavedenie systému kvality podľa ISO normy po štyroch rokoch svojho pôsobenia. Druhá organizácia je v súčasnosti práve v období svojho štvorročného pôsobenia, kedy si začína uvedomovať limity doterajšej skôr intuitívnej práce na otázkach kvality a nevyhnutnosť jej systematizácie. Aj keď výskum ukázal, že prístupy oboch organizácií sa od počiatku ich existencie výraznejšie líšili (podľa nášho názoru aj na základe rozdielných osobností ich riaditeľiek), nemožno sa na jeho základe jednoznačne vyjadriť, či sú súčasné rozdiely v implementačnom statuse vysvetliteľné ustáleným rozdielnym prístupom organizácií alebo skôr rozdielnou fázou ich vývoja.

Akokoľvek, kvalitatívny výskum formou spracovania inštrumentálnych prípadových štúdií potvrdil, ako významné je verejne podporovať organizácie sociálnych služieb v ich úsilí smerom ku kvalite, a to bez ohľadu na ich implementačný status. V tejto osobitnej fáze vývoja organizácií nie je zdôvodnené spochybňovať ani ich inštrumentálne (pragmatizujúce) motivácie zintenzívňovať svoje úsilie na úseku kvality najmä smerom k tomu, aby dobre uspeli v budúcom hodnotení

35 Aj z tohto dôvodu sa do NP DI vyberali organizácie tradičných sociálnych služieb dlhého fungovania.

podľa zákona o sociálnych službách. Kvalitatívny výskum naznačil, že aktivity, ktoré v rámci tohto úsilia vykonávajú (organizácia externých konzultácií, stretávanie sa s inými organizáciami, účasť na odborných podujatiach, či zapájanie sa do výskumov), môžu mať silný formatívny účinok (Kocman³⁶) a môžu v organizácii zakladať cesty k permanentnej zmene (Nies et al., 2010). Verejným záujmom by malo byť cielene podporovať organizácie v ich aktívnej sebareflexii a novom smerovaní (napr. prostredníctvom metodologickej a konzultačnej činnosti rezortu práce, sociálnych vecí a rodiny SR, edukačnej činnosti vzdelávacích inštitúcií) a nespoliehať sa výlučne na to, že smerovanie ku kvalite ako súčasť celkovej transformácie sociálnych služieb zvládnu z čisto vlastnej iniciatívy a vlastnými silami. Táto fáza výskumnej činnosti totiž opätovne vrátila pozornosť k jednému zo základných predpokladov udržateľného smerovania sociálnych služieb k vyššej kvalite a tým je spravodlivý, prehľadný a udržateľný systém ich financovania a verejnej podpory. Je bázou pre napĺňanie práva človeka na benefit zo sociálnych služieb, v súlade so záväzkami vyplývajúcimi zo všetkých relevantných ľudsko-právnych dokumentov, ktorými je Slovenská republika viazaná (Repková (ed.), 2015).

5.3 Zhrnutie výsledkov výskumnej činnosti

V kaskádovito organizovanej výskumnej činnosti sme sa zamerali na bližšie uchopenie súvislostí medzi procesmi implementácie podmienok kvality sociálnych služieb a potrebou ich celkovej transformácie v percepcii poskytovateľov sociálnych služieb. Kládli sme si otázku, či poskytovatelia spájajú implementáciu podmienok kvality sociálnych služieb s potrebou ich celkovej transformácie. Respektíve, či súčasťou transformácie sociálnych služieb sú aj organizačné zmeny vyvolané záujmom (ale aj nevyhnutnosťou) implementácie podmienok

kvality sociálnych služieb do poskytovateľskej praxe. Hypoteticky sme predpokladali, že poskytovatelia transformáciu vnímajú ako potrebnú, transformačné zmeny však očakávajú skôr na úrovni systémových faktorov sociálnych služieb ako takých, než na úrovni vlastných organizačných zmien v rámci zavádzania a implementácie podmienok kvality. Za výsledky spojené s jednotlivými fázami výskumnej činnosti sme priebežne zaraďovali ich sumarizáciu a diskusiu k vybraným zisteniam. Na tomto mieste preto zosumarizujeme len tie najdôležitejšie vzťahujúce sa k základnej výskumnej otázke a formulovanej hypotéze.

Hypotéza stanovená pre účely výskumnej činnosti sa potvrdila. Viac ako deväť z desať respondentov/tiek dotazníkového prieskumu súhlasilo s tým, že transformácia sociálnych služieb je v súčasnosti na Slovensku potrebná. Najčastejšie považovali za nevyhnutné prijímať transformačné opatrenia na systémovej úrovni (zlepšenie financovania, zrovnoprávnenie verejných a neverejných poskytovateľov sociálnych služieb, zjednotenie posudkových činností na účely sociálnych služieb a zabezpečenie ich dostupnosti a udržateľnosti). Takmer polovica respondentov/tok dokonca identifikovala potrebu zmien len na systémovej úrovni, najmä v oblasti financovania. Tie, podľa výsledkov kvalitatívneho výskumu, poskytovatelia nevedia sami ovplyvniť a považujú ich za neprekonateľné prekážky implementácie niektorých podmienok kvality do vlastnej praxe. Požadované opatrenia na organizačnej úrovni (vrátane politiky kvality konkrétneho poskytovateľa) a úrovni odborného zabezpečenia sociálnych služieb sa ako transformačný dôvod vyskytovali v dotazníkovom prieskume v oveľa nižšom rozsahu (len približne v jednej tretine všetkých potrebných transformačných požiadaviek).

Kládli sme si otázku, či sú procesy transformácie sociálnych služieb a zavádzania podmienok kvality vzájomne súvisiace alebo predstavujú nezávislé aspekty súčasného vývoja sociálnych služieb na Slovensku. Na základe výsledkov výskumnej činnosti by sa zdalo, že podľa percepcie významnej časti zapojených poskytovateľov je medzi nimi skôr

36 Dostupné na: http://www.mpsv.cz/files/clanky/18202/C1_Kocman_Kdo_nepotrebuje_revizi.pdf

nezávislý vzťah. Nesvedčí o tom len vyššie uvedené zistenie, že pod transformáciou rozumejú najčastejšie externé (mimo organizačné) zmeny na systémovej úrovni a že takmer polovica z nich považuje za transformačné dokonca len zmeny na tejto úrovni. Nespájanie otázok kvality (z aspektu organizácie) s celkovým transformačným procesom v sociálnych službách naznačuje aj ďalší výskumný poznatok. Až osem z desiatich respondentov/tok neočakáva, že po zavedení systému podmienok kvality do ich organizácie sa zásadnejšie zmení to, ako budú poskytovať svoje sociálne služby (teda, že u nich dôjde k transformačnej zmene). Takmer všetci zúčastnení totiž už v súčasnosti považujú svoje sociálne služby za kvalitné, bez ohľadu na to, či sú viazaní zákonom alebo nie.

Výskumná činnosť nebola zameraná na zisťovanie stavu plnenia podmienok kvality poskytovateľov posudzovaných podľa zákonných požiadaviek. Naznačila však, najmä prostredníctvom výsledkov jej kvalitatívnej časti, že napriek prevažujúcim očakávaniam poskytovateľov na zmeny systémových podmienok sociálnych služieb na Slovensku, nebránia sa kritickej reflexii vlastnej praxe v optike nových požiadaviek formulovaných zákonom. Nápomocné, objasňujúce, podporujúce internalizáciu a dynamizujúce môžu byť v tomto smere konzultačné stretnutia (Kocman³⁷), odborné podujatia, či účasť v rozličných výskumných projektoch zameraných na predmetnú oblasť organizovaných v rámci prípravy poskytovateľov na budúce hodnotenie podmienok kvality podľa zákona. Poznatky z národného projektu NP DI opakovane potvrdili význam výmeny skúseností medzi domácimi i zahraničnými organizáciami a poskytnutie možnosti „...vidieť na vlastné oči, že to existuje a funguje“. Tieto zistenia nás posmeľujú v „udržiavaní“ tézy o vzájomných súvislostiach medzi transformáciou sociálnych služieb a zabezpečením ich kvality na organizačnej úrovni ako otvorenej otázky, ktorá si zaslúži systematickú výskumnú pozornosť,

aj s ohľadom na jej vývojovú dimenziu. Možno totiž predpokladať, že postoj k otázkam vzťahu transformácie sociálnych služieb a implementácie systémov kvality sa bude meniť podľa toho, ako sa problematika kvality bude postupne udomácňovať v odbornom povedomí a praxi poskytovateľov sociálnych služieb.

Povzbudzujúce je v tomto smere aj zistenie, že vyše 70% organizácií, ktoré sa zapojili do dotazníkového prieskumu, mali v čase jeho realizácie „aktívny implementačný status“. Znamená to, že už začali so zavádzaním podmienok kvality podľa zákona, niektorí mali dokonca systém už zabehnutý, často v kontexte skúseností s uplatňovaním systému manažérstva kvality podľa ISO normy. Na základe realizácie prípadových štúdií dokonca možno predpokladať, že aj tie, ktoré uviedli, že so zavádzaním podmienok kvality do doby realizácie dotazníkového prieskumu ešte nezačali, vykonávajú na úseku kvality určité kroky, aj keď s obavou označujú ich ako systematickú prácu v tejto oblasti. Zistenie o implementačnom statuse poskytovateľov sociálnych služieb tak odporuje rozšírenému názoru, že poskytovatelia doposiaľ so zavádzaním podmienok kvality podľa zákona prevažne nezačali, nakoľko doposiaľ necítili podporu zo strany rezortu práce, sociálnych vecí a rodiny SR a pasívne vyčkávali na posunutie termínu, kedy začne výkon hodnotiteľskej činnosti rezortu na tomto úseku.

37 Dostupné na: http://www.mpsv.cz/files/clanky/18202/C1_Kocman_Kdo_nepotrebuje_revizi.pdf

6 Kvalita v kontexte transformácie sociálnych služieb – sumarizujúce poznámky a inšpirácie

V záverečnej časti monografie zhodnotíme komplexné výsledky výskumnej činnosti, prepojenia jej jednotlivých fáz, zdrojov a zistení a budeme diskutovať k vybraným otázkam, ktoré odrážajú stav nášho odborného poznania k problematike kvality sociálnych služieb v kontexte ich transformácie. Jej čiastkové odborné aspekty usporiadame do relatívne nezávislých blokov, ktoré dopĺňajú rámec pôvodnej konceptualizácie našej výskumnej práce. Robíme tak s presvedčením, že odbornú verejnosť podnietime k ďalšej výskumnej činnosti v tejto atraktívnej vedecko-výskumnej, ale aj praktickej oblasti sociálnej práce, či iných pomáhajúcich disciplín.

Transformácia a kvalita – teoretické ukotvenie a vzťahy

Východiskom prístupu k transformácii ako základu pre poskytovanie kvalitných sociálnych služieb podľa moderných požiadaviek je hľadanie vyváženého pohľadu na kvalitu sociálnych služieb ako takú. Podľa výsledkov nášho výskumu (kvantitatívneho dotazníka i hĺbkových rozhovorov v rámci spracovávania prípadových štúdií) sa poskytovatelia pri hodnotení kvality vlastných sociálnych služieb najčastejšie orientujú na základe spokojnosti ich prijímateľov/liek. Významným zdrojom spätnej väzby a utvrdzovania sa o kvalite vlastnej práce je aj zisťovanie spokojnosti u príbuzných (rodiny). Riaditeľky vybraných zariadení sociálnych služieb v rámci spracovávania prípadových štúdií spontánne zdôvodňovali intenzívnu zameranosť na zisťovanie spokojnosti príbuzných zdravotným stavom prijímateľov/liek, ktorý často zabraňuje konzistentnosti ich stanovísk („... raz sú zo služby nadšení, vzápätí chcú ísť domov“; „príbuzní sú častejšie nespokojní ako samotní klienti“).

Zameranosť na hodnotenie zákazníka/čky (v našom prípade prijímateľa/ľky sociálnej služby, ale aj rodiny) sa považuje v rámci spotrebiteľsky orientovaných konceptov kvality tovarov a služieb za kľúčovú v zmysle, že o ich kvalite rozhoduje výlučne spotrebiteľ/ľka (v našom prípade prijímateľ/ľka sociálnej služby, príp. jeho/jej rodina) (Mateides, 2006). V rámci služieb vykonávaných vo verejnom záujme, akými sú aj sociálne služby, treba však k podmienenosti ich kvality pristupovať širšie ako „úzko spotrebiteľsky“. Tým, že sa uzákonnili podmienky, ktorých splnenie je nevyhnutné, aby bolo možné sociálnu službu považovať za kvalitnú, do kvality vstúpil ďalší kľúčový faktor, ktorým je faktor prostredia. Prostredia v zmysle všetkých externe stanovených požiadaviek na kvalitu, ktoré sú nad rámec subjektívnej spokojnosti prijímateľa/ľky, príp. jeho/jej rodiny (napr. fyzické prostredie, informácie, ľudské zdroje, potrebné finančné prostriedky).

Nevyhnutnosť zohľadňovania a zladžovania oboch stránok kvality vychádza z teoretického ukotvenia problematiky kvality sociálnych služieb v sociálno-ekologickej teórii (osoby v prostredí), ktorá stavia na podmienkach spájajúcich jedinečnosť človeka s jeho prostredím, na ich permanentnom aktívnom podmieňovaní a ovplyvňovaní (Göppner, Hämäläinen, 2008; Matoušek, 2013; Cangár, Krupa, 2015). Na jednej strane sú pre kvalitu dôležité predstavy, subjektívne požiadavky, potreby a pocity prijímateľov/liek sociálnych služieb, príp. ich rodín, na strane druhej ide o objektivizované požiadavky na kvalitu stanovené obligatórne v zákone o sociálnych službách, či fakultatívne systémami manažérstva kvality. Vzájomnú podmienenosť názorov prijímateľa/ľky sociálnej služby a faktorov jeho/jej prostredia pri poskytovaní kvalitných sociálnych služieb výstižne popisuje M. Kovaľová, O. Buzala (2015:9): „...Všade tam, kde síce vieme preukázať precízne dodržiavanie všetkých objektivizovaných ‘vonkajších’ požiadaviek na kvalitu služby, ale človek je v nej nespokojný, nešťastný ... nemôžeme hovoriť o kvalite sociálnej služby. Analogicky je tak problematické hovoriť o kvalite v prípade, že klient je síce subjektívne spokojný, ale nie sú dodržiavané požiadavky determinujúcej

dokumentácie, odborných postupov a ostatných požiadaviek na poskytovanie sociálnej služby“.

Uvedomovaná zameranosť na dialektiku človeka v prostredí je dôležitá najmä vo fáze, kedy sa v sociálnych službách učíme rozumieť uplatňovaniu ľudsko-právnej paradigmy, kedy sa služby posúvajú od: „... starostlivosti zameranej na „teplo – jedlo – čistotu“ („warm – fed – and – clean – care“) k tvorbe, podpore a zabezpečeniu kvality života“ (Leichsenring et al., 2015:5). Kedy je potrebné učiť prijímateľov/ky, že poskytovaná služba nie je otázkou charity, dobrej vôle poskytovateľov, za ktorú majú byť vďační/é a udržiavaní/é v nerovnovážnom postavení voči ich zamestnancom/kyniam. Naopak, že sociálna služba je ekonomickou komoditou „ochraňovanou“ verejným záujmom podpory kvality ich života a aktívneho občianstva. Za cestu, akým sa tento verejný záujem presadzuje, sa považuje koncept podmienok kvality podľa zákona o sociálnych službách, prostredníctvom ktorého sa kvalita v sociálnych službách vysvetľuje, implementuje i vyhodnocuje. Presadzovaním takéhoto prístupu nie je potlačený výsostný (centrálny) status prijímateľa/ky v systéme sociálnych služieb a uplatňovanie konceptu služby zameranej na človeka (Cangár, Krupa, 2015).

Previazanosť transformačných úrovní a opatrení

V rámci kvantitatívneho dotazníkového šetrenia sme sa respondentov/tiek pýtali, či potrebujú sociálne služby na Slovensku transformáciu, a ak áno, o aké transformačné kroky a opatrenia by malo ísť. Takmer každá zúčastnená osoba (92%) súhlasila s potrebou transformácie. Uvádžali rozličné aspekty a zmenové opatrenia, ktoré by sa mali v rámci nej prijať a implementovať. Kategorizovali sme ich do troch skupín: (1) opatrenia na systémovej úrovni, (2) opatrenia na organizačnej úrovni a (3) opatrenia na úrovni odborného zabezpečenia sociálnych služieb. Do tretej skupiny sme zaradili aj výroky týkajúce sa prijímateľov/liek sociálnych služieb (napr. ich vedenie k aktívnej

pozícii v sociálnych službách), ktoré H. Nies et al. (2010) uvádzajú ako osobitnú transformačnú skupinu opatrení.

Podľa výskumných zistení výrazne najčastejšie uvádzali respondenti/ky transformačné opatrenia na systémovej úrovni sociálnych služieb, vytvárané mimo ich vlastnej pôsobnosti a mimo možnosti zásadnejšie ich ovplyvniť vlastných pričinením (na inom mieste tejto publikácie sme ich nazvali ako „externé determinujúce problémy sociálnych služieb“). Absolútne najčastejšie bola uvádzaná transformačná kategória „zlepšenie financovania sociálnych služieb“, ktorá predstavuje v odbornej spisbe pomerne solídne zdokumentovanú výskumnú otázku (napr. Bareš, 2010a; Bareš, 2010b; Víšek, Průša, 2012; Halásková, 2013). Transformačná požiadavka vedúca k zlepšeniu financovania sociálnych služieb sa v našom výskume komunikovala vo viacerých aspektoch. Nešlo len o to, investovať do oblasti sociálnych služieb celkovo viac finančných prostriedkov zo strany štátu, ale aj prebrať štátnu garanciu nad financovaním časti nákladov na sociálne služby pre určité skupiny ľudí, napríklad pre staršie osoby. Ďalej, zabezpečiť dôslednejšie plnenie záväzkov samosprávnych orgánov (regionálnych i miestnych) pri financovaní sociálnych služieb v ich pôsobnosti, či systematizovať preplácanie zdravotníckych úkonov poskytovaných v sociálnych službách v rámci zdravotno-sociálnej starostlivosti.

Aj keď sme požiadavky na celkové zlepšenie financovania sociálnych služieb zaradili do skupiny transformačných opatrení na systémovej úrovni, prirodzene sa dotýkali aj nižších úrovní a premietali sa do všetkých aspektov kvality sociálnych služieb. Vo viacerých fázach výskumnej činnosti sme sa stretli s poukazmi na zvýšené výdavky poskytovateľov súvisiace so samotným procesom transformácie a zavádzania podmienok kvality. V rámci hodnotiteľskej činnosti počas NP DI zapojení poskytovateľa uvádzali, že bolo nevyhnutné reštrukturalizovať organizačné a zdrojové kapacity svojich transformovaných zariadení tak, aby vyhoveli novým požiadavkám. Na dodatočné náklady poskytovateľov súvisiace so zavádzaním podmienok kvality sme po-

ukázali na základe ich praktických skúseností aj v rámci prípravy metodiky implementácie podmienok kvality v roku 2015 (Repková (ed.), 2015).

Najzreteľnejšie sa problémy s financovaním sociálnych služieb premietali do problémov s primeraným mzdovým hodnotením zamestnancov/kýň v sociálnych službách, ktoré vedú k reťazeniu ich nepriaznivých účinkov, osobitne: k problémom so získavaním zamestnancov/kýň, problémom s ich motiváciou a stabilizáciou, k problémom zabezpečiť im primerané ďalšie vzdelávanie, či vyžadovať záujem o neustále zlepšovanie pri nezhodnocovaní pridanej hodnoty ďalšieho vzdelávania v ich odmeňovaní. Nepriaznivé dopady nedostatočného a nestabilného financovania sociálnych služieb na ich personálne zabezpečenie sa tiahli naprieč všetkým fázam výskumnej činnosti. V dotazníkovom prieskume sa otázky primeraného odmeňovania zamestnancov/kýň objavili ako súčasť systémových transformačných zmien. Podrobnejšie bol objasnený začarovaný kruh „zamestnanec/kyňa – potreba permanentného rozvoja – nezhodnotenie permanentného rozvoja v odmeňovaní – odchod zamestnanca/kyne z organizácie“ počas hĺbkových rozhovorov pre účely spracovania prípadových štúdií. Prirodzene sa otázka problematickeho a nemotivujúceho odmeňovania zamestnancov/kýň sociálnych služieb objavila aj počas kvalitatívneho opytovania, kde bola vymedzená ako komplikujúci faktor implementácie podmienok kvality, ktorý nie sú poskytovatelia schopní zásadnejšie ovplyvniť vlastnými silami (ako neprekonateľná prekážka implementácie podmienok kvality). Predpokladáme, že uvedené zistenia majú spoločný explanačný základ aj so zistením z dotazníka, podľa ktorého až približne 40% respondentov/tok považovalo podmienky kvality za dobrú, ale ťažko naplniteľnú myšlienku, alebo ich dokonca považovali za zbytočnú vec, často aj z dôvodu náročného zabezpečenia potrebných personálnych zdrojov. Ukazuje sa teda, že požiadavky kladené na poskytovateľov v oblasti plnenia podmienok kvality chápané ako organizačná rovina transformácie, nie je možné oddeľovať od výcho-

diskových podmienok ich existencie. V rámci nich ide o potrebu jednotnej legislatívy, garancie verejného financovania dôsledkov určitých nepriaznivých sociálnych situácií ľudí, či o metodickú podporu poskytovateľov a smerovanie k implementačnej praxi podľa spoločne určených a zdieľaných pravidiel.

V rámci kvantitatívnej časti výskumu nás zaujal výrok jednej respondentky, podľa ktorej: „... riešiť kvalitu sociálnych služieb a nadstavbu, keď štát a samospráva neposkytujú dostatok zdrojov na základné štandardné služby, je CHORÉ a nelogické!!!!!!“. Výrok si zasluhuje komentár z viacerých dôvodov. Predovšetkým stavia na téze, že kvalita sociálnej služby je niečo nadštandardné, k čomu sa môže poskytovateľ hlásiť a o čo môže usilovať až vtedy, keď nemusí bojovať za základné prežitie. Táto myšlienka sa opakovane objavila aj počas hĺbkových rozhovorov pre účely spracovania prípadových štúdií, rovnako v rámci našej prvotnej mapujúcej práce a sekundárnej výskumnej analýzy dostupných zdrojov v tejto oblasti (Repková (ed.), 2015). Východisková premisa právne upravených podmienok kvality je však iná. Kvalita sociálnej služby garantovaná splnením zákonne ustanovených podmienok nie je ničím, čo by malo byť niekomu garantované v rámci nadštandardu, zatiaľ čo inému by sa v rámci štandardu nemalo poskytovať. Kvalita sa považuje za základnú hodnotu sociálnej služby (Dušek, Terbr, 2010), za niečo, čím poskytovateľ garantuje prijímateľovi/ľke napĺňanie jej účelu – podpory jeho/jej sociálnej inklúzie. Navyše, kvalita sociálnej služby garantuje nielen ochranu práv prijímateľov/liek sociálnych služieb, ale aj tých, ktorí ich poskytujú. Zákon o sociálnych službách síce pripisuje najvyššiu váhu kritériám, ktoré sa týkajú práv a potrieb prijímateľov/liek sociálnych služieb, v snahe vyrovnať ich pozíciu s pozíciou poskytovateľov (zamestnancov/kýň), ktorých práva a potreby sú chránené pracovno-právnou legislatívou. V princípe by však malo platiť, že práva jednotlivých aktérov pri poskytovaní sociálnych služieb by nemali byť vzájomne nadradované/podradované, resp. vysvetľované a uplatňované ako konkurenčná otázka. Aj v rámci našej výskumnej

činnosti, najmä počas jej kvalitatívnej fázy (kvalitatívneho opytovania počas vzdelávacej akcie), sme sa opakovane stretli s názorom, že v sociálnych službách funguje často nerovnováha v právach ich prijímateľov/liek, na jednej strane, a poskytovateľov (zamestnancov/kýň sociálnych služieb), na strane druhej. Bližšia rozprava k tejto otázke pritom ukázala, na základe čoho tento pocit u zamestnancov/kýň vzniká: odкрýva spravidla ich základnú nespokojnosť s pracovnými podmienkami, najmä úrovňou odmeňovania ich práce, ktorá nezodpovedá náročnosti povinností stanovených podľa nových požiadaviek kvality.

Vo svetle takéhoto chápania sa ochrana práv prijímateľov/liek ako otázka kvality sociálnych služieb uplatňuje cez prístup a praktickú činnosť poskytovateľov sociálnych služieb a práva poskytovateľov sa presadzujú cez vytváranie primeraných podmienok na ich činnosť, vrátane financovania zodpovedajúceho váhe tohto typu verejného záujmu (A Voluntary, 2010; Measuring, 2010).

Deinštitucionalizácia ako normatív transformácie

Spájanie otázok transformácie sociálnych služieb s ich kvalitou má v súčasnosti svoje výskumné (Musil a kol., 2009; Musil, Kubalčíková, Havlíková, 2009), ale aj širšie odborné ukotvenie, podľa ktorého sa poskytovanie kvalitných sociálnych služieb zameraných na podporu sociálneho začlenenia ľudí považuje za samotný cieľ transformácie. Práve stagnácia úrovne kvality sociálnych služieb sa vymedzuje ako hlavný dôvod pre zmenu inštitučných systémových prvkov uplatňovaných v sociálnych službách, teda pre ich transformáciu, a to bez ohľadu na druh, či formu poskytovanej sociálnej služby. Transformácia má primárne viesť k tomu, aby sa kvalita dostala pod kontrolu všetkých kľúčových hráčov (strán) sociálnych služieb. Existuje teda odborný konsenzus, že bez transformácie (kvalitatívnej zmeny) by sa požadovaná kvalita, v zmysle očakávaného súladu medzi individuálnymi potrebami ľudí a možnosťami služieb smerom k uspokojovaniu týchto potrieb, nedala dosiahnuť (Cangár, (ed.), 2015; Cangár, Krupa, 2015).

Ako však ukazuje prax, a naznačil to aj náš výskum, k spájaniu transformácie a kvality sociálnych služieb dochádza primárne v relácii k rezidenčným službám dlhodobej starostlivosti. Transformácia sa tak prakticky stotožňuje s deinštitucionalizáciou, vďaka čomu sa deinštitucionalizácia postupne vyvinula ako „normatív transformácie“. Vzťahovanie transformácie k iným druhom a formám sociálnych služieb nemá doposiaľ v reflexii poskytovateľov svoje ustálené zakotvenie. Dokonca, niektorí spájanie svojej služby s transformáciou odmietajú. Ako ukázal náš výskum, dôvodov môže byť viacero a môžu mať rozličnú systémovú povahu, napr.:

- pretože poskytovateľ nie je rezidenčnou službou, a transformácia sa týka predovšetkým rezidenčných služieb; ambulantné služby sa nedajú transformovať,
- pretože poskytovateľ nie je rezidenčnou službou dlhodobej starostlivosti, a transformácia sa týka primárne služieb dlhodobej starostlivosti,
- pretože transformácia sa týka iba niektorých cieľových skupín (napr. mladých ľudí so zdravotným postihnutím; zároveň však nie je možná u ľudí s ťažkým mentálnym postihnutím, či s výraznými poruchami správania),
- pretože nie všetko, čo doteraz poskytovatelia v rámci sociálnej služby vykonávali, bolo a je zlé a vyžaduje si transformáciu,
- pretože nie všetci prijímatelia/ľky a ich rodiny majú na finančne náročné transformované služby dostatok zdrojov,
- pretože v niektorých prípadoch stačí doplniť potrebnú dokumentáciu popisujúcu existujúcu prax a postupovať tak, ako doposiaľ.

Aj ďalšie naše výskumné zistenie podporuje záver, že transformácia ako cesta k zvyšovaniu kvality sociálnych služieb sa bežne vzťahuje k tradičným poskytovateľom s dlhoročnou činnosťou v oblasti rezidenčných služieb dlhodobej starostlivosti. Boli to častejšie verejní, ako neverejní poskytovatelia zo sektora rezidenčných sociálnych služieb dlhodobej starostlivosti, ktorí referovali v dotazníkoch potre-

bu zásadnejších zmien v tom, ako poskytujú svoje sociálne služby. Zároveň častejšie očakávali, že to bude práve zavedenie podmienok kvality, ktoré by im v tom malo pomôcť. Takéto zistenia korešpondujú s výskumnými zisteniami a skúsenosťami zo zahraničia, podľa ktorých poskytovatelia fungujúci v rámci starých modelov služieb, vo veľkých organizáciách, častejšie reflektovali potrebu zmien, ktoré by sa mali uskutočniť. Snažili sa o využívanie nových modelov práce a pozitívnej ideológie (napr. manuálov PASS – Programová Analýza Systémov Služieb - inšpirovaných konceptom normalizácie a valorizácie sociálnej roly; Wolfensberger et al., 1972; Thomas, Wolfensberger, 1999) smerom k zmenám na organizačnej úrovni (Elk, Neuville, 2007).

Vnímanie transformácie ako cesty k vyššej kvalite primárne vo vzťahu k rezidenčným službám dlhodobej starostlivosti možno chápať ako prirodzený výsledok doterajšieho vývoja druhového profilu sociálnych služieb, ich vývoja z hľadiska zameranosti na cieľové skupiny a preferované formy. Takéto konštatovanie, akokoľvek logické a pochopiteľné, by však nemalo oslabovať zameranie transformačných zmien aj na ostatných poskytovateľov, najmä z hľadiska systémových podmienok pre ich činnosť. Systémová podpora rôznorodého profilu sociálnych služieb uplatňovaná cez politickú prioritu podpory „komunitne organizovaných sociálnych služieb“ (Spoločné, 2012; Toolkit, 2014; Národné, 2015) je cesta, v rámci ktorej by sa skutočným cieľom úsilia stal človek (odkázaný na sociálnu službu) v jeho prirodzenom prostredí, s unikátnou sústavou dostupných podporných zdrojov a možnosťou voľby rozličných riešení v čase. Zároveň cesta, v ktorej by sa nedeformovali pohľady na sociálne služby a naliehavosť ich transformácie podľa kritéria druhov a foriem a podľa potreby operatívne politicky rozhodnúť, ktorá z nich sa stane prioritou verejnej podpory.

V rámci systémovej podpory celého profilu sociálnych služieb potom „znesie“ pojem transformácia aj zamieňanie/stotožňovanie s pojmom deinštitucionalizácia, ktorá však neznamená „len opúšťanie

budov (ústavov)“. Ide najmä o opúšťanie inštitučných praktík poskytovateľov, pri ktorých sa človek prispôsobuje podmienkam/nastaveniu prevádzky sociálnej služby akéhokoľvek druhu a formy a ktoré mu neumožňujú prijímať rozhodnutia v súlade s jeho vlastnými potrebami, možnosťami a bežnými zdrojmi. A takéto praktiky sa môžu vyskytovať ako v rezidenčných, tak v ambulatných a terénnych sociálnych službách, vrátane domácich (Kovaľová, Buzala, 2015).

Príkladom potreby vyváženého dôrazu na všetky druhy sociálnych služieb na princípe komunitne organizovanej podpory a zmiešaných opatrovateľských riešení (FUTURAGE, 2011; Repková, 2012; Kotrusová, Dobiášová, 2012) je v súčasnosti situácia v terénnych sociálnych službách, osobitne v domácej opatrovateľskej službe. Poskytovatelia na odborných podujatiach opakovane zdôrazňujú, ako problematické, ak vôbec realizovateľné, je a bude naplňovať jednotlivé štandardy kvality v tomto osobitnom sektore sociálnych služieb. Problémom nie je pritom len nedostatočné financovanie domácej opatrovateľskej služby, z dôvodu čoho dopyt po nej vysoko prekračuje ponuku a odkázaná osoba má len limitované možnosti vybrať si službu poskytovanú vo svojom domácom prostredí. Problémom je aj absencia mechanizmov ovplyvňovania domáceho prostredia odkázaného človeka zo strany poskytovateľa tak, aby bolo možné naplňovanie jeho ľudských práv, poskytovanie bezpečnej sociálnej služby, rovnako bezpečného pracovného prostredia pre jej poskytovateľov. Poznatky zo sekundárnej výskumnej analýzy (Repková (ed.), 2015), rovnako praktické skúsenosti poskytovateľov terénnych sociálnych služieb, osobitne domácej opatrovateľskej služby, poukazujú často na alarmujúce životné podmienky ich prijímateľov/liek. Často žijú v bariérovom a nebezpečnom domácom prostredí, v nečistote, v domácnostiach prijímateľov/liek chýbajú potrebné pomôcky a zariadenia, trpia zdravotným zanedbaním. Poskytovanie kvalitnej a bezpečnej sociálnej služby sťažuje niekedy aj náročná spolupráca v triangli prijímateľ/ľka – najbližší – zamestnanec/kyňa. Poukazujú na limity

poskytovateľa opatrovateľskej služby túto situáciu ovplyvniť a tým na limity napĺňania požiadaviek na kvalitnú sociálnu službu podľa zákona.

Ľudské práva, podmienky kvality a inštitucionálne medzi-riešenia

Nadviažeme na predchádzajúci text. Ak sa hovorí o deinštitucionalizácii sociálnych služieb ako o opúšťaní inštitučných praktík obmedzujúcich človeka v uplatňovaní jeho bežných práv a slobôd, potom si zasluhujú osobitnú pozornosť postupy niektorých poskytovateľov, ktoré nazývajú ako *mäkké formy deinštitucionalizácie*. S týmto pojmom sme sa stretli v rámci kvantitatívnej i kvalitatívnej časti výskumnej práce. Ide o prax zavádzanú niektorými poskytovateľmi rezidenčných služieb dlhodobej starostlivosti v snahe vyhovieť stanoveným podmienkam kvality podľa zákona v limitujúcich možnostiach svojich prevádzok. Mäkké formy deinštitucionalizácie vymedzujú ako deinštitucionalizačné medzi-riešenia, pri ktorých sa využívajú existujúce priestory rezidenčného zariadenia, pri súčasnej snahe o reorganizáciu podmienok bývania a bežného fungovania prijímateľov/liek sociálnych služieb podľa stanovených požiadaviek.

Organizačné „transformačné“ opatrenia takéhoto typu vyvolávajú otázku, do akej miery je možné v tradičnej rezidenčnej starostlivosti prekonať limity jej pôvodného hodnotového a prevádzkového usporiadania. Ak by sme si mysleli, že je to možné a udržateľné (nie v zmysle nejakých krátkodobých opatrení, pred realizáciou transformačného projektu), pripustili by sme, že v skutočnosti takéto limity neexistujú a prax založená na napĺňaní práv a slobôd ľudí je „vložitelná“ do akéhokoľvek prevádzkového prostredia organizácií. Výskumné zistenia však takúto úvahu nepodporujú. Podľa jednej respondentky nášho výskumu: „... zmena kvality úzko súvisí so zmenou prostredia; určité štandardy nie je možné dostatočne zabezpečiť v podmienkach inštitúcie“. E. Goffman (1961) ich pomenoval už začiatkom 70. rokov minulého storočia v rámci konceptu tzv. totálnej inštitúcie. Podľa autora totálne inštitúcie, medzi

ktoré zaradil aj služby rezidenčného typu pre odkázané osoby, charakterizuje spoločný život väčšej skupiny ľudí po dlhšiu dobu na jednom mieste, kde strácajú pod tlakom kontroly a obmedzovania vlastných preferencií svoju identitu, kde postrádajú možnosť vlastného rozhodovania, autonómie a voľnosti. Kriticky poukazoval na to, že miesto spoločného bývania býva často mimo bežných obydlí a komunít, voči ktorým sa vyhraňuje inštitúcia aj fyzickou uzavretosťou (zamknuté priestory, či vysoké múry). Totálna inštitúcia sa tak považuje za vynútenú komunitu, v ktorej sú ľudia podriadení úzkostlivej regulácii a ich správanie organizačným pravidlám (Goffman, 1961).

Odborníci a odborníčky na otázky deinštitucionalizácie sa zhodujú v tom, že v základných charakteristikách sa tradičná inštitucionálna kultúra nezmenila ani v priebehu desaťročí a že aplikáciu ľudsko-právneho prístupu v sociálnych službách nemožno plnohodnotne zabezpečiť bez zásadnej transformácie poskytovateľov tradičných foriem rezidenčných služieb. Potvrdili to aj zistenia z NP DI, podľa ktorých sa vo všetkých zapojených rezidenčných zariadeniach konštatovali limitujúce vplyvy prevádzkových možností poskytovateľa na zabezpečenie podmienok kvality, osobitne v oblasti dodržiavania ľudských práv a slobôd prijímateľov/liek sociálnych služieb (najmä práva na súkromie, intimitu, ovplyvňovanie životných podmienok). Aj preto sú odborné stanoviská k riešeniam založeným na akokoľvek dobre mienených mäkkých formách deinštitucionalizácie, či na transformačných medzi-riešeniach, skôr pesimistické, až odmietajúce. O'Brien k snahe realizovať zmenu „kozmetickými úpravami“ pôvodných podmienok zaujal jednoznačné stanovisko: „...reálna reforma má často ďaleko od toho, že by sa stúpalo po existujúcom rebríku odspodu smerom hore. Namiesto toho sa musí nastúpiť na iný rebrík postavený voči inej stene...“ (O'Brien³⁸:7).

38 *The Genius of the Principle of Normalization*. Dostupné on-line [10.2.2016]: <http://thechp.syr.edu/wp-content/uploads/2013/10/Genius.pdf>

Problematika subsidiarity v sociálnych službách

K potrebe komentovať otázku subsidiarity v kontexte kvality sociálnych služieb nás priviedli niektoré skúsenosti a výskumné zistenia nadobudnuté počas realizácie výskumnej činnosti. Každou jej fázou sa pritom vynárali nové odborné polohy a podoby uvedenej problematiky, preto sa pri nej v záverečných častiach monografie pristavíme.

Prvýkrát sme zaznamenali naliehavú formuláciu otázky „Čo znamená subsidiarita v sociálnych službách a pri plnení podmienok kvality?“, na zasadnutiach pracovnej skupiny pre prípravu metodiky implementácie podmienok kvality v priebehu roku 2015. Vtedy sme stáli pred úlohou odporučiť poskytovateľom sociálnych služieb, ako napríklad určovať druh, formu, rozsah a miesto poskytovania sociálnej služby v súlade s princípmi subsidiarity (kritérium 2.2 prílohy č. 2 zákona o sociálnych službách). Formulovali sme základnú tézu, že v sociálnych službách ako súčasť verejnej sociálnej politiky, je potrebné vynakladať úsilie na uspokojovanie potrieb prijímateľov/liek sociálnych služieb a na všestrannú podporu ich sociálnej inklúzie v rámci prirodzených sociálnych vzťahov, na subsidiárnom princípe. Vychádzajúc zo všeobecných vymedzení tohto princípu v teórii sociálnej politiky to znamená, že sa pri prekonávaní nepriaznivej sociálnej situácie človeka formou sociálnej služby očakáva predovšetkým zapojenie jeho vlastného úsilia, potom úsilia jeho rodiny a širšieho podporného kruhu, až následne pomoc právne regulovaných sociálnych subjektov – poskytovateľov sociálnych služieb na rozličných úrovniach a rozličného právneho postavenia (Stanek a kol., 2008; Repková (ed.), 2015).

Uplatňovanie princípu subsidiarity je zakódované v bežnej ľudskej skúsenosti spôsobom, že problémy ľudí je dobré a efektívne riešiť tam (na tej úrovni), kde vznikli a prostriedkami, ktoré sú tomuto prostrediu vlastné. V oblasti sociálnej politiky má však uplatňovanie tohto princípu svoje pravidlá stanovené záväznými kompetenciami jej jednotlivých aktérov. Aj v tomto prípade však platí, že „košeľa je bližšia ako kabát“, čo preukázali aj výsledky nášho výskumu. V rámci

štúdia podkladov získaných z hodnotiteľskej činnosti pri realizácii NP DI sa ukázalo, že zástupcovia samosprávnych orgánov sa vyjadrovali k otázkam transformácie a kvality sociálnych služieb podľa toho, ako ich pilotné transformačné procesy viazali k preberaniu priamych povinností a zodpovedností. Evidentne ústretovejšie a pozitívnejšie sa vyjadrovali k otázkam transformácie zástupcovia/kyne miestnej samosprávy (napr. prednostovia/tky a starostovia/tky), než zástupcovia/kyne regionálnej samosprávy, v pôsobnosti ktorých boli transformované zariadenia. Aj keď druhí menovaní principiálne vítali myšlienku a potrebu transformácie tradičných rezidenčných zariadení dlhodobej starostlivosti vybraných pre účely pilotného projektu, k samotnému procesu transformácie pristupovali viac problematizujúcim spôsobom, poukazovaním na potrebu dodatočných finančných prostriedkov, na nepripravenosť ľudí na zásadnú zmenu ich života (napr. začlenením sa do života bežnej komunity), či na nepripravenosť bežných komunit a spoločnosti ako celku.

Osobitnou a veľmi diskutovanou otázkou uplatňovania subsidiarity v sociálnych službách je spoluúčasť zo strany najbližších. Účasť rodiny pri poskytovaní pomoci odkázaným osobám bola v kvalitatívnej fáze výskumnej činnosti (v rámci kvalitatívneho opytovania) často predmetom kritiky. Popri väčšine prípadov, kedy rodina prejavuje prirodzený záujem o zdieľanie záväzkov starostlivosti (Kotrusová, Dobiášová, 2012), kedy spolupracuje pri tvorbe a vyhodnocovaní individuálneho plánu, aktívne prejavuje názory na úroveň sociálnej služby, zamestnanci/kyne sociálnych služieb sprostredkovali aj odlišnú skúsenosť. Nezriedka hovorili o nezaujme rodín akokoľvek spolupracovať aj v prípade, že by mali k tomu kapacity (nazývali ich ako „nespolupracujúce rodiny“), udržiavať kontakty s príbuzným/nou v sociálnych službách, o zlom zaobchádzaní s touto osobou zo strany rodiny, osobitne formou finančného zneužívania (Repková, Balogová, 2013) a o úplnom prenechávaní starostlivosti na formálneho poskytovateľa v súlade s heslom: „...keď platíme, tak sa starajte“. Poskytovatelia si preto kladú

otázku: „Možno prinútiť rodiny k tomu, aby participovali na starostlivosti o odkázanú osobu? Čo znamená uplatňovanie princípu subsidiarity pri určovaní rozsahu sociálnej služby vo vzťahu k povinnostiam rodiny? ...“. Pri hľadaní odpovedí na tieto otázky sa treba vrátiť k spôsobu, akým sa zákonodarca vysporiadal s otázkou subsidiarity priamo v právnej úprave zákona o sociálnych službách. A následne, hľadať pramene tohto vysporiadania sa vo východiskových odborných konceptoch pomáhajúcich disciplín a vo významných dokumentoch.

Účasť rodiny pri zabezpečovaní, resp. pri podieľaní sa na zabezpečovaní starostlivosti o odkázané osoby, je ustanovená ako všeobecná zásada Zákona o rodine (zákon č. 36/2005 Z.z. Zákon o rodine v ZNP), v článku 4 ktorého sa uvádza, že „Všetci členovia rodiny majú povinnosť vzájomne si pomáhať a podľa svojich schopností a možností zabezpečovať vyživovanie hmotnej a kultúrnej úrovne rodiny“. Nad rámec tohto všeobecného ustanovenia neexistuje v právnom poriadku Slovenska žiadna explicitne definovaná povinnosť rodiny poskytovať svojim odkázaným blízkym osobnú starostlivosť. Princíp subsidiarity je zakomponovaný cez inštitút vyživovacej povinnosti, teda finančnej spoluúčasti výživou povinných osôb na uhrádzaní časti nákladov sociálnej služby za zákonom stanovených podmienok. Takéto riešenie princípu subsidiarity v sociálnych službách nebýva odbornou i laickou verejnosťou prijímané vždy s porozumením.

Názory na „spravodlivosť“ a účinnosť súčasného riešenia princípu subsidiarity v sociálnych službách na Slovensku sa rôznia, tak ako sa rôznia odborné prístupy k vymedzeniu rodinnej starostlivosti v novodobých spoločenských vzťahoch, v kontexte štrukturálnych zmien rodinnej inštitúcie a v rámci ľudsko-právneho výkladu otázok starostlivosti (care). V tejto súvislosti sa hovorí o *novej paradigme starostlivosti*, ktorá vychádza z ponímania starostlivosti ako sociálneho práva opatrovaných i opatrujúcich osôb presadzovaného (uplatňovaného) cez systém verejných politík zameraných na obe cieľové skupiny. Podľa Z. Uhde (2009:15) „...je teda potrebné uvažovať o starostlivosti nie iba

ako o práve každého jedinca na zabezpečenie starostlivosti, ktoré je v súčasnej dobe formálne uznané, avšak reálne nie je vždy naplňované, ale rovnako ako o spoločenskom záväzku, z ktorého vyplýva právo na poskytovanie podmienok na starostlivosť“. V odbornej literatúre možno identifikovať minimálne dvojaký prístup k tomu, ako spoločenské záväzky vyplývajúce zo starostlivosti ako sociálneho práva naplňovať. Prvý prístup možno nazvať ako *prístup orientovaný na rodinu*. Základnou analytickou jednotkou a objektom verejnej podpory je v ňom rodina ako celok. Reprezentuje ho napr. európsky projekt FAMILYPLATFORM (2009 - 2010), v ktorom sa v rámci rodinných vzťahov kriticky reflektujú trendy individualizácie. Riešiteľský tím projektu vyzýva k návratu k silným rodinným väzbám, ktoré sa považujú za veľmi dôležité pre život každého individuálneho jednotlivca (Liedekerke, Bergeyck, 2010). Starostlivosť poskytovaná formálnymi profesionálnymi službami sa považuje za menej kvalitnú a založenú na princípoch a účeloch byrokratickej racionality (Pfau-Effinger – Rostgaard, 2011).

Individualistický prístup, často mylne považovaný za protiváhu prístupu orientovaného na rodinu, racionálne sleduje a vyhodnocuje zmeny v rodinnej inštitúcii, vychádza z nezvratného faktu, že rodina čiastočne stráca povahu miesta na prežívanie tradičnej skupinovej identity a deľby rolí. Individualistický koncept stavia primárne na vyjednávaní ako základu pre rodinné interakcie a plnenie rodinných funkcií. Účelom vyjednávania je stanovovanie noriem a pravidiel správania medzi jednotlivými členmi rodiny, rovnako medzi rodinou a jej prostredím, vrátane prostredia verejných politík a subjektov (Navrátilová, 2013). Podľa B. Pfau-Effinger, T. Rostgaard (2011:125) „...žiaden člen rodiny nemôže byť zvonku zaviazaný povinnosťou starať sa o staršieho príbuzného; ak sa však pre to rozhodne, má mať na základe požiadania k dispozícii formálne služby, ktoré mu/jej v tom pomôžu“. Podľa zástancov/kýň tohto smeru dištinkatívne politiky a opatrenia pomáhajú obom stranám opatrovateľských vzťahov navodzovať v rodinách rovnováhu a minimalizovať riziká zlého zaobchádzania.

Nová paradigma (rodinnej) starostlivosti tak ponúka jedinečnú príležitosť pre analyzovanie rôznorodých vyjednávacích stratégií opatrovujúcich rodín zameraných na plnenie svojich opatrovateľských záväzkov a pre prijímanie zodpovedajúcich podporných politík v medzi-priestore extrémnych výkladov tradicionality vs. individualizácie, de-familizácie vs. re-familizácie³⁹, či vytesnenia vs. komplementárnosti⁴⁰. V rámci novej paradigmy starostlivosti bola riešiteľským tímom európskeho projektu EUROFAMCARE ponúknutá aj nová definícia rodinnej starostlivosti. Táto sa vymedzuje ako: „Starostlivosť a /alebo finančná podpora poskytovaná členom rodiny pre osobu 65 rokov a staršiu, ktorá potrebuje minimálne 4 hodiny osobnej starostlivosti alebo podpory týždenne, a to v domácom prostredí alebo formou rezidenčnej starostlivosti“⁴¹. Napriek limitujúcim aspektom tejto definície (najmä z hľadiska cieľových skupín odkázaných osôb podľa veku), možno v nej identifikovať stopu národného riešenia princípu subsidiarity v systéme sociálnych služieb, osobitne z hľadiska postavenia a úloh rodiny. Jednou formou účasti je osobná starostlivosť o odkázaného človeka. Za plnohodnotnú alternatívu sa však považuje aj riešenie, kedy rodina formou plnenia si vyživovacej povinnosti je spolu účastná na úhrade časti nákladov sociálnej služby poskytovanej sektorom profesionálnych sociálnych služieb.

Na novej paradigme starostlivosti stavia aj spoločná iniciatíva pan-európskej organizácie EUROCARERS a Záujmovej skupiny Európskeho parlamentu podporujúcej neformálne opatrojúce osoby (European Parliament Interest Group on Carers) pod názvom Proposal for an EU-level strategy in support of informal care provision (Návrh Európskej stratégie na podporu opatrení neformálnej starostlivosti)⁴². Primárnym zámerom stratégie je podpora budovania *udržateľného systému starostli-*

vosti, čo nie je možné bez neformálne opatrovujúcich osôb. Nový prístup v oblasti zabezpečovania starostlivosti je zjavný nielen v oblasti východiskovej stratégie, ale aj z návrhu jej implementácie, kedy: „...sa vyžaduje komprehenzívny prístup, ktorý pokrýva ako politiky pre neformálne opatrojúce osoby, tak politiky formálnych opatrení dlhodobej starostlivosti a ich financovanie... K naplneniu tohto zámeru musia vzniknúť politiky podporujúce partnerstvo a posilňujúce opatrojúce osoby“ (Proposal, 2014:2-3).

Na vízii vychádzajúcej z rozličných statusov strán v rámci opatrovateľských vzťahov a z ich práva na kvalitný život stavia aj S. Holúbková (2013:2): „Naša vízia je, aby sa k rodine pridali aj profesionáli a prirodzená pomoc od členov komunity, aby sa rodina úplne nevyčerpala a dokázala si spolu s človekom odkázaným na sociálne služby život užiť. Som presvedčená, že sociálne služby sa dajú poskytovať s rešpektom ku všetkým, ktorí ich potrebujú a využívajú tvorivosť všetkých spoluhráčov“.

39 Ako sa delia záväzky starostlivosti a opatrovania medzi formálnu a neformálnu starostlivosť, teda blízkych členov rodiny, známych a priateľov a štát/verejné authority.

40 Či má formálna starostlivosť nahradiť/vytesniť neformálnu starostlivosť alebo má ísť skôr o kompenzačno-komprehenzívny vzťah.

41 (Döhner, Kofahl; zdroj: <http://www.lit-verlag.de/reihe/sufaco>; s. 18)

42 Zdroj: <http://www.eurocarers.org/news.php?id=60>

Záver

V rámci dospievania k záveru publikácie sa paradoxne vraciame k jej začiatku, kde sme si kládli otázky, v čom je jej legitimita, čo chceme ňou dosiahnuť, čím chceme prispieť k výskumu kvality sociálnych služieb a ich transformácie na Slovensku. A ako pritom využiť vedecko-výskumnú evidenciu založenú na systematickej vedecko-výskumnej činnosti v tejto oblasti od roku 2015.

V počiatkoch prípravy publikácie sme mali jasno v tom, že sa chceme zaoberať súvislosťami transformácie sociálnych služieb a ich kvality. Nebolo nám však úplne zrejmé, v akej východiskovej relácii sú tieto aspekty (stránky) vývoja sociálnych služieb na Slovensku od konca minulej dekády (od roku 2009). Pýtali sme sa, či je oprávnené v súčasnosti hovoriť o transformácii sociálnych služieb (či sa Slovensko v oblasti sociálnych služieb skutočne nachádza v nejakom významnom zlomovom období). Rovnako, či má význam venovať sa otázkam zavádzania a implementácie podmienok kvality sociálnych služieb vo fáze, kedy sa ešte nerozbehol hodnotiteľský proces, a preto časť organizácií (ako to potvrdil aj náš výskum) uplatňuje „vyčkávaciu“ stratégiu. Neistota a nerozhodnosť sa premietala aj do hľadania vhodného názvu publikácie, či do jej metodologického dizajnu. Formulovali sme rozličné spojenia, napr. neutrálne ako „transformácia a kvalita sociálnych služieb“, bez naznačenia smerovania ich vzájomného podmieňovania. Alebo „transformácia ako východisko kvality sociálnych služieb“, kde potreba ich transformácie je základom pre úvahy o zavádzaní podmienok kvality. Ponúkala sa aj iná optika: „kvalita v kontexte transformácie sociálnych služieb“, ku ktorej sme sa napokon priklonili. Pripadala nám totiž dostatočne neutrálna na to, aby poňala rôznorodé teoretické súvislosti, ale aj praktické aplikácie a stanoviská, ktoré sa k tomuto spojeniu vzťahujú (od stanoviska, že pre zavádzanie podmienok kvality nie je transformácia sociálnych služieb potrebná, až po stanovisko, že kvalita je cieľom a skutočným

obsahom transformácie). Po ukončení výskumnej činnosti, ktorá sa stala základom pre prípravu tejto vedeckej monografie, bez väčšej obavy z pochybenia vyjadrujeme názor, že je možných viacero výkladov vzťahu transformácie a kvality, rovnako viacero teoretických prístupov rezultujúcich do variabilných vedecko-výskumných dizajnov, rovnako do spôsobov získavania vedecko-výskumných poznatkov, ich interpretácie a celkového vyhodnocovania.

Ak by sme vychádzali zo zákonodarného vývoja, potom niet pochyb o tom, že Slovensko je od roku 2009 vo významnej transformačnej fáze sociálnych služieb stelesnenej v prijatí historicky prvej národnej legislatívy sociálnych služieb (zákon o sociálnych službách), ktorej súčasťou sú aj pravidlá pre implementáciu a hodnotenie podmienok ich kvality. Transformačnú povahu obdobiu od roku 2009 pripisujú aj domáci odborníci/čky (Korimová, Štrangfeldová, 2014; celý riešiteľský tím NP DI), hoci niektorí pripomínajú, že základy hodnotenia sú situované ešte do obdobia pred týmto míľnikom (Levická a kol., 2013; Repková, Brichtová, 2014). Na základe zákonodarnej logiky je prijatie a implementácia zákona o sociálnych službách vyvrcholením transformačného úsilia spoločnosti v oblasti sociálnych služieb a prirodzenou súčasťou transformácie je aj zameranie na otázky zavádzania a implementácie požiadaviek na ich kvalitu.

Aj keď by sa prvoplánovo zdalo, že pravidlá zamerané na kvalitu sú „iba“ súčasťou celku zákona o sociálnych službách, v skutočnosti prestupujú celou jeho štruktúrou. Z legislatívneho hľadiska sú jednotlivé kritériá, štandardy a indikátory podmienok kvality zakotvené v konkrétnych ustanoveniach zákona o sociálnych službách (Repková (ed.), 2015). Poskytovatelia tak bez ohľadu na to, či si to uvedomujú alebo nie, plnia na určitej úrovni podmienky kvality už len tým, že dodržiavajú vo svojej praxi povinnosti ustanovené zákonom (Kováľová, Buzala, 2015). Spojenie transformácie a kvality sociálnych služieb preto znesie reláciu, na ktorej stavajú odborníci a odborníčky na problematiku transformácie a deinštitucionalizácie: že kvalita je

cieľom transformácie (Cangár, Krupa, 2015). Obsahovo je zameraná na zvyšovanie kvality života prijímateľov/liek sociálnych služieb (Leichsenring et al., 2015) a na podporu ich sociálneho začlenenia na občianskom a ľudsko-právnom princípe, čo je aj základné hodnotové východisko národnej legislatívy sociálnych služieb. Práve ukotvenosť kvality v jednotlivých právne ustanovených záväzkoch poskytovateľov by mohla byť základom pre ich podporu v transformačných zmenách na organizačnej úrovni, zároveň však základom na vyvíjanie tlaku k riešeniu systémových otázok sociálnych služieb na národnej úrovni.

Výskum ukázal, že významná časť poskytovateľov doposiaľ vedome nevzťahuje svoju každodennú činnosť pri poskytovaní sociálnych služieb k podmienkam kvality. Svoju situáciu vyhodnocujú tak, že na uvedenom poli ešte nezačali systematicky pracovať. Od zavádzania podmienok kvality na organizačnej úrovni v budúcnosti očakávajú predovšetkým zjednotenie výkladov a postupov týkajúcich sa zabezpečovania svojich odborných činností. Nie zriedka sa však domnievajú, že bude postačovať zdokumentovanie odborných postupov a „položenie praxe na papier“, bez potreby jej zásadnejších zmien. Tieto by sa mali udiať skôr mimo ich vlastnú pôsobnosť a mali by im uľahčiť východiskové podmienky pre existenciu. Je to skupina poskytovateľov, u ktorej doposiaľ neplatí O'Brienovské „odpútanie sa od bežnej praxe“, nakoľko svojej praxi veria, považujú ju za kvalitnú a nevidia potrebu zásadne ju meniť. Zaoberanie sa otázkami kvality vnímajú skôr za niečo vynútené legislatívnymi záväzkami, motivované obavami z blížiaceho sa termínu, kedy začne nový systém „kontroly“, na ktorý sa treba pripraviť. Naopak tí, ktorí majú skúsenosti so systémami manažérstva kvality alebo už na zavádzaní podmienok kvality podľa zákona začali systematicky pracovať, si z požiadaviek stanovených zákonom „veľkú hlavu nerobia“, nakoľko dôverujú nastúpenej ceste.

Mediátorom rôznorodých prístupov k zavádzaniu podmienok kvality môže byť permanentná komunikácia rozličných aktérov kvality, výmena skúseností a zavedenie systému hodnotenia podmienok kvality do praxe. Súhlasíme s názorom J. Levickej a kol. (2013:88), že: „... zmena postoja môže nastať až po skutočnom spustení procesu pravidelného hodnotenia kvality sociálnych služieb...“ a pri jeho priebehu a vyhodnocovaní budeme chcieť výskumne opätovne byť.

Literatúra

- Bareš, P. (2010a) Nejčastější a nejzávažnější potíže provázející zajišťování pobytových sociálních služeb z pohledu poskytovatele. In *Fórum sociální politiky*, č. 3, s. 21-24.
- Bareš, P. (2010b) Vybrané ukazovatele o dostupnosti sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením. In *Fórum sociální politiky*, č. 3, s. 20-23.
- Bauman, Z. (1996) *Myslet sociologicky*. Praha : Sociologické nakladatelství. ISBN 80-85850-14-1.
- Brichtová, L. a kol. (2015) *Nové trendy v sociálních službách (Všeobecný přehled)*. Podporný učebný text. Bratislava: IVPR.
- Cangár, M. (ed.) (2015) *Riadenie a manažment prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť..* Bratislava: Implementačná agentúra MP SVR SR. ISBN 978-80-970110-7-9.
- Cangár, M., Krupa, S. (2015) *Význam podmienok kvality v procese transformácie a deinštitucionalizácie*. Bratislava: Implementačná agentúra MPSVR SR. ISBN 978-80-89837-00-7.
- Döhner, H., Kofahl, Ch.: *Supporting Family Carers of Older People in Europe – Empirical Evidence, Policy Trends and Future Perspective*. University of Hamburg. Dostupné on-line: <http://www.lit-verlag.de/reihe/sufaco>
- Dragomirecká, E. (2013) Kvalita života. In Matoušek, O. a kol. (2013) *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7, s. 223-225.
- Dudeková, G. (2005) Humanizácia starostlivosti o hendikepovaných. In *História*, 2005, č. 5, s. 22-24.
- Elks, D., Neuville, E. (2007) Implementing Social Role Valorisation across a large human service organisation: Lessons & Learning. In *The SRC Journal*, 2 (2), 27-44.
- Fahey, T., Nolan, B., Whelan, CH. T. (2003) *Monitoring quality of life in Europe*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. ISBN 92-897-0210-9.
- Falisová, A. (2005) Pokusy o prelomenie izolácie. In *História*, 2005, č. 5, s. 25-27.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Garden City, New York : Anchor Books. Doubleday & Company, Inc.
- Göppner, H.J., Hämäläinen, J. (2008) *Rozprava o vede o sociálnej práci*. Preklad vydala VŠZaSP, Bratislava. ISBN 978-80-89271-33-7.
- Halásková, R. (2013) *Význam standardizace sociálních služeb v době ich liberalizace*. Praha: VUPSV, v.v.i.
- Hendl, J. (2005) *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
- Holúbková, S., Ďurana, R. (2013) *Odvaha na nové sociálne služby*. Bratislava: INESS. ISBN 978-80-969765-3-9.
- Hlebec, V., Mrzel, M. (2012) Metodološke dileme in njihove rešitve v raziskovalnej načrtu z zaporedno uporabo kvantitativnih in kvalitativnih metod. In *Teoria in Praksa*, 49 (2): 245-263.
- FUTURAGE. *A Road Map for European Ageing Research*. Sheffield. October 2011.
- Illinca, S., Leichsenring, K., Rodriguez, S. (2015) *From care in homes to care at home: European experiences with (de)institutionalisation in long-term care*. Vienna: Policy brief December 2015.
- Kasanová, A., Bednárik, R., Moravčíková, J. (2015) *Individuaizované a komunitne organizované sociálne služby* (podporný učebný text). Bratislava: IVPR.
- Kocman, D. *Kdo (ne)potrebuje revízi štandardů kvality?* Dostupné on-line: http://www.mpsv.cz/files/clanky/18202/C1_Kocman_Kdo_nepotrebuje_revizi.pdf
- Korimová, G., Štrangfeldová, J. (2014) *Ekonomika sociálních služieb*. Banská Bystrica: Belianum. ISBN 978-80-557-0741-9.

- Košútová, M. (2015) *Dohľad nad poskytovaním sociálnych služieb – poznatky z praxe*. Prednesené na konferencii „Ľudské práva v inštitucionálnej a komunitnej starostlivosti“, Nitra, 13.5.2015.
- Kotrusová, M., Dobiášová, K. (2012) Česká republika na rozcestí mezi domácí a institucionální péči o seniory. In *Fórum sociální politiky*, roč. 6, č. 6, s. 2-8.
- Kovaľová, M., Buzala, O. (2015) *Kvalita sociálnych služieb v kocke I.. Štefanov: Tabita, s.r.o.* ISBN 978-80-972184-0-9.
- Krug, E.G. et al. (2002) *World report on violence and health*. Geneve : WHO. ISBN 92 4 154561 5.
- Krupa, S. a kol. (2000) *Kvalitné sociálne služby - I*. Bratislava: Rada pre poradenstvo v sociálnej práci. ISBN 80-88922-17-8.
- Krupa, S. a kol. (2007) *Transformácia domovov sociálnych služieb s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie ich obyvateľov*. Bratislava: Rada pre poradenstvo v sociálnej práci.
- Kubalčíková, K. (2013) Deinstitucionalizace. In Matoušek, O. a kol. (2013) *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7, s. 248-249.
- Kušniráková, I. (2005) Hendikepovaní na okraji spoločnosti. In *História*, 2005, č. 5, s. 28-30.
- Leichsenring, K. et al. (2015) „Good Care“ from care workers views. *Preconditions, aims and perspectives for quality improvement in long-term care*. GAM 2015 of the European Centre for Social Welfare Policy and Research. Vienna, 8-9 September, 2015.
- Levická, J. a kol. (2013) *Sociálne služby – vývoj, súčasný stav a možnosti merania ich kvality*. Trnava: FZaSP TU v Trnave. ISBN 978-80-8082-738-0.
- Lemay, R. (2001) Good Intentions and Hard Work Are Not Enough: Review of: Levy, P.F. (2001) The Nut Island Effect: When Good Team Go Wrong. *SRV-VRS: The International Social Role Valorisation Journal*. 4 (1&2), 94-97.
- Liederke, A.C., Bergeyck, J. (2011) *Wellbeing of Families in Future Europe – Key Policy and Reserach Issues*. FAMILYPLATFORM. Source: <http://www.mmeurope.org/ficdoc/FAMILYPLATFORM-Report-Future-of-Families-03-2011.pdf>
- Malík Holasová, V., Musil, L. (2013) Manažerizmus. In Matoušek, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. (2013) Praha: Portál, s.r.o., 2013, s. 246-248.
- Matoušek, O. (2013) Sociálně-ekologická teorie. In Matoušek, O. a kol. (2013) *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7, s. 74-76.
- Musil, L. a kol. (2009) Kvalita v sociálních službách: implementace nástroje řízení kvality na úrovni poskytovatelů sociálních služeb. In *Fórum sociální politiky*, roč. 1, č. 1, s. 14-19.
- Musil, L., Kubalčíková, K., Havlíková, J. (2009) *Přístup pracovníků vybraného zařízení sociálních služeb ke klientům v kontextu implementace Standardů kvality*. Praha: VÚPSV, v.v.i.
- Measuring Progress: Indicators for care homes* (2010) Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- Munday, B. (2007) *Report on User Involvement in Personal Social Services*. Strasbourg: Council of Europe.
- Navrátilová, J. (2013) Ohrožená rodina. In O. Matoušek et al. (2013) *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, s. 359-361. ISBN 978-80-262-0366-7.
- Nies, H. et al. (2010) *Quality Management and Quality Assurance in Long Term Care. European Overview Paper*. INTERLINKS: Utrecht/Vienna. Dostupné on-line: http://interlinks.euro.centre.org/sites/default/files/WP4_Overview_FINAL_04_11.pdf
- O'Brien, J. *The Genius of the Principle of Normalization*. Dostupné on-line [10.6.2016]: <http://thechp.syr.edu/wp-content/uploads/2013/10/Genius.pdf>
- Ondrušek, D. (2007) Organizačná zmena prináša zisk i stratu. In Krupa, S. a kol. (2007) *Transformácia domovov sociálnych služieb s cieľom sociál-*

- nej a pracovnej integrácie ich obyvateľov. Bratislava: Rada pre poradenstvo v sociálnej práci, s. 67-70.
- Osburn, J. (2006) An Overview of Social Role Valorisation Theory. In *The SRV Journal*, 1 (1), s. 4-13.
- Pfau-Effinger, B., T. Rostgaard (2011) *Care Between Work and Welfare in European Societies*. PALGRAVE MACMILLAN. ISBN 978-0-230-29129-4.
- Pffeiffer, J. (2011) *Similarities – Differences in Long-term Care of Different Groups?* Baden : Prezentácia na záverečnej konferencii projektu INTERLINKS, 13.-14.10.2012.
- Proposal for an EU-level strategy in support of informal care provision. „ENABLING CARERS TO CARE“*. Eurocarers. Zdroj: <http://www.eurocarers.org/news.php?id=60>
- Repková, K. (2005) Rozkvet ústavnej starostlivosti. In *História*, 2005, č. 5, s. 28-30.
- Repková, K. (2012) Dobrovoľníctvo v sektore dlhodobej starostlivosti a aktívne starnutie. 2012. In *Sociológia*, č. 4, s. 432-454.
- Repková, K. (2013a) Inštitucionalizácia dobrovoľníckych príležitostí pre staršie osoby. In *Sociální práce/Sociálna práca*. č. 2, s. 130-140.
- Repková, K. (2013b) Zlé zaobchádzanie v opatrovateľských vzťahoch. Východiská pre verejnú politiku. In *Fórum sociálnej politiky*. Roč. 7, č. 3, s. 13-18.
- Repková, K., Balogová, B. (2013) *Prevenia zlého zaobchádzania so staršími ľuďmi ako verejná politika*. Bratislava: vydala Kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie na Slovensku. ISBN 978-80-971420-7-0.
- Repková, K. (2014) *Odkázanosť na pomoc inej osoby pri sebaobsluže vo verejnej politike – vybrané výskumné zistenia*. Bratislava: IVPR.
- Repková, K., Brichtová, L. (2014) *Sociálne služby: zacielené na kvalitu*. Bratislava: IVPR. ISBN 978-80-7138-138-9.
- Repková, K. (ed.) (2015) *Implementácia podmienok kvality do praxe poskytovateľov sociálnych služieb – metodické východiská*. Bratislava: IVPR.
- Rollová, L., Čerešňová, Z. (2015) *Univerzálne navrhovanie objektov komunitných sociálnych služieb*. Bratislava: Implementačná agentúra MP SVR SR. ISBN 978-80-970110-4-8.
- Rollová, L. a kol. (2015) *Tvorba inkluzívneho prostredia v procese deinštitucionalizácie*. Bratislava: Implementačná agentúra MPSVR SR. ISBN 978-80-970110-5-5.
- Sethi, D. (ed.) et al. (2011) *European report on preventing elder maltreatment*. WHO Regional Office for Europe. ISBN 978 92 890 0237 0.
- Shaw, I., Holland, S. (2014) *Doing Qualitative Research in Social Work*. London: SAGE Publication Ltd. ISBN978-1-4462-5282-6.
- Sičáková – Beblavá, E. (2015) *Behaviorálne základy verejnej politiky*. Bratislava: UK Bratislava. ISBN 978-80-223-3928-5.
- Sládek, M. (2015) Inspekce kvality poskytování sociálních služeb v České republice v období 2012-2014. In *Fórum sociální politiky*, č. 1, s. 26-28.
- Spoločné evropské pokyny k prechodu od ústavnej péče k péči probíhající v rámci komunity*. (2012) Brusel: Evropská expertní skupina pro přechod od ústavnej péče k péči probíhající v rámci komunity.
- Stanek, V. a kol. (2008) *Sociálna politika*. Bratislava: Sprint dva. ISBN 978-80-89393-02-2.
- Thomas, S., Wolfensberger, W. (1999) An overview of Social Role Valorisation. In Flynn, R.J., Lemay, R.A. (eds.) (1999) *A Quarter-Century of Normalisation and Social Role Valorisation: Evolution and Impact*. Ottawa: University of Ottawa Press, pp. 125-159.
- Toolkit on the Use of European Union Funds for the Transition from Institutional to Community-based Care*. Revised edition. June 2014. Dostupné on-line: <http://www.enil.eu/wp-content/uploads/2014/07/Toolkit-07-01-2014-WEB.pdf>
- Triantafyllou, J. et al. (2010) *Informal care in the long-term care system*. European Overview Paper. Athens/Vienna.
- Uhde, Z. K feministickému pojetí péče jako kritické kategorie sociální nerovnosti. In *Sociologický časopis*, 2009, Vol. 45, No.1: 9-29.

Veľký sociologický slovník (1996) Heslo: Inštituce. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-310-5, s. 435-436.

Veľký sociologický slovník (1996) Heslo: Reforma ekonomická. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-310-5, s. 913-914.

Veľký sociologický slovník (1996) Heslo: Sociologie organizace. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-310-5, s. 1113-1115.

Víšek, P., Průša, L. (2012) *Optimalizace sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, v.v.i.

A Voluntary European Quality Framework for Social Services (2010) Social Protection Committee. Dostupné on-line [22/6/2015]: http://wedo.tttt.eu/system/files/24172_WeDo_summary_A4_4p_CS_WEB.pdf.

Wolfensberger, W.P. et al. (1972) *The Principle of Normalisation in Human Services*. Books: Wolfensberger Collection. Book1.

Záhorcová, V., Cangár, M., Rollová, L. (eds.) (2015) *Závěrečná hodnotící správa. Národní projekt Podpora deinštitucionalizácie a transformácie systému sociálnych služieb v Slovenskej republike*. Bratislava: IA MP SVR SR. ISBN 978-80-970110-6-2.

Zita, J. Matoušek, O. (2013) Případová studie. In Matoušek, O. a kol. (2013) *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7, s. 541-543.

Prehľad sociálnych služieb a odborných činností poskytovaných na komunitnej úrovni (komunitné sociálne služby)

Príloha č. 1 – Prehľad sociálnych služieb a odborných činností poskytovaných na komunitnej úrovni (komunitné sociálne služby)	
<i>Odborné činnosti (ktoré sa môžu vykonávať samostatne)</i>	Sociálne poradenstvo – základné a špecializované
	Sociálna rehabilitácia
	Stimulácia komplexného vývoja dieťaťa so zdravotným postihnutím
<i>Sociálne služby krízovej intervencie</i>	Terénna sociálna služba krízovej intervencie
	Nízkoprahové denné centrum
	Integračné centrum
	Komunitné centrum
	Nocľaháreň
	Útulok
	Domov na polceste
<i>Sociálne služby na podporu rodiny s deťmi</i>	Nízkoprahová sociálna služba pre deti a rodinu
	Zariadenie núdzového bývania
	Pomoc pri osobnej starostlivosti o dieťa a podpora zosúladovania rodinného života a pracovného života
	Zariadenie dočasnej starostlivosti o dieťa
	Služba včasnej intervencie

<i>Sociálne služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriazniveho zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku</i>	Zariadenie podporovaného bývania (ktoré nie je umiestnené v objekte alebo areáli iného zariadenia sociálnych služieb s pobytovou formou)
	Zariadenie pre seniorov (do kapacity 40 miest v jednom objekte)
	Zariadenie opatrovateľskej služby
	Rehabilitačné stredisko
	Domov sociálnych služieb (iba s denným alebo týždenným pobytom, pri celoročnom pobyte iba v prípade, ak spĺňa kapacitné podmienky zariadenia podporovaného bývania)
	Špecializované zariadenie (do kapacity 40 miest v jednom objekte)
	Denný stacionár
	Opatrovateľská služba
	Prepravná služba
	Sprievodcovská služba a predčitateľská služba
	Tlmočnická služba
	Sprostredkovanie tlmočnickej služby
	Sprostredkovanie osobnej asistencie
	Požičiavanie pomôcok
<i>Sociálne služby s použitím telekomunikačných technológií</i>	Monitorovanie a signalizácia potreby pomoci
	Krízová pomoc poskytovaná prostredníctvom telekomunikačných technológií
<i>Podporné služby</i>	Odlahčovacia služba
	Pomoc pri výkone opatrovníckych práv a povinností
	Denné centrum
	Podpora samostatného bývania
	Jedáleň
	Práčovňa
	Stredisko osobnej hygieny

Príloha č. 1 zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v platnom znení

„84 dôvodov, prečo by sme mali chcieť zmeny, prečo by sme mali podporovať deinštitucionalizáciu“

1. Klienti inak rozmýšľajú
2. Klienti hovoria „ja chcem...“
3. Už by som sa nevrátil do ústavu, lebo vonku sa mám dobre, mám kamarátov
4. Vzrástlo sebavedomie klientov
5. Proces DI - je to pre klientov dôležité
6. Klienti sa naučili nové veci
7. Chcel by som bývať v činziaku, chcel by som bývať s kamarátkou, jednu mám v Mani, s ňou by som chcel bývať
8. Klienti získali nové kontakty s ľuďmi (nielen v ZSS), ale s vonkajším svetom
9. Klienti sú menej agresívni
10. Klienti sa naučili umyť si tvár, umyť si zuby, najesť sa, nastaviť pákovú batériu, čo predtým nevedeli
11. Klienti si vytvorili nové vzťahy, našli si osobných priateľov a priateľky, píše si a vymieňajú si darčeky
12. Klient tlmočí svoje potreby
13. Klienti sú súčasťou normálneho sveta, vytvoril sa im priestor, kde si môžu uplatniť svoje ľudské práva
14. Je to správna vec, teraz viem, že niet inej cesty, nebola som predtým celkom presvedčená
15. Naši klienti dokážu viac, ako sme si my mysleli
16. V tradičnom pobytovom zariadení nemajú klienti príležitosť, aby si mohli vyskúšať, ako vyzerá život reálne
17. Keby sme tam už boli (myslia v komunite, preč z klasického zariadenia)

18. Ľudia na Slovensku málo vedia, akí sú naši klienti, keby tak mali možnosť, zmenili by svoje názory, oni sú milí, zlatí, rovnakí ako my, so slabými a silnými stránkami
19. Klienti vedia lepšie komunikovať
20. Klienti majú väčšiu voľnosť, predtým sa museli vždy hlásiť, teraz sa môžu rozhodnúť sami, ak chcú ísť napr. do dediny, máme otvorené brány
21. Klienti si robia sami jedálny lístok a oni hovoria, čo k tomu potrebujú
22. V inštitúciách sa nedá samostatnosť rozvíjať
23. Budem mať robotu, budem si zarábať peniažky, chcem si kúpiť fotoaparát a ísť navštíviť mamičku
24. Klienti sami rozhodujú a vyberú si v obchode, čo chcú
25. Klienti si určujú, čo budú mať oblečené, čo potrebujú, aj napr. rebrík alebo kôš, ak treba
26. V inštitúciách musia jesť, čo je navarené
27. Klienti hovoria: „Chceme to tak, ako to robia susedia v dedine“
28. Viem čítať aj počítať, len by som chcel maľovať obrazy, to mi stačí, aby som mohol predávať obrazy a zarábať si ako nadaný maliar
29. Teraz sa individuálne plány robia pre všetkých klientov, sú všímaví aj z našej strany, nie sú niekde pohodení na posteli
30. Ja by som chcel ísť bývať do mesta, aj rodina býva v meste, aj ja by som chcel bývať tam, v Čechách som to videl, bolo to „o ňuňo“
31. Viditeľné pokroky sú aj u klientov s vysokou mierou podpory, napr. klient, ktorý nikdy nehovoril, začal rozprávať.
32. Je vidieť, že klienti sa cítia vo väčšej pohode
33. Byť na jednom mieste 30 ľudí spolu celý život, to by asi nikto z nás nechcel
34. Klienti sa už cítia, že sú na niečo potrební, že sú niečo viac, ako len klienti z ústavu
35. Teraz má naša práca (zamestnancov ZSS) svoj smer, motiváciu, cieľ, ktorý niekam vedie
36. Aj klienti s vysokou mierou podpory majú pestrejší život
37. Nové je aj to, že zamestnanci robia v tíme, spolupracujú spolu pri napĺňaní cieľov individuálneho plánu
38. V Zlatých Moravciach asi neboli oboznámení, akí sú to ľudia (klienti), aby im dali šancu samostatnejšie žiť
39. Klient bol závislý na inštitúcii a zamestnanci ho nedokázali vnímať inak, len v rámci naučenej bezmocnosti
40. Boli sme v Čechách, navštíviť domčeky, boli to výborné domčeky, aj ja by som tak chcel byť, keby sa dalo aj hneď, sám v izbe, ako to mali v Čechách, tam boli aj páry dievča a chlapec, tak by som to chcel
41. Ani za svet by sme sa tam nevrátili (myslia tým do DSS)
42. Klienti dokážu viac, ako si zamestnanci mysleli, a to veci, o ktorých ani netušili
43. Rozšírila sa ich slovná zásoba, sú zorientovaní vo svete, a nielen, zvyšuje sa tým aj ich intelekt
44. Predtým sa individuálne plány nerobili pre ľudí s vysokou mierou podpory, teraz áno, individuálne plány sa robia pre všetkých klientov
45. Klienti sú viac zvedaví, robia činnosti, ktoré doteraz nerobili
46. Chcel by som pracovať každý deň, aj v sobotu, aj v nedeľu
47. Viacerí klienti majú svoje bankomatové karty, z ktorých si zabezpečujú rôzne nákupy a iné potreby, dopravné karty na cestovanie hromadnou dopravou bez sprievodu alebo s asistenciou inštruktora sociálnej rehabilitácie
48. Klienti inak rozmýšľajú, oni vedia, že sa dejú zmeny
49. Áno, bude len lepšie pre klientov, bude menej klientov a budeme sa im môcť viac venovať a individuálnejšie
50. Radi by sme bývali v dome ako naši kamaráti z podporovaného bývania a najradšej by sme sa presťahovali hneď, naučili sa všetko, čo už kamaráti z tohto bývania vedia
51. Zamestnanec pracuje odbornými metódami, individuálne, práca má iný rozmer

52. Klient s nízkou mierou podpory veľmi rýchlo prevzal zodpovednosť za svoj život
53. Klientom sa rozšírila sociálna sieť, chodia do mesta, majú priateľov
54. Klienti začali fungovať relatívne samostatne
55. Keby si napr. predseda BBSK odšil jeden deň zavretý v celoročnom zariadení typu DSS, kde je taký tvrdý režim, tak by mal na to iný názor; vchod je uzamknutý, tam sa dnu nikto nedostane, na vchode majú guľu
56. Zásadne sa zmenil ich život
57. Za klientov rozhodovali ľudia, ktorí ich nepoznajú (súdy)
58. Veľa vecí sa naučili, vedia sa postarať o seba
59. V procese DI by mal platiť zákaz prijímania nových klientov, inak sa veľkokapacitné ZSS nikdy nevyprázdni a nezruší
60. V dedine chodíme na zmrzlinu a na pivo
61. Viac peňazí by malo byť investovaných do sociálnych služieb, napr. platy v tomto sektore sú veľmi podhodnotené, sociálni, ale aj iní zamestnanci zarábajú mzdu na hranici minimálnej mzdy
62. Už som si vybrala Zuzku, s ňou by som chcela bývať, tam bude lepšie (myslí v ZPB)
63. Klienti chodia cvičiť aerobic a majú teraz aj iných známych a priateľov, ktorých majú radi a prijali ich medzi seba
64. Klient, ktorý prišiel do DSS ako 3 ročný a v súčasnosti má 40 rokov, takmer nikdy nebol mimo zariadenia, resp. by sa to dalo spočítať na prstoch jednej ruky, koľkokrát bol za celý život vonku
65. Aby sa ľudia nebáli týchto ľudí (klientov), je to len strach z nepoznaného
66. Klienti DSS predtým nepoznali slovo opaľovanie
67. Je tam iná atmosféra, je tam iný život (v ZPB)
68. Zmena je v tom, že začíname pracovať viac s ľuďmi s ťažším postihnutím, ktorí sú tu v inštitúcii, aby boli samostatnejší
69. Verejnosť môže od klientov získať; ak ich ona prijme, klienti im to vrátia stonásobne naspäť

70. Bolo ťažké chodiť na pojednávania na súde (o spôsobilosti), bola som pritom, keď klientom upierali všetky ich práva
71. Fungovanie v inštitúcii vplývalo aj na intelekt klientov a ich zručnosti a schopnosti
72. Dosť málo pozornosti sa tejto problematike venuje vo vysokej politike
73. Čím menej ľudí spolu býva, tým lepšie sú schopní vychádzať spolu
74. Veľkokapacitné zariadenia treba transformovať, zrušiť
75. O procese DI ľudia/verejnosť nevedia, nevedia, čo to je
76. So sudcami je to dnes už trochu lepšie, na pojednávani sa pýtajú na názor-život klienta, v minulosti ani nevedeli, o kom rozhodujú, videli len papier
77. Klienti spoznali chuť mesta
78. Tu je najlepšie (ZPB), tu mám voľnosť, niekto mi zavolá, že príde, každý môže prísť a odísť, chodím robiť
79. V inštitúcii sa poznali len medzi sebou a poznali jedine nás zamestnancov, my sme boli tí, ktorí prichádzali a odchádzali, iných známych a priateľov z vonku nemali
80. Je to pre klientov super (ZPB), takto ich vieme posunúť ďalej
81. Klient hovorí: vážim si človeka, ktorý so mnou obeduje za jedným stolom a berie si jedlo z rovnakej misy ako ja
82. Aj individuálne plány sa stali konkrétnejšie a hmatateľnejšie
83. Zintenzívnila sa spoluprácu s rodinami klientov
84. Veľké zmeny nastali, naučili sme klientov, aby sa vedeli obliecť, aby si vedeli odkrojiť a natrieť chlebič, urobiť si šľahačku, upratať za sebou a vedia aj pomôcť iným ľuďom

Príloha č. 3

T-Q dotazník

Autorky: Kvetoslava Repková, Lýdia Brichtová

Vážená respondentka, vážený respondent,

Sociálne služby na Slovensku žijú v súčasnosti kvalitou, osobitne **zavádzaním podmienok kvality** definovaných zákonom o sociálnych službách do praxe. Odborne sa ňou zaoberajú tvorcovia národnej legislatívy, výskumníci a výskumníčky, no najmä tí, ktorí poskytujú sociálne služby. Zároveň však zaznievajú aj hlasy, že je potrebné prijať v sociálnych službách zásadné zmeny (**transformovať ich**). Ako výskumníčky sa zaujíname o to, aká je medzi týmito dvomi „pohybmi“ súvislosť, či sa transformácia a kvalita vzájomne ovplyvňujú alebo môžu byť aj nezávislé. Preto sa obraciame na vás, ako na tie/tých, ktoré/í každý deň sociálnymi službami žijú, usilujú sa o ich kvalitu pre ľudí a zároveň vedia najlepšie posúdiť, čo by bolo potrebné pre ich zlepšenie. Ak sa chcete s nami podeliť o svoje stanovisko, či skúsenosť, pripravili sme pre vás zopár otázok. Odpovedajte prosím tak, že podčiarknite možnosť, ktorá najlepšie odráža Váš názor, prípadne sa stručne slovne vyjadrite. So získanými dátami sa bude narábať citlivo a tie informácie, ktoré by mohli identifikovať respondenta/respondentku (organizáciu), budú využívané dôverne. Vyplnený dotazník zasielajte prosím na adresy: kvetoslava.repkova@centrum.sk a lydia.brichtova@gmail.com. Boli by sme Vám vďačné za jeho zaslanie **do 20.2.2016**.

Ďakujeme za Váš záujem a čas

A. Najskôr nás zaujíma Váš názor na otázky transformácie sociálnych služieb

1. Súhlasíte s tým, že je potrebné na Slovensku zásadnejším spôsobom transformovať sociálne služby?
 - Súhlasím
 - Nesúhlasím
 Ak nesúhlasíte, zdôvodnite prečo:
 - Neviem
2. Ak súhlasíte, uveďte prosím, čoho by sa mala transformácia týkať, čo by sa malo na sociálnych službách, či v súvislosti so sociálnymi službami, zásadnejšie zmeniť:

B. Ďalej sa dotkneme otázok kvality sociálnych služieb, presnejšie, implementácie podmienok kvality podľa zákona o sociálnych službách

3. Ako je na tom Vaša organizácia s implementáciou podmienok kvality?
 - Ešte sme s procesom nezačali, riadime sa stále zabehnutým systémom
 - Čakali sme na metodiku, ktorá bola minulý rok spracovaná pre celé Slovensko a na jej základe sa teraz implementáciou začneme zaoberať
 - S implementáciou sme začali prednedávnom, proces ešte nie je ukončený
 - Máme ukončený proces zameraný na potrebné dokumenty a postupne začíname vykonávať činnosti v súlade so stanovenými požiadavkami
 - Máme hotovú potrebnú dokumentáciu a vykonávame činnosti v súlade so stanovenými požiadavkami. Systém podmienok kvality je viac-menej zabehnutý
 - Inak (prosím popíšte, ako):

4. *Ak ste s procesom implementácie podmienok kvality už začali alebo ho už máte zavedený, akým spôsobom ste k tomu pristupovali?*
- Spolupracovali sme s firmou (alebo s nejakou fyzickou osobou), ktorá nám pripravila potrebnú dokumentáciu a poskytla nám konzultáciu, ako ju uplatňovať v praxi
 - Spolupracovali sme s firmou (alebo s nejakou fyzickou osobou), ktorá nám poskytla konzultáciu, ako pripraviť potrebnú dokumentáciu a následne ju implementovať do praxe
 - Pri príprave dokumentácie, rovnako pri zavádzaní nových postupov do praxe, sme sa radili s inými organizáciami, ktoré už majú podmienky kvality zavedené
 - Pri príprave dokumentácie, rovnako pri zavádzaní nových postupov do praxe, sme sa spoliehali a dodnes sa spoliehame predovšetkým na seba
 - Inak (prosím popíšte, ako):
5. *Systém zákonne upravených podmienok kvality sociálnych služieb považujete za:*
- Výbornú príležitosť rekapitulovať to, čo sa v organizácii robí dobre a identifikovať to, čo potrebuje zmenu. Podmienky kvality považujem za výborný základ transformácie našej organizácie
 - Dobrú myšlienku, ktorá je však tak náročná na uskutočnenie, že ju bude ťažké úplne naplniť
 - Zbytočnú administratívnu záťaž organizácií sociálnych služieb, ktoré majú aj bez toho dosť problémov
6. *Uveďte prosím v stručnosti jednu vec, na ktorú ste v súvislosti so zavádzaním podmienok kvality vo Vašej organizácii osobitne hrdý/á, z ktorej sa osobitne tešíte, s čím sa chcete pochváliť (v prípade, že nemáte ešte systém zavedený, jednu vec, na ktorú sa prioritne zameriate):*
.....

C. A ešte niekoľko doplňujúcich otázok ku kvalite

7. *Má Vaša organizácia zavedený nejaký systém manažérstva kvality (napr. podľa ISO normy alebo systému CAF)?*
- Áno, máme certifikát (uveďte prosím, pre aký systém):
 - Nemáme zavedený systém manažérstva kvality
8. *Máte v organizácii zavedenú pracovnú pozíciu „manažéra/manažérka kvality“?*
- Máme
 - Nemáme
9. *Ak máte, čo je jeho/jej hlavnou pracovnou náplňou v súvislosti s otázkami kvality?*

D. A teraz sa budeme bližšie zaoberať súvislosťami medzi potrebou zmien v sociálnych službách a otázkami kvality

10. *Myslíte si, že je potrebné prijať vo Vašej organizácii zásadné zmeny tak, aby bolo možné Vaše služby považovať za kvalitné:*
- Myslím si to (uveďte prosím, aké zásadné zmeny sú potrebné):
 - Nemyslím si to, nakoľko aj bez zásadnejších zmien poskytujeme v našej organizácii kvalitné sociálne služby
 - Nemyslím si, že sú potrebné zásadnejšie zmeny, stačili by nejaké drobné úpravy (uveďte prosím, aké drobné úpravy máte na mysli):
11. *Myslíte si, že po komplexnom zavedení podmienok kvality do Vašej bežnej činnosti sa zmení to, ako budete poskytovať sociálnu službu svojim klientom a klientkam?*
- Myslím si to (uveďte prosím, v čom budú najvýraznejšie zmeny):

- Nemyslím si, že dôjde k výraznejším zmenám, nakoľko my sme stanovené podmienky kvality dodržiavali už dávno, bez ohľadu na to, či to ustanovuje zákon alebo nie
- Nemyslím si to, nakoľko pre kvalitné sociálne služby je potrebné predovšetkým: (namiesto bodiek doplňte prosím, čo je predovšetkým potrebné)

12. Myslíte si, že v súčasnosti poskytujete svojim klientom/tkám kvalitné sociálne služby?

- Áno, myslím si to
- Nie, nemyslím si to

13. Ak ste odpovedali áno, na základe čoho takto usudzujete, čo Vás presvedča o tom, že poskytujete svojim klientom a klientkam kvalitné sociálne služby?

E. Na záver Vás prosíme uviesť niektoré základné informácie o Vašej organizácii

- Druh a forma poskytovanej sociálnej služby:
- Zriaďovateľ/Zakladateľ sociálnej služby:
- Ste poskytovateľ: verejný - neverejný
- Sídlo poskytovateľa:
- Región, v ktorom poskytujete sociálnu službu: bratislavský, trnavský, nitriansky, banskobystrický, trenčiansky, žilinský, prešovský, košický
- Počet klientov a klientok, z toho žien (v prípade pobytových sociálnych služieb):
- Priemerný mesačný počet klientov a klientok, z toho žien (v prípade ambulantných a terénnych sociálnych služieb):
- Odkedy je zaregistrovaná Vaša organizácia ako poskytovateľ sociálnej služby? (rok):

Kvalitatívne opytovanie - otázky

Kontext:

Kvalitatívne opytovanie sa realizovalo v marci 2016 na vzdelávacej aktivite vybraného regionálneho vzdelávacieho centra k problematike implementácie podmienok kvality do poskytovateľskej praxe. Na vzdelávaní sa zúčastnili zamestnanci a zamestnankyne poskytovateľov sociálnych služieb, ktorí/é sa na princípe „učiacej sa komunity“ snažili identifikovať vybrané súvislosti napĺňania jednotlivých kritérií a štandardov kvality upravených v zákone o sociálnych službách a bližšie vysvetlených v celonárodnej implementačnej metodike. Po naštudovaní podkladov z implementačnej metodiky k určeným kritériám a štandardom kvality a na základe facilitovanej diskusie v rámci pracovných stolov mali pracovné tímy dospieť k odpovediam na stanovené otázky a prezentovať ich v pléne.:

Otázka č. 1: V čom je štandard pozitívny, prínosný pre:

- (1) organizácie sociálnych služieb,
- (2) pre ich klientov a klientky

Otázka č. 2: V čom bude/je napĺňanie daného štandardu problematické, náročné, ale zvládnuteľné?

Otázka č. 3: Existuje niečo, čo v súčasnosti vnímate spoločne ako neprekonateľnú prekážku pre úspešné napĺňanie štandardu?

Príloha 5

Inštrumentálna prípadová štúdia 1 – osnova hĺbkového rozhovoru

Východisková informácia o poskytovateľovi (na základe kvantitatívneho dotazníka)

Úvodná otázka:

Čo znamená kvalita vo Vašom osobnom živote? A čo znamená pre Vás ako riaditeľku zariadenia sociálnych služieb, ktoré vediete?

1. okruh: Kvalita v začiatkoch

- Čo pre Vás znamenalo spojenie „kvalita sociálnej služby“ v čase, keď ste zakladali svoju organizáciu a začali fungovať?
- Pristupovali ste k tejto otázke vedome?
- Podľa čoho/koho ste sa orientovali, či poskytujete kvalitnú sociálnu službu?
- Organizovali ste vo Vašej organizácii k otázkam kvality nejaké stretnutia (kedy, s kým)?
- Inšpirovali ste sa pri zavádzaní kvality skúsenosťami nejakých iných organizácií doma alebo v zahraničí?

2. okruh: Čas a faktory „zlomu“

- Za akých okolností ste sa začali venovať otázkam kvality systematicky? Čo boli tie najdôležitejšie okolnosti?
- Prečo ste sa pri zavádzaní podmienok kvality rozhodli pre stratégiu cez konzultačnú firmu?
- Myslíte si, že práca na otázkach kvality priniesla do činnosti Vašej organizácie nejakú zásadnú zmenu, skutočný zlom? Ak áno, v čom spočíval/spočíva?

3. okruh: Benefity systému kvality

- V čom dnes vnímate hlavné benefity toho, že ste sa začali systematicky zaoberať otázkami kvality, pre:
 - Vašich prijímateľov/Iky sociálnych služieb (opíšte nejakú konkrétnu situáciu na strane prijímateľa/Iky sociálnej služby, ktorú priamo pripisujete zmenám v podmienkach kvality)
 - Vás ako vedenie (opíšte nejakú konkrétnu situáciu.....)
 - Vašich zamestnancov/kyne (opíšte nejaké konkrétnu situáciu....)
 - Rodinných príslušníkov, známych prijímateľa/Iky sociálnej služby (opíšte nejakú konkrétnu situáciu...)
- Myslíte si, že vďaka kvalite sa zlepšila Vaša pozícia na trhu poskytovateľov SS?

4. okruh: Kvalita a najbližšia budúcnosť

- Čo plánujete realizovať v otázkach kvality v najbližšej budúcnosti? V čom cítite stále medzery?
- V čom Vám môže napomôcť systém kvality pri napredovaní organizácie?
- V čom vidíte prekážky napredovania organizácie?
- Myslíte si, že na základe zavedenia podmienok kvality budete uvažovať o zmene vízie, poslania, či cieľov Vašej organizácie?
- Myslíte si, že poskytovatelia, ktorí dosiahnu v budúcnosti vysoké hodnotenie plnenia podmienok kvality, by mali byť inak podporovaní z verejných zdrojov ako tí, ktorí síce budú spĺňať zákonné podmienky, ale na nižšej úrovni?

Príloha 6

Inštrumentálna prípadová štúdia 2 – osnova hĺbkového rozhovoru

Východisková informácia o poskytovateľovi (na základe kvantitatívneho dotazníka)

Úvodná otázka:

Čo znamená kvalita vo Vašom osobnom živote? A čo znamená pre Vás ako riaditeľku zariadenia sociálnych služieb, ktoré vediete?

1. okruh: Kvalita v začiatkoch

- Čo pre Vás znamenalo spojenie „kvalita sociálnej služby“ v čase, keď ste zakladali svoju organizáciu a začali fungovať?
- Pristupovali ste k tejto otázke vedome?
- Podľa čoho/koho ste sa orientovali, či poskytujete kvalitnú sociálnu službu?
- Organizovali ste vo Vašej organizácii k otázkam kvality nejaké stretnutia (kedy, s kým)?
- Inšpirovali ste sa doposiaľ v otázkach kvality skúsenosťami nejakých iných organizácií doma alebo v zahraničí?

2. okruh: Čas a faktory „zlomu“

- Za akých okolností ste začali uvažovať o otázkach kvality intenzívnejšie? Čo boli tie najdôležitejšie okolnosti?
- Prečo ste sa pri zavádzaní kvality rozhodli čakať až na vydanie celoslovenskej metodiky? Necítili ste dovtedy vo svojej práci nejaké medzery?
- Máte víziu svojej organizácie? O čo sa táto vízia opiera a na čo sa spoliehate pri jej naplňaní?

- Prečo si myslíte, že systematická práca na zavádzaní podmienok kvality neprinesie niečo zásadne nové do toho, ako poskytujete, resp. budete v budúcnosti poskytovať svoje sociálne služby?

3.okruh: Kvalita a najbližšia budúcnosť

- Ak neočakávate výraznejšie zmeny, čo je potom pre Vás motiváciou začať proces zavádzania podmienok kvality? Čo od neho očakávate? Myslíte si, že keby to neurčoval zákon, s otázkami kvality by ste sa osobitne nezaoberali, nakoľko dôverujete svojej zabehnutej praxi?
- Ako budete pri zavádzaní pokračovať? Aké kroky prijmete (v oblasti organizačno-personálnej, riadiacej, vo vzťahu k zamestnancom/kyniam, vo vzťahu k prijímateľom/Ľkám sociálnych služieb)?
- Myslíte si, že poskytovatelia, ktorí dosiahnu v budúcnosti vysoké hodnotenie plnenia podmienok kvality, by mali byť inak podporovaní z verejných zdrojov ako tí, ktorí síce budú spĺňať zákonné podmienky, ale na nižšej úrovni?

Menný register

- B**
 Balogová, B. 132, 209, 222
 Bareš, P. 49, 125, 199, 218
 Bauman, Z. 21, 218
 Bednárík, R. 12, 219
 Bergeyck, J. 212, 221
 Brichtová, L. 11, 12, 15, 39, 41, 73, 98, 215, 218, 222, 232
 Buzala, O. 132, 136, 173, 184, 189, 197, 205, 215
- C, Č**
 Cangár, M. 10, 40, 42, 64, 131, 197, 198, 202, 216, 218, 224
 Čerešňová, Z. 223
- D**
 Dobiášová, K. 159, 205, 209, 220
 Döhner, H. 212, 208
 Dragomirecká, E. 26, 218
 Dudeková, G. 218
 Ďurana, R. 22, 25, 26, 55, 64, 219
- E**
 Elks, D. 127, 218
- F**
 Fahey, T. 26, 219
 Falisová, A. 219
 Flynn, R. J. 223
- G**
 Goffman, E. 21, 206, 207, 219
 Göppner, H. J. 18, 19, 197, 219
- H**
 Halásková, R. 49, 125, 199
 Hämäläinen, J. 18, 19, 197, 219
 Hendl, J. 97, 98, 219
 Hlebec, V. 97, 99, 219
 Holland, S. 59, 95, 99, 101, 128, 223
 Holúbková, S. 22, 25, 26, 55, 69, 213
- I**
 Illinca, S. 23, 28, 219
- K**
 Kasanová, A. 12, 41, 219
 Kocman, D. 50, 63, 94, 97, 128, 138, 192, 194, 219
 Kofahl, Ch. 212, 218
 Korimová, G. 11, 37, 39, 215
 Košútová, M. 73, 220
 Kotrusová, M. 155, 205, 209, 220
 Kovaľová, M. 132, 136, 173, 184, 189, 197, 205, 215
 Krug, E. G. 54, 220
 Krupa, S. 10, 15, 28, 30, 37 – 40, 56, 64, 66, 131, 197, 198, 202
 Kubalčíková, K. 23, 62, 97, 202, 220,
 Kušniráková, I. 220
- L**
 Leichsenring, K. 23, 25, 28, 38, 69, 198, 216, 219
 Lemay, R.A. 126, 220, 223
 Levická, J. 215, 220
 Liederke, A. C. 221
- M**
 Malík Holasová, V. 54, 221
 Matoušek, O. 19, 33, 56, 99, 197, 218, 220, 221
 Moravčíková, J. 12, 219
 Mrzel, M. 97, 99, 219
 Munday, B. 56, 221
 Musil, L. 20, 21, 54, 62, 97, 134, 155, 202
- N**
 Navrátilová, J. 211, 221
 Neuville, E. 127, 218, 224,
 Nies, H. 9, 23, 24, 60, 124, 133, 186, 192, 199, 221
 Nolan, B. 26, 219
- O**
 O'Brien, J. 33, 34, 38, 41, 61, 93, 134, 157, 207, 216, 221
 Ondrušek, D. 93, 221
 Osburn, J. 31, 32, 42, 92, 222
- P**
 Pffeiffer, J. 55, 222
- Pfau-Effinger, B.** 57, 132, 211
Průša, L. 45, 125, 199
- R**
 Repková, K. 11, 13, 15, 25, 39, 51, 52, 56, 73, 93, 98, 101, 132, 139, 159, 192, 200, 205, 208, 215, 222, 232
 Rodriguez, S. 219
 Rollová, L. 10, 64, 223, 224
 Rostgaard, T. 57, 132, 211
- S, Š**
 Sethi, D. 223
 Shaw, I. 59, 95, 99, 101, 128, 223
 Sičáková – Beblavá, E. 127, 223
 Sládek, M. 50, 223
 Stanek, V. 208, 223
 Štrangfeldová, J. 11, 37, 39, 215
- T**
 Thomas, S. 32, 56, 204
 Triantafillou, J. 159, 223
- U**
 Uhde, Z. 210, 223
- V**
 Víšek, P. 49, 125, 199
- W**
 Whelan, CH. T. 26, 219
- Z**
 Záhorcová, V. 64, 224