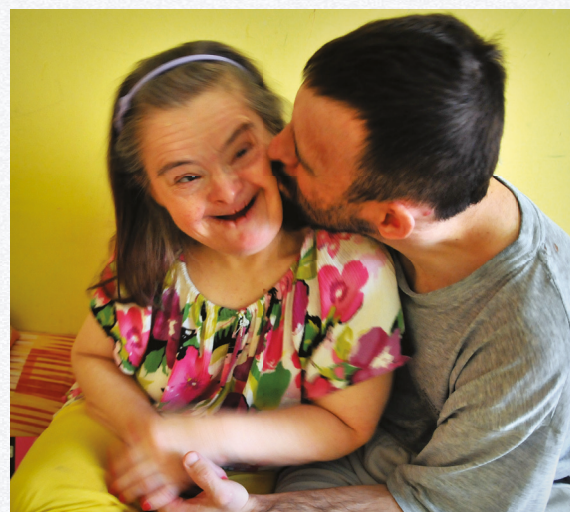


# Riadenie a manažment prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť

## PRIESTOR NA VAŠU PRÍLEŽITOSŤ

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

[www.esf.gov.sk](http://www.esf.gov.sk) [www.ia.gov.sk](http://www.ia.gov.sk)



IMPLEMENTAČNÁ AGENTÚRA MINISTERSTVA PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY  
SLOVENSKEJ REPUBLIKY

# **Riadenie a manažment prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť**

**Odborná publikácia**

Lýdia Brichtová · Miroslav Cangár · Mária Filipová ·  
Slavomír Krupa · Denisa Nincová · Tereza Palanová

## Obsah

Zoznam tabuliek a obrázkov.....	7
Úvod.....	9
<b>I. Podpora procesu a etáp deinštitucionalizácie a transformácie sociálnych služieb .....</b>	<b>11</b>
1.1 Teoretické východiská sociálnej práce pre proces deinštitucionalizácie.....	11
1.2 Základné dokumenty podporujúce proces transformácie a deinštitucionalizácie na medzinárodnej a národnej úrovni .....	37
1.3 Právne východiská transformácie a deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb v Slovenskej republike .....	46
1.4 Ekonomické podmienky deinštitucionalizácie .....	67
<b>2. Etapa prípravy procesu deinštitucionalizácie a transformácie sociálnych služieb .....</b>	<b>75</b>
2.1 Plánovanie procesu transformácie a deinštitucionalizácie.....	75
2.2 Strategická vízia ako súčasť transformačného plánu .....	92
<b>3. Etapa realizácie zmeny deinštitucionalizácie a transformácie sociálnych služieb .....</b>	<b>101</b>
3.1 Individuálna práca s prijímateľom sociálnych služieb v kontexte transformácie a deinštitucionalizácie .....	103
3.2 Zmena z režimu sociálnych služieb riadených inštitúciou k nezávislému životu .....	147
3.2.1 Príprava prijímateľov sociálnych služieb na proces zmien.....	147
3.2.2 Príprava zamestnancov sociálnych služieb na proces .....	154
3.3 Komunitné sociálne služby .....	168
3.4 Sieťovanie komunitných sociálnych služieb.....	176
<b>Záver .....</b>	<b>185</b>
<b>Zdroje.....</b>	<b>187</b>

Názov publikácie: Riadenie a manažment prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť

Autori publikácie: Mgr. Lýdia Brichtová, PhD.; PhDr. Miroslav Cangár; Ing. Mária Filipová,  
Doc. PhDr. Slavomír Krupa, PhD., Mgr. Denisa Nincová, Mgr. Tereza Palanová

Editor: Miroslav Cangár

Jazyková korektúra: ELFI, s. r. o.

Grafika a tlač: Equilibria, s. r. o., Košice

Vydal: Implementačná agentúra Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny  
Slovenskej republiky

Rok: 2015

ISBN: 978-80-970110-7-9

PRIESTOR NA VAŠU PRÍLEŽITOSŤ

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

[www.esf.gov.sk](http://www.esf.gov.sk)

## Zoznam tabuliek a obrázkov

- Tabuľka 1: Vonkajšie prostredie vo vzťahu k organizácii
- Tabuľka 2: Syndróm NIMBY
- Tabuľka 3: Porovnanie významov termínov „inštitúcia“ a „organizácia“
- Tabuľka 4: Byrokratické a alternatívne organizácie
- Tabuľka 5: Reforma, decentralizácia, transformácia
- Tabuľka 6: V tabuľke uvádzajú autori štúdie porovnanie nákladov a kvality v dôsledku zmeny z inštitucionálnych na komunitné služby
- Tabuľka 7: Vzor možného akčného plánu pro dosažení osobného cíle
- Tabuľka 8: Vzdelávací plán
- Tabuľka 9: Analýza cíľů organizace
- Obrázok 1: Príklad transformácie osobnosti človeka
- Obrázok 2: Proces tvorby Transformačného plánu
- Obrázok 3: Schéma individuálneho plánovania v proce transformácie a deinštitucionalizácie sociálnych služieb.
- Obrázok 4: Hledání nejvhodnějších pracovníků
- Obrázok 5: Kruh vztahů
- Obrázok 6: Kruh vztahů – model 2.
- Obrázok 7: Proces plánování podpory
- Obrázok 8: Identifikace oblastí podpory
- Obrázok 9: Subjektívni a objektivni pohled identifikace podpory
- Obrázok 10: Líbí se – Nelíbí se.
- Obrázok 11: Vlastní zdroje klienta
- Obrázok 12: Moje sny a přání
- Obrázok 13: Hledisko člověka – Hledisko jiných lidí
- Obrázok 14: Proces práce s rizikem
- Obrázok 15: Základná komunikačná tabuľka
- Obrázok 16: Komunikačná tabuľka
- Obrázok 17: Komunikačná tabuľka
- Obrázok 18: Záznam z vizualizácie predstáv a snov partnerskej dvojice v procese plánovania

- Obrázok 19: Vzdělávací plán organizace
- Obrázok 20: Model komunitných služieb
- Obrázok 21: Znaky komunitných služieb
- Obrázok 22: Sieť pomoci občanom so zdravotným postihnutím – prijímateľom SS v DSS v rámci deinštitucionalizácie (vybraní kľúčoví aktéri)
- Obrázok 23: Logický proces založenia siete
- Obrázok 24: Aktéri, ktorí môžu vytvárať siete v rámci procesu DI a transformácie SS

## Úvod

Transformácia a deinštitucionalizácia sociálnych služieb - vyslovenie a čítanie týchto pojmov navodzuje predstavu zložitého, náročného procesu zmeny. Je však primerané na úvod uviesť, že dôvody týchto zmien spočívajú a sú odvodené od človeku vlastných a zrozumiteľných a prirodzených túžob a potrieb, o ktorých bude čitateľ v texte tejto odbornej publikácie čítať. Píšeme o tom ako je možné, a prečo je potrebné a nevyhnutné humánne a odborne, sociálnou službou riešiť životné situácie osôb so zdravotným znevýhodnením. Máme skúsenosť a vieme, že každý človek má potrebu porozumieť a rozumieť samému sebe, porozumieť situácii v ktorej sa nachádza, potrebu byť prijímaný a prijímať ľudí okolo seba. Vnútrotný „svet“ človeka je neoddeliteľne spojený s vonkajším prostredím, ktoré ho obklopuje od narodenia až po koniec života, ktorého je súčasťou. Civilizovaná európska spoločnosť v 21. storočí má zodpovednosť za to, aby boli splnené a naplňované sociálne a právne podmienky prostredia, v ktorom človek žije. Nemôžeme a nechceme sa zbavovať zodpovednosti za povinnosť iniciovať, korigovať, reformovať, transformovať podmienky sociálneho prostredia tak, aby zodpovedalo a spĺňalo záväzky z medzinárodných dohovorov a platnej legislatívy v našej krajine. Máme zodpovednosť za to, aby sme poskytovali a uplatňovali najnovšie odborné poznatky, humánne prístupy a metódy v sociálnej práci, v sociálnych službách. Autori tejto publikácie kvalitatívne hodnotia a prehodnocujú podmienky a vplyv tradične organizovaného sociálneho prostredia“ ústavnej“ sociálnej starostlivosti (inštitúcii) a prirodzeného, komunitného (deinštitucionalizovaného)prostredia na osobný vývoj života ľudí so zdravotným znevýhodnením. Vysvetľujú dôvody a popisujú proces a podmienky zmien, premeny (transformácie) pri prechode prijímateľov sociálnych služieb z prostredia inštitučne organizovaných sociálnych služieb do prostredia, v ktorom sú poskytované komunitné sociálne služby. V publikácii vychádzame z realizovaných pilotných projektov transformácie a deinštitucionalizácie domovov sociálnych služieb. V rámci nich sa zaoberáme prípravou, adaptáciou a inklúziou prijímateľov sociálnych služieb na zmenené podmienky prostredia, zmeny pracovných pozícií zamestnancov, zmeny koncepcie stratégie rozvoja sociálnych služieb zriaďovateľov – samosprávnych krajov.

Pilotné projekty neoverujú právne a odborné ciele transformácie a deinštitucionalizácie, práve naopak, tieto právne a odborné ciele sú základným dôvodom, pre ktoré je projekt realizovaný. Pilotné projekty, ale overujú spôsob ako je možné uvedené ciele efektívne a úspešne v podmienkach Slovenska realizovať a dosiahnuť.

Máme nádej, že výsledky dosiahnuté v projekte“ Podpora procesu deinštitucionalizácie a transformácie systému sociálnych služieb“ ktorý je financovaný z Európskeho sociálneho fondu v rámci Operačného programu Zamestnanosť a sociálna inklúzia Implementačnej agentúry Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky, pripravujú cestu k nevyhnutnej potrebnej celoplošnej transformácii a deinštitucionalizácii sociálnych služieb v Slovenskej republike.

Slavomír Krupa

# I. Podpora procesu a etáp deinštitucionalizácie a transformácie sociálnych služieb

## I.1 Teoretické východiská sociálnej práce pre proces deinštitucionalizácie

V súvislosti s inštitucionalizáciou, deinštitucionalizáciou, organizáciou procesu sociálnych služieb je predmetom teoretických východísk sociálne prostredie. Sociálne prostredie je kreované ľuďmi (interakcionalizmus) a zároveň spätne vplýva na ľudí, ktorí v prostredí žijú (kontextualizmus).<sup>1</sup> Z uvedeného hľadiska hodnotíme vplyv prostredia na správanie sa človeka z historického dlhodobého hľadiska, krátkodobého – časovo ohraničeného obdobia politických, kultúrnych, ekonomických zmien a formulujeme prognózy do budúcnosti. Výstižným východiskom interakcionalizmu je vyjadrenie W. Dyera: „Nie svet, ale vaše myslenie (konanie) určuje kvalitu vášho života.“<sup>2</sup>

Prijímateľ tradičných pobytových sociálnych služieb žije v konkrétnom umelom, časovo neohraničenom sociálnom prostredí zariadenia. V pobytových zariadeniach sociálnych služieb, kde má prijímateľ submisívnu sociálnu rolu, existuje riziko, že prijímateľ má minimálny alebo žiadny vplyv na zmeny podmienok prostredia, v ktorom žije. Zriaďovatelia a prevádzkovatelia sociálneho prostredia, v ktorom sú poskytované sociálne služby, majú povinnosť a zodpovednosť za to, aby mal prijímateľ z hľadiska moci vyváženú – symetrickú, partnerskú pozíciu, ktorá je podmienená bezpodmienečným plným rešpektovaním a dodržiavaním základných ľudských práv a slobôd prijímateľa. Rešpektovanie základných ľudských práv a slobôd v prostredí sociálnych služieb vytvára z hľadiska moci symetrické prostredie, v ktorom je predpoklad na sociálnu pozíciu prijímateľa, v ktorej má prirodzenú ľudskú dôstojnosť.

Preferovanie kontextualizmu na úkor interakcionalizmu a opačne, interakcionalizmu na úkor kontextualizmu, je popieraním vplyvu prostredia alebo individuálnych schopností človeka meniť sociálne prostredie. Človek má vedomie, schopnosť uvedomovať si sám seba, ľudské vedomie, kreované, posilňované a obohacované (tiež deformované) reflexiou zo sociálneho prostredia, ktorého je paradoxne zároveň súčasťou, prijímateľom i tvorcom.

1 Meacham, 1983

2 Dyer, 1995, Vaše bludy. Praha, Talpress

## Inštitúcia

Termín „inštitúcia, instituere“ má kľúčový význam a miesto v procese deinštitucionalizácie. Podľa Matouška označuje „zariadovanie, zriaďovanie, znamená tiež dodržiavať zákon, zvyklosť, prax a tiež organizáciu“<sup>3</sup> Inštitúciou je podľa sociológov napríklad cirkev, školstvo, právo, ekonomický systém a tiež rodina. Tieto významy slova platili až do 16. storočia. V 18. storočí „dostáva inštitúcia význam zariadenia pre verejné, výchovné, cirkevné a iné účely“. Inštitúcia je viazaná určitým spôsobom na usporiadané vzťahy, má sociálny, spoločenský základ. Sociálne väzby, ktoré ľudia medzi sebou vzájomne vytvorili a ktoré sú charakteristické relatívnou stabilitou, tradíciou v čase a priestore, sú uznané a etablované, nazývame spoločenskou inštitúciou. Inštitúcia v tomto zmysle je spravidla viazaná na nejakú spoločenskú funkciu (ako napríklad právne vymedzenie vzťahov medzi partnermi, výchova detí, spirituálne delenie sa). Ivanová-Šalingová vykladá význam slova „inštitúcia“ ako:

1. „ústav, ustanovizeň, administratívny orgán,
2. právny súhrn vzťahov medzi ľuďmi upravený normami“<sup>4</sup>.

Podľa Kataríny Hegerovej je slovo „inštitút“ totožné s významom slova „ústav“. To znamená, že výrazom inštitút sa označuje inštitút (ktorým môže byť vedecká inštitúcia...). Prucha –Walterová – Mareš uvádzajú pod slovom „inštitút“ „ústav, menovite vzdelávací alebo výskumný“<sup>5</sup>.

Podľa Bergera a Luckmanna „inštitúcie vznikajú v spoločenstvách združujúcich veľký počet ľudí... z teoretického hľadiska je však nutné zdôrazniť, že inštitucionalizačné procesy vzájomnej typizácie začnú pôsobiť i v prípade, keď do vzájomnej interakcie vstupujú jedinci, ktorí sa nikdy predtým nevideli“<sup>6</sup>.

Podľa uvedených autorov je vznik inštitúcie viazaný na proces „typizácie“. Typizácia podľa Bergera a Luckmanna je „súbor vzájomne typizovaných činností, ktoré sa (pre jej účastníkov) stali zvykom a z ktorých môžu byť niektoré vykonávané samostatne a iné spoločne“<sup>7</sup> V tomto procese sú prítomné prvky inštitucionalizácie. Z uvedených dôvodov považujú autori „prežívanie sveta inštitúcií za objektívnu realitu... ktorú vytvoril a vymyslel človek“<sup>8</sup> Inštitúcia je v pôvodnom zmysle slova zo sociálneho hľadiska hľadaním spôsobu, ako, akým spôsobom je možné dosiahnuť usporiadanie ľudských vzťahov. Sociálne služby sú v tomto prípade formou „typizovanej činnosti“ pre skupinu sociálne znevýhodnených občanov, kde inštitúcia alebo inštitucionalizácia vytvára podmienky na riešenie ich problémov. Inštitucionalizovanie sociálnych, právnych vzťahov má svoje formálne vyjadrenie v organizácii, ktorá je „celistvým sociálnym útvarom, kde sa jednotlivé časti vzájomne dopĺňujú a sú spájané s ich významom pre celok“<sup>9</sup> Organizácia, ktorá zabezpečí

riešenie sociálneho problému znevýhodnených občanov, je podľa Labátha „sociálna organizácia, ktorá je zoskupením ľudí, ktoré ma vopred stanovený cieľ, poslanie, má svoju štruktúru a účelovo usporiadané vzťahy“<sup>10</sup> Problém inštitucionalizácie vzniká vtedy, keď zvyky, rituály, ktoré sa stali tradíciou, prestanú v niektorej z nasledujúcich generácií platiť.

V odbornej literatúre sa napriek metodologickému spresneniu významov a diferenciacii pojmov inštitúcia a organizácia stretávame s tým, že pod termín inštitúcia niektorí autori zahŕňajú „organizáciu založenú na verejné účely“<sup>11</sup>, teda miesto, priestor, budovu, ktorej cieľom je formalizovanie podmienok, prostredia vhodného na realizáciu cieľov osôb (rodina), verejnej správy (komunitné centrum), súkromného sektora (mimovládna organizácia, nezisková organizácia). Podľa Matouška termín „inštitúcia“ znamená „každý všeobecne praktikovaný spôsob konania, slúžiaci na reálnu alebo fiktívnu potrebu“<sup>12</sup> Z uvedeného je možné vyvodiť, že termín „inštitúcia“ niektorí autori uvádzajú v zhode s výkladom termínu „organizácia“<sup>13</sup>.

V súvislosti s riadením inštitúcií bola pozorovaná ich konzervatívna tendencia zachovávať si svoju pôvodnú formu a obsah aj napriek zmeneným vonkajším podmienkam. Ak inštitúcie dlhodobo, niekoľko rokov, prípadne desiatky rokov zotrávajú vo svojej pôvodnej štruktúre alebo len pomaly reagujú na vonkajšie zmeny prostredia, skôr či neskôr je takýto stav sprevádzaný krízami organizácií, zánikom alebo ich transformáciou.

## Zmena inštitučných systémov

V riadení inštitúcií platí nepísané pravidlo, podľa ktorého je inštitúcia, ktorá nerealizuje zmeny v priebehu desiatich rokov, ohrozená, postupne sa dostáva do krízy a zaniká. Takéto pravidlo neplatí vtedy, ak sú inštitúcie mimo kontroly verejnosti. Tak sa môže stať, že niektoré inštitúcie pretrvávajú niekoľko desaťročí bez zmien a stávajú sa postupne neriešiteľným alebo ťažko riešiteľným problémom. Inštitúcia má povinnosť v zmysle zákonov zabezpečovať pre postihnutých občanov prostredie, v ktorom sú im poskytované sociálne a zdravotné služby. V prípade, že nedochádza k zmenám inštitučných systémov, doplácajú na to občania so zdravotným postihnutím, prijímatelia služieb. Prof. MUDr. K. Matulay, nestor slovenskej psychiatrie a neurológie, pri preberaní Ceny mesta Bratislava v roku 1993 uviedol: „Pri svojom pôsobení na vedúcich miestach rôznych kliník a ústavov som totiž získal dobrý prehľad o situácii na Slovensku a zároveň som mohol porovnávať, ako inak a oveľa lepšie sa k (postihnutým) deťom správajú v zahraničí. Také Belgicko, Nemecko, Holandsko... No a prišlo mi ľúto, že u nás vlastne nepoznajú nič iné ako ústavy sociálnej starostlivosti... jednoducho tak, že zhora sa určilo: neliečiteľné prípady patria sem a liečiteľné zase do oblasti zdravotníctva. Čiže jedinou povinnosťou ľudí v ústavoch bolo ľudí prijať, uložiť ich, chovať a kŕmiť. Nie však aj primerane rehabilitovať – aby sa podľa možnosti mohli naplno rozvíjať

3 Matoušek, 1995, s. 17

4 Ivanová-Šalingová, 1988, s. 236

5 Prucha, 1998, s. 92

6 Berger, Luckmann, 1999, s. 59

7 Ibid s. 59

8 Ibid s. 63

9 Nový – Surynek, 2006, s. 104

10 Labáth, 2004, s. 46

11 Barker in Labáth, 2004, s. 11

12 Matoušek, 2003b, s. 85

13 Barker in Labáth, 2004, s. 44

a vrátiť späť do života. No svet pritom už dávno lieči všetkých. Aj chronikov.“<sup>14</sup> Prof. Matulay v podtexte svojho výroku inými slovami konštatuje skutočnosť stagnácie inštitučného systému. Je potrebné tiež zdôrazniť, že uvedené slová vyslovil na sklonku 20. storočia.

Zmena sociálno-ekonomických podmienok života občanov v spoločnosti vedie k zmene postojov, prístupov a metód (kvality sociálnych služieb) pri napĺňaní potrieb ľudí v nepriaznivých sociálnych situáciách. Stagnácia úrovne kvality poskytovaných sociálnych služieb v organizáciách pre občanov v Slovenskej republike spôsobuje napätie medzi očakávaniami občanov, profesionálnymi požiadavkami vyplývajúcimi z výskumu sociálnej práce a reálne poskytovanými službami.

### Sociálna inštitúcia a inštitúcia ako sociálny systém

Sociálne inštitúcie „vytvárajú spoločensky akceptovateľný rámec na uspokojovanie potrieb jednotlivých členov spoločnosti a na dosahovanie stanovených cieľov“.<sup>15</sup> Podľa uvedených autorov sa sociálne inštitúcie „podieľajú na formovaní osobnosti a významne ovplyvňujú sociálne správanie jednotlivcov“.<sup>16</sup> Obsah a ciele sociálnej inštitúcie dosahujú prostredníctvom sociálnych noriem, hodnôt, tradícií, zvykov, obyčají, rituálov, socializácie.<sup>17</sup> Cieľom sociálnych inštitúcií – inštitúcií, poskytujúcich sociálne služby, je socializácia, ktorá je podľa uvedených autorov „proces, v ktorom sa spoločnosť premieta do človeka. Je to proces, v ktorom si ľudia osvojujú, respektíve internalizujú množstvo sociálne akceptovaných noriem, hodnôt, vzorcov správania sa... kultúry, v ktorej žijú“.<sup>18</sup> Predpokladá sa, že sociálna inštitúcia, sociálna organizácia môže mať viaceré pojmové významy, ako: „súhrn sociálneho usporiadania života v spoločnosti, synonymum pre spolok, združenie, rôzne inštitucionalizovaný sociálny útvar, synonymum pre organizáciu v technickom zmysle slova, proces a činnosti, ktoré formujú sociálne útvary, vlastná sociálna organizácia, sociálny systém a sociálna štruktúra“.<sup>19</sup>

Problémom je, že prevažná väčšina tzv. odborníkov, verejných a neverejných zriaďovateľov a prevádzkovateľov (štátnych, verejných a neverejných), je presvedčená o opodstatnenosti sociálnych inštitúcií, a to aj vtedy, keď už neplnia alebo len čiastočne plnia sociálny účel. Na základe empirického hodnotenia môžeme usudzovať, že každá sociálna inštitúcia určitým čiastočným spôsobom napĺňa očakávania, ktoré sú jej spoločnosťou zverené. Takýto stav ešte stále pretrváva preto, lebo spoločnosť tento rozpor nedokáže identifikovať a zmeniť alebo tieto nedostatky z rôznych dôvodov (ekonomických, politických...) ticho toleruje. Spoločnosť, štát, verejná správa má povinnosť kontrolovať a hodnotiť napĺňanie poslania, cieľov sociálnych inštitúcií, a to minimálne z toho dôvodu, že sú financované z verejných zdrojov.

14 Tichý, Sedláčková, 1996, s. 55

15 Nový – Surynek, 2006, s. 60

16 Ibid s. 66

17 Ibid

18 Ibid s. 67

19 Geist 1992 in Labáth 2004, s. 46

Niektorí autori (Arnold, Robertson, Cooper in Výrost, Slaměnik in Labáth 2004, s. 52) hodnotia inštitúciu z hľadiska vstupov, výstupov, organizácie, subsystemov a ich vzájomnej interakcie a vzťahov k vonkajšiemu sociálnemu systému. Sociálny systém má podľa Labátha ešte ďalšie „vonkajšie atribúty“<sup>20</sup>, ktorými sú „prvky systému“. Pod nimi rozumie vo vzťahu k rezidenčnej sociálnej práci predovšetkým „občanov so zdravotným postihnutím a pracovníkov“. Občania so zdravotným postihnutím a pracovníci vystupujú nezávisle, ale tiež vo vzájomných vzťahoch, je tu prítomná ohraničenosť voči vonkajšiemu prostrediu, vnútorná rovnováha a spätná väzba na udržanie rovnováhy.

Z uvedeného je významné, že inštitúcia v sociálnej oblasti, v priestore sociálnej vitality má niektoré prejavy blízke správaniu sa organizmu, i keď vznik organizácie a funkcie sú diametrálne odlišné. Inštitúcia má vlastnú sociálnu štruktúru smerom dovnútra a väzby smerom k vonkajšiemu prostrediu. Vzájomná súvislosť medzi sociálnou vitalitou organizácie či inštitúcie a vonkajším prostredím je zjavná.

Podľa Schenka môžeme z hľadiska sociálnej vitality (becoming) rozdeliť organizácie takto: na tie, v ktorých sa vnútorné procesy opakujú zo zotrvačnosti – môžeme ich v tejto práci označiť ako stagnujúce organizácie. Ďalej Schenk uvádza organizácie v progrese (rozvoji) a degenerácii (úpadku).<sup>21</sup> Vonkajšie prostredie vo vzťahu k organizácii delia Dess a Beard na „kapacitu (potenciál, ktorý určuje podporu rastu organizácie), nestálosť (vypovedá o úrovni stability) a komplexitu, ktorá vypovedá o stupni heterogenity a koncentracie jednotlivých častí prostredia“.<sup>22</sup>

**Tabuľka 1: Vonkajšie prostredie vo vzťahu k organizácii**

Organizácia	Vonkajšie prostredie vo vzťahu k organizácii
Stagnácia	Nestálosť
Progres	Kapacita
Degenerácia	Komplexita

Komentár k tabuľke 1: Súvislosti medzi internými a externými podmienkami organizácie podmieňujú napĺňanie jej poslania vo vzťahu k občanovi a k očakávaniam spoločnosti.

Práve z hľadiska možných zmien inštitúcií sú podstatné vnútorné procesy (ktoré charakterizujú organizáciu) a vonkajšie prostredie (ktoré má a môže mať od organizácie rôzne očakávania).

### Vzťah externého a interného prostredia organizácie

Z uvedených charakteristík organizácie a správania sa (vzťahu) vonkajšieho prostredia k organizácii je zjavné, že kombináciou nestáleho vonkajšieho prostredia a stagnácie či degenerácie organizácie môžeme hodnotiť situáciu ako krízovú. Predpoklad možnej premeny sociálnej mortality

20 Labáth, 2004, s. 53

21 Labáth, s. 54

22 Nový – Surynek, 2006, s. 173



(stagnácie) na vitalitu je v týchto podmienkach takmer nemožný. Nestabilné vonkajšie prostredie (nízka životná úroveň obyvateľstva, chudoba, vysoká nezamestnanosť, diskriminácia, nezáujem verejnosti, nestabilita politického systému) brzdí alebo prekáža rozvoju organizácie.

Príklad: Raisa Kravčenko, riaditeľka denného centra Džerella pre postihnutých ľudí v Kyjeve, zriadila v roku 2006 chránené bývanie pre 20 občanov s mentálnym postihnutím na jednom z rozsiahlych sídlisk v Kyjeve. Sídlisk, plných poschodových budov pre niekoľko stotisíc rodín. Mentálne postihnutí občania majú v nových priestoroch jednopodlažnej budovy dôstojné podmienky na bývanie. Pri otvorení chráneného bývania, ktoré je obklopené takmer zo všetkých strán komplexom viacposchodových bytoviek, protestovali obyvatelia z neďalekých bytoviek. Neprotestovali proti zriadeniu chráneného bývania, ale proti neporovnateľným podmienkam života v chránenom bývaní pre občanov s mentálnym postihnutím (kde v jednej miestnosti bývajú dvaja občania so zdravotným postihnutím) a podmienkam bývania v obytných domoch sídliska (kde sú niektoré mnohopočetné rodiny, pričom v jednej miestnosti býva niekedy okolo 8 – 10 občanov). Vonkajšie sociálno-ekonomické podmienky života bežných obyvateľov Kyjeva ako hlavného mesta Ukrajiny boli v príkrom rozpore a nepomere s podmienkami bývania občanov s mentálnym postihnutím v chránenom bývaní zriadeným podľa západného vzoru. Túto situáciu vhodne dopĺňajú informácie, poskytnuté sociálnymi pracovníkmi zodpovednými za rozvoj sociálnych služieb v Kyjeve, podľa ktorých sú priamo v Kyjeve zriadené tri zariadenia pre deti, mládež a dospelých s mentálnym postihnutím. Jeden z ústavov je pre 750 občanov, druhý pre 500 a tretí pre 250 dievčat s mentálnym postihnutím. Posledný sa považuje za príklad dobre prevádzkovaného zariadenia, pričom napríklad na jednej chodbe je 18 spální, každá približne pre 13 dievčat s minimálnym priestorom medzi lôžkami a bez akéhokoľvek súkromia. Tieto vysokokapacitné zariadenia však obyvatelia Kyjeva považujú za adekvátne a nemajú proti nim (zatiaľ) výhrady.

Tento príklad, ktorý dokumentuje súvislosti medzi vonkajším prostredím a internými podmienkami v sociálnej inštitúcii, platí nielen pre Ukrajinu, respektíve Kyjev, ale pre ktorúkoľvek krajinu na svete vrátane Slovenska. Existuje priama súvislosť medzi vonkajšími sociálno-ekonomickými a politicko-kultúrnymi podmienkami života spoločnosti a podmienkami poskytovanými v zariadeniach, ktoré poskytujú sociálne služby. Sociálny pracovník, ktorý nerešpektuje objektívne podmienky životnej úrovne bežného obyvateľstva regiónu, krajiny, štátu a nepočíta s ich vplyvom pri transformácii a zmenách orientovaných v prospech občana so zdravotným postihnutím v sociálnych službách, musí počítať s väčším či menším odporom verejnosti. Odpor spoločnosti proti zmenám v inštitúciách – v zariadeniach sociálnych služieb –, je tým väčší, čím väčší je rozdiel medzi (sociálno-ekonomickými) podmienkami života bežných obyvateľov v krajine (regióne, kraji) a plánovaným stavom poskytovaných služieb, kvality života občanov so zdravotným postihnutím po transformácii zariadení sociálnych služieb.

## Verejnosť sa niekedy cíti ohrozená

Modelom opisovanej skutočnosti odporu spoločnosti je syndróm NIMBY (Not in My Back Yard – „nie pri mojom plote“), ktorý je reakciou ľudí, občanov, ktorí sa cítia ohrození, keď sú zriaďované služby pre znevýhodnených, starších, zomierajúcich občanov, občanov so špeciálnymi potrebami v tesnej blízkosti ich domovov, bytoviek, domov. Reakcie obyvateľov obcí, sídlisk sú tým razantnejšie, čím sú vyhranenejšie, diskriminujúcejšie postoje občanov k jednotlivcom a minoritám. Tieto postoje vznikajú na základe nízkej miery informácií, predsudkov, mýtov a skúseností.

Tabuľka 2: Syndróm NIMBY

Syndróm NIMBY	Hľadanie dôvodov
Námietky	- na území pozemku sa nachádza chránený druh chrobáka, a preto nie je možné zriadiť sociálne služby - mesto nerátalo so službami v urbanistickom pláne
Obavy	- negatívny vplyv na psychiku detí - pri zriaďovaní hospicov – okolo susedov budú jazdiť pohrebné autá, hospic je miestom histologického odpadu - negatívny vplyv na turistický ruch - negatívna mienka na štvrti, v ktorej bývajú obyvatelia - susedia prídu o parkovacie miesta pre osobné dopravné prostriedky
Šírenie fámy	- idú stavať verejný dom - občania so zdravotným postihnutím sú nebezpeční a agresívni
Protesty	- petícia - sťažnosti - zastavenie stavby

Príklad: Neďaleko Bratislavy, v malom meste, sa rozhodla občianka ako fyzická osoba iniciovať zriadenie chráneného bývania pre mentálne postihnutých občanov v bytovke malého sídliska. Zriadenie chráneného bývania bolo schválené mestským zastupiteľstvom a na účely chráneného bývania bol vyčlenený byt, ktorý spĺňal podmienky na poskytovanie takéhoto typu služieb. Obyvatelia bytovky boli následne oboznámení s prípravou a so schválením projektu. Zriadenie chráneného bývania v bezprostrednom susedstve nepovažovali za vhodné a spísali proti rozhodnutiu mestského úradu petíciu, na základe ktorej následne úrad zrušil svoje pôvodné rozhodnutie.

Poskytovanie sociálnych služieb nesmie byť v súčasnosti v rozpore s uznanými medzinárodnými pravidlami, dohovormi, požiadavkami, ktoré sú formulované napríklad v Štandardných pravidlách na vytváranie rovnakých príležitostí pre osoby so zdravotným postihnutím, v Dohovore o právach osôb so zdravotným postihnutím, vydanými OSN (2006). To znamená, že sociálni pracovníci v projektoch musia nevyhnutne zahrnúť do projektov „riziko únosnosti vyplývajúce z nezájmu alebo odporu verejnosti“, ktoré sa môže premietnuť v dĺžke realizovaných zmien. V prípade, že sociálni pracovníci s týmto rizikom počítajú, je ho možné preventívnymi opatreniami (medializáciou, osvetou, diskusiami) znižovať alebo úplne eliminovať.

## Zásada stabilizovaného externého a interného prostredia ako podmienka transformácie

Teoretický výskum aj experimentálne skúsenosti poukazujú na významné súvislosti vzťahu externého a interného prostredia zariadení sociálnych služieb. Často sme kládli odborníkom v krajinách, kde realizovali a zrealizovali transformáciu sociálnych služieb, otázku o motivácii a počiatočných impulzoch, ktoré naštartovali a podporili proces transformácie sociálnych služieb. V 60. rokoch 20. storočia boli impulzom verejné diskusie o právach osôb so zdravotným znevýhodnením, zakladanie rodičovských a klientskych organizácií, v niektorých krajinách tiež súdne spory rodičov a štátu a v konečnej fáze celonárodne pripravované a realizované projekty zamerané na zmenu podmienok života ľudí so zdravotným postihnutím.<sup>23</sup> Inokedy sme dostávali neurčitú odpoveď z toho dôvodu, že nedokázali presnejšie identifikovať podmienky, ktoré sú nevyhnutné na transformáciu sociálnych služieb v konkrétnej obci, regióne, štáte. Je zrejmé, že jedným z dôvodov nejasnosti vo formulovaní podmienok vhodných na transformáciu sociálnych služieb je multifaktorálnosť vstupov, ktoré sa na podmienkach spolupodieľajú. Iným dôvodom bola skutočnosť, že proces transformácie v týchto krajinách bol reálnou skutočnosťou, prebiehal ako celonárodný koordinovaný proces a v niektorých oblastiach bol koncom 20. storočia už v záverečnej fáze. Následne neboli formulované zásadné dôvody, ktoré by spätne spochybnili transformáciu v sociálnych službách, okrem iného najmä preto, lebo transformácia bola neustále monitorovaná a výsledky poukazovali na jej opodstatnenosť a spoločenský význam.

Iná situácia je v štátoch, ktoré nezachytili reformné sociálne trendy a v čase, keď sú už tieto v krajinách Európskej únie ukončené, plánujú ich naštartovanie a realizáciu. K základnej zásade, ktorá podmieňuje prípravu a realizáciu transformácie sociálnych inštitúcií, patrí vyváženosť externého sociálneho prostredia a interného prostredia organizácie.

Pod vyváženosťou v týchto súvislostiach rozumieme:

- a) geopolitickú (európsku) a územnú štátnu, verejnú, demokraticky prijatú vôľu verejnej správy (samosprávnych krajov, samospráv, obcí), rešpektujúcu základné právne dokumenty, deklarácie a výsledky vedeckého výskumu, rešpektujúcu občianske ciele a aktivity mimovládnych organizácií, ktoré zastupujú znevýhodnených a sociálne odkázaných občanov a ich rodiny v reálnom externom sociálnom prostredí (vonkajšie prostredie). Patrí sem tiež (interný) rozvoj zariadení, organizácií, ktoré poskytujú sociálne služby, ktoré naplňajú vonkajšie podmienky a očakávania.

Uvedená podmienka vyváženosti je založená na zodpovednosti a povinnosti politikov, verejnej správy a jej výkonných orgánov profesionálne chrániť, rešpektovať a dodržiavať práva občanov s postihnutím ako neoddeliteľnej integrálnej a inkluzívnej súčasti spoločnosti.

- b) sociálno-ekonomické externé podmienky života obyvateľstva v danom regióne a tomu zodpovedajúce podmienky života občanov s postihnutím v prostredí, kde sú poskytované sociálne služby.

Z uvedeného hľadiska je významná životná úroveň obyvateľstva ako predpoklad na plánovanie a realizáciu sociálnych služieb v danej lokalite. Nevyváženosť externého sociálneho prostredia a interného prostredia, v ktorom sú poskytované sociálne služby v neprospech prijímateľa služieb, môže byť prejavom nedocenenia problémov občana so zdravotným postihnutím, nezájmu, intolerancie až diskriminácie. Je pozoruhodné, že verejná mienka v prípade výrazne nepriaznivých sociálnych podmienok občanov so zdravotným postihnutím v zariadeniach sociálnych služieb (oproti sociálno-ekonomickým podmienkam bežného obyvateľstva) si spravidla nevyžaduje radikálnu zmenu. Môžeme predpokladať, že nezáujem verejnosti o podmienky sociálnych služieb vzniká z nedostatku objektívnych informácií o živote občanov v zariadeniach. Verejnosť reaguje na podmienky života postihnutých občanov predovšetkým vtedy, keď je priamo konfrontovaná s problémami postihnutých občanov (rodiny s postihnutým členom alebo priame stretnutie s ľuďmi so špeciálnymi potrebami).

- c) právne prostredie, ktoré je v súlade s očakávaniami a požiadavkami medzinárodných dohôd a deklarácií. Ako neskôr poukážeme, transformáciu, systémové zmeny sociálneho systému, nie je možné realizovať bez právneho rámca, ktorý tieto kroky legalizuje.

## Inštitucionalizácia a deinštitucionalizácia

Parsons spája inštitucionalizáciu, inštitucionalizovanú rolu so spoločnými hodnotami a normami, ku ktorým sa občania hlásia, a zároveň zdôrazňuje jednotu v rôznosti.<sup>24</sup>

Už samotné spektrum megainštitúcií celosvetového významu, rovnako ako mikroinštitúcií, ktoré vznikajú na osobnej rovine dvoch ľudí, a medzi tým celé nekonečné pole inštitucionalizovaných sietí v minulosti i v súčasnosti, ktoré človek touto svojou schopnosťou vytvoril, vyvoláva všeobecné uznanie.

Tieto súvislosti formulovali Berger a Luckmann, ktorí o inštitucionalizácii napísali: „Svet inštitúcií je používaný ako objektívna realita. Má svoju históriu, ktorá predchádza narodeniu jedinca a ktorú si jedinec nemôže pamätať. Svet inštitúcií tu bol skôr, než sa narodil a bude tu aj vtedy, keď zomrie... je dôležité mať na pamäti, že objektivita sveta inštitúcií, akokoľvek presvedčivo sa tento svet môže jedincovi zdať, je objektivitou, ktorú vytvoril a vymyslel človek.“<sup>25</sup>

Inštitucionalizovaná rola je viazaná na edukáciu, vyžaduje si prípravu pracovníkov, ktorí v nej vystupujú. Žijeme vo svete, v ktorom predchádzajúce i súčasné generácie – ľudia – vytvárajú na základe potrieb inštitucionalizovaný svet, ktorý je udržiavaný vďaka funkčnosti a tradícii. Z času na

23 ULVEDAL, P. A.: 2004. Nezávislý život. HVPU – o právach a právnych normách týkajúcich sa ľudí s mentálnym postihnutím

24 Parsons, T., 1971

25 Berger – Luckmann, 1999, s. 63

čas dochádza k zrúteniu, redukovaniu inštitúcií (politických systémov, štátu, organizácií, skupín), a ak je taká deštrukcia náhla, spôsobuje vážne existenciálne problémy ľudí. Mýtus nezrušiteľnosti, respektíve zrušiteľnosti inštitúcií v sociálno-politických systémoch spôsobuje pretrvávanie inštitúcií, ktoré už neplnia svoju pôvodnú funkciu alebo odpor spoločnosti proti zriaďovaniu nových inštitúcií, ktoré sú nevyhnutné na zabezpečenie procesov a potrieb spoločnosti.

V sociálnej práci (tiež v špeciálnej pedagogike, liečebnej pedagogike, školstve, zdravotníctve, v cirkvi, vo vedeckom výskume, v podnikateľskom či treťom sektore atď.) je paradigma inštitucionalizácie významným fenoménom. Jej význam sa v sociálnej práci premieta do prístupov a metód, ktoré sa ďalej premietajú do vzdelávacieho vysokoškolského systému v Slovenskej republike. S touto témou súvisí niekoľko dôležitých otázok: Do akej miery súčasný stav a úroveň inštitucionalizácie sociálnej práce zodpovedá potrebám ich prijímateľov? Do akej miery súčasný univerzitný systém vzdelávania sociálnej práce... rešpektuje taký obsah prípravy študentov, ktorý zodpovedá vedeckému poznaniu, vývoju a zložitosti sociálnych problémov?

Rizikovým faktorom inštitucionalizácie je podceňovanie rozvoja dynamickej funkčnosti inštitúcie zo strany sociálnych pracovníkov, čo vedie k jej statickému udržiavaniu až strate funkčnosti v systéme sociálneho zabezpečenia. Inštitúcia sa znižovaním funkčnosti, t. j. nedôsledným riešením problémov ľudí v nepriaznivých sociálnych situáciách sústreďuje stále viac prostredníctvom aktivít ľudí, ktorí v nej pracujú alebo ju zriadili, na vlastné udržanie, prežitie. Skutočné nebezpečenstvo inštitucionalizmu nastáva vtedy, keď už nie je dôležitá služba, misia, poslanie, pre ktorú bola inštitúcia zriadená, ale len jej vlastná existencia a prežitie.

Inštitucionalizácia je proces, ktorého cieľom je zavedenie normatívnych podmienok, ktoré spoločnosť považuje za účelné, potrebné a dôležité. Š. Strieženec vymedzuje inštitucionalizáciu ako „proces formálneho utvárania a úprav (novelizácie) noriem sociálneho celku a v sociálnom celku“.<sup>26</sup> V kontexte so sociálnou prácou (z historického dôvodu) má termín „inštitucionalizácia“ v súčasnosti skôr negatívny význam.

Matoušek inštitucionalizáciu uvádza ako „súbor negatívnych vplyvov pôsobiach na osoby dlhodobo prebývajúce v uzavretých ústavných inštitúciách, ku ktorým v širokom zmysle slova patria kasárne a väznice“.<sup>27</sup>

Negatívny vplyv inštitucionalizácie vidí Matoušek v obmedzovaní súkromia a slobodnej voľby, v strate kontaktu s príbuznými<sup>28</sup>. Z negatívneho vymedzenia inštitucionalizácie je odvodený termín „deinštitucionalizácia“, ktorý ako prvé po roku 1989 uviedli do teórie v našich podmienkach autorky Schimmerlingová a Novotná. (Schimmerlingová, Novotná, 1992) Deinštitucionalizácia je považovaná za „vplyvný trend v súčasnej sociálnej práci, ktorý presadzuje vo všetkých prípadoch, keď je to možné, ústavné formy služieb, ktoré sú pre občana so zdravotným postihnutím dostupné

26 Strieženec, 1996, s. 83

27 Matoušek, 2003, s. 86

28 Ibid.

a nevytrhujú ho z jeho prirodzeného prostredia – teda služby poskytované v rámci komunity“.<sup>29</sup> Deinštitucionalizácia je každý proces, ktorého cieľom je riešenie sociálnych problémov občanov tak, aby boli naplnené ich individuálne potreby.

V súvislosti s transformáciou sociálnych služieb je potrebné poukázať na terminologické súvislosti medzi inštitucionalizáciou a deinštitucionalizáciou.

Skutočnosť, že niektorí teoretici v sociálnej práci definujú inštitucionalizáciu ako „súbor negatívnych vplyvov“, je závažným argumentom na vypracovanie prístupov transformácie sociálnej práce, sociálnych služieb, jej plánovanie, realizáciu a vyhodnocovanie. Príkladom je konštatovanie vlády SR z 19. 1. 2005, kde sa konštatuje napríklad v oblasti zdravotníckej starostlivosti, konkrétne psychiatrickej starostlivosti, že „psychiatrická starostlivosť a starostlivosť o duševné zdravie na Slovensku je zatiaľ napriek pokroku v posledných pätnástich rokoch nedostatočná a zastaraná... psychiatrická starostlivosť je fragmentovaná, stratili sa z nej všetky sociálne aspekty, tímovosť, je zameraná viac biologicky. Stále existujú nevyhovujúce lôžkové zariadenia a psychiatrické liečebne, ktoré sa v iných krajinách zatvárajú (t. j. inštitucionalizácia). Deinštitucionalizácia nie je dostatočná...“

Stredisko sociálnych služieb vydalo správu z výskumnej úlohy Národné priority rozvoja sociálnych služieb – teoreticko-metodologické východiská a komparácia, v časti vládne priority v oblasti rozvoja sociálnych služieb –, ktorá navrhuje<sup>30</sup> „zavedenie komunitného plánovania rozvoja sociálnych služieb, transformáciu existujúcich sociálnych zariadení s nízkou kvalitou služieb...“. Pri koncepciách a transformačných projektoch zameraných na sociálne služby, predkladaných a schválených na úrovni vlád, verejnej správy, neziskových organizácií, je objektívnym znakom ich realizácie plánovanie deinštitucionalizácie.

#### Porovnanie významov termínov „inštitúcia“ a „organizácia“

Z uvedených vymedzení termínov považujeme za potrebné porovnať významy termínov „inštitúcia“ a „organizácia“. Sú to pre našu prácu kľúčové termíny, s ktorými v práci operujeme.

Na základe údajov v tabuľke 3 je možné usudzovať, že striktné oddeľovanie významov „inštitúcia“ a „organizácia“ nie je možné, a to minimálne vo významoch, kde sa tieto termíny podľa viacerých autorov zhodujú. Komparácia významov ale tiež poukazuje na rozdiely, ktoré sú špecifickými dôrazmi pre inštitúciu, respektíve organizáciu. Kým inštitúcia je viac zameraná na systém, obsah a zameranie procesov, organizácia sa viac zaoberá tým, kto a ako tieto procesy vykonáva, avšak systémový prístup existuje aj pri vymedzení organizácie. Evidujeme prelínanie, vzájomné zamieňanie týchto termínov v odbore sociálnej práce a niektorí autori<sup>31</sup> ich považujú za súčasť vývoja sociálnej práce.

29 Ibid. s. 45

30 Bednárik, Repková, Krupa, , 2005, s. 4

31 Matoušek, 1995, s. 17

**Tabuľka 3: Porovnanie významov termínov „inštitúcia“ a „organizácia“**

Inštitúcia	Organizácia
<b>Zhodné významy</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- organizácia (od 18. stor.)</li> <li>- stabilizované, usporiadané vzťahy</li> <li>- spoločenstvo združujúce veľký počet ľudí</li> <li>- zvyklosť</li> <li>- zariadenia na verejné, výchovné, cirkevné a iné účely</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- organizácia... účelové usporiadanie jednotlivých zložiek do celku</li> <li>- hierarchicky usporiadané vzťahy</li> <li>- zoskupenie ľudí, ktorí majú cieľ</li> <li>- celistvý sociálny útvar</li> <li>- súbor vopred stanovených noriem</li> <li>- formálne organizácie</li> </ul>
<b>Rozdielne významy</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- zákon</li> <li>- prax</li> <li>- administratívny orgán</li> <li>- rodina</li> <li>- politika</li> <li>- ekonomický a sociálny systém</li> <li>- vzdelanie</li> <li>- zdravie</li> <li>- náboženské obce</li> <li>- liečebná starostlivosť</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ľudia, špecialisti, ktorí pracujú na spoločnej úlohe</li> <li>- orgány zhrnuté do účinnej jednoty</li> <li>- diferencovaný systém vzájomne previazaných skupín</li> <li>- neformálne organizácie</li> <li>- mimovládne organizácie</li> </ul>

Synonymami termínu „organizácia“ sú v súvislosti so sociálnymi službami, sociálnou prácou termíny „domov“, „zariadenie“. Slovo „domov“ sa dostalo do oficiálneho pomenovania inštitúcií poskytujúcich sociálne služby pre ľudí v nepriaznivých sociálnych situáciách v Slovenskej republike (domov sociálnych služieb, domov dôchodcov, detský domov) zákonom 195/1998 o sociálnej pomoci (predtým ústavy sociálnej starostlivosti). Krátky slovník slovenského jazyka pod pojmom „domov“ uvádza „miesto, kde sa človek narodil, kde býva, kde je doma alebo pôvodnú vlasť, alebo inštitúciu poskytujúcu spoločné ubytovanie a iné služby“.<sup>32</sup> Je možné predpokladať, že zámerom zavedenia termínu „domov“ do sociálnej terminológie bolo zdôrazniť tú skutočnosť, že domov má byť miestom, ktorého cieľom, poslaním je posilnenie identity prijímateľov služieb. Motivácia na používanie termínu domov je pochopiteľná i v prípade, že samotné používanie termínu ešte nezmení organizáciu na miesto, kde sa jej obyvatelia cítia doma.

### Kultúra organizácie

Názory viacerých autorov na kultúru organizácie alebo na synonymum uvedeného pojmu „organizačná kultúra“ sa líšia v porozumení „kultúry“. Kým niektorí považujú za kultúru „súhrn výsledkov všeľudskej vzdelanosti, materiálnych a duchovných hodnôt, sociálnych hodnôt...“<sup>33</sup>, iní považujú kultúru „za spôsob konania, cítenia a myslenia, ktoré je vlastné určitému ľudskému spoločenstvu“.<sup>34</sup> Veľký sociologický slovník definuje kultúru ako „špecifický spôsob organizácie,

realizácie a rozvoja činnosti, objektivizovaný vo výsledkoch fyzickej a duševnej práce“.<sup>35</sup> Iný autor<sup>36</sup> charakterizuje kultúru ako „komplexný celok pozostávajúci z vedomostí, vierovyznaní, umenia, morálky, práva, zvykov, zručností, obyčají, ktoré si človek privlastnil ako člen spoločnosti“. Autori Lukášová, Nový sumarizujú vymedzenie organizačnej kultúry podľa definícií viacerých autorov (Kilmann, Saxton, Serpa, Wiliems, Dobson, Hall, Gordon a ďalších), pričom sa opierajú o postoje, hodnoty, názory, ktoré určujú, identifikujú, modelujú a podieľajú sa na formovaní a priebehu procesov v organizácii.<sup>37</sup>

Z uvedených obsahov pojmu kultúra je zrejmé: kultúra je spájaná s ľudskou činnosťou a správaním sa, je odpoveďou nielen na otázky, čo je cieľom ľudských aktivít, ale tiež na to, ako a prečo tieto aktivity človek vykonáva, a predovšetkým poukazuje na ich proces filtrácie na esenciu, ktorá sa stáva pre ľudí univerzálnym a zároveň špecifickým rysom. Z metodologického hľadiska je kultúra delená podľa druhov na národnú, regionálnu kultúru, a organizačnú alebo podnikovú kultúru.<sup>38</sup>

Organizačná kultúra bola a je predmetom výskumu, ktorého cieľom bolo okrem iného zdefinovať jej obsah a prejavy. Naše empirické výskumy monitoringu kvality sociálnych služieb v zariadeniach boli sprevádzané poznaním, v ktorom sme tento rozmer „života“ organizácie zachytávali ako „sociálno-psychologický rozmer – klímu“, ktorá sa prejavovala v komunikácii zamestnancov medzi sebou a k prijímateľom sociálnych služieb, ale nedokázali sme ju presne identifikovať. Niekedy bola kultúra organizácie v rozpore s reálne organizovaným materiálnym, technickým prostredím zariadenia. Napríklad zjavne nízka kultúra komunikácie pracovníkov medzi sebou a smerom k prijímateľom služieb bola v kontraste s pôsobivým, esteticky usporiadaným prostredím alebo, naopak, nízka úroveň estetizácie a kultúry prostredia a vysoká kultúra vzájomnej komunikácie medzi pracovníkmi. Niektorí autori (ako Lukášová, Nový) objasňujú, prečo je náročné hodnotiť organizačnú kultúru. Na základe analýzy definícií už zmienených viacerých významných autorov zostavili Lukášová a Nový nasledujúcu definíciu organizačnej kultúry, ktorá je „súborom základných predpokladov, hodnôt, postojov a noriem správania sa, ktoré sú spoločné v rámci organizácie a ktoré sa prejavujú v myslení, cítení a správaní členov organizácie a v artefaktoch materiálnej a nemateriálnej povahy“.<sup>39</sup>

Z uvedenej definície, ktorá syntetizuje východiská viacerých teórií, je významný fakt, ktorý podčiarkuje skutočnosť, že každé zariadenie sociálnych služieb, keďže objektívne spĺňa podmienky stanovené pre organizáciu, má vlastnú špecifickú organizačnú kultúru, ktorá je nemateriálnej a materiálnej povahy. V týchto súvislostiach je sociálna organizácia špecifická tým, že kladie zvýšené požiadavky na profesionalitu sociálnych pracovníkov (normy správania sa) medzi sebou, ale tiež má „prispievať k zlepšeniu narušených sociálnych vzťahov v prostredí, nabádať človeka žiť slobodný život v sociálne spravodlivom prostredí, pomáhať jednotlivcom eliminovať

32 Kačala, 2003, s. 37

33 Strieženec, 1996, s. 105

34 Matoušek, 2003, s. 99

35 Lukášová, Nový 2004, s. 17

36 Taylor in Phillips 2004, s. 21

37 Lukášová, Nový 2004, s. 21 - 22

38 Ibid. s. 19 - 20

39 Lukášová, Nový, 2004, s. 22

poruchy súvisiace s interakciou so svojím sociálnym prostredím“.<sup>40</sup> V prostredí zariadení, kde sa vyžaduje uplatňovanie hodnôt, ako „rešpekt, úprimnosť, otvorenosť, dôveryhodnosť, dôslednosť, spolupráca a zodpovednosť“<sup>41</sup>, by sa dala predpokladať vysoká organizačná kultúra. Reálna situácia však týmto predpokladom často nezodpovedá.

Gordon<sup>42</sup> zostavil hodnoty, ktoré tvoria základy sociálnej práce a ktoré majú podľa uvedeného autora tvoriť organizačnú kultúru sociálnych služieb v inštitúciách:

- a) „spoločnosť venuje svoj záujem v prvom rade jednotlivcom, ktorí sú od seba navzájom závislí a ktorí sú zodpovední,
- b) každý človek je jedinečný a líši sa od ostatných,
- c) základným atribútom demokratickej spoločnosti je umožnenie realizácie plného potenciálu každému jednotlivcovi,
- d) spoločnosť má povinnosť zaistiť, aby prekážky seberealizácie jednotlivca mohli byť prekonané alebo aby sa im mohlo predchádzať“.

Gordon za hodnoty považuje kvalitu vzťahov, komunikáciu, interakciu, ktoré sú jednými z fundamentálnych požiadaviek, podmienok riadenia organizácie.

#### Význam postojov pre kultúru organizácie

Postoje sú v teórii sociálnej práce pojmom, ktorý súvisí s filozofiou, etikou a ich formovanie a konfrontovanie so skutočnosťou považujeme za nevyhnutnú podmienku transformácie zariadení sociálnych služieb.

Z hľadiska kultúry organizácie sú práve postoje ako reálne prejavované stanoviská „tmelom“, ktorý spája hodnoty ako stavebný materiál. Rosenberg a Hovland definovali postoje ako „predispozície reagovať voči určitým druhom podnetov určitými druhmi reakcií. Sú to tri hlavné typy reakcií – kognitívne, afektívne a behaviorálne“.<sup>43</sup> Sociálne poradenstvo pracuje s postojmi jednotlivcov, skupín a supervízia umožňuje korekciu a vyrovnanie vlastných postojov sociálneho pracovníka. V organizácii, v ktorej nie je venovaná pozornosť postojom sociálnych pracovníkov voči sebe navzájom a k prijímateľom sociálnych služieb, je možné pozorovať skepsu vo vzťahu k osobnostnému rozvoju občanov so zdravotným postihnutím (napríklad vyjadrenia typu: on už iný nebude..., to je maximum, čo mohol dosiahnuť a teraz to už bude čoraz horšie... a pod.), negatívne vyselektované historiky, príbehy, ironizáciu, mýty. Postoje v sociálnej práci sú interiorizované hodnoty realizované vo vzťahoch. V prostredí, kde prebieha proces zvnútorňovania hodnôt sociálnej práce, kde je organizačná kultúra, je možné pozorovať programové nastavenie pracovníkov pre neustále poskytovanie nových príležitostí a šancí pre občana so zdravotným

40 Tokárová, 2003, s. 40 – 41

41 Matoušek, 2003, s. 29

42 Gordon in Matoušek, 2003, s. 38

43 Phillips, 2004, s. 11

postihnutím spojených s dôverou a presvedčením o schopnostiach, zdrojoch, ktorými občan so zdravotným postihnutím disponuje. Takýto postoj je zo strany sociálneho pracovníka príznačný prejavmi povzbudzovania, reálneho posúdenia možnosti – optimistického realizmu –, trpezlivosti, pochopenia, nádeje, akceptácie. Je len prirodzené, že ak tieto postoje dokážu na profesionálnej úrovni prejavovať sociálni pracovníci vo vzťahu k občanom so zdravotným postihnutím, sekundárne to ovplyvňuje úroveň organizačnej kultúry zariadenia.

#### Typy inštitúcií, organizácií

Skôr ako prejdeme k špecifikovaniu inštitúcií podľa typov, je potrebné uviesť, že je určitým spôsobom udivujúca schopnosť človeka vytvárať inštitúty, ktoré plnia rôzne funkcie ľudského spoločenstva. Ako všetko, čo vytvorí človek, tak aj tieto sociálne systémy a ich organizácia podliehajú vnútorným a vonkajším, konzervatívnym a liberálnym vplyvom. Časom aj progresívne a nové inštitúty majú tendenciu na formálne fungovanie. Sily a tendencie formalizovať organizáciu ľudských činností sa stretávajú s tendenciami ich reformácie. Nech akokoľvek posudzujeme, odsudzujeme konzervatívne tendencie alebo preferujeme zmeny, vždy je potrebné považovať tento proces za prirodzený a užitočný. Kríza alebo ohrozenia môžu nastať vtedy, keď je systém organizovania spoločenstiev dlhodobo (niekoľko desiatok rokov) imúnny alebo sa bráni zmenám, i keď sú tieto zmeny z rôznych dôvodov dôležité a opodstatnené.

Na základe uvedených sociálnych procesov môžeme vytypovať podľa niektorých autorov formálne inštitúcie. Podľa Kellera formálna organizácia predstavuje „umelý prostriedok koordinácie aktivít väčšieho počtu ľudí za určitým cieľom“.<sup>44</sup> Organizácie poskytujúce rezidenčné sociálne služby pre vyšší počet obyvateľov sú v riziku prejavov inštitucionalizácie, čo sa podľa Labátha prejavuje byrokraciou, t. j. „formálnym riadením organizácie, neprítomnosťou flexibility na zmenu, neochotou podriať niektoré pravidlá situačným potrebám, ako aj nedostatočnou otvorenosťou na nové podnety, odporom k individuálnemu a diferencovanému prístupu k občanom so zdravotným postihnutím, rigidným zotrvávaním na stanoviskách“. Formálna organizácia je „analyticky myšlienkový modelový typ organizácie“.<sup>45</sup>

Rothschild – Whitt v zhode s našou prácou uvádza charakteristické rozdiely medzi byrokratickými a alternatívnymi – **neformálnymi** – organizáciami, ktoré poskytovali organizácie, okrem iného s cieľom poskytovať zdravotné, sociálne služby<sup>46</sup> a ktoré vznikli v 70. rokoch. Práve v tomto období prebiehali významné transformačné procesy v zariadeniach sociálnych služieb (humanizácia, normalizácia sociálnych služieb).

44 Keller, 1997, s. 11

45 Labáth, 2004, s. 48

46 Ibid.

**Tabuľka 4: Byrokratické a alternatívne organizácie<sup>47</sup>**

Byrokratické organizácie (formálne)	Alternatívne organizácie (neformálne)
Presadzovanie moci na základe statusu alebo odbornosti	Dobrovoľné prijímanie pravidiel za účasti všetkých a ich účasť na rozhodovaní
Písomné, často abstraktné pravidlá	Redukcia univerzálnych pravidiel, preferencia individualizovaného a diferencovaného rozhodovania
Presadzovanie hierarchie moci, zosobnená zodpovednosť, neosobné štandardy a normy	Osobný vplyv, kľúčový je kontakt s občanom so zdravotným postihnutím, zhoda s hodnotovou orientáciou členov tímu
Neosobné, segmentované vzťahy	Neformálne vzťahy medzi pracovníkmi, hodnotová zhoda
Administratívne kritériá pri výbere pracovníkov organizácie	Komunitné ideály, otvorená komunikácia
Financie ako prioritná motivácia na výkon	Motiváciou na výkon sú nemateriálne stimulanty – akceptácia, podpora, spolupráca, priateľstvo, hrdosť...
Nerovnomerný podiel na majetku a moci	Rovnomernejšie delenie majetku, moci, rotácia pozícií, spoluúčasť na rozhodovaní
Komplexná sieť špecializovaných rolí a jasná delba práce	Tímová práca, široko formulované pracovné roly, trend prekonávania odlišnosti rôznych prác

### Totálne inštitúcie

Ak sledujeme obsahové zameranie formálnych organizácií, potom môžeme vytypovať organizácie, ktoré svojimi byrokratickými pravidlami striktné určujú správanie sa občana so zdravotným postihnutím. Tieto organizácie označil Goffman ako „**totálne inštitúcie**“<sup>48</sup>. Totálne inštitúcie sú podľa tohto autora napríklad kasárne, väzenie, liečebne, domovy, predovšetkým pre mentálne postihnutých.<sup>49</sup> Podľa neho „zvláštnu pozornosť z hľadiska teórie organizácie si zasluhujú práve ústavy pre duševne chorých, lebo v nich býva v plnosti realizovaná latentná tendencia všetkých byrokracií, snaha prehladať občanov so zdravotným postihnutím ako nie úplne rovnoprávných a takých, ktorí si vyžadujú ako objekty odstup. Už prvá veľká štúdia liečební (ústavov) tohto typu (pochádza z polovice 40. rokov a publikovaná bola o 15 rokov neskôr) poukazuje na jav označovaný Mertonom ako „premiestňovanie cieľov“.<sup>50</sup> V ústavoch pre chorobomyseľných sú podľa Goffmana ciele veľmi často zamieňané za iný cieľ, slúžia predovšetkým na udržanie poriadku v prevádzke. Podobné pozorovania boli konštatované pri monitorovaní

veľkých zariadení pre mentálne postihnutých občanov, kde sú služby minimalizované na dohľad a kontrolu a kde pracuje nízkokvalifikovaný personál. Takéto prostredie generuje podľa Goffmana príznaky choroby.<sup>51</sup>

Totálna inštitúcia je podľa Goffmana taká inštitúcia, „ktorá vytvára pre svojich členov prostredie, ktoré sa v zásadnom ohľade líši od reálneho sveta, tak ako je známy bežným občanom modernej spoločnosti“, a preto medzi totálne inštitúcie zaraďuje tie, ktoré poskytujú služby osobám, ktoré sa o seba nedokážu postarať, pričom diskriminuje znaky totálnej inštitúcie oproti demokratickej spoločnosti. Medzi týmito znakmi Goffman uvádza:

- „všetky aktivity vrátane pracovných, môžu byť v rôznych formách vynucované...“,
- „neexistuje tu inštitút rodinného života a domácnosti“.<sup>52</sup>

Z pozície občana so zdravotným postihnutím v totálnej inštitúcii je typické, že takýto občan je vystavený mechanizmom, ktoré vedú k „mortifikácii“, ktorá spôsobuje tzv. „civilnú smrť“, t. j. postupné zbavovanie sa civilných návykov, schopností, zručností spojené s prispôbením subkultúrnym podmienkam prostredia<sup>53</sup>, ktoré sú zdôvodňované ochranou občana so zdravotným postihnutím pred vonkajším prostredím a pred ním samým. Príkladom takéhoto vplyvu prostredia je správanie sa občana so zdravotným postihnutím, ktorý žije v prostredí totálnej inštitúcie a ktorý sa pri odprevádzaní návštevy, blízkeho človeka mimo budovy zastaví na mieste, kde organizácia zakázala prekročenie hranice, kde sa občania so zdravotným postihnutím už nemôžu pohybovať. Goffman nazýva tento proces „disciplinácia tela“<sup>54</sup>.

Problémom, na ktorý je v súvislosti s totálnymi inštitúciami potrebné upozorniť, je absurdnosť prevádzkovania tohto typu organizácií, poskytujúcich sociálne služby pre občanov s postihnutím, ktorí sa nedopustili trestného činu, ale ku ktorým sa len na základe predsudkov a mýtov spoločnosť správa tak, ako keby takýto trestný čin spáchali. Iným podobne absurdným faktom je, že organizácia, ktorej cieľom je socializácia občana so zdravotným postihnutím, vynakladá svoje úsilie na pacifikáciu, izoláciu a adaptáciu občana so zdravotným postihnutím na subkultúrne podmienky vyžadované organizáciou. Matoušek v týchto súvislostiach píše o charakteristických znakoch zariadení sociálnych služieb, medzi ktorými uvádza „priestorové preťaženie“ tých častí, v ktorých sa pohybujú občania so zdravotným postihnutím (t. j. nepomer medzi vysokým počtom občanov so zdravotným postihnutím a malým priestorom, v ktorom sa pohybujú), nepomer medzi „priestorom a vybavením priestoru, ktorý má k dispozícii administratíva a občania so zdravotným postihnutím“ a redukciu osobného teritória občana so zdravotným postihnutím.<sup>55</sup> Zo skúseností spojených s transformáciou zariadení sociálnych služieb sme mali možnosť tento nepomer často pozorovať. V jednom zo zariadení bola pracovňa riaditeľa umiestnená v miestnosti s rozmermi

47 Rothschild – Whitt, in Labath, 2004, s. 48

48 Goffman, 1961

49 Ibid.

50 Merton, 2007, s. 12

51 Goffman, 1961, s. 128

52 Ibid. s. 129

53 Goffman, 1961, s. 131

54 Ibid.

55 Matoušek, 1995, s. 76

malej telocvične, pričom tento priestor bol v príkrom nepomere oproti priestorom, v ktorých mali občania so zdravotným postihnutím zriadené spálne. Takéto skutočnosti nie sú z našich skúseností ojedinelé.

Na záver tejto časti analýzy môžeme konštatovať, že inštitucionalizácia je sprievodným znakom každej cieľavedomej ľudskej činnosti. Pozitívnym významom inštitucionalizácie v sociálnych službách je, že je formou typizovanej činnosti, ktorá umožňuje riešenie sociálneho problému občanov. Negatívnym významom inštitucionalizácie je, keď zvyky a rituály uplatňované v inštitúcii spomaľujú, znefunkčujú systém a ten prestáva byť alebo nie je v rovnováhe s podmienkami života ľudí v externom prostredí. Funkčné inštitučné systémy flexibilne a efektívne riešia ciele, pre ktoré vznikli. Totálne inštitúcie sú charakteristické špecifickou vlastnou subkultúrou, ktorá je viac zameraná na udržanie organizácie, ako na plnenie poslania. Deinštitucionalizácia je každý proces, ktorého cieľom je riešenie sociálnych problémov občanov tak, aby boli naplnené ich individuálne potreby. Deinštitucionalizácia, transformácia inštitučného systému na komunitný systém služieb, je nevyhnutná z dôvodu niekoľko desiatok rokov udržiavaného a nezmeneného inštitucionalizovaného systému sociálnych služieb po zmene politických, ekonomických a sociálnych podmienok v deväťdesiatych rokoch 20. storočia.

#### Teoretické základy transformácie sociálnych služieb

Možno určitá averzia a nedôvera k zmenám, transformácii v spoločnosti bola spôsobená traumou, ktorou prešli postsocialistické štáty Európy a východného bloku v 19. a 20. storočí a možno má tento postoj ešte hlbšie korene. Práve preto považujeme za potrebné poukázať na skutočnosť, že svet, v ktorom žijeme, je „transformovaný svet“, svet, ktorý sa neustále mení, svet plný zmien.

#### Paradigma transformovaného sveta

Transformácia sociálnych služieb je z hľadiska množstva zmien, ktoré v živote jednotlivcov, v spoločnosti, v prírode prebiehajú, len jedným úzkym, špecifickým procesom. Môžeme ich sledovať vo fyzike, napríklad v správaní sa častíc hmoty spoznáваме jadrové premeny, premeny v biochemických procesoch nášho tela od momentu počatia, od prvých okamihov našej existencie pri premenách výživy na potrebné látky, pri dýchaní, spánku, počutí, zrakových vnemoch, pohybe svalov. Môžeme ich pozorovať v prírode, pri zmene kvapalného skupenstva vody na paru alebo snehové vločky, vo vesmíre pri vzniku a zániku galaxií, pri premene húsenice na pestrofarebného motýľa, v hospodárstve – v energetike (napríklad transformácia elektrického napätia, transformátor), ale aj v umení.

Vnútorý, osobný svet, ale aj ten vonkajší, v ktorom žijeme, je neustále pulzujúce, transformujúce sa prostredie.

**Príklad: Vibrujúce vonkajšie tlakové vlny zvuku sa vo vnútornom uchu premieňajú na sluchový vnem.** Pri transformácii zvukových vnemov „ušnica zachytáva zvukové vlny, ktoré na bubienku vyvolávajú kmity, ktoré cez sluchové kostičky (kladivko, nákovku, strmienok) rozkmitajú kvapalinu

vnútorného ucha a kmity sa prenesú na sluchové bunky, ktoré ich transformujú na nervové vzruchy – elektrické signály –, sluchovým nervom sa vedú do mozgu a vyššia nervová sústava ich transformuje do sluchového vnemu“.

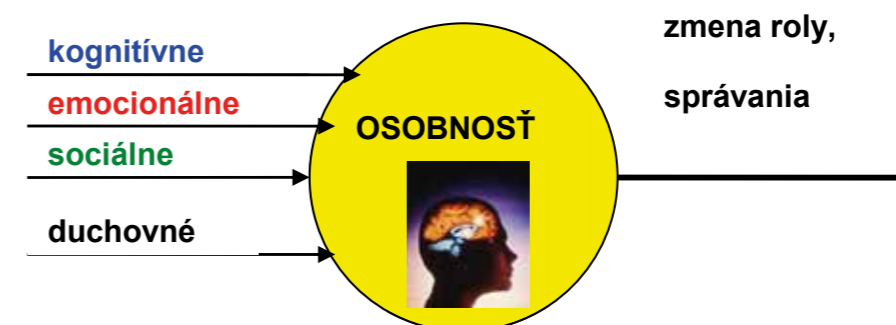
Náš svet je svet transformovaný a transformujúci sa. Nachádza sa v ňom nevyhnutný základný proces premien, ktorý sme nazvali život a ktorý podmienky života udržiava.

Z tejto paradigmy transformovaného sveta sa nevyklučuje ale, naopak, včleňuje sa do nej človek ako sociálna bytosť. Podmienkou sociálnej existencie človeka je transformácia – postupná premena od prijímania emocionálnej, psychickej, kognitívnej, percepčnej, stimulácie cez jej spracovanie až k jej odovzdávaniu.

#### Permanentnosť (nepretržitosť) transformácie ako podmienka sociálnej existencie

Táto premena je sprevádzaná a podmienená psychofyzickým, antropologickým a ontologickým vývojom, ktorý, ako sme v úvode spomenuli, determinuje interakciu a správanie sa ľudí navzájom. Paralelne teda prebiehajú vnútorné (biologické a mentálne) i vonkajšie (sociálne) zmeny správania sa. Zmena človeka z bytosti, ktorá prijíma pozornosť od iných, na bytosť, ktorá odovzdáva svoju pozornosť iným, je základným predpokladom sociálnej existencie spoločnosti. Spoločnosť je existenciálne podmienená týmito transformujúcimi sa dynamickými premenami, ktoré v nej prebiehajú. Premeny prebiehajú permanentne, teda neustále, nepretržite a vzájomne sú od seba podmienené. Permanentnosť je tá vlastnosť procesuálnych zmien, ktorá zabezpečuje ich kontinuitu, priebeh a komplementárnosť s inými premenami.

#### Podnety prostredia



Obrázok 1: Príklad transformácie osobnosti človeka

Holistický pohľad na antropologický vývoj človeka ponúka príklady zmien foriem a obsahu – transformácie osobnosti človeka v priebehu života. Pozorujeme a skúmame fyziologické, psychické, sociálne, duchovné zmeny. Transformovaná osobnosť žije v neustále transformovanom svete.

## Bytostné – existenciálne – individuálne osobnostné potreby a transformácia sociálnych procesov

V úvodnej časti sme poukázali na základný transformujúci, externý prejav, vlastnosť subjektu – človeka (platí v celej prírode) –, v ktorej dochádza k presmerovaniu sociálneho záujmu „k“ človeku „od“ človeka. Táto premena je dôvodom na viaceré premeny sociálneho statusu. V duševnom (spirituálnom) živote človeka pôsobia sily – existenciálne (základné) potreby, pomenujme ich (z hľadiska paradigmy života ako transformácie) „transformátory“, ktoré spôsobujú jeho sociálne fungovanie. Človek (potrebuje):

### a) Byť rešpektovaný – akceptovaný (nie ignorovaný)

Človek má od narodenia potrebu patriť k niekomu, kto ho bezpodmienečne prijíma. Dôsledkom akceptabilného prostredia je prežívanie pocitu bezpečia a istoty, radosti. Človek je rešpektovaný, keď mu jeho blízky, okolie, spoločnosť prejavujú, komunikujú priazeň, podporu. Optimálne podmienky na naplnenie tejto potreby existujú medzi dieťaťom a matkou, rodičmi a deťmi, mužom a ženou, človekom a Bohom.

### b) Mať rešpekt k sebe samému (zlaté pravidlo – milovať seba)

Rešpekt, ktorý nám bol prejavovaný od iných, je základom na rešpektovanie samého seba. Preto človek rád prijíma pochvalu, lebo v ňom utvrdzuje jeho úctu k sebe, akceptáciu samého seba. Človek ako jediný tvor na zemi dokáže vnímať sám seba, formovať si vzťah k sebe, rozmýšľať o sebe. To patrí k jeho výnimočnému osobnostnému vybaveniu. Má prirodzenú schopnosť chrániť predovšetkým seba, vyrovnávať sa s vlastnou existenciou, od vzťahu k samému sebe odvodzovať a rozvíjať vzťahy k iným. Bez akceptácie samého seba nedokážeme akceptovať iných ľudí.

### c) Byť slobodný (nie manipulovaný)

Túžba človeka po slobode sa prejavuje ako „transformátor“ sociálnych vzťahov. Sloboda je cestou k samostatnosti, osamostatneniu sa, k nezávislosti. Vyjadrenie „ja sám“ je typické pre obdobie autonómie v ranom detstve. (Erikson, Životný cyklus rozšírený a dokončený, Praha, s. 56) Prostredie (matka, otec, škola) je vo vzťahu k slobodne sa prejavujúcemu subjektu v novej role. Niektoré potreby subjektu ešte stále plne saturuje, ale iné už nie, lebo ich subjekt odmieta a naplňuje si ich alebo vynucuje vlastnou slobodnou aktivitou. Sloboda je však vždy podmienená zodpovednosťou. Spontánne prejavy túžby po slobode sú spravidla korigované, usmernené a koordinované na základe prijatých kultúrnych etických a sociálnych pravidiel, noriem a poznania (výchova, vzdelanie). Sloboda je tiež podmienkou tvorivého – kreatívneho – činu, činov.

### d) Rešpektovať – akceptovať niekoho (vzory, modely)

Človek má potrebu vstupovať do vzťahu, niekoho mať, niekoho, kto sa mu odovzdáva a o koho sa môže starať. Tento „transformátor“ mení ľudské správanie, lebo je silnejší ako potreba slobody. Láska je jediná sila, ktorá dokáže človeka doviesť k dobrovoľnému obmedzovaniu sa a odovzdaniu vlastnej slobody v prospech iných. Optimálnym naplnením takéhoto vzťahu je materstvo,

partnerstvo, priateľstvo. V duchovnej oblasti sa naplňuje vo vzťahu k Bohu. V širších sociálnych súvislostiach sa prejavuje ako postoj akceptácie (a zodpovednosti), vychádzajúci z bytostnej potreby človeka byť solidárny, spoluzdieľajúci, spolupatričný.

Uvedené „sily“ sú zároveň „práva“ aj „potreby“. Podčiarkujú človeka ako dôstojnú ľudskú bytosť, transformujú a dávajú zmysel jeho životu, rozvíjajú jeho emocionálnu, sociálnu inteligenciu, lebo len človek dokáže byť milovaný (sebou i druhými), vie milovať druhých v slobode a zodpovednosti.

Tieto existenciálne, bytostné potreby majú interaktívnu povahu. Môžu byť napĺňané len vtedy, ak vstupujú ľudia do plnohodnotného vzťahu. Premieňajú človeka a menia ho na dôstojnú, slobodnú, milovanú a milujúcu bytosť.

Bytostné existenciálne potreby majú všetci ľudia bez rozdielu. Spoločnosť je zodpovedná za to, ak nie sú tieto potreby napĺňované.

## Transformácia nie je cieľ, je to proces

Zo všetkého, čo sme doteraz uviedli o transformácii, je zrejmé, že transformácia nie je cieľom, ale nevyhnutným procesom, ktorý je bytostnou súčasťou všetkého živého. Transformácia sociálnych služieb sleduje pozitívne zmeny podmienok života prijímateľov sociálnych služieb v interakcii s ich prijímateľom. Zmeny, ktoré proces transformácie prináša, majú výrazne prosociálny kontext, vedú k zmene kvality života, sú pre človeka, nie proti nemu. V sociálnej oblasti môžeme sledovať premeny pozícií, rolí, ktorými sa zaoberá teória rolí G. H. Meada a transakčná analýza E. Berna.<sup>56</sup> Tieto premeny rolí poukazujú na ich význam, respektíve pozície. G. H. Mead vychádza z pozorovania správania sa ľudí a podľa neho „rola označuje očakávané konanie vzhľadom na držiteľa týchto pozícií. Rolu je možné chápať len v kontexte vzťahov, lebo môže byť identifikovaná len v jej sieti“.

Preto delí roly na:

- priznané (vzhľadom na vek, pohlavie, rasu),
- získané (výsledok našej činnosti, vzdelania),
- vnútené (výsledok činnosti niekoho iného, napríklad nezamestnanosť, občan so zdravotným postihnutím v DSS).<sup>57</sup>

Ak dochádza k nesúladu sociálnych očakávaní a sociálnej pozície, dochádza k „intrarolovému konfliktu“, konfliktu roly z hľadiska očakávania.

Nedostatočne rozvinutá, umelá, inštitučná vzťahová sieť je dôvodom, prečo nedochádza k premenám, transformácii sociálnych rolí, a tým tiež k deficitu v rozvoji osobnosti človeka. Súčasťou riešenia procesu transformácie zariadení sociálnych služieb je riešenie konfliktu medzi očakávaniami občana so zdravotným postihnutím a jeho sociálnej pozície, ktorú mu organizácia vnútila.

<sup>56</sup> Matoušek, 2007, s. 204

<sup>57</sup> Ibid. s. 217



Transformácia tradičných, veľkokapacitných sociálnych služieb je procesom, ktorého cieľom je reštrukturalizácia pôvodného prostredia tak, aby sa dosiahlo zosúladenie individuálnych podmienok života prijímateľov s ich potrebami a právami na dôstojný život.

Tradičnými veľkokapacitnými zariadeniami sociálnych služieb sú zariadenia s vyššou kapacitou (v našej práci sme stanovili hranicu nad 70 občanov so zdravotným postihnutím, pretože táto hranica nebola doteraz v Slovenskej republike stanovená) a s celoročnou prevádzkou, ktoré sú umiestnené v neúčelových budovách, v ktorých nie sú poskytované služby primerane potrebám, schopnostiam a zručnostiam ich prijímateľov a ktoré v súčasnosti nespĺňajú štandard kvality sociálnych služieb a odborné požiadavky sociálnej práce ako vedného odboru.

Preto si tradičné veľkokapacitné zariadenia vyžadujú radikálnu zmenu systému – transformáciu poskytovaných sociálnych služieb, ktorej centrom a hybným faktorom reštrukturalizácie je napĺňanie individuálnych potrieb a individuálny rozvoj ich prijímateľov.

Obsahom procesu transformácie, reštrukturalizácie sociálnych služieb, sú zmeny v troch oblastiach, a to v kvalite sociálnych služieb, zmene organizácie a riadenia a v zmene financovania.

### Reforma, decentralizácia, transformácia

V súvislosti s transformáciou sú často frekventované termíny „reforma“ a „decentralizácia“. V tabuľke č. 5 môžeme diferencovať spoločné a rozdielne obsahy týchto termínov a kľúčové pojmy.

Tabuľka 5: Reforma, decentralizácia, transformácia<sup>58</sup>

Reforma	Decentralizácia	Transformácia
<ul style="list-style-type: none"> <li>reforma, úprava, oprava, zmena, prebudovanie niečoho v obl. politickej, spoločenskej, štátnej...</li> <li>zmena s cieľom zlepšenia stavu</li> <li>zlepšenie stavu verejného zariadenia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>odstraňovanie sústreďovania centralizácie, presunutie práva a moci na nižšie orgány</li> <li>prenášanie polit., hospod. a iných právomocí z vyšších orgánov na nižšie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>zmena, prestavenie pôvodných prvkov systému do nového systému, organizácie či súboru</li> </ul> <p>Dochádza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>k zániku pôvodnej a vzniku novej organizácie</li> <li>k zmene štruktúry pôvodnej organizácie a vzniku novej organizácie</li> <li>proces zmeny štátneho podniku na súkromnú organizáciu</li> <li>pretvorenie formy, preštrukturalizovanie obsahu</li> </ul>
<p><b>Kľúčové termíny:</b> prebudovanie, zlepšenie</p>	<p><b>Kľúčové termíny:</b> opak centralizácie – presun kompetencií</p>	<p><b>Kľúčové termíny:</b> zánik pôvodného, vznik nového, pretvorenie, preštrukturalizovanie</p>

Diskriminačným znakom transformácie (oproti reforme a decentralizácii) je kvalita procesu, ktorý je spojený „so zánikom pôvodného a vznikom nového, pretvorením, preštrukturalizovaním“. Transformáciu podľa uvedeného vymedzenia obsahu nie je možné stotožniť s reformou ani s decentralizáciou.

V odbornej literatúre a diskusiách zameraných na sociálnu prácu sú termíny transformácia a decentralizácia sociálnej sféry, sociálnych služieb. Niekedy sa uvádzajú ako synonymá, inokedy sa termínu transformácia prisudzuje širší význam ako termínu decentralizácia a opačne.

Obsah týchto termínov je však podľa definícií v literatúre zjavne odlišný. Decentralizácia je „odstraňovanie sústreďovania, centralizácie, presunutie práva a moci na nižšie orgány – opak centralizácie“ a „transformácia je priradenie prvkov jedného útvaru, množine prvkov druhého útvaru, premena“.<sup>59</sup> Podľa uvedeného je teda základom decentralizácie presun práva a moci (zodpovednosti, právomoci) z vyšších na nižšie orgány. Pod presunom rozumieme tú formu pohybu práva a moci, ktorá je čo najbližšie k občanovi. Transformácia (podľa uvedených definícií) nie je na rozdiel od decentralizácie presunom moci a práva, ale priradenie „pôvodných“ prvkov jedného útvaru na druhý.

Transformácia je zmena, ktorá spočíva „v preskupení, prestavení, preštrukturalizovaní pôvodných prvkov systému do nového systému, organizácie či súboru“.<sup>60</sup>

Krupa definuje transformáciu sociálnych služieb ako „zmeny, ktorých cieľom je zosúladenie podmienok prostredia, v ktorom ľudia žijú, s ich potrebami tak, aby mohli žiť dôstojný život“<sup>61</sup>, pričom za argumenty pre transformáciu uvádza:

- „vývoj sociálnych služieb (19. a 20. storočie)
- vývoj teórií a metód sociálnej práce
- práva ľudí so špeciálnymi potrebami
- politickú vôľu
- nízku kvalitu služieb v tradičných zariadeniach
- sociálno-ekonomickú úroveň
- zvyšovanie štandardu kvality sociálnych služieb
- zahraničné výsledky a skúsenosti“.<sup>62</sup>

Pri transformácii, ako sme už uviedli, dochádza k zániku pôvodnej a k vzniku novej organizácie, k zmene štruktúry pôvodnej organizácie.

59 Ivanová-Šalingová, 1988, s. 492

60 Ivanová-Šalingová, 1988, s. 492, tiež Strieženec, 1996, s. 225

61 Krupa, 2007, s. 35

62 Ibid. 37

58 Ivanová-Šalingová, 1988; Strieženec 1999;

Decentralizácia má teda s transformáciou spoločné znaky v tom, že ich obsahom sú najmä kvalitatívne zmeny systémov a organizácií s cieľom zefektívnenia sociálnych procesov v prospech občana. „Presunom“ práva a moci pri decentralizácii a „priradovaním“ prvkov systémov, organizácií pri transformácii je charakterizovaný rozdiel medzi uvedenými termínmi. Rozdiel medzi významom činnostných slovies „presúva“, „priraduje“ nie je v kontexte termínov decentralizácia a transformácia taký významný, aby mohol byť označený ako základný diskriminačný znak. Dôležitejší a podstatnejší rozdiel spočíva v „predmete“ či „dôraze“ presunu či priradenia, ktorým je pri decentralizácii moc a právo a pri transformácii prvok (funkcia, články riadenia, organizačné jednotky, systémy). Zatiaľ sme definovali len termíny „decentralizácia“ a „transformácia“. Potúček uvádza termín „transformácia“ v kontexte so sociálnou politikou (transformácia sociálnej politiky) a za jej diskriminačný znak považuje dištancovanie sa od „reálne socialistickej minulosti“.<sup>63</sup> Transformácia sociálnej politiky je podľa Potúčka podmienená posilňovaním demokratických inštitúcií, zásadnými zmenami foriem vlastníctva s preferenciou súkromného vlastníctva formou reštitúcií a privatizácie a podporou voľného trhu. Transformácia sociálnej politiky má v Potúčkovom ponímaní časový a obsahový rámec zapadajúci do súvislostí obdobia postkomunizmu. Na základe už uvedeného je vidieť, že autor prisudzuje a definuje transformáciu sociálnej politiky viac v súvislosti s presunom moci a práva (zmena, presun štátneho vlastníctva na súkromné a podpora zmien štátom regulovaného trhu na voľný trh), čo je obsahovo bližšie termínu decentralizácia ako termínu transformácia. Hypoteticky by sme mohli predpokladať súvislosti medzi decentralizáciou a transformáciou a kvantitatívnymi a kvalitatívnymi zmenami. Avšak príčinné súvislosti pri decentralizácii i transformácii majú kvalitatívny i kvantitatívny charakter. Ich základné zameranie sa je nasmerované na kvalitatívne zmeny, ktoré sekundárne nevyhnutne vyvolávajú tiež kvantitatívne zmeny.

V Slovníku práva sociálneho zabezpečenia (Gajdošíková, Ľ., Rusínák, P., 1996) nie sú tieto termíny (decentralizácia a transformácia) uvedené. MPSVR SR vydalo z hľadiska politickej podpory transformačných procesov v roku 1996 významný dokument „Konceptia transformácie sociálnej sféry“, ktorý za základné princípy považuje:

- pluralizáciu,
- demokratizáciu a
- privatizáciu sociálnej sféry.

Za základné ciele transformácie sociálnej sféry uvedený dokument považuje:

- demonopolizáciu,
- demokratizáciu
- a decentralizáciu.

63 Potúček, 1995, s. 117

Je zjavné, že aj uvedený dokument „prísne odborne vzaté“ obsahovo hovorí o zmene práva a moci, teda o kvalitatívnych zmenách<sup>64</sup>.

Podľa Strieženca je „transformácia sociálnej sféry popri politickej a ekonomickej transformácii časťou všeobecných transformačných pohybov, pretože sa najvýraznejšie dotýka konkrétneho života všetkého obyvateľstva v každodennom živote“.<sup>65</sup> Takto formulovanú definíciu nie je možné metodologicky zaradiť ani ako transformáciu (lebo absentuje predmet pohybu, zmien), ani ako decentralizáciu (lebo absentuje konkretizácia práva a moci), nešpecifikuje, ako sa „decentralizácia“ dotýka života občanov. Strieženec definuje ďalej decentralizáciu štátnej moci ako „relatívnu samostatnosť nižších orgánov a ich relatívnu nezávislosť od ústredných orgánov“. Decentralizácia nie je podľa Strieženca (na rozdiel od jeho definovania transformácie) pohyb ani presun, ale skôr stav, v ktorom nižšie úrady majú relatívnu samostatnosť a relatívnu nezávislosť (od vyšších orgánov).<sup>66</sup>

V súvislosti s decentralizáciou je najčastejšie frekvencovaný termín decentralizácia štátnej správy, respektíve reforma štátnej správy, tiež „dekoncentrácia“. Za dekoncentráciu môžeme považovať odstraňovanie sústreďovania centralizácie, opak koncentrácie, prenesenie pôsobnosti na nižší orgán. Decentralizácia je potom oproti dekoncentracii rozdielna v tom, že ide o prenesenie práva a moci zo štátnej moci na samosprávu krajov, obcí.

Od roku 1989 sa všetky vlády prihlásili k transformácii systému sociálneho zabezpečenia v programových vyhláseniach.

Je zjavné, že v odbornej literatúre, ako aj v politických dokumentoch zásadného významu, sa používajú termíny „decentralizácia“ a „transformácia“ v rôznych významoch. Niekedy má termín transformácia (najmä v sociálno-politickom kontexte) širší obsah ako decentralizácia (reforma verejnej správy) a v iných prípadoch, napríklad v projekte „Decentralizácia sociálnych služieb“<sup>67</sup>, sa termín decentralizácia používa v súvislosti s „podporou projektov sociálnych služieb, ktoré sú postavené vo vzájomnej spolupráci verejného a súkromného sektora a v súvislosti s overovaním menej tradičných mechanizmov finančnej podpory sociálnych služieb“.

### Transformácia a deinštitucionalizácia

Transformácia a deinštitucionalizácia nie je cieľom, ale prostriedkom na dosiahnutie cieľa.<sup>68</sup> Deinštitucionalizácia sa v Slovníku sociálnej práce uvádza ako „vplyvný trend v súčasnej sociálnej práci, ktorý preferuje v predovšetkým neústavné formy služieb, ktoré sú pre občana so zdravotným postihnutím dostupné a nevytrhávajú ho z jeho prirodzeného prostredia; t. j. služby poskytované v rámci komunity“.<sup>69</sup> Podľa Matouška deinštitucionalizácia určuje smer vývinu (vplyvný trend)

64 MPSVR SR, 1996

65 Strieženec, Š., 1996, s. 225

66 Ibid.

67 MPSVR SR, 1998

68 Johnová, 2008

69 Matoušek, O., Slovník sociální práce, 2003, s. 45

sociálních služeb. MPSV ČR v dokumente „Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“ uvádí, že EÚ pod deinstitucionalizací myslí na „manažerský proces změny systému ve smyslu přechodu (z inštitučních služeb) směrem k poskytování sociálních služeb zaměřených na individuální podporu života člověka v přirozeném prostředí“.

MPSVR SR sa v Národných prioritách rozvoja sociálních služeb na roky 2015 - 2020 hlási k prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť a rozvoju komunitných služieb<sup>70</sup>.

Zákon o sociálních službách v súvislosti s „postupnou deinstitucionalizáciou“ stanovuje výhodu zariadení s nižšou kapacitou ako 40 miest a tieto majú pri poskytovaní sociálních služeb prednosť pred zariadeniami s vyššou kapacitou. V zákone nie je spresnené, v akých oblastiach bude mať zariadenie s nižšou kapacitou „prednosť“ pred zariadeniami s vyššou kapacitou. Zákon ale po prvýkrát stanovuje „výhodu“ zariadení s nižšou kapacitou ako 40 miest v zariadeniach podporovaného bývania, v zariadeniach pre seniorov, v zariadeniach opatrovateľskej služby, rehabilitačných strediskách, domovoch sociálních služeb, špecializovaných zariadeniach a denných stacionároch. Od obsahu „výhod“ závisí naštartovanie procesu transformácie, respektíve deinstitucionalizácie, a tým aj zvyšovanie kvality sociálních služeb. Obce a vyššie územné celky majú predsa „určitú“ oporu v zákone MPSVaR SR o sociálních službách 448/2008 pri plánovaní zmien v znižovaní kapacity v zariadeniach, kde kapacita presahuje počet 40, respektíve 6 miest v jednej bytovej jednotke pri vybraných službách pre užívateľov.

## I.2 Základné dokumenty podporujúce proces transformácie a deinstitucionalizácie na medzinárodnej a národnej úrovni

### Spoločné európske usmernenia na prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť

V roku 2013 vyšiel slovenský preklad Spoločných európskych usmernení na prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť a Manuál na využívanie fondov Európskej únie<sup>71</sup> na prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť, ktoré vypracovala Európska expertná skupina pre prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť. Cieľom týchto dokumentov je vypracovanie komplexného sprievodcu pre implementáciu a podporu prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť pre všetky cieľové skupiny sociálnej starostlivosti v Európe. Obe predstavujú súčasný trend štrukturálnych zmien a nového smerovania poskytovania sociálních služeb a náhradnej starostlivosti v Európe a vo svete. Lenže vytvorenie týchto dokumentov je len dôsledkom zmien, ktoré sa vo svete dejú už dlho ich cieľom je dodržiavanie ľudských práv všetkých ľudí bez rozdielu. Dodržiavanie ľudských práv a špecificky ľudských práv ľudí so zdravotným postihnutím a detí je zakotvené a zvýraznené v rôznych medzinárodných dokumentoch. Jedným z najdôležitejších je Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím, ktorý podrobne rozoberáme v kapitole o právnych východiskách transformácie a deinstitucionalizácie systému sociálních služeb.

V septembri 2009 ad hoc expertná skupina zriadená eurokomisárom Vladimírom Špidlom zverejnila prelomovú *Správu expertnej skupiny ad hoc o prechode z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť*<sup>72</sup>. Tento dokument vo všeobecnosti opísal situáciu inštitucionálnej starostlivosti v Európe a zdefinoval viaceré kľúčové problémy, výzvy a pojmy v oblasti prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť. Vychádzajúc z hľadiska ľudských práv, kvality života, nezávislého života a sociálneho začlenenia nedefinuje inštitúciu a inštitucionálnu starostlivosť cez kapacitu prijímateľov organizácie alebo iné kvantitatívne údaje, ale definuje inštitucionálnu kultúru, ktorá tieto organizácie charakterizuje. Inštitucionálna kultúra sa vyznačuje stratou individuality, stereotypným režimom, paušálnou liečbou a starostlivosťou, sociálnou vzdialenosťou, naučenou pasivitou a bezmocnosťou, a inštitucionálnym paternalizmom. Inštitucionálna starostlivosť je v tejto správe definovaná ako každá rezidenčná starostlivosť, pri ktorej sú jej prijímatelia izolovaní od širšieho spoločenstva a/alebo nútení žiť spolu; nemajú dostatočnú kontrolu nad svojím životom a rozhodnutiami; požiadavky samotnej organizácie majú prednosť pred ich individuálnymi potrebami. Správa expertnej skupiny uvádza zásadné dôvody deinstitucionalizácie, medzi ktoré patria materiálne a nemateriálne aspekty inštitucionálnej starostlivosti, porovnanie inštitucionálnej a komunitnej starostlivosti, pomer medzi nákladmi a výsledkami inštitucionálnej a komunitnej starostlivosti a ďalšie. Autori správy ďalej poukazujú na kľúčové výzvy v procese

70 Národné priority rozvoja sociálních služeb na roky 2015 - 2020

71 Dostupné na <http://deinstitutionalisationguide.eu/>

72 Dostupné na [http://www.zdomovadomov.sk/wp-content/uploads/2013/08/ad-hoc-DI\\_svk.pdf](http://www.zdomovadomov.sk/wp-content/uploads/2013/08/ad-hoc-DI_svk.pdf)

prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť. Jedným z najvýznamnejších prvkov tejto správy je 10 spoločných zásad pre transformáciu a deinštitucionalizáciu: rešpektovanie práv používateľov a ich zapojenie do rozhodovacích procesov, prevencia inštitucionalizácie, vytvorenie komunitných služieb, zatvorenie inštitúcií, obmedzenie investícií do existujúcich inštitúcií, rozvoj ľudských zdrojov, efektívne využívanie zdrojov, hodnotenie a kontrola kvality, holistický prístup, nepretržité zvyšovanie informovanosti. Záver tejto expertnej správy tvoria konkrétne odporúčania pre členské štáty EÚ, ale aj pre Európsku komisiu. Správa expertnej skupiny ad hoc o prechode z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť bola okrem Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím ďalším významným dokumentom, ktorý sa podieľal na tom, že prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť sa stal jednou z priorít Európskej komisie a viacerých členských štátov v sociálnej a zdravotnej oblasti. Jedným z výsledkov týchto zmien je aj vytvorenie stálej Európskej expertnej skupiny pre deinštitucionalizáciu, ktorá je neformálnym poradným orgánom a partnerom Európskej komisie v tejto oblasti.

Proces deinštitucionalizácie nie je však len európska záležitosť, ale uskutočňuje sa aj v iných častiach sveta. Koncom roku 2011 vydali Svetová zdravotnícka organizácia a Svetová banka rozsiahlu odbornú správu pod názvom World Report on Disability (Svetová správa o zdravotnom postihnutí)<sup>73</sup>. Tento materiál komplexne na globálnej úrovni opisuje zdravotné postihnutie, základné demografické údaje, práva osôb s postihnutím, vplyv postihnutia na chudobu, potreby služieb a osobnej asistencie, nákladovosť zdravotného postihnutia, zdravotnú starostlivosť v tejto oblasti. Špecificky sa autori dokumentu zamerali na rehabilitáciu, asistenciu a podporu, dostupnosť prostredí, vzdelávanie, prácu a zamestnávanie v oblasti zdravotného postihnutia. V časti o asistencii a podpore pre ľudí so zdravotným postihnutím sa upozorňuje na to, že viaceré výskumy dokázali, že kvalita života ľudí so zdravotným postihnutím je vyššia v komunitných službách a špeciálne tých, ktorí predtým žili v inštitúciách. Autori správy definujú inštitúciu takto: „Inštitúcia je akékoľvek prostredie, kde osoby so zdravotným postihnutím, seniori alebo deti žijú spolu mimo svojej rodiny. Prostredie, kde nemajú ľudia plnú kontrolu nad svojím životom a dennými aktivitami. Inštitúcia nie je definovaná svojou veľkosťou/kapacitou.“ V správe sa poukazuje aj na to, že v krajinách, ktoré sú v procese deinštitucionalizácie a predtým investovali vo veľkom do rezidenčnej starostlivosti, môžu práve realokovaním zdrojov pomôcť vytvoriť systém komunitných podporných služieb. V oblasti rozvoja komunitných služieb je v tejto správe veľmi významné odporúčanie prevádzkovania služieb v komunite, a nie v rezidenčných inštitúciách a segregovaných podmienkach. Zároveň tento dokument odporúča krajinám, ktoré sú v procese prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť to, aby plánovali tieto procesy adekvátne vzhľadom na lokálne podmienky a vytvárali modely komunitne orientovaných služieb vrátane dostatočnej podpory ľudských a finančných zdrojov, progresívne budovali a realokovali zdroje na

73 Dostupné na: [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/en/](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/)

rozvoj a podporu komunitných a alternatívnych služieb pre deti. Svetová správa o zdravotnom postihnutí je komplexný dokument, ktorý vyjasňuje a definuje veľké množstvo tém a pojmov oblasti nielen zdravotného postihnutia, ale aj seniorov a detí.

Slovenská verzia Spoločných európskych usmernení na prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť a Manuál o využívaní európskych fondov na prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť boli vypracované pod vedením Ines Bulic, Európskou expertnou skupinou na prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v roku 2012 s cieľom základnej podpory a pomoci členským krajinám, ktoré realizujú procesy deinštitucionalizácie. Materiál oficiálne podporili eurokomisári Lászlo Andor a Johannes Hahn a je dostupný na webovej stránke (<http://deinstitutionalisationguide.eu/>). Usmernenia ponúkajú komplexný prehľad o téme prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť aj s príkladmi dobrej praxe. Inštitúciu definujú ako akúkoľvek pobytovú 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; a požiadavky samotnej organizácie sa často uprednostňujú pred individuálnymi potrebami jednotlivých užívateľov zariadení. Samotné usmernenia majú 10 základných kapitol, ktoré obsahujú aj odporúčania pre členské krajiny. Základné oblasti, ktorých sa spoločné európske usmernenia dotýkajú, sú: dôvody rozvoja komunitných služieb, zhodnotenie aktuálnej situácie v Európe, tvorba stratégií a akčných plánov, tvorba legislatívnych rámcov pre komunitné služby, tvorba širokej škály služieb v komunite, alokácie ľudských, materiálnych a finančných zdrojov, tvorba individuálnych plánov, podpora jednotlivcov v procese deinštitucionalizácie, oblasť kvality sociálnych služieb a rozvoj ľudských zdrojov. Manuál o využívaní európskych fondov je doplnkový materiál Spoločných európskych usmernení a jeho cieľom je pomôcť všetkým orgánom verejnej správy v Európe, ktoré sa podieľajú na plánovaní a realizácii štrukturálnych fondov na to, aby boli tieto fondy plánované a využívané efektívne, progresívne so zameraním sa na rozvoj komunitnej starostlivosti. Ako jeden z príkladov dobrej praxe uvádzajú autori manuálu pôvodný projektový zámer slovenského národného projektu deinštitucionalizácie, ktorý bol založený na báze partnerstva odborných mimovládnych organizácií a verejnej správy.

#### **Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike**

Na národnej úrovni je základným dokumentom podporujúcim prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti (ďalej len Stratégia DI)<sup>74</sup>, ktorá bola schválená vládou SR 30. novembra 2011. Stratégia DI bola vytvorená širokou pracovnou skupinou pri MPSVR, ktorú tvorili viacerí odborníci z mimovládnych organizácií a zástupcovia verejnej správy. Stratégia DI predstavuje primárne deklaratórny dokument, ktorým sa Slovenská republika hlási k procesom prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť. Stratégia DI vychádza a je v súlade s Dohovorom

74 Dostupné na: <http://www.employment.gov.sk/files/legislativa/dokumenty-zoznamy-pod/strategia-deinstitutionalizacie-systemu-socialnych-sluzieb-nahradnej-starostlivosti-1.pdf>

OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím a osobitne s článkom č. 19: Nezávislý život a začlenenie do spoločnosti. Hlavným zámerom a cieľom Stratégie DI v Slovenskej republike je vytvorenie a zabezpečenie podmienok pre nezávislý a slobodný život všetkých občanov, odkázaných na pomoc spoločnosti v prirodzenom sociálnom prostredí komunity prostredníctvom komplexu kvalitných alternatívnych služieb vo verejnom záujme, ktoré im umožnia slobodný a nezávislý spôsob života s podporou komunity, odborníkov, členov rodiny, dobrovoľníkov, prechodom z prevažne inštitucionálneho spôsobu poskytovania sociálnych služieb na komunitnú starostlivosť a rozširovaním alternatívnych možností uspokojovania potrieb detí, ktoré boli odňaté zo starostlivosti rodičov.

Stratégia DI uvádza, že základným zámerom deinštitucionalizácie v Slovenskej republike je vytvorenie a zabezpečenie podmienok pre nezávislý a slobodný život všetkých občanov, odkázaných na pomoc spoločnosti v prirodzenom sociálnom prostredí komunity prostredníctvom komplexu kvalitných alternatívnych sociálnych služieb, opatrení sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately vo verejnom záujme. Prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť je proces dlhodobej a zásadnej zmeny systému, ktorého víziou a cieľom je vytvorenie a zabezpečenie podmienok pre nezávislý a slobodný život všetkých občanov odkázaných na pomoc spoločnosti v prirodzenom sociálnom prostredí komunity s dostupnou a koordinovanou sieťou verejných služieb, rešpektujúc princípy ľudských práv a rovnosť príležitostí v kontexte individuálnych potrieb prijímateľov. Úspešná transformácia systému sociálnych služieb, osobitne vytvorenie efektívnych sociálnych služieb na podporu rodiny s deťmi, ale aj sociálnych služieb, napríklad na zabezpečenie ubytovania, zároveň výrazným spôsobom ovplyvní úspešnosť celkovej deinštitucionalizácie výkonu súdnych rozhodnutí v zariadeniach. Deinštitucionalizácia je jedným zo základných prostriedkov prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť, ktorý v rámci viacerých spojených procesov predpokladá vytvorenie, rozvoj a podporu efektívnej siete nových alebo existujúcich alternatívnych komunitných služieb pre obyvateľov daného územného spoločenstva a postupný prechod od inštitucionálnych služieb starostlivosti ku komunitným službám.

*Dlhodobým cieľom prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť je:*

- zabezpečiť dostupnosť komunitných služieb a opatrení vykonávaných na úrovni komunity, t. j. utvoriť podmienky na život v prirodzenom sociálnom prostredí,
- zabezpečiť individualizáciu uspokojovania všetkých potrieb pre prijímateľov, ktorí sú dnes umiestnení v sociálnych zariadeniach inštitucionálneho charakteru (vrátane vyrovnania sa s negatívami, akými sú napríklad depersonalizácia, nedostatok súkromia, obmedzené možnosti voľby, rutinné a stereotypné aktivity, paušalizované liečebné postupy, paternalizmus, segregovanosť od lokálnej komunity, nedostatok alternatívnych služieb v komunite, vysoká kapacita zariadenia, v správaní prijímateľov prevláda naučená pasivita a bezmocnosť, prijímatelia majú nedostatočne rozvinuté sociálne vzťahy) s cieľom prechodu osôb z pôvodných inštitucionálnych zariadení do podporných služieb poskytovaných v komunitnom prostredí.

*Krátkodobým cieľom prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť je:*

- „pilotne“ overiť postupy premeny inštitucionálnej starostlivosti o obyvateľov vybraných zariadení sociálnych služieb,
- prehodnotiť a rekonštruovať súčasné transformačné a deinštitucionalizčné procesy v oblasti zabezpečovania náhradnej starostlivosti so špecifickým zameraním sa na detské domovy,
- navrhnuť a postupne zavádzať komplex podporných sociálnych služieb komunitného charakteru a opatrení vykonávaných na komunitnej úrovni podľa individuálnych potrieb obyvateľov so zohľadnením potrieb ostatných odkázaných obyvateľov územia, v ktorom bude deinštitucionalizácia prebiehať.

Stratégia deinštitucionalizácie obsahuje 6 opatrení, ktoré sa dotýkajú sociálnych služieb a sociálno-právnej ochrany a sociálnej kurately. V oblasti sociálnych služieb má Stratégia deinštitucionalizácie stanovené štyri základné opatrenia. Prvé opatrenie: Príprava Národného akčného plánu prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012 – 2015. Základným cieľom akčného plánu prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb bola podpora zmeny tradičného modelu sociálnych služieb na systém služieb komunitnej starostlivosti pomocou realizovania pilotných projektov deinštitucionalizácie konkrétnych zariadení.

Druhým opatrením Stratégie DI bolo zriadenie výboru expertov pre deinštitucionalizáciu. Výbor expertov pre deinštitucionalizáciu je medzirezortný poradný orgán, kde sú zastúpené: ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny; ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny; ministerstvo zdravotníctva; ministerstvo školstva; ministerstvo spravodlivosti a ministerstvo pôdohospodárstva a rozvoja vidieku. Okrem štátnej správy sú vo výbore zastúpené aj samosprávne kraje a obce, verejní a neverejní poskytovatelia sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti a organizácie zastupujúce občanov so zdravotným postihnutím a seniorov. Členom výboru expertov pre deinštitucionalizáciu je aj zástupca Európskej expertnej skupiny pre deinštitucionalizáciu.

Úlohy výboru expertov sú najmä:

- monitorovanie, hodnotenie a koordinácia procesov deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti,
- koordinácia subjektov deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti,
- navrhovanie opatrení na zvýšenie podpory a efektívnosti deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti a synergie medzi oboma systémami,
- navrhovanie opatrení na podporu procesov deinštitucionalizácie v oblastiach súvisiacich so systémom sociálnych služieb a náhradnou starostlivosťou,
- identifikácia rizík a prekážok deinštitucionalizácie a navrhovanie legislatívnych a koncepčných riešení na podporu procesov deinštitucionalizácie,

- prerokovanie a schvaľovanie návrhu správy o plnení Stratégie deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike.

Tretím opatrením Stratégie DI je utvorenie právnych podmienok na podporu deinštitucionalizácie v sociálnych službách, ktorým sa podrobnejšie venujeme v kapitole o právnych podmienkach poskytovania sociálnych služieb.

Štvrtým opatrením v oblasti sociálnych služieb bola príprava a realizovanie Národného projektu podpory deinštitucionalizácie a transformácie sociálnych služieb.

### Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2015 – 2020

Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2015 – 2020 (ďalej len „Národné priority“)<sup>75</sup> tvoria primárne materiál, ktorý má tvoriť východisko pre koncepcie a komunitné plány na regionálnej úrovni. Aj samotné MPSVR SR si stanovilo viacero úloh, ktoré chce a musí v budúcnosti riešiť vo svojej pôsobnosti. Cieľom Národných priorít je snaha zodpovedať na otázky: „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 na uspokojovanie potrieb ľudí?“ Zároveň má tento materiál tendenciu reflektovať súčasný moderný vývoj sociálnych služieb nielen v Slovenskej republike, ale aj v Európe.

Dlhodobou víziou Národných priorít je predovšetkým pozitívne ovplyvniť rozvoj sociálnych služieb v Slovenskej republike v rokoch 2015 – 2020, a to pomocou stanovenia základných priorít tohto rozvoja, predpokladov na ich dosiahnutie aj merateľných ukazovateľov ich plnenia v tomto období. Materiál Národné priority zároveň stanovuje aj špecifické ciele, na ktoré sa pozrieme podrobnejšie.

Prvým špecifickým cieľom je potreba *zabezpečenia realizácie práv občana na poskytovanie sociálnej služby so zohľadnením ľudskoprávneho a nediskriminačného prístupu a dôraz na rešpektovanie ľudskej dôstojnosti*. Tento špecifický cieľ vychádza priamo zo zákona a upriamuje pozornosť na to, že nie je možné diskriminovať občanov pri získavaní a poskytovaní sociálnych služieb. Tieto povinnosti nám stanovuje národná legislatíva, ale aj medzinárodné dokumenty, ktoré Slovenská republika, ale aj Európska únia ratifikovali, a tým pádom sú nadradené našej legislatíve. Nevyhnutnosť dodržiavania týchto práv a prístupov sa čoraz viac odzrkadľuje aj v rozhodnutiach súdov vo viacerých európskych krajinách vrátane Českej a Slovenskej republiky, ktoré viackrát potvrdili to, že práva stanovené v Dohovore o právach osôb so zdravotným postihnutím sú nadradené národným legislatívam a zároveň aj vychádzajúc z týchto prístupov sú sociálne práva verejnými subjektívnymi právami občana a predstavujú súdne vymáhateľné nároky voči verejnej moci, čiže zriaďovateľom sociálnych služieb.

*Zabezpečenie dostupnosti sociálnych služieb v súlade s potrebami cieľových skupín a komunity* predstavuje druhý špecifický cieľ Národných priorít, ktorý poukazuje predovšetkým na nevyhnutnosť a potrebu tvorby kvalitných a efektívnych koncepcií samosprávnych krajov a komunitných plánov obcí a miest so zameraním sa na potreby ich obyvateľov a komunit. Tento cieľ si vyžaduje aktívnu spoluprácu s verejnosťou a s občanmi, ktorých sa poskytovanie sociálnych služieb priamo dotýka. Základom by mal byť princíp subsidiarity tak, aby boli služby poskytované čo najbližšie občanom v ich prirodzenom prostredí a vysokošpecifické služby by zohľadňovali potreby širšej komunity, respektíve regiónov.

Veľmi výraznú skupinu, ktorej sa sociálne služby venujú, tvoria aj rodiny, ktoré sa starajú o člena odkázaného na pomoc inej osoby, a práve *zvýšenie dostupnosti komunitných sociálnych služieb pre tieto rodiny* tvorí ďalší špecifický cieľ Národných priorít. Tento cieľ zohľadňuje predovšetkým potrebu udržiavania a vytvárania prirodzenej podpory, väzieb a vzťahov v rodinách, ktoré majú člena odkázaného na pomoc inej osoby. V súčasnosti často využívané riešenia inštitucionálnej starostlivosti o týchto ľudí vedú k tomu, že sa stráca prirodzená podpora v rodine a narúšajú sa vzťahy medzi jej členmi. Dôsledok týchto skutočností sa odzrkadľuje v inštitucionálnych sociálnych službách, kde je jedným z najväčších nedostatkov práve práca s rodinou a prirodzeným prostredím prijímateľov sociálnych služieb, ktorí ale na druhej strane deklarujú práve túto oblasť ako svoju najväčšiu potrebu (toto sa ukazuje na požiadavkách a „snoch“ prijímateľov sociálnych služieb v rámci individuálneho plánovania, kde najviac prezentujú túžbu vrátiť sa domov alebo byť so svojou rodinou). Zákon o sociálnych službách vytvoril legislatívny priestor pre služby, ktoré by mali pomôcť udržiavať a vytvárať prirodzenú podporu, ako sú napríklad služba včasnej intervencie, odľahčovacie služby, sociálne poradenstvo a iné. Základným predpokladom je práca s celou rodinou aj podpora týchto služieb zo strany vyšších územných celkov a územnej samosprávy.

Národné priority vo svojich cieľoch ďalej reflektujú aj potrebu *deinštitucionalizovať sociálne služby* a jasne odchádzajú od trendu poskytovania inštitucionálnych služieb k poskytovaniu sociálnych služieb na komunitnej úrovni. S týmto súvisí aj predposledný špecifický cieľ, a to potreba *prepájania sociálnych a zdravotných služieb* pre občanov, ktorí potrebujú veľmi intenzívnu komplexnú starostlivosť.

Posledným špecifickým cieľom je už v úvode spomínané *zavedenie systému zabezpečenia a hodnotenia podmienok kvality poskytovaných sociálnych služieb*, ktoré bude primárne zamerané na rozvoj nových a existujúcich sociálnych služieb so zameraním sa na zvyšovanie kvality života prijímateľov týchto služieb. Zavádzanie systému hodnotenia kvality bude prebiehať na všetkých úrovniach poskytovania sociálnych služieb.

<sup>75</sup> Dostupné na: <http://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/nprss-2015-2020.pdf>

Vychádzajúc zo zistení v analytickej časti Národných priorít boli stanovené štyri základné národné priority na najbližších päť rokov:

- zabezpečiť dostupnosť sociálnych služieb v súlade s potrebami komunity,
- podporiť prechod prijímateľov sociálnych služieb z inštitucionálnej starostlivosti na komunitnú starostlivosť,
- podporiť rozvoj sociálnych služieb dostupných pre osoby zotrvalé v priestorovo segregovanej lokalite s prítomnosťou koncentrovanej a generačne reprodukovanej chudoby,
- zvyšovať kvalitu poskytovaných sociálnych služieb.

Prvá národná priorita *Zabezpečiť dostupnosť sociálnych služieb v súlade s potrebami cieľových skupín a komunity* má tendenciu podporovať predovšetkým rozvoj komunitných sociálnych služieb, a to formou terénnych, ambulantných a nízkokapacitných pobytových sociálnych služieb na Slovensku. Zároveň predpokladá aj rozvoj dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti a podporu služieb pre rodiny s členom so zdravotným postihnutím. Medzi hlavné predpoklady na jej dosiahnutie patrí podpora rozvoja existujúcich a nových sociálnych služieb a odborných činností komunitného charakteru s dôrazom na služby pre rodiny. V rámci tejto priority je potrebné vnímať všetky druhy sociálnych služieb vrátane sociálnych služieb krízovej intervencie, sociálnych služieb pre podporu rodiny, sociálnych služieb pre občanov v nepriaznivej sociálnej situácii a ďalšie. Okrem iného sa v tejto časti definujú aj znaky inštitucionálnej kultúry, ktoré je dôležité pomenovať tak, aby bol jasný rozdiel medzi komunitnými službami a inštitucionálnou starostlivosťou. Zároveň sa v rámci prípravy tohto materiálu ukázalo ako nevyhnutné presné rozdelenie sociálnych služieb definovaných našou legislatívou na tie, ktoré majú komunitný charakter a tie, ktoré ho nemajú. Toto delenie je spracované v prehľadnej tabuľke, ktorá je prílohou Národných priorít. Medzi komunitné služby sú zaradené všetky služby, ktoré sa poskytujú terénnou alebo ambulantnou formou. Viac v tabuľke nižšie.

Druhá národná priorita *Podporiť prechod prijímateľov sociálnych služieb z inštitucionálnej starostlivosti na komunitnú starostlivosť* hovorí o jasnej a priamej podpore procesu deinštitucionalizácie v systéme sociálnych služieb v Slovenskej republike. Táto priorita sa dopĺňa s prvou prioritou a spolu tvoria kľúčové prístupy, ktoré by mali napomôcť transformácii systému sociálnych služieb. Národné priority na roky 2015 – 2020 už na rozdiel od Národných priorít na roky 2009 – 2013 jasne oddeľujú deinštitucionalizáciu od humanizácie sociálnych služieb. Humanizácia sociálnych služieb nesmeruje k plnému napĺňaniu ľudských práv prijímateľov sociálnych služieb a z tohto dôvodu ju nemožno v súčasnosti považovať za legitímny spôsob rozvoja a poskytovania sociálnych služieb. Medzi základné predpoklady tejto priority patrí podpora a budovanie vybraných druhov terénnych, ambulantných a pobytových služieb na komunitnej úrovni a ukončenie poskytovania pôvodných pobytových služieb inštitucionálneho charakteru.

Tretou národnou prioritou je *Podpora rozvoja sociálnych služieb pre osoby zotrvalé v priestorovo segregovanej lokalite s prítomnosťou koncentrovanej a generačne reprodukovanej chudoby*, čiže zabezpečiť dostatočný rozsah, druhovosť a kapacitu týchto služieb v priestore marginalizovaných komunit. Zároveň je cieľom tejto priority (platí to však pre všetky národné priority) podporiť medzirezortnú spoluprácu a spoluprácu na všetkých úrovniach verejnej správy, spoluprácu medzi verejnými a neverejnými poskytovateľmi a prijímateľmi sociálnych služieb. Predpokladom tejto priority je podporiť rozvoj a posilniť využívanie dostupných sociálnych služieb v obciach, ktoré majú priestorovo segregované lokality.

Posledná národná priorita *Zvyšovať kvalitu poskytovaných sociálnych služieb* je priamo zameraná na komplexnú podporu zavádzania podmienok kvality poskytovaných sociálnych služieb. Ako bolo v úvode tohto článku spomenuté, MPSVR SR si stanovilo úlohu, ktorá bude mať za cieľ pripraviť hodnotenie kvality a hodnotiteľov kvality zo strany MPSVR SR (MPSVR SR má jediné zákonnú možnosť hodnotenia kvality sociálnych služieb). Priorita však predpokladá podporu poskytovateľov sociálnych služieb pri vytváraní podmienok pre napĺňanie podmienok kvality poskytovaných sociálnych služieb. Cieľom je to, aby poskytovatelia boli podporení aj zo strany zriaďovateľov v tom, aby sociálne služby, ktoré poskytujú, spĺňali podmienky kvality.

Materiál Národné priority rozvoja sociálnych služieb, ktorý schválilo Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky v decembri 2014, predstavuje smerovanie rozvoja v oblasti sociálnych služieb v najbližších piatich rokoch. Národné priority jasne prezentujú a potvrdzujú trendy ľudskoprávneho prístupu v sociálnych službách a podporujú rozvoj komunitných služieb.

### I.3 Právne východiská transformácie a deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb v Slovenskej republike

*Ludské práva sú spoločné pre všetky ľudské bytosti a sú postavené na zásade: Všetci ľudia sú si rovní*

Medzinárodné dokumenty, ktoré upravujú oblasť ľudských práv a základných slobôd a ktorých obsah sa potom premieta do príslušných právnych predpisov Slovenskej republiky, sú z hľadiska ľudí, ktorí sú z dôvodu veku alebo zdravotného postihnutia odkázaní na pomoc a podporu iných, a to aj prostredníctvom sociálnych služieb, veľmi významné a osobitne v rámci procesu deinštitucionalizácie. Existencia takýchto dokumentov a právnych predpisov znamená nielen to, že získame potrebné poznatky o podmienkach naplnenia konkrétnych práv a povinností, ale aj to, že prostredníctvom nich je možné zvyšovať povedomie o týchto právach, uvedomiť si potrebu ich rešpektovať a chrániť tak, aby ich mohli jednotlivci vrátane prijímateľov sociálnych služieb, či už ľudia so zdravotným postihnutím alebo seniori, aktívne uplatňovať a realizovať v praxi a v prípade, ak dôjde k ich porušeniu, mali možnosť domáhať sa ich dostupnými prostriedkami.

Z hľadiska procesu zmien v rámci deinštitucionalizácie a transformácie sociálnych služieb je dôležité, že ľudské práva a základné slobody považujeme za pozitívne hodnoty, ktoré by sa mali ako červená niť tiahnuť v našich životoch bez ohľadu na to, čo práve robíme a kde sa nachádzame. Ich uplatňovanie nám potom umožní zmeniť a zlepšiť život prijímateľov sociálnych služieb, a tým aj pracovný a osobný život zamestnancov v sociálnych službách.

Napriek tomu, že publikácia sa prioritne zameriava na transformáciu a deinštitucionalizáciu sociálnych služieb, bolo by dobré a užitočné, aby sme v procese zmien, ktoré sa dejú a budú diať v sociálnych službách, vnímali aj právne predpisy (vrátane medzinárodných zmlúv), ktoré podporujú zmenu a kvalitu života prijímateľov sociálnych služieb, pozitívne a v duchu myšlienky významného rímskeho vzdelanca a encyklopedistu Aula Cornelia Celsia:

*„Právo je umenie uplatňovať to, čo je dobré a spravodlivé.“*

#### Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím

Medzi takéto významné medzinárodné dokumenty, ktoré zabezpečujú ochranu ľudských práv ľudí so zdravotným postihnutím, určite patrí Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím (ďalej len „Dohovor“)<sup>76</sup> a jeho Opčný protokol. Dohovor bol v New Yorku prijatý dňa 13. decembra 2006. Národná rada Slovenskej republiky s Dohovorom vyslovila súhlas uznesením č. 2048 z 9. marca 2010 a rozhodla, že ide o medzinárodnú zmluvu, ktorá má podľa čl. 7 ods. 5 Ústavy Slovenskej republiky prednosť pred zákonmi. Prezident Slovenskej republiky dohovor ratifikoval 28. apríla 2010. Ratifikačná listina bola 26. mája 2010 uložená u depozitára,

<sup>76</sup> Dostupné na: <http://www.employment.gov.sk/files/slovensky/uvod/legislativa/socialna-pomoc-podpora/dohovor-osn-pravach-osob-so-zdravotnym-postihnutim-opcny-protokol-sk-aj.pdf>

generálneho tajomníka Organizácie Spojených národov. Pri uložení ratifikačnej listiny Slovenská republika uplatnila výhradu k ustanoveniu čl. 27 ods. 1 písm. a) Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím v súlade s jeho čl. 46 v tomto znení: „Slovenská republika uplatňuje ustanovenia článku 27 ods. 1 písm. a) za predpokladu, že implementácia zákazu diskriminácie na základe zdravotného postihnutia pri stanovovaní podmienok nábora, prijímania do práce a trvania zamestnania sa neuplatňuje pri prijímaní do služobného pomeru príslušníkov ozbrojených síl, ozbrojených bezpečnostných zborov, ozbrojených zborov, Národného bezpečnostného úradu, Slovenskej informačnej služby a Hasičského a záchranného zboru. Dohovor nadobudol platnosť 3. mája 2008 v súlade s článkom 45 ods. 1. **Pre Slovenskú republiku Dohovor nadobudol platnosť 25. júna 2010 v súlade s článkom 45 ods. 2.**<sup>77</sup>

Súčasťou Dohovoru je aj **Opčný protokol k Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím**, ktorý upravuje právomoci Výboru pre práva osôb so zdravotnými postihnutím. Tento Výbor prijíma a posudzuje oznámenia (len neanonymné) predložené osobami alebo skupinami osôb alebo oznámenia predložené v zastúpení osôb alebo skupín osôb, ktoré podliehajú jeho jurisdikcii a ktoré tvrdia, že sú obeťami porušovania ustanovení tohto Dohovoru zo strany daného zmluvného štátu. Ustanovuje aj spôsob, lehoty a podmienky podávania oznámení a ich vybavenia aj zo strany zmluvných štátov (vysvetlenia alebo vyhlásenia objasňujúce danú záležitosť, vyjadrenia a prípadné opravné prostriedky, návštevu a závery z prešetrovania). Obsahom jednotlivých článkov Opčného protokolu sú aj podmienky jeho účinnosti, možnosť uplatnenia výhrad, zmien alebo doplnkov k nemu, vypovedania a zverejnenie Opčného protokolu.

#### Cieľ a význam Dohovoru

Cieľom tohto Dohovoru je **presadzovať, chrániť a zabezpečovať plné a rovnaké využívanie všetkých ľudských práv a základných slobôd všetkými osobami so zdravotným postihnutím a podporovať úctu k ich prirodzenej dôstojnosti**. Osoby so zdravotným postihnutím zahŕňajú osoby s dlhodobými telesnými, mentálnymi, intelektuálnymi alebo zmyslovými postihnutiami, ktoré v súčinnosti s rôznymi prekážkami môžu brániť ich plnému a účinnému zapojeniu sa do života spoločnosti na rovnakom základe s ostatnými.

Dohovor zaväzuje štáty, ktoré ho ratifikovali, t. j. zmluvné strany, okrem iného na to, aby zabezpečili prepojenie všetkých ľudských práv a slobôd a potrebu zaručiť osobám so zdravotným postihnutím ich plné využívanie bez diskriminácie a na rovnakom základe s ostatnými občanmi a potrebu presadzovať a chrániť ľudské práva všetkých osôb so zdravotným postihnutím vrátane tých, ktoré potrebujú viac podpory.

<sup>77</sup> Dohovor v ľahko čitateľnej podobe dostupný na: [http://www.dohovor.sk/images/pdf/lahkocit\\_dohovor.pdf](http://www.dohovor.sk/images/pdf/lahkocit_dohovor.pdf).



Význam dokumentu je priamo deklarovaný v jeho preambule, v ktorej sa uvádza, že tento komplexný a ucelený medzinárodný dohovor na podporu a ochranu práv a dôstojnosti osôb so zdravotným postihnutím významne prispeje k odstráneniu závažného sociálneho znevýhodňovania osôb so zdravotným postihnutím a k podporení ich účasti v občianskom, politickom, hospodárskom, sociálnom a kultúrnom živote s rovnakými príležitosťami.

Tento Dohovor sa tak stáva veľmi účinným nástrojom, ktorý každú spoločnosť nielen núti podľa neho sa správať, ale pomáha jej realizovať potrebné zmeny, či už v právnych predpisoch, pri rozhodovaní a prijímaní rôznych opatrení na národnej, regionálnej, komunálnej a individuálnej úrovni a v neposlednom rade aj pri zmene postojov členov spoločenstva. Dohovor prináša aj zmenu paradigmy vnímania zdravotného postihnutia od medicínskeho modelu k ľudskoprávnemu modelu, čo je vyjadrené aj v preambule Dohovoru. Pre komplexnosť informácií dodávame, že Dohovor je prvou medzinárodnou zmluvou v oblasti ľudských práv, ktorú ratifikovala aj EÚ.

### **Všeobecné zásady Dohovoru**

Nižšie formulované zásady či princípy na ktorých je budovaný Dohovor, predstavujú základňu a základné hodnoty a akýsi spojovací článok medzi jednotlivými základnými právami a slobodami upravenými v jednotlivých článkoch. Niektoré zásady sú následne detailne upravené v jednotlivých článkoch. Zásady sú záväzným východiskom pre zmluvné strany aj pri formulovaní konkrétnych politík (napríklad v rámci koncepcií a stratégií) a právnych predpisov týkajúcich sa osôb so zdravotným postihnutím vo všetkých oblastiach života (napríklad zamestnanie, vzdelávanie, bývanie) v danom štáte.

Ide o nasledujúce zásady:

- a) rešpektovanie prirodzenej dôstojnosti, osobnej nezávislosti vrátane slobody voľby a samostatnosti osôb,
- b) nediskriminácia,
- c) plné a účinné zapojenie a začlenenie sa do spoločnosti,
- d) rešpektovanie odlišnosti a prijímanie osôb so zdravotným postihnutím ako súčasť ľudskej rozmanitosti a prirodzenosti,
- e) rovnosť príležitostí,
- f) prístupnosť,
- g) rovnosť medzi mužmi a ženami,
- h) rešpektovanie rozvíjajúcich sa schopností detí so zdravotným postihnutím a rešpektovanie práva detí so zdravotným postihnutím na zachovaní vlastnej identity.

### **Stručný obsah Dohovoru**

Dohovor je z hľadiska štruktúry rozdelený na jednotlivé články. Na články, ktorých obsahom sú zásady, všeobecné záväzky, pojmy a osobitné oblasti (Rovnosť a nediskriminácia, Ženy so zdravotným postihnutím, Deti so zdravotným postihnutím), nadväzujú články, ktorých obsahom sú záväzky zmluvných strán týkajúce sa dodržiavania základných ľudských práv a občianskych práv osôb so zdravotným postihnutím a záväzky v jednotlivých oblastiach života.

Ide o nasledujúce práva a oblasti: Zvyšovanie povedomia, Prístupnosť, Právo na život, Rizikové situácie a núdzové humanitárne situácie, Rovnosť pred zákonom, Prístup k spravodlivosti, Sloboda a osobná bezpečnosť, Ochrana pred mučením alebo krutým, neľudským či ponižujúcim zaobchádzaním alebo trestaním, Ochrana pred vykorisťovaním, násilím a zneužívaním, Ochrana integrity osobnosti, Nezávislý spôsob života a začlenenie sa do spoločnosti, Osobná mobilita, Sloboda prejavu a presvedčenia a prístup k informáciám, Rešpektovanie súkromia, Rešpektovanie domova a rodiny, Vzdelávanie, Zdravie, Habilitácia a rehabilitácia, Práca a zamestnávanie, Primeraná životná úroveň a sociálna ochrana, Účasť na politickom a verejnom živote a Účasť na kultúrnom živote, rekreácii, záujmových aktivitách a športe.

V článkoch 31 – 50 sú upravené záväzky týkajúce sa povinností zhromažďovať príslušné informácie vrátane štatistických a výskumných údajov, medzinárodnej spolupráce, aby bolo možné formulovať a uplatňovať politiky s cieľom realizovať Dohovor. Osobitný článok (33) sa venuje mechanizmom vykonávania a monitorovania Dohovoru (kontaktné miesta, mechanizmus na presadzovanie, ochranu a monitorovanie vykonávania tohto dohovoru v súlade s Parížskymi princípmi – OSN, 1993) a za účasti osôb so zdravotným postihnutím a ich reprezentatívnych organizácií. V ďalších článkoch sú upravené podmienky týkajúce sa zriadenia Výboru pre práva osôb so zdravotným postihnutím, počtu, voľby, termínov a predpokladov a odmeňovania jeho členov, rokovacieho poriadku výboru, predkladania, posudzovania a sprístupnenia správ a lehôt, spolupráce a postavenia iných orgánov OSN vo vzťahu k výboru, predkladania správ zo strany výboru, konferencií a schôdzok zmluvných strán, nadobudnutia platnosti a ratifikácie Dohovoru, ako aj spôsobu navrhovania zmien a doplnení, možnosti jeho vypovedania, prístupnosti formátu a jazykov, v ktorých sa Dohovor považuje za pôvodný text.

### **Čl. 19: Nezávislý spôsob života a začlenenie sa do spoločnosti**

Na účely našej publikácie sa budeme osobitne zaoberať čl. 19: Nezávislý spôsob života a začlenenie sa do spoločnosti. Tento článok a záväzky z neho vyplývajúce však nie je možné implementovať bez nadväznosti nielen na všetky vyššie uvedené zásady Dohovoru, ale ani na ostatné články Dohovoru. Pôvodne sme chceli uviesť podrobnejšie aspoň ako príklad niektoré z článkov, ktoré sa bezprostredne viažu na čl. 19. Uvedomili sme si však, že plnenie záväzkov v tomto článku vo väzbe na procesy zmien v sociálnych službách a ich poskytovanie, t. j. aj pre deinštitucionalizáciu a transformáciu sociálnych služieb v Slovenskej republike, je nevyhnutné súčasne uplatňovanie všetkých záväzkov vyplývajúcich z článkov týkajúcich sa ľudských a občianskych práv a jednotlivých

oblastí, ktoré sú predmetom Dohovoru. Ich rešpektovanie bude veľmi dôležité aj pri hľadaní vhodnej formy podpory ľudí so zdravotným postihnutím, ktorí budú prechádzať do komunitne orientovaných sociálnych služieb.

Aké konkrétne záväzky vyplývajú pre zmluvné štáty, t. j. aj pre Slovenskú republiku, z článku 19 Dohovoru ?

*Zmluvné štáty uznávajú rovnaké právo všetkých osôb so zdravotným postihnutím žiť v spoločensve s rovnakými možnosťami voľby na rovnoprávnom základe s ostatnými a prijímú účinné a primerané opatrenia, ktoré umožnia plné užívanie tohto práva osobami so zdravotným postihnutím a ich plné začlenenie a zapojenie sa do spoločnosti, a zabezpečia, aby:*

- (a) *osoby so zdravotným postihnutím mali možnosť zvoliť si miesto pobytu, ako aj to, kde a s kým budú žiť, na rovnakom základe s ostatnými, a aby neboli nútené žiť v určitom špecifickom prostredí,*
- (b) *osoby so zdravotným postihnutím mali prístup k celému spektru podporných služieb, či už domácných, alebo pobytových, a ďalších komunitných podporných služieb vrátane osobnej asistencie, ktoré sú nevyhnutné pre nezávislý život v spoločnosti a pre začlenenie sa do nej a ktoré zabraňujú izolácii alebo segregácii v spoločnosti,*
- (c) *komunitné služby a zariadenia pre širokú verejnosť boli za rovnakých podmienok prístupné osobám so zdravotným postihnutím a aby zohľadňovali ich potreby.*

Na úvod je potrebné uviesť, že všetky tri vyššie uvedené záväzky (a, b, c) vzájomne súvisia a nie je možné ich implementovať izolovane, existuje medzi nimi aj priama úmera. Viacerí odborníci/odborničky sa stotožňujú s názorom, že čím viac budeme mať takých služieb v komunite, ktoré vyhovujú a sú prístupné čo najväčšiemu počtu obyvateľstva (napríklad osobám so zdravotným postihnutím, seniorom, matkám s malými deťmi, ľuďom po úraze), tým menej osobitných či špeciálnych opatrení (vrátane finančných) budeme potrebovať na vytvorenie podmienok pre kvalitný život ľudí so zdravotným postihnutím v komunite.

V úvodnej časti článku 19 sa napriek jeho názvu explicitne neuvádzajú slová „nezávislý spôsob života“. Tento pojem je však nepriamo vyjadrený v slovnom spojení „rovnaká možnosť voľby“, pretože len človek, ktorý má takúto možnosť, môže získať a užívať si nezávislosť. Ako správne uvádzajú zástupcovia ľudí so zdravotným postihnutím združení v Európskom fóre ľudí so zdravotným postihnutím<sup>78</sup>, ktoré vo svojom stanovisku k čl. 19 uvádza, že nezávislý spôsob života „neznamená, že osoba so zdravotným postihnutím musí byť úplne nezávislá od pomoci druhých ľudí“. Dovoľme si citovať aj ďalší zaujímavý názor ľudí so zdravotným postihnutím na pojem nezávislý život, pretože jednoznačne vyjadruje, čo si myslia ľudia so zdravotným postihnutím o takomto spôsobe života.

„Nezávislý spôsob života je stav, keď sme živí a máme sociálne, politické, ekonomické a kultúrne možnosti výberu rovnocenné s možnosťami nepostihnutých osôb.“ Jeden zo zakladateľov hnutia „Nezávislý život“ Adolf Ratzka vyjadril svoj názor na nezávislý život takto:

*„Chceme vyrastať v našich rodinách, chodiť do susednej školy, používať ten istý autobus ako naši susedia, pracovať v zamestnaniach, ktoré sú v súlade s naším vzdelaním a našimi záujmami a založiť si vlastnú rodinu.“*

Právo voľby sa potom týka aj možnosti zvoliť si miesto pobytu, kde a s kým budeme žiť a bývať a na druhej strane je zakázané nútiť osoby so zdravotným postihnutím, aby žili v osobitnom prostredí, napríklad v tradičných inštitucionálnych domovoch sociálnych služieb, ktoré podporujú ich segregáciu a izoláciu. V nadväznosti na poskytovanie sociálnych služieb však tento článok znamená aj právo osôb so zdravotným postihnutím žiť v komunite (spoločensve) rovnako ako žijeme my ostatní s možnosťou plne sa zapojiť do komunity a plne užívať všetky služby, ktoré daná komunita ponúka. Je potrebné si uvedomiť, že nejde o nejakú špeciálnu požiadavku, ale o prirodzenú vec, lebo nám ostatným ani vo sne nenapadne, že by sme mali žiť niekde inde ako v rodine a v komunite. S právom žiť v prostredí, ktoré sme si vybrali, súvisí aj dostatočná ponuka alternatívnych služieb a možností v komunite. Ide napríklad o rôzne podporné služby poskytované ľuďom žijúcim v byte, v rodinnom dome, ale aj v pobytových službách komunitného charakteru. Jednoznačne tam patrí aj možnosť využívať nástroj osobnej asistencie a iné nástroje upravené napríklad v oblasti kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia alebo aktívnych opatrení na trhu práce, a to bez ohľadu na to, aký druh zdravotného postihnutia človek má. Potreba zdôrazniť túto skutočnosť odráža realitu na Slovensku, keď sa niektorým občanom so zdravotným postihnutím odopiera možnosť využívať osobnú asistenciu len z toho dôvodu, že majú určitý druh zdravotného postihnutia. K možnosti žiť v komunite patrí aj možnosť využívať všetky bežné služby, ktoré sa v nej nachádzajú (napríklad školy, lekári, obchody a iné služby občianskej vybavenosti, kultúrne a športové ustanovizne). Ak osoba so zdravotným postihnutím takúto možnosť nemá, žije síce napríklad v rodinnom dome, ale izolovaná od bežného života. To je aj výzva pre Slovenskú republiku, aby prijala potrebné legislatívne a nelegislatívne opatrenia, stanovila si v nich krátkodobé a dlhodobé ciele a vyčlenila na to aj potrebné zdroje, aby sme mohli aj v Slovenskej republike účinne pokračovať v procese deinštitucionalizácie a vedieť, kam kráčame. Aby sme jednoznačne vedeli, že transformácia a deinštitucionalizácia sa budú týkať všetkých tradičných inštitúcií, v ktorých žijú stovky ľudí so zdravotným postihnutím, ktorí dnes nemôžu realizovať svoje ľudské práva a slobody, ktoré im Dohovor priznáva a ktoré sa SR zaviazala rešpektovať a naplňovať. Veľmi výstižne to vyjadril jeden zo zamestnancov zariadenia sociálnych služieb, ktoré je zapojené do procesu transformácie: „Pokiaľ nezavrieme a nezrušíme ústavu, nepohneme sa s deinštitucionalizáciou ďalej.“ Jeho vyjadrenie korešponduje s vyjadrením bývalého komisára pre ľudské práva Rady Európy Thomasa Hammarberga, ktorý vyhlásil: „Je

nevyhnuté, aby všetky členské štáty Rady Európy zastavili ďalšie umiestňovanie osôb do zariadení a aby vypracovali plán prechodu z inštitucionálnej starostlivosti na komunitné služby, pričom plán sa bude opierať o jasné ciele, časový harmonogram a náklady.“<sup>79</sup>

Nerešpektovanie záväzkov obsiahnutých v čl. 19 a neprijímanie vhodných opatrení má svoje dôsledky. Vzniká nepríjemný tlak na rozhodovanie ľudí so zdravotným postihnutím a ich rodiny (potom však už nejde o slobodnú voľbu, právo prijať vlastné rozhodnutie), aby ľudia so zdravotným postihnutím boli umiestňovaní do nevyhovujúcich pobytových zariadení sociálnych služieb, pretože mnohokrát z rôznych dôvodov (napríklad finančná a fyzická nedostupnosť vhodných služieb) inú možnosť nemajú. Paradoxne potom zaznievajú argumenty typu, že tieto „ústavy“ sú vlastne dobrou voľbou, ľudia so zdravotným postihnutím tam majú všetko, čo potrebujú, dokonca v jednom areáli<sup>80</sup>, a je o ne stále veľký záujem. Chybou je, ak neskúmame, z akých dôvodov sú ľudia umiestňovaní do tradičných zariadení a ako to zmeniť. Nie je ojedinelé, že v názoroch na proces deinštitucionalizácie sa stretnete s názorom (nejde o laický názor, ale o názor osôb, ktoré pôsobia ako experti v sociálnych službách), že proces zmien v rámci deinštitucionalizácie sa týka len niekoľkých/niektorých prijímateľov sociálnych služieb, mnohokrát nazývaných ako „tí šikovnejší“. Vlastne tým je povedané všetko. Ak by sme prijali a stotožnili sa s takými názormi, potvrdili by sme absolútne nerešpektovanie ľudských práv a slobôd, pretože tie sa týkajú všetkých ľudí so zdravotným postihnutím bez rozdielu, bez ohľadu na druh a mieru ich postihnutia a miery potrebnej podpory. Aj tvorcovia textu Dohovoru museli mať podobné skúsenosti, a nie je preto náhodné, že Dohovor zaväzuje zmluvné štáty presadzovať a chrániť ľudské práva a slobody pre všetky osoby so zdravotným postihnutím a zdôrazňuje *vrátane tých, ktorí potrebujú viac podpory*.

A čo si myslia ľudia so zdravotným postihnutím o inštitucionálnej starostlivosti, ktorí mali dlhoročnú vlastnú skúsenosť s takouto pomocou, vyjadruje zakladateľ a aktívny člen hnutia Independent Living v Európe Adolf Ratzka zo Švédska: „V rezidenčnej inštitúcii sme nútení prijať služby, o ktorých iní ľudia rozhodli, že ich potrebujeme. Nemáme veľmi na výber. Sme nútení prispôbiť naše potreby, aby zodpovedali potrebám poskytovateľa služieb.“<sup>81</sup>

Aj z vyššie uvedeného je nepochybné, že čl. 19 nie je možné uplatňovať bez rešpektovania ostatných článkov, ktoré s ním súvisia a týkajú sa napríklad práva na rovnosť pred zákonom, práva na *rešpektovanie súkromia, domova a rodiny*, slobody a osobnej bezpečnosti, ochrany pred mučením alebo krutým, neľudským či ponižujúcim zaobchádzaním alebo trestaním, ochrany integrity osobnosti, vzdelávania, zdravia, habilitácie a rehabilitácie, práce a zamestnávania, primeranej životnej úroveň a sociálnej ochrany. Ide o také práva a slobody, ktoré sú pre proces zmien v sociálnych službách, ale nielen preň, ale aj na poskytovanie všetkých druhov a foriem

sociálnych služieb nevyhnutným predpokladom poskytovania kvalitných sociálnych služieb v súlade s Podmienkami kvality sociálnych služieb upravenými v Prílohe č. 2 zákona o sociálnych službách, o ktorých sa zmienime v časti týkajúcej sa zákona o sociálnych službách.

Chceme ešte zdôrazniť, že článok 19 nie je možné spájať len s procesom deinštitucionalizácie, ale týka sa všetkých ľudí so zdravotným postihnutím, t. j. aj tých, ktorí nežijú v zariadeniach sociálnych služieb a rovnako majú mať zaručené práva vyplývajúce z čl. 19 a ostatných článkov Dohovoru, lebo aj oni a ich rodiny každodenne zažívajú príkoria a bojujú s rôznymi bariérami vrátane bariér v postojoch.

Na záver by sme chceli uviesť pohľad na Dohovor zo strany tých, ktorí sa dlhoročne venujú otázkam práv ľudí so zdravotným postihnutím a ktorí vnímajú Dohovor ako kľúč k zlepšeniu života ľudí so zdravotným postihnutím. Jednou z nich je Anna Reháková z Národnej rady občanov so zdravotným postihnutím SR, ktorá to vyjadrila takto:

*Dohovor nám dal do rúk kľúč, my však musíme hľadať dvere, do ktorých pasuje. Za nimi je rôzny prístup, niekedy chuť veci zmeniť, inokedy nezujem, ignorácia a občas aj známe „čo zasa chcete?“. Tých dverí je veľa. Aby sme ich dokázali postupne otvoriť, potrebujeme spolupracovníkov, argumenty... a pochopenie pre potreby rôznorodých skupín ľudí so zdravotným postihnutím. (Pochopenie aj medzi zdravotne postihnutými navzájom.) Uplatňovanie dohovoru do praxe je dlhodobý proces a závisí aj od nás všetkých.*

### Revidovaná Európska sociálna charta (1996)

V nadväznosti na poskytovanie sociálnych služieb vrátane procesu deinštitucionalizácie a transformácie sociálnych služieb je významný aj dokument Revidovaná Európska sociálna charta (prijatá v roku 1996)<sup>82</sup>, keďže aj v ňom sa v čl. 14, 15, 16 a 23 zmluvné štáty zaviazali podporovať a organizovať také sociálne služby, ktoré podporujú rozvoj jednotlivcov a skupín (vrátane osôb so zdravotným postihnutím a seniorov) a prijať také opatrenia, ktoré zabezpečia účinný výkon práva osôb so zdravotným postihnutím a seniorov **na nezávislý život, sociálne začlenenie sa a plnú účasť na živote v spoločnosti**, t. j. aj v komunite, podporu osôb a ich rodín, ktoré sa nachádzajú v situácii sociálneho vylúčenia, ale aj podporovať rodinný život prostredníctvom rôznych sociálnych a rodinných dávok a iných finančných opatrení vrátane napríklad podpory bývania.

79 Thomas Hammarberg

80 Len nie ľudské práva (pozn. autora)

81 Ratzka, 2015

82 Dostupná na: <https://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/Presentation/ESCRBooklet/Slovak.pdf>

Priblížime vám vybrané články Revidovanej Európskej sociálnej charty:

#### **Článok 14: Právo na prospech zo sociálnych služieb**

Na zabezpečenie účinného výkonu práva na sociálne služby sa v tomto článku zmluvné strany zaväzujú:

1. podporovať alebo organizovať služby použitím **metód sociálnej práce**, ktoré pomôžu blahobytu a **rozvoju jednotlivcov a skupín** v spoločnosti a ich prispôbeniu sa sociálnemu prostrediu,
2. podporovať **účasť jednotlivcov** a dobrovoľných alebo iných organizácií pri **zriaďovaní** alebo **poskytovaní** takýchto služieb.

#### **Článok 15: Právo osôb so zdravotným postihnutím na nezávislosť, sociálnu integráciu na účasť v živote spoločnosti**

Obsahom tohto článku je záväzok štátov zabezpečiť účinný výkon práva na nezávislosť, sociálnu integráciu a na účasť na živote spoločnosti osobám so zdravotným postihnutím všetkých vekových kategórií bez ohľadu na povahu a pôvod ich zdravotného postihnutia, a to predovšetkým:

1. prijatím potrebných opatrení na **poskytovanie poradenstva, vzdelávania a odbornej prípravy** osobám so zdravotným postihnutím v rámci všeobecného systému všade, kde je to možné alebo, ak to nie je možné, prostredníctvom špecializovaných verejných alebo súkromných inštitúcií,
2. podporou ich **prístupu k zamestnaniu** každým opatrením, ktoré nabáda zamestnávateľov zamestnať a udržať v zamestnaní osoby so zdravotným postihnutím v obvyklom pracovnom prostredí, a prispôbiť pracovné podmienky potrebám osôb so zdravotným postihnutím alebo, ak to nie je možné z dôvodu ich zdravotného postihnutia, snažiť sa o to úpravou alebo vytvorením chránených zamestnaní podľa stupňa zdravotného postihnutia. V určitých prípadoch to môže znamenať nutnosť obrátiť sa na špecializované umiestňovanie a podporné služby,
3. podporou ich **plnej sociálnej integrácie a účasti na živote spoločnosti** hlavne opatreniami vrátane technickej pomoci, ktoré sa snažia preklenúť komunikačné prekážky a prekážky mobility a ktoré im umožnia prístup k dopravným prostriedkom, bývaniu, kultúrnym činnostiam a zábave.

#### **Článok 16: Právo rodiny na sociálnu, právnu a ekonomickú ochranu**

Na zabezpečenie nevyhnutných podmienok **na plný rozvoj rodiny** ako základnej jednotky spoločnosti sa zmluvné strany zaväzujú podporovať hospodársku, právnu a sociálnu ochranu rodinného života prostredníctvom sociálnych a rodinných dávok, finančnými opatreniami, výstavbou bytov na bývanie rodín, pomocou mladým manželstvám alebo inými vhodnými opatreniami.

#### **Článok 23: Právo starších osôb na sociálnu ochranu**

Tento článok sa zameriava na zabezpečenie účinného výkonu práva starších osôb na sociálnu ochranu a zaväzuje štáty prijať alebo podporovať buď priamo, alebo v spolupráci s verejnými alebo so súkromnými organizáciami príslušné opatrenia zamerané najmä:

- na umožnenie starším osobám **zostať podľa možnosti čo najdlhšie plnohodnotnými členmi spoločnosti** prostredníctvom:
  - a) príslušných zdrojov, ktoré im umožnia **dôstojný život a aktívnu účasť** na verejnom, spoločenskom a kultúrnom živote,
  - b) poskytovania **informácií o službách a zariadeniach pre staršie osoby** a o možnostiach ich využitia,
- na umožnenie starším **osobám slobodne si zvoliť spôsob života a viesť nezávislý život v ich zvyčajnom prostredí** tak dlho, ako si želajú a ako je to možné, prostredníctvom sprostredkovania:
  - a) **vhodných bytov** vzhľadom na ich potreby a zdravotný stav alebo primeranej pomoci na úpravu bytu,
  - b) **zdravotnej starostlivosti a služieb**, ktoré si vyžaduje ich stav,
- na zabezpečenie primeranej **pomoci starším osobám žijúcim v príslušných inštitúciách** pri rešpektovaní ich **súkromia** a na zaručenie ich **účasti na určovaní životných podmienok** v danom zariadení.

#### **Ústava Slovenskej republiky a iné právne predpisy**

Základným právnym dokumentom, ktorý v Slovenskej republike upravuje Základné ľudské práva a slobody (čl. 14 – 25) a súčasne zakazuje diskrimináciu z dôvodov vymedzených týmto zákonom (vrátane zdravotného postihnutia v rámci iného postavenia – č. 12), je Ústava Slovenskej republiky (zákon č. 460/1992 Zb., v znení neskorších predpisov). Naším cieľom nie je tento ústavný zákon analyzovať, chceme len poukázať na to, že základné práva a slobody a zákaz diskriminácie, ktoré sú detailne upravené v Dohovore o právach osôb so zdravotným postihnutím, sú súčasne pre všetkých na území Slovenskej republiky zaručené aj v Ústave Slovenskej republiky. Podľa Ústavy SR možno základné práva a slobody obmedziť len zákonom. Obmedzenia pritom nesmú ohroziť podstatu a zmysel práv a slobôd a musia byť použité len na ochranu. Zákaz diskriminácie a záruka ochrany osôb so zdravotným postihnutím pred diskrimináciou sú však zakotvené aj v iných právnych predpisoch, napríklad v zákone č. 365/2004 Z. z. o rovnakom zaobchádzaní v niektorých oblastiach a o ochrane pred diskrimináciou a o zmene a doplnení niektorých zákonov (antidiskriminačný zákon), v znení neskorších predpisov, ale aj priamo v ustanovení § 5 (Zásada rovnakého zaobchádzania pri poskytovaní sociálnych služieb) zákona č.488/2008 Z. o sociálnych službách, ktorý na antidiskriminačný zákon nadväzuje.

## Zákon o sociálnych službách

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon), v znení neskorších predpisov, ako samostatná právna norma nadobudol účinnosť 1. januára 2009. Vytvoril tak základný právny rámec na poskytovanie sociálnych služieb v Slovenskej republike. Tento zákon nahradil predchádzajúcu právnu úpravu sociálnej pomoci v oblasti sociálnych služieb, ustanovenú v zákone č. 195/1998 Z. z. o sociálnej pomoci, v znení neskorších predpisov. Primárnym cieľom novej právnej úpravy v oblasti sociálnych služieb bolo reagovať na uskutočnený a zavŕšený proces decentralizácie v oblasti sociálnych služieb do samosprávnej pôsobnosti samosprávnych orgánov a na potrebu nanovo upraviť práva a povinnosti účastníkov právnych vzťahov v sociálnych službách vrátane financovania, najmä s dôrazom na pomoc a podporu ohrozených skupín obyvateľstva tak, aby nedochádzalo k ich sociálnemu vylúčeniu a nezvyšovalo sa riziko spoločenských konfliktov.

Nová samostatná právna úprava sociálnych služieb vytvorila právny priestor okrem iného aj pre variabilitu sociálnych služieb, komunitné plánovanie, registráciu poskytovateľov sociálnych služieb a poskytovanie sociálnych služieb neverejnými poskytovateľmi sociálnych služieb a ustanovila aj kvalifikačné predpoklady potrebné na výkon práce v oblasti sociálnych služieb. Z hľadiska prijímateľov je potrebné zdôrazniť, že sa **po prvýkrát zakotvilo právo fyzickej osoby na poskytnutie sociálnej služby pri zachovaní jej ľudskej dôstojnosti**. Zámerom tejto právnej normy bolo aj zabezpečiť kvalitu sociálnych služieb, upraviť systém hodnotenia podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby. To znamená, že už v tomto období boli do zákona o sociálnych službách implementované mnohé záväzky a požiadavky vyplývajúce z rôznych medzinárodných dokumentov a úzko súvisiace a nadväzujúce aj na proces deinštitucionalizácie. Je potrebné uviesť, že od uvedeného obdobia prešiel zákon o sociálnych službách viacerými novelizáciami (v počte 10) a z hľadiska procesu deinštitucionalizácie môžeme konštatovať, že najvýznamnejšie zmeny boli prijaté zákonom č. 485/2013 Z. z., ktorý nadobudol účinnosť dňa 1. januára 2014. Uvedená novela mala pôvodne ambíciu riešiť viaceré problémy, ktoré úzko súvisia s demografickými zmenami a zvyšovaním počtu osôb odkázaných na sociálne služby na jednej strane a s nedostatkom adekvátnych sociálnych služieb pre túto klientelu, ale aj pre iné cieľové skupiny, a to tak z hľadiska kvality, druhovosti, ako aj fyzickej a finančnej dostupnosti sociálnych služieb. To sa z rôznych dôvodov nepodarilo naplniť v plnom rozsahu. Ďalším dôvodom novelizácie tejto právnej normy bolo prijatie alebo existencia ľudskoprávných strategických a koncepčných dokumentov na medzinárodnej a národnej úrovni, ktoré bolo potrebné premietnuť do slovenskej legislatívy sociálnych služieb.

S ohľadom na zameranie sa tejto publikácie v tejto časti poukážeme na vybrané ustanovenia zákona o sociálnych službách, ktoré úzko súvisia s procesom transformácie a deinštitucionalizácie, respektíve ho priamo podporujú.

## Vymedzenie sociálnej služby a verejný záujem

Podľa ustanovenia § 2 zákona o sociálnych službách sa za sociálnu službu považuje odborná, obslužná a ďalšia činnosť alebo súbor týchto činností, pričom sa priamo upravuje **aj jej účel a ciele**. Citované ustanovenie je dôležité z toho dôvodu, že je v ňom vyjadrený verejný záujem spoločnosti pri poskytovaní sociálnych služieb, ktorého obsahom je podpora **sociálneho začlenenia sa**, podpora **samostatnosti a nezávislosti** a **prevencia pred sociálnym vylúčením** fyzických osôb vrátane osôb so zdravotným postihnutím. To na jednej strane znamená, že všetci poskytovatelia pri poskytovaní sociálnych služieb musia rešpektovať tento verejný záujem a na druhej strane je všetkým, nielen poskytovateľom, ale aj prijímateľom, ich rodinám, verejnosti, sponzorom známe, aký je verejný záujem v oblasti sociálnych služieb a ako majú sociálne služby v praxi vyzeráť.

Verejný záujem je bližšie konkretizovaný tak, že prostredníctvom sociálnych služieb sa rieši alebo zmierňuje nepriaznivá sociálna situácia, zabezpečuje prevencia vzniku takýchto situácií, **zachovávajú, obnovujú alebo rozvíjajú sa schopnosti fyzickej osoby, aby bola čo najviac samostatná a nezávislá** a aby sa mohla opätovne **zaradiť do bežného života**. Je ním však aj zabezpečenie základných životných potrieb fyzickej osoby, pomoc poskytovaná v krízových situáciách a **prevencia pred sociálnym vylúčením**, ktorá nie je samostatne upravená v zákone, ale je nevyhnutnou súčasťou každej sociálnej služby. Obsahom definície nepriaznivej sociálnej situácie sú rôzne stavy, keď je fyzická osoba z rôznych dôvodov ohrozená sociálnym vylúčením alebo je už priamo vylúčená zo spoločnosti a bez pomoci nie je schopná riešiť svoje problémy. Z tejto definície je možné identifikovať cieľové skupiny, ktorým sa sociálne služby poskytujú. Ide napríklad o ľudí, ktorí sa nachádzajú v hmotnej núdzi, žijú v segregovaných spoločenstvách, ľudí bez domova, osoby so zdravotným postihnutím alebo vo vyššom veku, opatrovateľov osôb so zdravotným postihnutím, obe domáceho násillia a obchodovania s ľuďmi. Sociálne služby sa nezameriavajú len na jednotlivca, ale aj na jeho rodinu a komunitu.

## Práva a povinnosti pri poskytovaní sociálnej služby

Požiadavka poskytovať také sociálne služby, ktoré umožňujú jej prijímateľom **realizovať základné ľudské práva a slobody, zachovávať ľudskú dôstojnosť a zabraňovať sociálnemu vylúčeniu**, je v plnej miere obsiahnutá v ustanovení § 6 zákona o sociálnych službách. Citované ustanovenie ustanovuje a zaručuje aj ďalšie významné práva prijímateľov:

- právo fyzickej osoby na **poskytnutie** sociálnej služby alebo **zabezpečenie** jej poskytnutia (garantom je obec alebo vyšší územný celok),
- právo na **výber sociálnej služby a jej formy** (znamená nielen výber druhu sociálnej služby, ale aj to, či sa sociálna služba bude poskytovať terénnou, ambulantnou alebo pobytovou formou),
- právo na **výber poskytovateľa** sociálnej služby (verejného alebo neverejného poskytovateľa),
- právo na zabezpečenie **dostupnosti informácií** o sociálnej službe (ide o podporu informovaného výberu sociálnej služby a na základe toho informovaného rozhodnutia),

- právo na **udržiavanie** všetkých druhov **kontaktov s rodinou, partnermi, priateľmi a komunitou**,
- právo vybrať si osobu (fyzickú alebo právnickú) **pri ochrane práv a právom chránených záujmov prijímateľa**,
- právo **na súkromie**, ak sa nachádza prijímateľ v pobytovej sociálnej službe,
- právo aktívne **ovplyvňovať podmienky, aktivity a kvalitu** poskytovanej sociálnej služby,
- právo na **náhradu škody**, ktorá bola prijímateľovi spôsobená v priamej a príčinnej súvislosti s poskytovaním sociálnej služby.

Napriek tomu, že v ustanovení § 7 zákona o sociálnych službách sú upravené povinnosti poskytovateľa, pre prijímateľa tieto povinnosti znamenajú práva pri poskytovaní sociálnych služieb. Ide o

- právo na poskytovanie sociálnej služby, ktorá je zameraná na **individuálne potreby prijímateľa s rešpektovaním jeho osobných cieľov, potrieb, schopností a zdravotného stavu** a v ktorej je prijímateľ **aktívnym účastníkom** a nie pasívnym objektom poskytovania sociálnej služby,
- právo na sociálnu službu, ktorú poskytujú **kvalifikovaní zamestnanci**,
- právo prijímateľa na také sociálne služby, ktoré mu umožňujú **kontakt s rodinou a svojou komunitou** a poskytujú podporu, aby sa mohol **vrátiť z celoročnej pobytovej sociálnej služby do prirodzeného rodinného alebo komunitného prostredia**,
- právo **na prednostné poskytovanie terénnej, ambulantnej alebo týždennej formy** sociálnej služby pred celoročnou pobytovou formou.

Dodržiavanie vyššie uvedených práv prijímateľov sociálnych služieb vytvára široký a dostatočný priestor na to, aby boli sociálne služby v Slovenskej republike poskytované v súlade s jednotlivými záväzkami obsiahnutými v Dohovore.

### Individuálny plán

V platnej právnej úprave je v ustanovení § 9 zakotvená jednoznačná požiadavka poskytovať sociálne služby v súlade **s konceptom poskytovania sociálnej služby, ktorá je zameraná na človeka – prijímateľa sociálnej služby** – prostredníctvom individuálneho plánovania. Individuálny plán je v zmysle citovaného ustanovenia komplexným, koordinovaným a flexibilným nástrojom na aktívnu participáciu prijímateľa na sociálnej službe, aby sa mohol rozhodnúť, aký život bude žiť, čo bude, kedy a ako robiť, a to aj s podporou a v spolupráci so zamestnancami poskytovateľa (vrátane zamestnanca, ktorý je jeho kľúčovým pracovníkom). Ide o nástroj, ktorý je významným pomocníkom aj pre proces deinštitucionalizácie.

### Odborné činnosti

Všetky odborné činnosti sú taxatívne upravené v ustanovení § 16 zákona o sociálnych službách a nebudeme ich v tejto časti podrobne opisovať. Chceli by sme však poukázať na niektoré, ktoré sú pre proces transformácie a deinštitucionalizácie významné alebo pomerne nové, ale aj preto, že sa v praxi málo uplatňujú a poskytovatelia málo využívajú rôzne kombinácie poskytovania a vykonávania odborných činností. Poskytovatelia sa často držia a úzko sa zameriavajú len na odborné činnosti, ktoré sú taxatívne ustanovené v hmotnoprávnej úprave konkrétnej sociálnej služby, pričom ich uplatňovanie v rôznych kombináciách zákon o sociálnych službách poskytovateľom umožňuje (§ 15). Kombinácia rôznych odborných činností v rámci sociálnej služby má pritom pozitívny vplyv na kvalitu poskytovanej sociálnej služby pre prijímateľa sociálnej služby.

Vzhľadom na vyššie uvedené by sme chceli upriamiť pozornosť na celý rad odborných činností, napríklad na základné sociálne poradenstvo, špecializované poradenstvo, pomoc pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov, pracovnú terapiu, sprostredkovanie tlmočenia a osobnej asistencie, pomoc pri výkone opatrovníckych práv a povinností, výchovu, preventívnu aktivitu, pomoc pri pracovnom uplatnení, pomoc pri príprave na školskú dochádzku a školské vyučovanie a sprevádzanie dieťaťa do a zo školského zariadenia, stimuláciu komplexného vývoja dieťaťa so zdravotným postihnutím, pomoc pri prevádzke domácnosti, pomoc pri hospodárení s peniazmi, podporu pri organizovaní času, podporu pri zapojení sa do spoločenského a pracovného života, podporu osobných záujmov, predchádzanie a riešenie krízových situácií a podporu spoločensky neprimeraného správania sa v rámci podpory samostatného bývania. V tejto súvislosti je potrebné uviesť, že **uvedené odborné činnosti je možné poskytovať v rámci ktorejkoľvek sociálnej služby**. Len v prípade, že niektoré odborné činnosti má poskytovateľ záujem vykonávať aj samostatne, potrebuje na ich vykonávanie aj registráciu (základné sociálne poradenstvo) alebo akreditáciu (špecializované sociálne poradenstvo, sociálna rehabilitácia, stimulácia komplexného vývoja dieťaťa so zdravotným postihnutím).

### Vybrané druhy sociálnych služieb

V tejto časti sa zameriame na vybrané nové druhy sociálnych služieb, ktorých poskytovanie umožňuje a uľahčuje, aby ľudia so zdravotným postihnutím zostali vo svojich rodinách a v prirodzenom prostredí.

#### Služba včasnej intervencie pre deti so ZP a stimulácia komplexného vývoja dieťaťa

Službu včasnej intervencie pre deti so zdravotným postihnutím vo veku do 7 rokov a jeho rodinu (§ 33) je možné vnímať ako dôležitý nástroj podpory pre rodiny so zdravotne postihnutým dieťaťom a prevenciu, aby deti so zdravotným postihnutím neboli umiestňované do pobytových sociálnych služieb. A to aj s ohľadom na skutočnosť, že deti so zdravotným postihnutím nie je už možné umiestňovať do celoročného zariadenia sociálnych služieb typu Domov sociálnych služieb. Jasne to vyjadruje aj cieľ tejto služby, ktorým je potreba zabrániť tomu, aby nedochádzalo v dôsledku

neposkytnutia adekvátnej pomoci k ohrozeniu komplexného vývoja dieťaťa a k sociálnemu vylúčeniu dieťaťa a jeho rodiny. V rámci tejto sociálnej služby je možné vykonávať viaceré odborné činnosti (napríklad špecializované poradenstvo, preventívne aktivity, ale aj stimuláciu rôznymi metódami a technikami, ktorá je novou samostatnou odbornou činnosťou (§ 16). Cieľom tejto sociálnej služby je v súlade s holistickým prístupom zabezpečiť optimálny vývoj dieťaťa so zdravotným postihnutím. Službu včasnej intervencie je možné vykonávať nielen ambulantne, ale aj priamo v teréne prostredníctvom rôznych programov.

#### Podpora samostatného bývania

Ďalšou novou sociálnou službou je podpora samostatného bývania (§ 57). Cieľom je podporiť aj osoby s ťažkým zdravotným postihnutím, ktoré bývajú vo svojom prirodzenom prostredí (v byte alebo v rodinnom dome), nie však v zariadení sociálnych služieb, pri ich nezávislosti a samostatnosti tým, že sa im poskytujú rôzne aktivity, ako napríklad pomoc pri prevádzke domácnosti, pomoc pri hospodárení s peniazmi, podpora pri organizovaní času, pri zapojení sa do spoločenského života, primeraného spoločenského správania a pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov. Aj tento nástroj umožňuje podporiť osoby s ťažkým zdravotným postihnutím, ktoré v rámci procesu deinštitucionalizácie budú prechádzať z celoročných tradičných pobytových zariadení sociálnych služieb do prirodzeného domáceho prostredia.

#### Terénne a ambulantné sociálne služby

Chceli by sme poukázať na to, že napriek tomu, že nejde o nové druhy sociálnych služieb, mnohé **terénne a ambulantné sociálne služby**, ktoré sú upravené v platnej právnej úprave, môžu veľmi **uľahčiť a podporiť život ľudí so zdravotným postihnutím a seniorov v komunite**. Ide napríklad o tieto služby: domáca opatrovateľská služba, prepravná služba, sprievodcovská a predčitateľská služba, tlmočnická služba, agentúry tlmočnickej služby a osobnej asistencie, požičiavanie pomôcok, sociálne služby s použitím telekomunikačných technológií, ako monitorovanie a signalizácia potreby pomoci a krízová pomoc prostredníctvom IKT, ale aj celý rad sociálnych služieb, ktoré patria do skupiny podporných služieb, ako napríklad odľahčovacia služba, pomoc pri zabezpečení opatrovníckych práv a povinností, denné centrá, jedáleň, práčovňa a strediská osobnej hygieny. Realitou však je, že v Slovenskej republike nie sú tieto terénne a ambulantné služby v dostatočnej miere vo všetkých regiónoch a komunitách dostupné. A to je výzva nielen pre poskytovateľov, ktorí majú záujem o podporu procesu deinštitucionalizácie a rozvoj komunitných sociálnych služieb, ale aj pre tých, ktorí politicky a vecne zodpovedajú za rozvoj svojej komunity alebo regiónu.

#### Maximálna kapacita vybraných druhov zariadení a ich cieľové skupiny

Významnou zmenou v platnej právnej úprave je nastavenie hmotno-právnych podmienok na poskytovanie vybraných druhov sociálnych služieb tak, aby smerovali k postupnej deinštitucionalizácii.

**V zariadení podporovaného bývania** je explicitne určená veková hranica na prijatie občana so zdravotným postihnutím (minimálne 16 rokov), pretože od tohto veku sa predpokladá aj osamostatnenie sa a možnosť napríklad zamestnať sa po ukončení základnej školskej dochádzky. Súčasne je pre zariadenie podporovaného bývania určený maximálny počet občanov so zdravotným postihnutím v jednom byte (6 osôb) alebo maximálny počet bytových jednotiek v jednom bytovom dome (2 bytové jednotky), v ktorom budú bývať osoby so zdravotným postihnutím.

**V zariadení pre seniorov** je určená maximálna kapacita 40 občanov so zdravotným postihnutím (aj keď pôvodný návrh bol 22 takýchto občanov). Zámerom je, aby sa aj pre seniorov vytvárali menšie zariadenia rodinného typu v komunite. Rovnaká zákonom ustanovená kapacita sa vzťahuje aj na **špecializované zariadenie a Domov sociálnych služieb (40)**. So zámerom zabrániť a nevytvárať z **rehabilitačných stredísk** (§ 37, odsek 4) ďalšie zariadenia s celoročným pobytom, a to aj pre prijímateľov, ktorí majú nižší stupeň odkázanosti, a tak obchádzať zákon o sociálnych službách, ale aj podporiť pôvodný účel tejto sociálnej služby (sociálna rehabilitácia), je v tejto sociálnej službe obmedzená lehota jej poskytovania na 3 mesiace s možnosťou jej predĺženia iba raz, rovnako o 3 mesiace.

S cieľom pozastaviť prijímanie **detí a mládeže so zdravotným postihnutím (18 rokov) do domova sociálnych služieb s celoročným pobytom** je v zákone ustanovený od 1. januára 2014 **zákaz prijímania** tejto cieľovej skupiny do takéhoto typu zariadenia.

Ďalšou významnou zmenou podporujúcou proces deinštitucionalizácie je úprava, ktorou sa od 1. januára 2014 **zakázalo zriaďovať a registrovať nové domovy sociálnych služieb s celoročným pobytom**. Zákon sa vyrovnal v prechodnom ustanovení aj s existujúcimi zariadeniami tohto typu. Tento druh a formu sociálnej služby môžu poskytovať len tí poskytovatelia, ktorí takúto sociálnu službu poskytovali pred účinnosťou novely zákona, t. j. najneskôr k 31. decembru 2013. V nadväznosti na tieto zmeny nájdete úpravu právnych vzťahov pri poskytovaní sociálnej služby v domove sociálnych služieb s celoročnou pobytovou sociálnou službou už len v prechodných ustanoveniach zákona (nie v hmotno-právnej úprave poskytovania tejto sociálnej služby). Dôvodom je aj skutočnosť, že **nie je možné registrovať** (§ 65, odsek 6, písm g) **nových poskytovateľov sociálnej služby v domove sociálnych služieb s celoročnou pobytovou formou**. Preto je aj vymedzenie cieľovej skupiny, ktorej je možné túto sociálnu službu poskytovať, upravené len v prechodných ustanoveniach. To znamená, že poskytovatelia sociálnej služby v domove sociálnych služieb, ktorí poskytovali túto sociálnu službu aj pred nadobudnutím účinnosti novely, budú môcť poskytovať od 1. januára 2014 **celoročnú pobytovú formu len občanom so zdravotným postihnutím vo veku**

**od 18 rokov do dovŕšenia dôchodkového veku**, a to za predpokladu, že sú odkázaní na pomoc inej osoby minimálne v stupni V alebo občanom so zrakovým postihnutím, ktorí sú odkázaní minimálne v stupni III. Je však potrebné uviesť, že aj z tohto pravidla bola na jeden rok (2014) ustanovená výnimka upravená (§ 110 I, odsek 13). Táto umožňovala v tomto období prijímať do domova sociálnych služieb s celoročným pobytom deti a mládež so zdravotným postihnutím, ako aj seniorov, ale výlučne len na neobsadené miesta, t. j. bez možnosti zvyšovania existujúcej kapacity, ktorú mali poskytovatelia registrovanú k 31. decembru 2013. Podotýkame, že existujúce domovy sociálnych služieb s celoročným pobytom postupujú aj podľa § 38, odseky 2 až 6, § 61, odsek 4 a § 72, odsek 13, pretože tieto ustanovenia sa na ne vzťahujú napriek tomu, že priamo v týchto ustanoveniach sa domov sociálnych služieb s celoročným pobytom už neupravuje. Pôjde napríklad o rozsah poskytovaných odborných, obslužných a ďalších činností, poskytovanie výchovy deťom, zabezpečenie ošetrovateľskej starostlivosti, vytváranie podmienok na udržanie sociálnych väzieb či zohľadnenie nehnuteľnosti užívanej pred poskytovaním sociálnej služby na účely úhrady.

Ako sme už uviedli vyššie, pre vybrané zariadenia sociálnych služieb (zariadenie podporovaného bývania, zariadenie pre seniorov, domov sociálnych služieb a špecializované zariadenie) sa zákonom stanovila maximálna kapacita zariadenia. Mnohé existujúce zariadenia sociálnych služieb zákonom určenú kapacitu však prekračujú, a preto zákon o sociálnych službách ustanovuje, že na tieto zariadenia sa podmienka maximálnej kapacity nevzťahuje. S **cieľom zabrániť ďalšiemu nežiaducemu nárastu kapacít v existujúcich zariadeniach**, ktorý by bol v rozpore so strategickými zámermi vlády Slovenskej republiky v oblasti deinštitucionalizácie, sa však súčasne ustanovuje **zákaz zvyšovať počet miest** vo vybraných zariadeniach sociálnych služieb **nad hranicu ustanovenú zákonom** po 1. januári 2014. V prípade, že poskytovateľ sociálnej služby ani po upozornení nezníži počet miest, vyšší územný celok rozhodne o vymazaní tohto poskytovateľa z registra (§ 68, odsek 1, písm. e).

#### **Seniori a osoby so zdravotným postihnutím, ktorým sa v DSS s celoročným pobytom služba už poskytuje.**

S cieľom zabezpečiť ochranu vzniknutých právnych vzťahov pre občanov so zdravotným postihnutím, **ktorí dosiahnu dôchodkový vek počas poskytovania sociálnej služby** v domove sociálnych služieb s celoročnou pobytovou formou, a to najdlhšie do platnosti zmluvy o poskytovaní sociálnej služby, sa umožňuje poskytovať takúto sociálnu službu aj ďalej v prípade, že títo seniori budú mať záujem zotrvať v takomto domove.

Pri uvedených zmenách (stanovenie kapacity a okruh občanov so zdravotným postihnutím) sa s cieľom zabezpečiť kontinuitu poskytovanej sociálnej služby a neuplatňovanie retroaktivity zákon o sociálnych službách súčasne upravuje, aby sa **fyzickým osobám, ktorým sa táto sociálna služba poskytovala do nadobudnutia účinnosti novely** (zákon č.485/2013 Z. z.) a ktoré by v dôsledku zmien v uvedenej novele nespĺňali novoustanovené podmienky, aj **ďalej poskytovala táto sociálna služba**.

#### **Zjednodušenie posudkovej činnosti pre záujemcov, ktorí nemôžu byť umiestnení v DSS s celoročným pobytom**

V záujme zníženia administratívnej náročnosti a nezaťažovania občanov so zdravotným postihnutím so zabezpečovaním si nových lekárskeho nálezov a absolvovaním komplexného posudzovania môže obec alebo vyšší územný celok od 1. januára 2015 využiť u občanov so zdravotným postihnutím, ktorí už nemôžu byť prijatí do domova sociálnych služieb z dôvodov uvedených vyššie, ako podklad pre rozhodnutie o odkázanosti na niektorú inú sociálnu službu aj posudok, ktorý bol pôvodne podkladom pre rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu v domove sociálnych služieb (odsek 18).

#### **Ukončenie povinnosti viesť poradovníky pre verejných poskytovateľov od 1. 1. 2016**

Pre komplexnosť informácie je potrebné uviesť, že v súlade s ustanovením § 106, odsek 20 zákona o sociálnych službách budú môcť obce, vyššie územné celky alebo zariadenia sociálnych služieb zriadené ako rozpočtové alebo príspevkové organizácie rozhodovať o zaradení do poradovníka čakateľov na poskytovanie starostlivosti v zariadení sociálnych služieb už len do **31. decembra 2015**. V praxi to bude znamenať, že od 1. 1. 2016 už ani verejní poskytovatelia (rovnako ako neverejní poskytovatelia) nebudú mať povinnosť viesť poradovníky čakateľov.

#### **Ochrana života a zdravia občanov so zdravotným postihnutím v špeciálnych prípadoch**

Ochranu života a zdravia občanov so zdravotným postihnutím v zariadeniach dlhodobej starostlivosti (§ 34 až 40) zabezpečuje úprava, ktorá neumožňuje prijímať do takýchto zariadení tých občanov so zdravotným postihnutím, ktorým bolo z dôvodu zdravotného stavu uložené právoplatným rozhodnutím súdu ochranné opatrenie (napríklad ochranné liečenie v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, ochranná výchova, umiestnenie odsúdeného v detenčnom ústave podľa trestného poriadku), a to počas vykonávania ochranného opatrenia (§ 61, odsek 3). U týchto osôb nie je možné vykonávať ani posudzovanie odkázanosti na pomoc inej osoby okrem výnimiek stanovených zákonom (ak bolo napríklad začaté konanie o zmene spôsobu výkonu, prepustení, ukončení ochranného liečenia). Dôvodom takejto právnej úpravy je zabezpečiť účinnú ochranu tých prijímateľov sociálnych služieb, ktorí z dôvodu veku alebo ťažkého zdravotného postihnutia nie sú schopní účinne sa brániť proti prejavom násillia alebo zlého zaobchádzania zo strany osôb, ktorým súd uložil ochranné opatrenie.

#### **Osobitné opatrenia podporujúce zmeny v rámci procesu deinštitucionalizácie**

Aj zmena upravená v ustanovení § 110 p zákona o sociálnych službách je zameraná na podporu procesu transformácie zariadení sociálnych služieb v prechodnom období (v rokoch 2014 a 2015), a to tak, aby sa vytvorili optimálne podmienky na tieto zmeny (obmedzenie kapacity, nemožnosť prijímať do zariadenia typu DSS deti, mládež a seniorov) a pritom nebolo ohrozené ich fungovanie. Preto sú v zákone o sociálnych službách upravené prípady, ak dôjde u poskytovateľa sociálnej služby



v domove sociálnych služieb k takej zmene, že toto zaradenie sa pretransformuje len na zariadenie pre seniorov a špecializované zariadenie alebo si síce zachová určitý počet miest v DSS, ale súčasne bude prevádzkovať aj zariadenie pre seniorov alebo špecializované zariadenie a v tomto duchu vykoná aj zápis do registra, aby aj po zmene pravidiel mohli byť takíto poskytovatelia finančne podporení z verejných zdrojov. Zápis do registra však musí byť vykonaný najneskôr v lehote určenej na zúčtovanie finančného príspevku. **Pri tejto zmene však poskytovateľ nie je oprávnený presiahnuť svoju pôvodnú kapacitu, t. j. takú, ktorú mal v DSS.** Za týchto podmienok mu bude možné poskytnúť finančný príspevok z Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR na príslušný rozpočtový rok, a to v pôvodnej výške a na pôvodný počet zmluvne dohodnutých občanov so zdravotným postihnutím. Zmenu vyššie uvedených skutočností (skončenie poskytovania sociálnej služby v DSS a zmenu druhu sociálnej služby) je povinný poskytovateľ oznámiť ministerstvu bezodkladne a zároveň je povinný mu predložiť výpis z registra.

#### **Výnimka zo zákonom stanovených kapacít pre novovybudované zariadenia**

Napriek tomu, že je priamo zákonom o sociálnych službách ustanovený maximálny počet občanov so zdravotným postihnutím pri vybraných druhoch novozriadených zariadení sociálnych služieb (zariadenie podporovaného bývania, zariadenie pre seniorov, zariadenie typu DSS a špecializované zariadenie), zákonom sa ustanovuje z tohto pravidla **výnimka pre novovybudované zariadenia**, na ktoré boli vydané právoplatné stavebné povolenia do 31. decembra 2013. Cieľom takejto úpravy bolo eliminovať vznik rizika škôd vysokého rozsahu a zohľadniť skutočnosť, že budúci poskytovatelia sociálnych služieb v čase výstavby alebo rekonštrukcie svojich objektov nepoznali podmienky novely zákona o sociálnych službách týkajúce sa kapacitných obmedzení, a preto nemohli tieto stavby realizovať v súlade s nimi. Navyše, na škodu vecí, v tom čase platné pravidlá financovania takýchto stavieb zo štrukturálnych fondov nepriamo vyzývali na budovanie veľkokapacitných zariadení (minimálne 50 miest). Je potrebné uviesť, že **táto možnosť veľmi skomplikovala proces DI a rozhodne predĺži proces transformácie veľkokapacitných pobytových zariadení na komunitné služby na Slovensku.**

#### **Výnimka z personálnych štandardov pre transformujúce ZSS**

V prechodnom ustanovení (§ 110 s) sú vytvorené **podmienky pre tých poskytovateľov sociálnych služieb, ktorí budú realizovať projekty v rámci schváleného transformačného plánu** v súlade s vládou schválenou Stratégiou deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb. Takíto poskytovatelia **nie sú povinní dodržiavať personálne štandardy podľa prílohy č. 1** zákona o sociálnych službách **počas realizácie transformačného projektu** (zmena miesta a druhu poskytovanej sociálnej služby) **s cieľom prechodu na komunitne orientované sociálne služby.** Počas realizácie projektu by to ani nebolo možné, keďže bude dochádzať k postupnému znižovaniu počtu občanov so zdravotným postihnutím odchádzajúcich z tohto zariadenia sociálnych služieb.

#### **Podmienky kvality sociálnych služieb**

Z hľadiska kvality poskytovaných sociálnych služieb a procesu deinštitucionalizácie možno považovať za dôležitú **podrobnú úpravu podmienok kvality sociálnych služieb a systém ich hodnotenia v prílohe č. 2 zákona o sociálnych službách.** Hodnotenie podľa takto nastavených kritérií, štandardov a indikátorov je v histórii poskytovania sociálnych služieb na Slovensku novým prvkom. Ako prax ukazuje, s ich zavádzaním a uplatňovaním majú poskytovatelia sociálnych služieb nemalé problémy a mnohí z nich sa s nimi doteraz nestotožnili, respektíve sa ich obávajú. V tomto kontexte je však potrebné zdôrazniť, **že v podmienkach kvality sú len podrobnejšie rozpracované príslušné ustanovenia zákona o sociálnych službách a iných príslušných platných právnych predpisoch** (napríklad v oblasti zdravotníctva, bezpečnosti, stavebníctva) a poskytovateľ sociálnej služby je povinný ich dodržiavať už od 1. 1. 2009 a v súlade s nimi poskytovať kvalitné sociálne služby. Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR bude hodnotiť podmienky kvality od 1. januára 2018.

V podmienkach kvality sa zaviedla **nová oblasť**, ktorou sú **základné ľudské práva a slobody.**

*Štandardy, indikátory a kritériá nastavené v tejto oblasti a nadväzne aj v ďalších oblastiach, ich plnenie a dodržiavanie poskytovateľom, sú zárukou, že sociálne služby sa občanom so zdravotným postihnutím budú poskytovať v súlade s ich prirodzenou ľudskou dôstojnosťou, bez diskriminácie a s možnosťou uplatňovania základných ľudských práv a slobôd, s účinnou podporou prijímateľa sociálnej služby tak, aby bola zachovaná jeho identita, osobná integrita, nezávislosť a podporené jeho začlenenie sa do spoločnosti pri zachovaní rodinných a komunitných vzťahov.*

Ak nie sú dodržiavané vyššie uvedené požiadavky pri poskytovaní sociálnych služieb, skutočne nemožno hovoriť o kvalitných sociálnych službách, preto je oprávnené, že hodnotitelia kvality sociálnych služieb môžu navrhnúť registračnému úradu vymazanie takéhoto poskytovateľa z registra.

V závere tejto časti by sme radi upozornili čitateľov na to, že napriek tomu, že sme sa v predchádzajúcej časti zamerali na vybrané ustanovenia zákona o sociálnych službách, uvedené ustanovenia nie je možné interpretovať a implementovať bez vzájomných súvislostí s ostatnými ustanoveniami, pretože každý právny predpis je možné implementovať len v súlade s jeho celkovým účelom a vo vzájomných súvislostiach jednotlivých ustanovení, a nie izolovane.

Po prečítaní tejto kapitoly je na mieste aj otázka, či existujúca platná právna úprava vytvára dostatočný právny priestor na zmeny v sociálnych službách v Slovenskej republike, ktoré nazývame DI. Ako ukázali skúsenosti transformujúcich sa ZSS premietnuté aj do záverečného hodnotenia NP DI, musíme konštatovať, že bude potrebné čo najskôr pripraviť ďalšie legislatívne opatrenia, ktoré proces DI výraznejšie podporia a zavedú také pravidlá a podmienky, ktoré zabránia poskytovaniu sociálnych služieb, ktoré by boli v rozpore s požiadavkami a záväzkami SR zakotvenými

v medzinárodných dokumentoch. Je nevyhnutné vytvoriť predpoklady na poskytovanie komunitne orientovaných sociálnych služieb pre všetkých, ktorí ich potrebujú, vrátane ich financovania. Legitimitu takejto požiadavky potvrdzuje aj konštatovanie Maroša Matiaška (2011), v ktorom sa uvádza: „Závazok štátu vyplývajúci z čl. 19, písm. b) Dohovoru je aj **záväzok štátu zabezpečiť právo na život v komunite všetkým ľuďom so zdravotným postihnutím. Štát je rovnako povinný zabezpečiť dostatočné množstvo kvalitných a adekvátnych služieb v komunite.**“<sup>83</sup>

## I.4 Ekonomické podmienky deinštitucionalizácie

Ekonomické aspekty procesov transformácie a deinštitucionalizácie sa často vnímajú ako tie najdôležitejšie, a to predovšetkým v kontexte posledných globálnych ekonomických kríz. V úvode tejto časti však musíme zdôrazniť, že proces transformácie a deinštitucionalizácie je predovšetkým proces implementácie a dodržiavania ľudských práv pre všetkých občanov vrátane občanov so zdravotným postihnutím. Cieľom procesu transformácie a deinštitucionalizácie nie je primárne zabezpečovanie ekonomických úspor v štátnych a regionálnych rozpočtoch. Na túto skutočnosť upozorňuje aj Jan Jařáb – regionálny zástupca pre Európu Vysokého komisára OSN pre ľudské práva: „*Nakoniec mi dovoľte povedať, že proces, všeobecne nazývaný deinštitucionalizácia, nie je v skutočnosti len a predovšetkým o zatváraní inštitúcií a ukončení niečoho, ale je predovšetkým o vytváraní niečoho nového. Stáva sa, že ekonómovia zvyknú na deinštitucionalizáciu nazerať z uhla šetrenia prostriedkov zatváraním inštitúcií, ale toto je nesprávny prístup. Deinštitucionalizácia nie je o šetrení prostriedkov ani o poskytovaní menšieho počtu služieb, deinštitucionalizácia je o poskytovaní nových, pokrokových služieb – služieb zameraných na človeka.*“<sup>84</sup> Napriek tomu je nevyhnutné hovoriť o ekonomických podmienkach a aspektoch procesu transformácie a deinštitucionalizácie.

Jeden z konceptov, ktorý má silnú oporu medzi zriaďovateľmi a prevádzkovateľmi služieb, vychádza z presvedčenia o priamej podmienenosti rozvoja služieb s ekonomickými podmienkami. Pragmatický prístup je najčastejšie proklamovaný slovami „všetko je to o finančných prostriedkoch“ alebo „ak sú peniaze, potom je možná transformácia – bez peňazí nie je možné transformáciu realizovať!“. Protiargumentom je empirická skúsenosť a fakty o tom, že ak by bola transformácia tradičných zariadení sociálnych služieb podmienená len nedostatkom finančných prostriedkov, potom by organizácie, ktoré získali štátne a európske finančné dotácie (projekty, granty, dary), realizovali prostredníctvom získaných finančných prostriedkov reformné, transformačné kroky. Z uvedeného vyplýva, že finančné prostriedky v transformácii sociálnych služieb majú významnú úlohu, ale len vtedy, keď je verejná správa presvedčená o nevyhnutnosti týchto zmien z dôvodu kvality života ľudí v nepriaznivých sociálnych situáciách.

Finančné zdroje sú efektívne vynakladané na sociálne služby vtedy, keď umožňujú efektívne riešenie nepriaznivej sociálnej situácie podľa funkčnej miery postihnutia občana alebo jeho schopnosti participovať na riešení sociálneho problému.

Efektívne vynakladanie finančných prostriedkov je podmienené úrovňou riadenia – manažovania organizácie, t. j. riadením viaczdrojového financovania, riadením ľudských zdrojov, vzdelávaním pracovníkov, organizáciou kvalitných sociálnych služieb, marketingom. Samotné finančné prostriedky bez ohľadu na ich množstvo ešte neznamenajú ich racionálne investovanie. Racionálne investovaná nízka suma finančných prostriedkov môže znamenať významnejšiu službu pre človeka

ako neracionálne investované vysoké sumy finančných prostriedkov. Holandský sociálny pracovník Freek Noten to vyjadril v jednom z rozhovorov na túto tému slovami: „Peniaze sú dôležité, ale nie sú to najdôležitejšie.“

Kevin Browne v štúdiu Mapping the number and characteristics of children under three in institutions across Europe at risk of harm analyzuje ekonomické náklady inštitucionalizovania detí bez postihnutia a s postihnutím, ktoré sú mladšie ako 3 roky<sup>85</sup>. V pätnástich krajinách EÚ existuje približne 12 558 detí mladších ako 3 roky v inštitucionálnej starostlivosti. Výskum ekonomických nákladov sa dotýkal 10 541 detí (mladších ako 3 roky) a okrem krajín EÚ bolo doň zahrnutých ďalších 17 štátov. Podľa Browna „keď použijeme priemerne odhadované náklady, ktoré je treba vynaložiť na inštitucionálnu starostlivosť pre deti do 3 rokov v členských krajinách EÚ (2003) – (65 384 EUR na dieťa a rok) a v ostatných krajinách EÚ, ktoré boli časťou výskumu (7 532 eur na dieťa a rok), odhadované ekonomické náklady na ubytovanie týchto detí vo všetkých 32 skúmaných krajinách predstavovali 900 487 084 eur za rok. Ak by boli tieto deti umiestnené v náhradných rodinách, celkové náklady pre všetky krajiny by boli 275 388 614 eur (na základe priemerných nákladov pre náhradnú rodinnú starostlivosť o nepostihnuté dieťa (mladšie ako 3 roky) v štátoch EÚ (2003), čo je 18 184 eur na dieťa a rok a v ostatných skúmaných krajinách EÚ 4 462 eur za dieťa a rok. To predstavuje úsporu 625 098 470 eur ročne na to, aby sa poskytla rodinná starostlivosť, ktorá je považovaná za viac vhodnú pre optimálny rast, zdravie a vývin dieťaťa“.<sup>86</sup>

Podľa Browna by sa z dlhodobého hľadiska mohli dosiahnuť ekonomické úspory. Skutočnosť, že u detí v rodine sa znižuje riziko sociálno-patologických javov, je ekonomicky nevyčísliteľná. Preto je podľa Browna „iba malé ekonomické, zdravotné a sociálne opodstatnenie pre detskú inštitučnú starostlivosť“.<sup>87</sup>

Rozdiel pri prepočítavaní ekonomických nákladov na deti s postihnutím spočíva v tom, že dôvody na umiestnenie detí v rezidenčnej starostlivosti často odporúčajú odborníci a ani postoj verejnosti k takémuto riešeniu problémov postihnutých detí (t. j. umiestnenie v DD) nie je jednoznačný. Navyše, pripraviť náhradných rodičov na výchovu a starostlivosť o postihnuté deti je náročné, špeciálne v krajinách, kde je ešte stále vysoký počet detí v detských domovoch. Podľa Browna „i keď zväžíme náklady na školenia týchto náhradných opatrovateľov, úspory sa svojím významom približujú ekonomickým úsporám ako pri nepostihnutých deťoch. Obzvlášť, ak zväžíme vysokokvalitnú rezidenčnú starostlivosť, ktorú by bolo treba udržať pre ekvivalentnú kvalitu života týchto detí“.<sup>88</sup>

Osobitnú pozornosť si zaslúži relácia medzi kvalitou (respektíve nízkou kvalitou) sociálnych služieb a cenou. Zvýšenie kvality sociálnych služieb spravidla vytvára lepšie šance občanov s postihnutím na ich sociálnu a pracovnú integráciu. Kvalitné sociálne služby (i keby si dočasne vyžadovali vyššie

85 Browne, 2005

86 Ibid.

87 Ibid.

88 Ibid.

ekonomické náklady) sú z ekonomického hľadiska ziskové. Browne k tejto téme píše, že „príliš často a nesprávne sa (však) porovnávajú náklady na nekvalitnú inštitucionálnu starostlivosť vzhľadom na náklady, ktoré by bolo treba na špecializovanú profesionálnu pestúnsku starostlivosť“<sup>89</sup> čo rovnako platí pri porovnaní nekvalitnej inštitucionálnej starostlivosti pre postihnuté deti v zariadeniach sociálnych služieb alebo v chránenom bývaní.

Skúsenosti s transformáciou sociálnych služieb na Slovensku potvrdzujú nárast ekonomických nákladov procesu transformácie, a to z dôvodu nevyhnutnosti priebežného prevádzkovania dvoch systémov v určitom nevyhnutnom čase (je potrebné počítať s tým, že pri prvej etape transformácie je potrebné ekonomicky zabezpečiť prevádzku pôvodného zariadenia a zároveň aj nového – transformovaného zariadenia). Transformácia má vzhľadom na náročnosť realizovaných zmien prebiehať niekoľko rokov (podľa kapacity pôvodného zariadenia a ekonomickej náročnosti „nových“ služieb, niekedy od 5 – 15 rokov), čo môže viesť až k dvojnásobným nákladom oproti počítačným stavu. Výdavky verejnej správy na sociálne služby sú oproti ostatným rezortom v rebríčku dotácií na najnižších priečkach. Preto je zvyšovanie nákladov na transformáciu často sprevádzané ťažkosťami zo strany zriaďovateľov. V USA „v rokoch 1950 – 2000 poklesol počas transformácie zariadení sociálnych služieb počet občanov so zdravotným postihnutím o 77 % z 194 650 na 44 066“.<sup>90</sup> Počas toho istého obdobia ale narástli priemerné náklady na jedného obyvateľa zo 61 117 USD na 125 746 USD. Autori ekonomickej analýzy nárast komentovali tým, že síce došlo k zníženiu počtu prijímateľov v pôvodných štátnych službách, ale zároveň občania so zdravotným postihnutím, ktorí ostali alebo boli prijatí, mali vysoký stupeň sociálnej odkázanosti a s tým sú spojené vyššie ekonomické náklady.<sup>91</sup> Je však nutné spomenúť, ako uvádzajú uvedení americkí autori, že rezidenčné služby sú z hľadiska ekonomických nákladov oproti komunitným drahšie minimálne o 70 %. Vysoké náklady v tradičných rezidenčných zariadeniach sociálnych služieb sú sprevádzané tendenciami racionalizovať a ekonomizovať prevádzku so snahou znižovať náklady. Z dlhodobého hľadiska je transformácia efektívnejšou a ekonomicky nenáročnejšou formou služieb.

V súvislosti s prevádzkou sociálnych služieb je potrebné konštatovať, že v Slovenskej republike nebola doteraz publikovaná odborná analýza ekonomickej náročnosti procesu a dôsledkov transformácie, i keď výskumné úlohy na tému riešenia odkázanosti občanov so zdravotným postihnutím v sociálnych službách boli spracované.<sup>92</sup>

Z uvedeného môžeme konštatovať, že zmeny prostredia a potreba naplňovania existenčných potrieb osôb so zdravotným znevýhodnením sú nevyhnutnou súčasťou života človeka a dotýkajú sa zvýšenia kvality ich života. V kontexte kvality života človeka a jej súvisu so základnými ľudskými právami sa presúva zodpovednosť a miera rozhodovania aj v oblasti financovania na samotného občana so zdravotným postihnutím. Rozhodovanie v oblasti financovania je v kompetencii samotného človeka

89 Browne, 2005

90 Roger, Sanciffe, Lakin, in Richter, 2007

91 Ibid.

92 Bednárik, Repková, 2005.

alebo je mu poskytovaná primeraná podpora v tejto oblasti. So zmenami systému a prístupu v poskytovaní sociálnych služieb bude nevyhnutné zmeniť aj systém financovania sociálnych služieb tak, aby sa zodpovednosť presúvala smerom k prijímateľom sociálnych služieb. Pred touto výzvou stojí aj systém poskytovania sociálnych služieb v Slovenskej republike. V súčasnosti je najefektívnejší a najpopulárnejší systém financovania v komunitných službách tzv. „individuálne financovanie“. Základný termín/pojem v tomto kontexte je **osobný rozpočet** (personal budget). Cieľom tejto podpory je poskytnúť prijímateľovi sociálnych služieb viac nezávislosti a možnosť výberu sociálnych služieb samotným prijímateľom (súčasný systém poskytovania sociálnych služieb v Slovenskej republike už teraz umožňuje prijímateľovi výber poskytovateľa sociálnych služieb, čo je jednou zo základných podmienok na zavedenie a implementáciu individuálneho financovania cez osobné rozpočty). Spoločné európske usmernenia na prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť uvádzajú, že kľúčovou zásadou je to, že financovanie sa odovzdáva tým osobám, ktoré oň majú záujem buď vo forme priamych platieb, alebo osobného rozpočtu. Títo užívatelia si potom sami hradia svoju vlastnú starostlivosť a zároveň im toto usporiadanie posilňuje osobnú nezávislosť a ich postavenie. Okrem toho vedie tento systém k zvyšovaniu kvality starostlivosti a zároveň je nákladovo efektívnejší. Tento prístup vedie k integrácii a prelamovaniu bariér medzi jednotlivými službami, sektormi a rozpočtami, lebo je možné používať finančné prostriedky naprieč sektormi, napríklad medzi zdravotníctvom, sociálnou starostlivosťou, bývaním, vzdelávaním a pod. Na druhej strane presun zodpovednosti smerom k prijímateľom sociálnych služieb môže viesť k určitým rizikám. Problémy nastávajú v prípade, že výška tohto financovania bude príliš nízka na to, aby umožnila prijímateľom získať prístup k službám, ktoré potrebujú, ale tieto služby nie sú dostupné. Existuje aj riziko vykorisťovania, toto sa ale môže riešiť systémom podporovaného rozhodovania.<sup>93</sup> Zavedenie starostlivosti riadenej prijímateľom sociálnych služieb predstavuje zložitý proces systémových zmien, ktorý okrem iného zahŕňa vytvorenie individuálneho modelu pridelovania osobných rozpočtov a možnosti presunu ľudí do nového systému. Najzákladnejšiu úlohu tvorí prechod od súčasných hromadných zmlúv k osobným rozpočtom a skúsenosti ukazujú, že tento proces by sa mal začať riešiť formou inovatívnych grantov.

Najpodrobnejšia štúdia, ktorá sa venovala ekonomickým otázkam procesu prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť, je „Deinštitucionalizácia a život v komunite – výsledky a náklady: správa o európskej štúdii“<sup>94</sup>. V rámci tejto štúdie, ktorá prebiehala v 28 európskych krajinách, bolo ako inštitúcia (ústav) definované pobytové zariadenie s kapacitou vyššou ako je 30 ľudí a z týchto ľudí viac ako 80 % má zdravotné postihnutie. Hlavné zistenia tejto štúdie v oblasti efektivity nákladov komunitnej starostlivosti v porovnaní s inštitucionálnou pobytovou starostlivosťou boli zhrnuté takto:

93 Spoločné európske usmernenia na prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť.

94 Mansel, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J., Beecham, J. – (2010) Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of European study. [https://www.kent.ac.uk/tizard/research/DECL\\_network/documents/DECLOC\\_Volume\\_2\\_Report\\_for\\_Web.pdf](https://www.kent.ac.uk/tizard/research/DECL_network/documents/DECLOC_Volume_2_Report_for_Web.pdf)

V systéme služieb pri plánovaní zmeny a realizovaní deinštitucionalizácie existujú štyri fakty:

- Najviac podpory ľuďom so zdravotným postihnutím poskytuje rodina, priatelia a susedia, ale vklad, zodpovednosť a zaťaženie rodín a iných neformálnych opatrovateľov nie sú často uznávané a podporované. Keď nie je k dispozícii rodina, nastupujú platení zamestnanci, ktorí predstavujú oveľa vyššie náklady pre sociálny systém. Poskytovanie podpory rodinnými príslušníkmi má aj svoje obmedzenia.
- Potreby osôb so zdravotným postihnutím často prekračujú rámec jedného rezortu, služby alebo systému, preto musí byť súčasťou komunitných služieb veľká variabilita poskytovateľov nielen sociálnych služieb, ale aj bežných verejných služieb vrátane zdravotníctva, školstva, zamestnávania, dopravy, voľného času, spravodlivosti, bývania, sociálneho zabezpečenia atď.
- Existuje viacero spôsobov, ako zabezpečiť financovanie týchto služieb vrátane priamych daní, sociálneho zabezpečenia (naviazaného na služby zamestnanosti), dobrovoľného poistenia alebo služieb priamo platených prijímateľmi sociálnych služieb.
- Zložitost' väčšiny systémov starostlivosti znamená, že neexistujú jednoduché finančné modely, ktoré by systém podporných služieb posunuli k zásadným zmenám.

V oblasti vytvárania politik autorí tejto štúdie uvádzajú nasledujúce odporúčania:

- Je ideálne, keď sú deinštitucionalizácia a transformácia pobytových služieb na komunitné služby nariadené z centrálnej štátnej úrovne.
- Minimálne je potrebné, aby existovala dohoda medzi všetkými potenciálnymi poskytovateľmi služieb na miestnej úrovni.
- Transformačný plán by nemal stanoviť len cieľ uzatvorenia inštitúcie a termín jej uzavretia, ale mal by mať detailnú predstavu o budúcej štruktúre služieb.
- Konzultácie by mali prebiehať na, čo najširšej úrovni a ich účastníkmi by mali byť aj samotní prijímatelia služieb a ich rodiny.
- Plán na miestnej úrovni by mal byť postavený na relevantných poznatkoch a detailných analýzach. Tí, ktorí rozhodujú o zmenách, by mali poznať nielen to, ktoré služby sú efektívne, ale aj to, v akej výške a z akých rozpočtov sú financované aj ich efektivitu z pohľadu nákladov.
- Je dôležité vedieť, aká bude pravdepodobnosť, že služba bude nákladovo efektívna.

V tejto štúdii sa uvádza dôležitý fakt a to, že vzťahy medzi nákladmi, potrebami a výsledkami sú veľmi zložitú, sú však zásadné pre ekonomickú argumentáciu v prospech transformácie inštitucionálnych systémov starostlivosti. Medzi základné argumenty a predpoklady patria:

- V prípade kvalitného systému služieb sú náklady na podporu ľudí s vysokou mierou postihnutia vysoké bez ohľadu na to, kde títo ľudia žijú. Komunitná služba sa v tomto prípade nerovná lacná služba. Lacná služba vždy znamená nízku kvalitu služby.
- Neexistujú dôkazy, že by boli komunitné služby podstatne drahšie ako inštitucionálne služby za predpokladu, že porovnávanie vychádza z porovnateľných potrieb prijímateľov sociálnych služieb a porovnateľnej kvality služby. Keď sú komunitné služby poskytované na báze nezávislého a podporovaného bývania dobre naplánované a riadené, dosahujú častejšie lepšie výsledky v porovnaní s inštitucionálnou starostlivosťou.
- Poskytovanie služieb reagujúcich na individuálne potreby je spojené s nákladmi prinášajúcimi konkrétne výsledky, a preto nemá význam porovnávať náklady dvoch systémov bez toho, aby sme analyzovali potreby prijímateľov a výsledky ich podpory.
- Potreby ľudí sa menia, a to najmä v období prvých mesiacov po presťahovaní sa z inštitucionálneho zariadenia. Systém musí byť preto schopný na tieto zmeny pružne reagovať.
- Nový systém služieb môže byť v porovnaní s predošlým systémom nákladnejší, ale stále môže byť efektívnejší, pretože bude mať lepšie výsledky pre prijímateľov a ich rodiny. Tieto výsledky sú dostatočným zdôvodnením zvýšených nákladov.

Na záver môžeme skonštatovať pár základných poznámok k oblasti ekonomickej nákladovosti procesu transformácie a deinštitucionalizácie. Tento proces je časovo a finančne náročný, a preto je nevyhnutné ho dobre naplánovať. Výsledky procesu transformácie a deinštitucionalizácie pri dobrom riadení vedú k vyššej kvalite sociálnej starostlivosti a podpore nezávislého života občanov so zdravotným postihnutím, ale v niektorých prípadoch môžu viesť k vyšším nákladom, no vždy vedú k lepšej efektívnosti ekonomických nákladov za poskytovanie sociálnych služieb.

**Tabuľka 6: V tabuľke uvádzajú autori štúdie porovnanie nákladov a kvality v dôsledku zmeny z inštitucionálnych na komunitné služby<sup>95</sup>:**

	Po zmene na komunitné služby		
	Náklady	Kvalita	Efektívnosť nákladov
<b>Zariadenie s nižšími prevádzkovými nákladmi</b>			
Ľudia s nízkou mierou podpory	Rovnaké alebo nižšie	Rovnaká alebo nižšia	Rovnaká alebo vyššia
Ľudia s vysokou mierou podpory	Vyššie	Vyššia	Rovnaká alebo vyššia
<b>Zariadenie s vyššími prevádzkovými nákladmi</b>			
Ľudia s nízkou mierou podpory	Nižšie	Rovnaká alebo vyššia	Vyššia
Ľudia s vysokou mierou podpory	Rovnaké alebo vyššie	Vyššia	Vyššia

<sup>95</sup> Mansel, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J., Beecham, J.2010

## 2. Etapa prípravy procesu deinštitucionalizácie a transformácie sociálnych služieb

### 2.1 Plánovanie procesu transformácie a deinštitucionalizácie

*„Prechod na starostlivosť a služby poskytované v rámci komunity neznamena iba fyzické premiestnenie ľudí z inštitúcií do nového bydliska alebo do nového umiestnenia v náhradnej starostlivosti. Tento prechod do nového bývania je potrebné naplánovať s veľkou opatrnosťou, aby sa zabránilo opakovanej inštitucionalizácii a aby sa zabezpečili čo najlepšie výsledky pre osoby, ktoré služby využívajú.“<sup>96</sup>*

Transformácia veľkokapacitnej inštitúcie je dlhodobý a zložitý proces, prostredníctvom ktorého sa nemení len forma, ale aj obsah sociálnych služieb. Náročnosť tohto procesu spočíva v tom, že nestačí zmeniť len vnútorné prostredie inštitúcie, ale prostredníctvom zámerných, plánovaných aktivít musíme pôsobiť aj na zmenu vonkajšieho prostredia, do ktorého sa inštitúcia transformuje.

Na základe skúseností z iných krajín, v ktorých proces deinštitucionalizácie prebehol, vieme, že samotné presťahovanie sa prijímateľov z inštitúcie do komunity neprinesie automaticky aj zlepšenie kvality sociálnych služieb a zmenu postavenia prijímateľov sociálnych služieb<sup>97</sup>. Transformácia zariadenia sociálnych služieb sa neorientuje len na zmenu prostredia, ale aj na zmenu postojov k občanom so špecifickými potrebami. Táto zmena sa musí premietnuť do konania všetkých aktérov. Transformácia je procesom, ktorý prináša zmenu sociálneho statusu (sociálnej pozície) pre prijímateľov sociálnych služieb v zariadení, ktoré im otvára príležitosť na preberanie čo najvyššej miery zodpovednosti za svoj život a v konečnom dôsledku žiť čo najviac nezávislým spôsobom života. Tak ako prijímatelia sociálnych služieb, aj zamestnanci prechádzajú v procese transformácie zmenami v postojoch, prístupoch, metódach práce, ktoré otvárajú možnosti na samostatný nezávislý život prijímateľov a preberanie oveľa väčšej osobnej zodpovednosti. Naučia sa pracovať novými metódami práce, používať nástroje individuálneho plánovania. V neposlednom rade je proces transformácie zameraný aj na zmenu postojov verejnosti, na citlivejšie vnímanie verejnej mienky na občanov so špecifickými potrebami.

Úspešnosť procesu transformácie si vyžaduje starostlivé plánovanie, koordinovanie jednotlivých aktivít vo všetkých oblastiach, v ktorých je potrebné dosiahnuť zmenu a pravidelnú internú aj externú kontrolu dosiahnutých výsledkov.

<sup>96</sup> Spoločné európske usmernenie pre prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť, s. 136

<sup>97</sup> Ibid.

Na to, aby bolo možné takú náročnú, systémovú zmenu odborne realizovať, je potrebné, aby inštitúcie, ktoré uskutočňujú program deinštitucionalizácie, postupovali podľa zostaveného plánu, ktorého cieľom je transformácia poskytovaných sociálnych služieb z inštitucionálne organizovaných sociálnych služieb na komunitné sociálne služby – transformačného plánu. **Transformačný plán** je strategický dokument na realizáciu zmien, ktorý na základe vízie a poslania organizácie definuje ciele a zachytáva dlhodobú postupnosť krokov transformácie zariadenia, ktoré vytvárajú podmienky na ich monitorovanie, hodnotenie a dosiahnutie. Je to nástroj, prostredníctvom ktorého sa plánuje a riadi proces zmien postupným presunom finančných, materiálnych a ľudských zdrojov z inštitúcie na komunitné sociálne služby. Obsahom transformačného plánu je:

- analýza východiskovej situácie v zariadení sociálnych služieb,
- formulácia príčin (dôvodov), kvôli ktorým je potrebné realizovať systémové zmeny,
- postupnosť krokov, ktoré musíme urobiť pre to, aby bolo naše plánovanie úspešné,
- vízia – ideálny stav, ku ktorému prostredníctvom plánovania smerujeme.

Transformačný plán je súhrnom praktických informácií, prostredníctvom ktorých odpovedáme na otázky: PREČO? (postupujeme práve takým spôsobom), AKO? (plánujeme dosiahnuť ciele), PRE KOHO? (kto je cieľovou skupinou transformácie), KEDY? (uvedený postup plánujeme), S KÝM? (kto bude na realizáciu prizvaný), KDE? (na akom mieste bude zmena realizovaná).

Transformačný plán konkrétneho zariadenia musí reflektovať reformu inštitucionálnej starostlivosti na národnej úrovni a smerovať k<sup>98</sup>:

- uzavretiu pôvodnej veľkokapacitnej inštitúcie,
- rozvoju variabilných komunitných sociálnych služieb,
- inkluzívnym, integrovaným sociálnym službám.

Transformačný plán môžeme charakterizovať aj ako aktívny a flexibilný nástroj potrebný na tvorbu a realizovanie prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť. Obsahové vypracovanie transformačného plánu nie je pevne stanovené, pretože vychádza zo situácie a špecifik konkrétnej organizácie, z legislatívneho kontextu danej krajiny, možností a limitov daného regiónu či obce. Pri tvorbe transformačného plánu sa odporúča dodržiavať tieto zásady:<sup>99</sup>

- **zapojenie prijímateľov** sociálnych služieb a tam, kde je to vhodné, ich rodín, opatrovateľov alebo obhajcov do rozhodovania o ich budúcnosti a podporných službách,
- **zmysluplná účasť** v priebehu celého procesu zo strany rodín či obhajcov vrátane zabezpečenia prístupu k zodpovedajúcej podpore,
- **holistický prístup**, ktorý berie do úvahy celého človeka, nielen jeho postihnutie,
- **zváženie silných stránok a zdrojov jednotlivca**, teda nielen potrieb a ťažkostí, ktorým čelia.

98 Spoločné európske usmernenie pre prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť, s. 67

99 Ibid.

Prvý koncept transformačného plánu zariadenia sa často vytvára „za podmienok maximálnej nevedomosti a minimálnych skúseností, a preto je pravdepodobné, že sa bude s postupujúcou realizáciou upravovať. To by sa nemalo považovať za problém, ale skôr za bežnú súčasť procesu realizácie aktivít: sledovanie, posudzovanie a prehodnocovanie aktivít aj na základe získaných skúseností“.<sup>100</sup>

Prínosy transformačného plánu pre zariadenie:

- Transformačný plán aktivizuje zamestnancov aj prijímateľov na realizáciu zmien v inštitúcii.
- Informuje zamestnancov, prijímateľov sociálnych služieb, rodinných príslušníkov, verejnosť o procese deinštitucionalizácie v zariadení.
- Motivuje zamestnancov, ponúka nástroje a riešenia na zabezpečenie zmeny prístupu zamestnancov k prijímateľom, zmeny pracovného štýlu smerom k prístupu zameranému na človeka.
- Podľa potrieb prijímateľov definuje potrebu nových komunitných sociálnych služieb.
- Ponúka nástroje a riešenia na zabezpečenie adaptácie a záujmu prijímateľov o nové sociálne služby.
- Ponúka nástroje a riešenia na citlivejšie vnímanie postojov verejnosti k občanom so špecifickými potrebami.
- Definuje postupnosť krokov prechodu prijímateľov do nového prostredia komunity, obce.
- Analyzuje a plánuje vytváranie nových komunitných služieb pre miestnu komunitu.
- Je nástrojom na získanie dôvery a podpory zo strany regionálnych politikov, zastupiteľstva, pracovníkov samosprávnych krajov a ďalších kompetentných osôb.
- Manažmentu zariadenia pomáha eliminovať riziko stratenia vízie.

100 Spoločné európske usmernenie pre prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť, s. 77

Postup pri vypracovaní a realizovaní transformačného plánu:

- 0) Zriadenie transformačného tímu.
- 1) Transformačný plán vypracúva transformačný tím zariadenia sociálnych služieb.
- 2) Po vypracovaní transformačného plánu požiada vedúci transformačného tímu (v prípade NP DI) metodický tím IA MPSVR o vykonanie expertnej kontroly, ktorá posúdi súlad transformačného plánu s princípmi deinštitucionalizácie.
- 3) Transformačný plán je strategický dokument, ktorý schvaľuje zastupiteľstvo VÚC. Na schválenie ho predkladá vedúci transformačného tímu, respektíve riaditeľ zariadenia, spolu s kompetentným odvetvovým vedúcim pracovníkom VÚC. Súčasťou Transformačného plánu je aj návrh na financovanie definovaných cieľov.
- 4) V prípade pozitívneho stanoviska expertnej skupiny IA ZASI o súlade transformačného plánu s princípmi deinštitucionalizácie a schválení plánu zastupiteľstvom VÚC má zariadenie oprávnenie žiadať o príspevok na realizáciu investičných zámerov plánu z integrovaného regionálneho operačného programu na rozvoj sociálnej infraštruktúry zo štrukturálnych fondov EÚ.

#### Transformačný tím – riadenie procesu deinštitucionalizácie

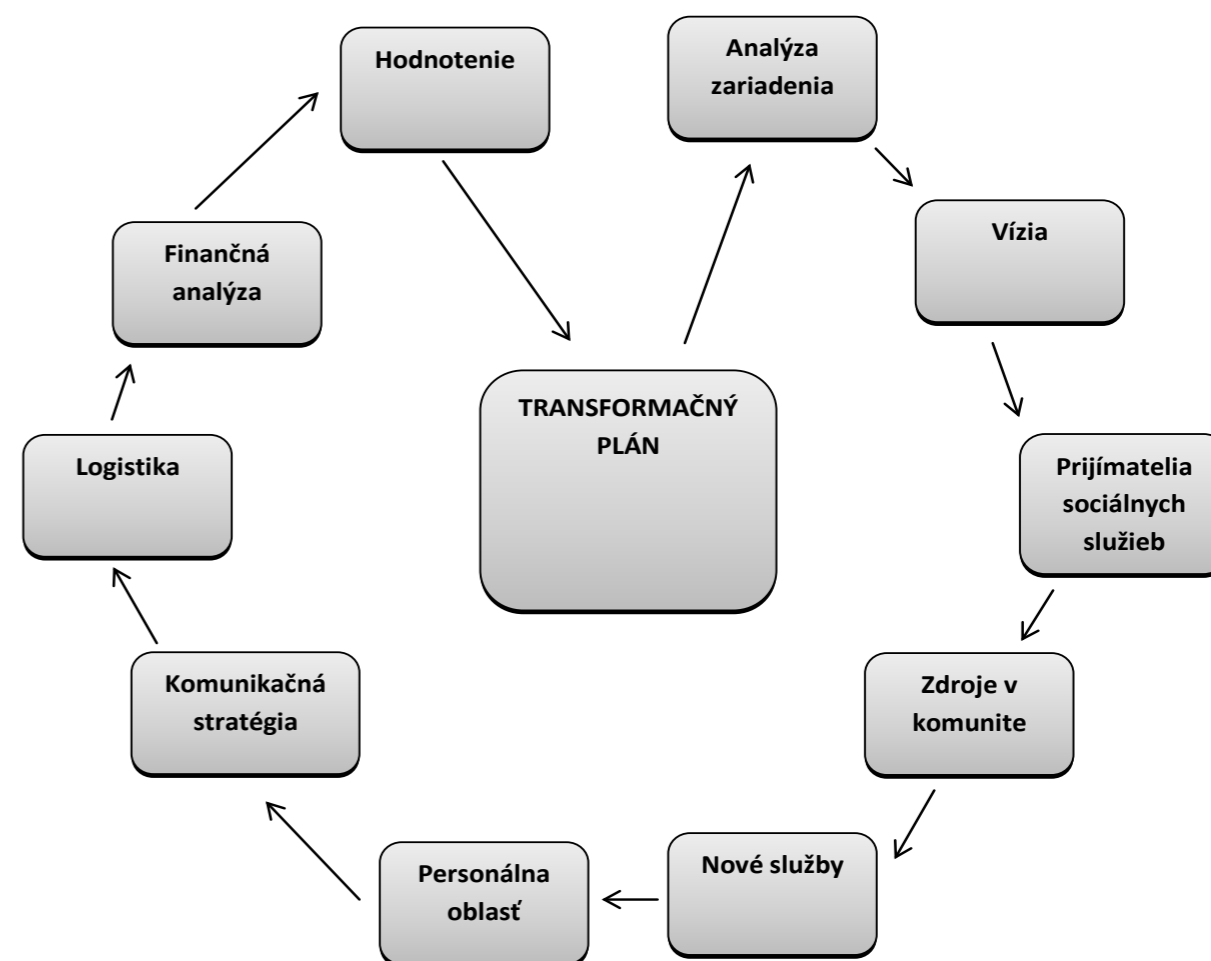
Pri tvorbe a realizácii transformačného plánu zariadenia je význam „vodcov“, „lídrov“ organizácie mimoriadne dôležitý a značne rozhoduje o úspešnosti projektu. Zložitost' procesu, rôznorodosť požiadaviek na manažérov a zamestnancov môže veľmi ľahko viesť k ich únave z reorganizácie, k rozčarovaniu z čiastočne dosiahnutých zmien a k nedostatku motivácie na podporu tejto zmeny aj v rámci samotnej organizácie.

Proces deinštitucionalizácie si vyžaduje odborne silných lídrov na všetkých úrovniach aj na úrovni manažmentu zariadenia. Neodmysliteľnou súčasťou procesu je práca s odporom a konfliktami. Zvládnuť to tak, aby sa nemuselo ustupovať z hlavných cieľov, môžu len odborne a osobnostne dobre pripravení a vybavení lídri.

Tvorba a realizácia transformačného plánu nie je administratívnym úkonom ani prácou jedného človeka. Plán sa tvorí v tíme, ktorý nazývame transformačný tím. Zloženie transformačného tímu organizácie závisí od výberu lídra. Dôležité je myslieť na to, aby bol tím efektívny, aby dokázal spolupracovať na riešení úloh. Ideálne je, ak je zložený z formálnych a neformálnych osobností, ktoré sú v organizácii prirodzene rešpektované, zo zamestnancov, ktorí sú buď v manažérskych pozíciách, alebo majú potenciál pracovať v budúcnosti vo vedúcich pozíciách organizácie. V transformačnom tíme majú byť pracovníci, ktorí majú vysokú motiváciu a presvedčenie o potrebe realizovať v zariadení proces deinštitucionalizácie. V tíme môžu byť tiež zástupcovia prijímateľov, rodičov, zriaďovateľa, zástupcov metodického tímu IA MPSVR, miestni poslanci, ktokoľvek, kto je pripravený spolupracovať a prinášať do práce tímu dobré nápady. Počet členov v transformačnom

tíme má umožňovať efektívne a flexibilné riadenie transformačných procesov. Transformačný tím pracuje pod vedením riaditeľa zariadenia alebo pod vedením povereného zamestnanca – vedúceho transformačného tímu. Špecifické, veľmi významné miesto v transformačnom tíme má samotný zriaďovateľ. Jeho participácia na celom procese je nevyhnutná vzhľadom na udržateľnosť nových služieb, ich sieťovanie a financovanie, ale aj na riešení „ad hoc“ situácií, ktoré budú v procese vznikajúť.

#### Transformačný plán



Obrázok 2: Proces tvorby Transformačného plánu

Pri každom projekte alebo pláne je dôležité dodržať logickú štruktúru. Transformačný plán je dokument, ktorý je určujúci pre pracovný postup transformácie. Je to nástroj, ktorý umožňuje odovzdať informácie o našej vízii a zámeroch ďalším dôležitým ľuďom. Preto je potrebné, aby hneď na prvých stranách boli prehľadne uvedené všetky dôležité identifikačné údaje zariadenia.



Medzi základné identifikačné údaje patrí:

- názov organizácie,
- sídlo organizácie,
- kontaktná osoba,
- štatutárny zástupca,
- IČO,
- DIČ,
- názov zriaďovateľa,
- kapacita zariadenia,
- kontaktné údaje – e-mailová adresa, telefónne kontakty, webová stránka organizácie.

Transformačný plán je dokument, prostredníctvom ktorého máme možnosť osloviť a získať na našu stranu mnohých dôležitých ľudí, či už sú to poslanci, zástupcovia iných organizácií, naši súčasní a budúci partneri, sponzori, susedia, rodičia atď. Veľakrát to budú ľudia, ktorí sú zaneprázdnení a ktorí nebudú mať čas prečítať si celý plán. Preto je dobré hneď na začiatok Transformačného plánu uviesť krátku anotáciu o projekte, ktorá bude výstižná, zrozumiteľná a ktorá prostredníctvom niekoľkých viet vystihne jeho podstatu.

**Anotácia** je úzko spojená s podstatou transformačného plánu. Obsahuje základné ciele a účinky na prijímateľov alebo komunitu, ako aj hlavné aktivity celého plánu. Je dobré určiť si počet znakov pri písaní, napríklad maximálne 700, ktoré pri tvorbe anotácie neprekročíme. Pri písaní anotácie je dôležité pozrieť sa na jej obsah očami nezainteresovaného človeka. Výsledkom má byť súhrn informácií, ktorý bude zrozumiteľný aj človeku, ktorý o tejto téme počuje prvýkrát.

Transformačný plán sa musí venovať všetkým dôležitým oblastiam, v ktorých je potrebné dosiahnuť zmenu, tak aby sme mohli proces deinštitucionalizácie považovať za úspešný. V rámci Plánu sa orientujeme na analýzu, plánovanie, koordinovanie a kontrolu v týchto oblastiach:

- analýza zariadenia – opis súčasného stavu,
- vízia,
- prijímatelia sociálnych služieb,
- zdroje v komunite,
- plánovanie nových služieb,
- personálna oblasť,
- komunikačná stratégia,
- logistika,
- finančná analýza,
- hodnotenie.

## **Analýza zariadenia – opis súčasného stavu**

Cieľom analýzy je opísať aktuálny stav v zariadení. Je pravdepodobné, že zariadenia majú už mnohé informácie spracované v rôznych štatistických výkazoch, pasportizačných listoch, výročných správach a pod. Tieto vypracované dokumenty je dobré využiť na spracovanie analýzy. Dôkladná analýza pomôže pri utvorení si obrazu východiskovej pozície v ktorej sa organizácia pred začatím procesu deinštitucionalizácie nachádza. Analýza pôvodného stavu pomôže odmerať a zhodnotiť výsledky činnosti a zmien počas a po zrealizovaní transformačného plánu. Analyzujeme najmä tieto oblasti:

**Sociálne služby**, ktoré sa v zariadení poskytujú pred začatím procesu deinštitucionalizácie. Uvedieme druh sociálnych služieb, formu, kapacitu. Poukážeme na to, aké odborné, obslužné a ďalšie činnosti sa v zariadení poskytujú, či zariadenie pre prijímateľov zabezpečuje aj iné služby nad rámec zákona o sociálnych službách, alebo na základe individuálnych potrieb prijímateľov sociálnych služieb.

**História zariadenia** – historické poznanie je dôležitou súčasťou znalostí o organizácii, ale aj prognózovania ďalšieho vývoja. Pomocou historických súvislostí vieme poznať, zistiť a porozumieť súčasnej situácii. V prípade zariadení sociálnych služieb, ktoré majú dlhú históriu a ktoré si prešli rôznymi štádiami vývoja cez obdobie mlčania v období socializmu, obdobie postupnej humanizácie, normalizácie, je dôležité vnímať, že história inštitúcie je aj osobnou históriou prijímateľov sociálnych služieb, pretože niektorí z nich v inštitúcii prežili väčšinu svojho života. V tejto časti analýzy je dôležité opísať cestu, ktorou si zariadenie od svojho vzniku prešlo. Spomenúť významné osobnosti a udalosti, formovanie cieľovej skupiny prijímateľov, zdôvodnenie výberu lokality, kde sa služba poskytuje. Zmienť sa o všetkých relevantných informáciách, ktoré formovali charakter zariadenia. História je súčasťou identity zariadenia.

**Zmeny, ktoré zariadenie realizovalo v posledných rokoch** – príprava transformačného plánu by mala byť vyústením snaženia manažmentu zariadenia a jeho zriaďovateľa. Aktivita posledných rokov je indikátorom snahy manažmentu meniť realitu, posúvať kvalitu sociálnych služieb, čo je zárukou úspešnosti realizácie transformačného plánu prostredníctvom súčasného manažmentu organizácie. V tejto časti sa odporúča opísať aj investície do fyzického prostredia budov či materiálneho vybavenia zariadenia, ktoré manažment získal od zriaďovateľa alebo z iných – darovaných či projektových zdrojov.

**Prijímatelia sociálnych služieb** – v analytickej časti stačí len veľmi stručne opísať štruktúru prijímateľov jednotlivých služieb. Prijímateľom sa v rámci transformačného plánu venuje samostatná kapitola.

**Fyzické prostredie** – cieľom tejto časti je opísať priestorové podmienky zariadenia. Vymenovať budovy, ktoré zariadenie spravuje alebo prenajíma. Uviesť pozemky, ktoré patria k zariadeniu, ich lokalitu, výmer. Pre poznanie súčasného stavu je dôležité opísať aj priestory, ktoré prenajímatelia využívajú na bývanie podľa druhov služieb. Dôležitým indikátorom kvality sú štvorcové metre

obytnéj plochy na jedného prijímateľa, počet lôžok v spálňach, počet hygienických zariadení v prevádzke, bezbariérovosť objektov, infraštruktúra a občianska vybavenosť lokality, v ktorej sa zariadenie nachádza.

**Organizačná štruktúra** – personálnej oblasti sa venuje samostatná časť transformačného plánu. V analytickej časti týkajúcej sa zamestnancov stačí uviesť informácie kvôli rýchlemu prehľadu. Vytvoríme prehľadnú tabuľku, v ktorej uvedieme počet úväzkov, počet osôb, počet interných a externých zamestnancov, dobrovoľníkov. Počet odborných zamestnancov, sociálnych pracovníkov, zdravotníckych a pedagogických zamestnancov. Počet nekvalifikovaných zamestnancov, administratívnych a prevádzkových zamestnancov. Počet vedúcich zamestnancov.

**Strategické dokumenty zariadenia a zriaďovateľa** – v tejto časti je potrebné uviesť významné dokumenty strategického charakteru, ktoré zariadenie vypracovalo, ako aj dokumenty zriaďovateľa, ktoré majú vplyv na víziu a fungovanie zariadenia. Na úrovni zriaďovateľa sú to Konceptie rozvoja sociálnych služieb v príslušných samosprávnych krajoch, ktoré sa tvoria na určité časové obdobie. Každé zariadenie sociálnych služieb má vypracované viaceré interné strategické dokumenty, ktoré upravujú víziu a ciele organizácie, či už je to Konceptia rozvoja, Plán činnosti, Plán rozvoja atď. V tejto časti Plánu je potrebné vymenovať všetky už existujúce interné dokumenty, ktoré môžu slúžiť ako východisko pri práci na transformačnom pláne. Uviesť strategické dokumenty, ktoré sú vytvorené a schválené zastupiteľstvom samosprávnych krajov je dôležité aj z pohľadu argumentácie v prípade lobovania za schválenie transformačného plánu poslancami vyšších územných celkov, kde je dôležité argumentovať tým, že transformačný plán je v súlade s cieľmi Konceptii rozvoja sociálnych služieb na území samosprávneho kraja.

**Finančné náklady zariadenia sociálnych služieb (mzdové, prevádzkové)** – finančná analýza súčasných nákladov, nákladov plánovaných po ukončení procesu deinštitucionalizácie, ale aj zdvojených prevádzkových nákladov v prechodnom období transformácie je samostatnou časťou Transformačného plánu. V analýze pôvodných finančných nákladov stačí v krátkosti vyčíslieť bežné náklady zariadenia – v rozdelení na mzdové a prevádzkové. V prípade väčších investícií uviesť zvlášť aj tie. Na ďalšie plánovanie nových služieb bude pomocou, ak bude zariadenie poznať náklady – bežné aj ekonomicky oprávnené náklady (EON) na jedného prijímateľa podľa druhov služieb, ktoré sa v zariadení poskytujú.

**SWOT analýza** – na jej vypracovaní sa podieľajú všetci zamestnanci zariadenia. Táto metóda dlhodobého strategického plánovania nám pomôže opísať a identifikovať silné a slabé stránky zariadenia, príležitosti a ohrozenia, na základe ktorých vyhodnotíme fungovanie organizácie, problémy, prekážky, ale aj nové možnosti a príležitosti.

## Vízia

Po dôkladnom zanalyzovaní súčasného stavu v zariadení je ďalším dôležitým krokom stanovenie vízie, čiže bodu, ku ktorému sa na ceste premeny inštitúcie na komunitné sociálne služby potrebujeme dostať. Vízia transformácie zariadenia musí byť založená na princípoch a hodnotách zakotvených v medzinárodných dokumentoch o ľudských právach. Vychádza zo základných dokumentov, ktoré sú záväzné nielen pre zariadenie a jeho zriaďovateľa, ale aj pre celú Slovenskú republiku a medzinárodné spoločenstvo, a ktoré sa týkajú napĺňania základných ľudských práv. Ide najmä o tieto základné dokumenty:

- Dohovor OSN o právach ľudí so zdravotným postihnutím
- Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike
- Národné priority pre rozvoj sociálnych služieb

*Ako tvoriť víziu Transformačného plánu a ako s ňou pracovať je obsahom samostatnej kapitoly tejto publikácie.*

## Prijímatelia sociálnych služieb

Prechod z inštitúcie do bežného života v komunite je pre prijímateľov sociálnych služieb obrovskou zmenou. Niektorí ľudia, ktorí v inštitúcii prežili väčšinu svojho života, nemali príležitosť rozvíjať svoje základné zručnosti potrebné na fungovanie v každodennom živote alebo ich v dôsledku dlhoročnej izolácie v inštitucionálnom prostredí stratili. V inštitúcii prijímatelia stratili kontrolu nad svojimi životmi. Jedným zo základných princípov efektívneho plánovania zmien je aktívne zapojenie prijímateľov do rozhodovania o ich budúcnosti. Plánovanie zahŕňa prijímanie dôležitých rozhodnutí o živote. Je absolútne nevyhnutné, aby sa tieto rozhodnutia prijímali za aktívneho zapojenia prijímateľov a tam, kde je to vhodné, ich obhajcov, čo im umožní mať kontrolu nad vlastnými životmi a nad podporou, ktorú dostávajú.

Transformačný plán sa v oblasti definovania potrieb prijímateľov sociálnych služieb skladá z dvoch častí:

**Analytická časť** – ako prvé bude potrebné urobiť komplexnú analýzu občanov so zdravotným postihnutím a ich potrieb. Dôležitou súčasťou bude hodnotenie miery potrebnej podpory. Jeho cieľom je identifikovanie individuálnych potrieb a schopností všetkých prijímateľov sociálnych služieb v súčasnosti. Táto analýza je potrebná pre jasné definovanie nových sociálnych služieb, ktoré vzniknú transformáciou zariadenia. Zároveň je v tejto oblasti možné využívať aj hodnotenie na základe medzinárodnej klasifikácie funkčných schopností, dizability a zdravia. Analyzujeme:

- štruktúru prijímateľov – komplexné hodnotenie na základe multidisciplinárneho princípu (vek, miera podpory, stupeň odkázanosti, zdravotný stav, rodinná situácia, spôsobilosť na právne úkony),

- potreby, predstavy, sny prijímateľov,
- systém individuálneho plánovania – ako sa v zariadení realizuje príprava prijímateľov na zmenu, na nezávislý život, akým spôsobom sú prijímatelia do plánovania zapojení. Ako je zabezpečené hľadanie zhody medzi tým, čo prijímateľ potrebuje a tým, ako si želá prežiť svoj život a medzi podporou, ktorú mu poskytujeme.

**Plán prípravy prijímateľov** – druhá časť bude obsahovať plán, ako pripraviť prijímateľov na zmeny, ktoré nastanú v procese transformácie zariadenia. Individuálny a skupinový prístup, rozsah a zameranie sa prípravy, individuálne plány zamerané na zmenu, návštevy podobných zariadení, sledovanie výstavby, účasť prijímateľov na plánovaní a nákupe vybavenia v nových bývaniach a pod.

Príprava prijímateľov na zmenu je jednou z kľúčových a zásadných požiadaviek úspešného zvládnutia procesu deinštitucionalizácie. Tejto téme sa venuje samostatná kapitola tejto publikácie.

### Zdroje v komunite

Pred plánovaním nových komunitných služieb je dôležité mať k dispozícii komplexné informácie zo štátnej a z verejnej správy o službách, ktoré v komunite už existujú. Prispieva to k zníženiu rizika paralelného prevádzkovania dvoch podobných služieb, ktoré nie sú v skutočnosti potrebné, čo prispieva k účinnému a efektívnemu využívaniu dostupných zdrojov. Napríklad niektoré organizácie už môžu poskytovať určité komunitné služby, ktoré by sa dali využiť na podporu ľudí odchádzajúcich z inštitucionálnej starostlivosti. Môžu mať cenné skúsenosti a materiály, napríklad vzdelávacie materiály, publikácie prispôbené ľahkému čítaniu, plány školení alebo nástroje individuálneho plánovania (zamerané na konkrétneho človeka), o ktoré by bolo možné podeliť sa, aby sa zabránilo zbytočnému zdvojovaniu úsilia. V tejto fáze by malo byť užitočným nástrojom vytvorenie mapy znázorňujúcej rozloženie služieb v regióne. Toto mapovanie by malo byť vždy sprevádzané posúdením kvality, dostupnosti a ďalších relevantných charakteristík danej služby. Analýza služieb by sa nemala zameriavať len na sociálne a zdravotné služby. Mala by sa tiež zamerať na existujúce služby v iných oblastiach, napríklad vo vzdelávaní, zamestnanosti, voľnočasových aktivitách atď. Je dôležité, aby sa zapojili všetky príslušné inštitúcie na miestnej, regionálnej aj národnej úrovni.<sup>101</sup>

V tejto fáze Transformačného plánu je dôležité:

- zmapovať možnosti komunity, do ktorej plánujeme transformovať sociálne služby,
- vytypovať vhodné lokality (mestá, obce) aj v súvislosti s ich občianskou vybavenosťou, dostupnosťou, vybavenosťou rôznymi službami a pod.,

- zmapovať v komunite možnosti na vytvorenie služieb bývania – či sú v lokalite dostupné, čo sa týka počtu alebo finančnej prístupnosti, byty, rodinné domy, či sa oplatí kupovať alebo prenajímať dostupné nehnuteľnosti, či sú dostupné stavebné pozemky a pod.,
- zmapovať možnosti uplatnenia prijímateľov na trhu práce – aké podniky, firmy v regióne pôsobia, či existujú väčší zamestnávateľia, aká je spolupráca s úradom práce a pod.,
- aké sú možnosti vzdelávania pre deti a dospelých prijímateľov,
- aká je dostupnosť zdravotných služieb,
- aká je dostupnosť ďalších odborných služieb, s ktorými je potrebné plánovať spoluprácu,
- aká je dostupnosť bežných verejných služieb v komunite (pošta, obchody, doprava...),
- aké sú možnosti napĺňania duchovných potrieb,
- aké sú možnosti pre voľnočasové aktivity – šport, divadlo, spolky a pod.,
- aké sú možnosti získania dobrovoľníkov, či sú v lokalite napríklad stredné školy, kluby dôchodcov a pod.,
- aké občianske iniciatívy, neziskové organizácie v komunite pôsobia,
- aké sociálne služby sa už v komunite poskytujú.

### Plánovanie nových služieb

Pri plánovaní nových služieb vychádzame z vízie zariadenia, analýzy potrieb prijímateľov a zdrojov v komunite. Postupujeme v súlade s národnou legislatívou, štandardmi komunitných služieb, ktoré vychádzajú z podmienok kvality poskytovania sociálnych služieb.

Cieľom nových služieb je vytvorenie skutočnej domácej a individualizovanej podpory pre každého jednotlivca, aby každý prijímateľ sociálnych služieb mohol byť bez ohľadu na mieru svojho zdravotného postihnutia sociálne začlenený, žiť bežným spôsobom života na miestach, na ktorých žijú aj ostatní ľudia, mať možnosť voľby a kontroly nad svojím životom, zastávať hodnotné a dôstojné sociálne roly, mať možnosť nadväzovať a rozvíjať zmysluplné vzťahy a priestor na rozvoj vlastných kompetencií.

V rámci národného projektu transformácie sociálnych služieb v Českej republike<sup>102</sup> boli vytvorené tieto kritériá pobytočných komunitných sociálnych služieb:

- **Kritérium vnútorného usporiadania domácnosti** – domácnosť je definovaná ako bežná bytová jednotka, jej usporiadanie zodpovedá počtu obyvateľov a potrebe ich súkromia. Obsahuje najmä spálne, obývaciu miestnosť, kuchyňu alebo kuchynský kút, kúpeľňu a toaletu. Veľkosť izieb zodpovedá bežným bytovým jednotkám. Usporiadanie a vnútorné vybavenie bytov zodpovedá vybaveniu bežného bytu a zohľadňuje želania a potreby konkrétnych obyvateľov bývania. Domácnosť, v ktorej sa poskytujú služby prijímateľom

<sup>101</sup> Spoločné európske usmernenie pre prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť, , s. 63

<sup>102</sup> TRASS, 2012

s telesným postihnutím, je bezbariérová a prispôsobená pohybu na invalidnom vozíčku. Priestory majú osobný charakter, prijímatelia si do nich môžu doniesť vlastný nábytok, vybrať si farbu stien a pod. Každý obyvateľ má samostatnú izbu. Izby môžu byť najviac dvojlôžkové, tieto sú určené pre partnerské páry alebo osoby, ktoré si výslovne želajú bývať v spoločnej izbe. Zloženie obyvateľov bytu je také, aby zodpovedalo ich želaniam a aby bolo zabezpečené bezpečie. V domácnostiach bývajú osoby oboch pohlaví.

- **Kritériá umiestnenia domácnosti** – domácnosť je umiestnená v bytovom alebo rodinnom dome, ktorý má charakter bežného bývania. Dom sa nachádza v bežnej zástavbe v obci. Domácnosť sa nenachádza v objekte, v ktorom sa poskytujú ambulantné služby alebo denné programy. V jednej lokalite sa nachádza len jeden dom s domácnosťami prijímateľov sociálnych služieb. Počet prijímateľov všetkých pobytových služieb v obci neprekračuje 2 % celkovej populácie. Verejné služby, ktoré prijímatelia potrebujú, sú z domácnosti dobre dostupné. Domácnosti pre prijímateľov na invalidných vozíčkoch sú dostupné tak, aby sa tento prijímateľ samostatne alebo s asistenciou vedel pohybovať v okolí a zúčastňovať sa na živote v obci. Dom alebo domácnosť sa navonok neodlišuje od domácností či domov v susedstve. Domácnosti a domy sú označené bežným spôsobom, napríklad menovkou s menami obyvateľov na dverách, nie nápisom označujúcim sociálnu službu.
- **Kritériá umiestnenia zázemia pracovníkov služby** – v domácnostiach, v ktorých je potrebné zabezpečiť trvalú prítomnosť pracovníkov, môže mať personál zaistený pracovný priestor v spoločných priestoroch alebo v oddelenej pracovni.
- **Kritériá ambulantných služieb** – ambulantné služby využíva v jednom objekte najviac 30 prijímateľov súčasne. Priestory služby sú členené, tak aby prijímatelia neboli nútení tráviť všetok čas vo veľkej skupine, spoločne. Na jednom programe v jednej miestnosti sa zúčastňuje najviac 10 prijímateľov súčasne. Ambulantná služba nie je umiestnená v rovnakej budove ako domácnosti ani v ich tesnej blízkosti. V jednej lokalite je umiestnený najviac jeden objekt ambulantnej služby.

Pri plánovaní sa riadime týmito princípmi:

- **Flexibilita služieb** – myslieť na to, že prijímatelia sa budú v podnetnom, normálnom svete meniť, meniť sa budú ich potreby a požiadavky na služby.
- **Individualizácia služieb** – pri plánovaní vychádzať z individuálnych potrieb jednotlivcov. Každý človek potrebuje inú podporu, má iné predstavy o svojom živote. Pokiaľ to organizácia služieb dovolí, je potrebné pri ich plánovaní vychádzať z individuálnych potrieb prijímateľov.
- **Integrácia služieb** – aj touto oblasťou by sme sa mali pri plánovaní nových služieb zaoberať. Rozumieme pod ňou prístupy a metódy na dosiahnutie väčšej koordinácie služieb a účinnosti medzi rôznymi službami na dosiahnutie lepších výsledkov pre prijímateľov služieb. K príkladom prístupov patrí koordinácia služieb, spolupráca, partnerstvo, súčinnosť, spoločná práca. Integrované služby vedú k lepším výsledkom.

Pri plánovaní nových služieb stanovíme štruktúru budúcich služieb podľa potrieb súčasných prijímateľov organizácie:

- **Služby v oblasti bývania** – opísať a odhadnúť počet osôb v danom type plánovaných bývaní: samostatné bývanie, návrat k rodine, podporované bývanie, týždenný pobyt, celoročný pobyt v DSS v špecializovanom zariadení, ako bude riešené stravovanie, pranie, upratovanie, ako zabezpečíme koedukáciu a pod.
- **Ambulantné služby a denné programy**, ktoré budú občania so zdravotným postihnutím navštevovať – škola alebo kurzy, denný stacionár, rehabilitačné stredisko, integračné centrum a pod.
- **Terénne služby** – podpora samostatného bývania, osobná asistencia.
- **Ďalšie služby** – napríklad podporované zamestnávanie, pracovní asistenti, chránená dielňa a pod.

### Personálna oblasť

Úloha pracovníkov v praxi je na realizáciu vízie reformy kľúčová. V procese transformácie je nutné zvažovať opatrenia na zvýšenie odborných vedomostí a zručností pracovníkov a zabezpečiť, aby mali dostatočnú podporu, napríklad formou vzdelávania a supervízií. Najväčšou výzvou je však potreba zmeniť kultúru organizácie, systému riadenia zariadenia s cieľom reagovať na existujúce predsudky voči prijímateľom služieb a odbúrať ich. Je potrebné poznamenať, že značná časť pracovníkov má nízke finančné ohodnotenie a je bez potrebnej kvalifikácie. Poskytovanie starostlivosti v zariadeniach, kde je nepriaznivý pomer počtu pracovníkov na počet prijímateľov, má často za následok, že pracovníci poskytujú iba nevyhnutné minimum fyzickej starostlivosti o obyvateľov. Z uvedeného dôvodu následne nemajú zo svojej práce pocit uspokojenia a často prijímajú inštitucionalizované vzorce správania ako obyvatelia samotní. Pre posilnenie pracovníkov tak, aby sa stali skôr pozitívnymi nositeľmi zmeny než faktorom odporu, je potrebné prijať konkrétne opatrenia.<sup>103</sup>

Transformačný plán v personálnej oblasti by mal pomenovať:

- Aké pracovné pozície bude zariadenie potrebovať počas procesu a po ukončení procesu deinštitucionalizácie
- Akým spôsobom bude vykonaný personálny audit
- Mal by obsahovať návrh novej organizačnej štruktúry
- Mal by obsahovať opis náplní práce nových pracovných pozícií
- Etický kódex zamestnanca – prácu s postojmi pracovníkov
- Potrebu vzdelávania, tréningov, rekvalifikácií, supervízií

<sup>103</sup> Spoločné európske usmernenie pre prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť, s. 71

- Zmena systému riadenia – akým spôsobom budú pripravení a podporení pracovníci stredného manažmentu organizácie
- V rámci plánovaných personálnych zdrojov počítať aj s neformálnymi zdrojmi – rodiny, susedia, priatelia, dobrovoľníci – ako sa budú motivovať, ako sa s nimi bude pracovať

Identifikácia personálnych požiadaviek na nové služby je jedným z prvých krokov v procese plánovania. Dobre pripravený personál je jednou z kľúčových oblastí, ktoré zásadne prispievajú k zmene paradigmy v oblasti prístupov k občanom so špecifickými potrebami smerom od lekárskeho k sociálnemu modelu fungovania, ktorý je dôležitou súčasťou zmeny inštitucionálnych služieb na komunitné služby. Problematike personálneho zabezpečenia sa venuje samostatná kapitola.

### Komunikačná stratégia

Cieľom komunikačnej stratégie je osloviť cieľové skupiny spôsobom, ktorý bude pre ne zrozumiteľný a zapamätateľný. Komunikačná stratégia sa opiera o jasne definovanú víziu, poslanie a ciele zariadenia v Transformačnom pláne.

Dobrá komunikačná stratégia nám pomôže pracovať s negatívnymi postojmi a predsudkami voči ľuďom so zdravotným postihnutím, ktoré môžu byť prekážkou v procese transformácie. Práca na začlenení občanov so špecifickými potrebami do komunity je aj o prekonávaní mnohých prekážok. Preto je už v rámci plánovania potrebné venovať osobitnú pozornosť plánovaniu a realizácii osvetových aktivít zameraných na prekonávanie odporu voči komunitným službám a na zabezpečenie plnej inklúzie ľudí odchádzajúcich z inštitucionálnej starostlivosti.<sup>104</sup>

V rámci prípravy komunikačnej stratégie si odpovedáme na tieto otázky:

#### S kým komunikujeme?

Cieľové skupiny komunikácie:

- Prijímatelia sociálnej služby
- Rodina a príbuzní, opatrovníci
- Zamestnanci
- Zriaďovateľ (VÚC, obce)
- Odborná verejnosť (politici, odborníci, verejné osoby, zamestnávateľia, samospráva)
- Laická verejnosť

#### Čo a ako v súčasnosti komunikujeme?

V Transformačnom pláne vypracujeme analýzu súčasnej komunikácie zariadenia smerom ku všetkým cieľovým skupinám.

### Čo chceme komunikovať?

Hlavným cieľom komunikačnej stratégie je zrozumiteľne a dlhodobu informovať o uskutočňovaných zmenách v zariadení tak, aby mohli poskytovať služby ľuďom na komunitnej úrovni, naplnili ich základné ľudské práva a pripravili prostredie, ktoré rozumie a prijíma zmenenú situáciu zariadenia a jeho obyvateľov v procese transformácie.

**Akčný plán komunikácie** je odpoveďou na tieto otázky:

Čo? Komu? Ako? Kto? Kedy? Kde?

**Špecifické ciele komunikačnej stratégie** (podľa cieľových skupín):

#### Prijímatelia sociálnych služieb

- Zrozumiteľne a opakovane informovať o zmenách, ktoré sa v zariadení dejú a budú diať
- Nastaviť formu komunikácie podľa individuálnych potrieb a možností prijímateľov – ľahko čitateľná forma, fotky, piktogramy, rozhovory, modelové situácie, hranie rolí a pod.
- V rámci partnerského prístupu vytvoriť prijímateľom priestor – podmienky na vyjadrenie ich vlastných prianí a potrieb

#### Zamestnanci

Zabezpečiť pravidelnú a dostatočnú informovanosť zamestnancov s cieľom posilniť u zamestnancov účasť a pocit zodpovednosti za priebeh transformácie

#### Rodinní príslušníci a opatrovníci

- Otvorene a zrozumiteľne komunikovať o zmenách s rodinnými príslušníkmi a opatrovníkmi
- Vyhodnotiť iniciatívne návrhy rodiny na zabezpečenie samostatného života prijímateľa sociálnej služby
- Vtiahnuť rodinu, priateľov, opatrovníkov do permanentného vyhľadávania príležitostí na aktivizáciu prijímateľov
- Umožniť rodinám možnosť sťaží v transformovaných zariadeniach sociálnych služieb, prípadne v podmienkach, kde sú poskytované komunitné sociálne služby

#### Verejnosť

- Zrozumiteľne informovať širokú verejnosť v lokalite
- Pravidelne komunikovať so zainteresovanými predstaviteľmi verejnej a štátnej správy (úrad práce, samospráva, poslanci)
- Vytvoriť platformu na komunikáciu s odbornou verejnosťou (iní poskytovatelia sociálnych služieb, učiteľia, študenti, psychiatri, lekári, sudcovia...)

<sup>104</sup> Spoločné európske usmernenie pre prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť, s. 146

## Logistika

Deinštitucionalizácia je zásadnou zmenou organizácie. Inštitúcia prestáva poskytovať služby pod jednou strechou, dochádza k individualizácii služieb podľa potrieb prijímateľov, k zmene riadenia organizácie. Služby pre prijímateľov sa budú poskytovať na viacerých miestach, v niektorých prípadoch budú medzi jednotlivými prevádzkami aj väčšie vzdialenosti. Ak začneme sociálne služby poskytovať na základe reálnych skutočných potrieb prijímateľov, prideme na to, že prostredníctvom jednej organizácie tieto potreby nenaplníme. Budeme nútení sieťovať služby s ďalšími poskytovateľmi v komunite. Udržanie a prevádzkovanie nového komunitného systému služieb si vyžaduje dobrú logistiku, čiže koordináciu, zosúladenie a prepojenie denných aktivít, optimalizáciu činností, upravenie tokov informácií a financií tak, aby sme vytvorili životaschopný, flexibilný systém služieb. Dobrá logistika nie je samoučelná, ale je súčasťou organizačnej stratégie v rámci koncepcie riadenia systému. Je potrebné na ňu myslieť už počas plánovania nového systému služieb. V oblasti sieťovania služieb zistiť, aké služby, zdroje v komunite existujú. Ak v komunite existujú viacerí poskytovatelia, či už sú to verejní, súkromní poskytovatelia alebo dobrovoľníci. Môže ísť o poskytovateľov z rôznych sektorov, napríklad bývanie, zdravotná starostlivosť, zamestnanie, vzdelanie. Je rozhodujúce zabezpečiť dobrú koordináciu. Sieťovanie služieb v zmysle integrálneho prístupu pre prijímateľov sociálnych služieb zabezpečí, aby sa eliminovalo riziko paralelného poskytovania sociálnych služieb, a tým aj neefektívne využívanie zdrojov.

Ak chceme, aby nový systém služieb fungoval, musíme už pri plánovaní rozmyšľať:

- Kto, čo a kedy bude zabezpečovať
- Aké prostriedky dopravy budeme na zabezpečenie nového systému potrebovať
- Premyslieť IKT systémy, napríklad účtovníctvo, informačné toky
- O optimálnom časovom harmonograme jednotlivých aktivít transformačného plánu

## Hodnotenie

Určenie systému hodnotenia je súčasťou transformačného plánu, prostredníctvom neho zabezpečujeme transparentnosť, zodpovednosť a kontrolu plnenia cieľov a vízie transformačného plánu. Hodnotenie by sa malo vykonávať v spolupráci s prijímateľmi sociálnych služieb, ich rodinami, opatrovníkmi.

V rámci hodnotenia hodnotíme:

- Kvalitu sociálnych služieb prostredníctvom štandardov kvality pred začatím procesu, priebežne a po ukončení procesu deinštitucionalizácie
- Pravidelne prehodnocujeme napĺňanie cieľov a etáp celkového časového harmonogramu Transformačného plánu
- Definujeme si spôsob a metodiku hodnotenia
- Priebežne prehodnocujeme SWOT analýzu zariadenia

## Finančná analýza

Rozpočet súvisiaci s transformáciou zariadenia musí brať do úvahy rozbehové a dvojité prevádzkové náklady.

**Rozbehové náklady** sú investície do nových komunitných sociálnych služieb, ktoré budú pravdepodobne vysoké, najmä v prípade, ak sú služby v komunite rozvinuté nedostatočne alebo chýbajú. Medzi rozbehové investície patria napríklad investície na nákup nového bývania v komunite, školenie personálu. Je potrebné plánovať, odkiaľ a za akých podmienok organizácia získa rozbehové finančné prostriedky. Využiť dostupné zdroje určené na realizáciu procesu deinštitucionalizácie. Na získanie investičných nákladov využiť napríklad finančné zdroje zo ŠF EÚ, vzdelávanie a zabezpečenie ďalších dôležitých podporných aktivít získať zapojením sa do národného projektu deinštitucionalizácie. Uvažovať o ďalších možnostiach viaczdrojového financovania.

## Paralelné, dvojité prevádzkové náklady

Skôr než budeme môcť zatvoriť inštitúciu, budeme musieť mať vytvorený systém nových komunitných služieb. To znamená, že po určitý čas, než bude prechod dokončený, musia inštitucionálne a komunitné služby fungovať súčasne, čo povedie k dvojitým, paralelným prevádzkovým nákladom. Dvojité prevádzkové náklady je možné ošetriť tým, že sa vyčlení financovanie na prechodné obdobie a zatváranie starých služieb a vytváranie nových služieb bude dôkladne riadené. Rozpočet dvojitých prevádzkových nákladov je súčasťou Transformačného plánu, ktorý schvaľuje zastupiteľstvo kompetentného vyššieho územného celku.

Pri plánovaní nových služieb je potrebné uvažovať aj o finančnej udržateľnosti nového systému služieb, porovnať náklady súčasných a nových služieb.

V prípade, že sa inštitúcia nachádza v malej obci a je hlavným zamestnávateľom v danej oblasti, je taktiež dôležité rozmyšľať aj o miestnej ekonomike. Zatvorenie inštitúcie môže mať významný vplyv na miestnu ekonomiku a môže viesť k zásadným stratám pracovných miest. V tomto prípade je nutné uvažovať spôsobom „premeny prekážky na príležitosť“. Plánovať využitie budovy na vytvorenie nových pracovných príležitostí. Po presťahovaní sa prijímateľov do nových služieb je možné pôvodnú budovu ponúknuť na predaj. V tomto prípade je dobré brať pri porovnávaní nákladov na inštitucionálnu starostlivosť oproti komunitnej starostlivosti do úvahy aj hodnotu budovy – inštitúcie. Plány alternatívneho využitia budovy by sa mali vytvárať paralelne so zatváraním inštitúcie.

## 2.2 Strategická vízia ako súčasť transformačného plánu

Cieľom Transformačného plánu je dosiahnutie zmeny. Deinštitucionalizácia sociálnych služieb znamená zmenu inštitucionálnych sociálnych služieb na komunitné služby. Ide o zmenu, ktorá sa usiluje o to, aby občania so zdravotným postihnutím – prijímatelia sociálnych služieb v domovoch sociálnych služieb – mohli tiež žiť vo svojich domovoch, v prostredí, ktoré si zvolili, mohli sa sami rozhodovať, aby mali možnosť voľby ako bežná väčšinová spoločnosť.

Každá zmena sa realizuje v určitom priestore a čase. Je ovplyvňovaná množstvom faktorov, ktoré si na začiatku cesty k cieľu ani nedokážeme predstaviť. Na ceste nás môže stretnúť množstvo nepredvídateľných situácií, napriek tomu je veľmi dôležité, aby sme už hneď v začiatkoch akéhokoľvek plánovania vedeli opísať obraz budúcnosti. Situáciu, stav, výsledok našej práce, ktorý realizovanou zmenou potrebujeme dosiahnuť. Základom každej vízie je vôľa na zmenu. Na začiatku nemáme jasnú predstavu, ako cieľ dosiahneme, ale chceme... to je základ každej vízie. Niekedy sa môže stať, že v organizácii pracujú usilovní ľudia, ktorí si však nezaťažujú hlavu plánovaním, rozmyšľaním o budúcnosti. V takomto prípade sa môže veľmi ľahko stať, že napriek vysokým výkonom a usilovnej práci organizácia skončí niekde, kde sa vôbec nechcela dostať. Vízia je pre každú organizáciu veľmi dôležitá. Manažment zariadenia sa musí z času na čas odosobniť od práce a odpovedať na otázky: „Kam organizácia smeruje?“, „Je na správnej ceste?“, „Plní úlohy, ktoré má plniť?“

### Vízia

**Pre osoby so zdravotným postihnutím**, ktorí sú prijímatelia sociálnych služieb, je výsledkom deinštitucionalizácie to, že sa aj oni môžu podieľať a byť začlenení do bežného života ako ich vrstovníci, že môžu zaujímať bežné sociálne roly (sú rovnocenní občania spoločnosti) a že:

- budú mať svoj domov (nie ústav) a svojich susedov,
- budú navštevovať školy a budú môcť byť žiakmi, študentmi,
- budú môcť chodiť do práce, byť zamestnancom a mať príjem,
- budú môcť mať partnerov/partnerky...,
- budú môcť žiť v bežnom životnom a dennom rytme a využívať bežne dostupné zdroje a služby.

**Pre poskytovateľov sociálnych služieb** je výsledkom deinštitucionalizácie to, že sa v rámci transformačných procesov pretransformujú z inštitucionálnych služieb na komunitné služby, rešpektujúc princípy nezávislého života, budú súčasťou siete poskytovateľov komunitných služieb a prebehne transformácia na iné druhy sociálnych služieb poskytujúcich podporu občanom so zdravotným postihnutím formou malokapacitných pobytových, ambulantných alebo terénnych služieb.

**Pre spoločnosť** je deinštitucionalizácia naplnená, keď budeme môcť hodnotiť dôsledné dodržiavanie Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím, ku ktorým sa SR zaviazala, keď potreby ľudí, ktorí sú odkázaní a závislí od pomoci druhých, sú citlivo vnímané, keď spoločnosť je citlivá k právam ľudí závislých od pomoci a zasadzuje sa o ich ochranu a naplnenie.

**Zámer, vízia, poslanie, ciele** – na prvý pohľad skoro totožné pojmy. Ak sa však začneme danou problematikou zaoberať hlbšie, zistíme, že to tak nie je. Aké rozdiely sa ukrývajú v týchto pojmoch?

**Vízia zariadenia** – načrtáva v najvšeobecnejších a koncepčných pojmoch predstavu o budúcom smerovaní a postavení zariadenia. Odpovedá na otázku:

„Kam sa chceme alebo by sme sa chceli dostať?“

„Čo máme robiť alebo by sme mali robiť?“

„Akí by sme mali alebo chceli byť?“

**Vízia** zachytáva javy, trendy a faktory, ktoré sú v súčasnosti nevýrazné, nepresné a hmlisté. Vizionár postrehne to, čo iní nezbadajú, prikladá význam tomu, čo ostatní podceňujú a ignorujú. Účinná vízia inšpiruje, aktivizuje, motivuje a poskytuje emocionálne usmernenie, a preto by mala odrážať ašpirácie a hodnoty, ktoré vyznávajú vedúci pracovníci, zamestnanci a ostatné skupiny, ktoré majú záujem o transformáciu zariadenia a rozvoj komunitných služieb. Premyslene vypracovaná vízia pozostáva z dvoch hlavných zložiek:

- emocionálne vnímanej a prežívanej kľúčovej ideológie a
- racionálne zostavovanej a prezentovanej predvídanej budúcnosti.

Kľúčová ideológia je súborom ideí, ktoré definujú, za čo sa zariadenie sociálnych služieb považuje, o čo mu v zásade ide, na čom si zakladá. Vyjadrujú súdržnú a dlhodobu nemennú identitu. Ideológia je vystavaná na základných hodnotách, ktoré si možno predstaviť ako niekoľko podstatných a trvalých princípov, ktoré sú vrodené, prirodzené a odolávajúce skúške času. Racionálna zložka vízie sa realizuje ako predvídaná budúcnosť. Artikuluje, čím sa chceme stať, čo chceme dosiahnuť a vytvoriť. Je to niečo, čo si vyžaduje významný pokrok a zmenu. Formuluje sa ako odvážny cieľ spravidla na 10 až 20 rokov, ktorý má zjednocovať úsilie, vyvolávať nadšenie, energizovať a podnecovať pokrok v napĺňaní práv osôb so zdravotným postihnutím.

**Poslanie** – sformulovať a realizovať účinné poslanie znamená splniť tri nasledujúce úlohy:

- pochopiť a definovať, v akom stave sa zariadenie sociálnych služieb nachádza,
- rozhodnúť, kedy sa má poslanie služby zmeniť, a tak upraviť strategické smerovanie zariadenia,
- oboznámiť zamestnancov a obyvateľov zariadenia sociálnych služieb s poslaním pomocou metód, ktoré sú zrozumiteľné, zaujímavé a podnetné.

**Vzťah vízie a poslania** opisuje stav, kde sa chcú vidieť v budúcnosti tí, ktorí určujú ciele. Je vlastne obrazom budúcnosti, o ktorej sa zamýšľame. Môže opisovať stav o 10 alebo 20 rokov. Vízia je čiastočne racionálna a čiastočne emocionálna. Vízia a poslanie patria k sebe. Poslanie je sústredené na súčasnosť, kým vízia je zahľadená do budúcnosti. Poslanie nemôže existovať bez vízie, lebo by sa za krátky čas znehodnotilo, vízia nemôže existovať bez poslania, lebo by bola len výplodom fantázie.

**Strategický zámer** je ctižiadostivý cieľ, s ktorým sa stotožnilo celé zariadenie sociálnych služieb. Je taký všeobecný, že umožní plánovanie na 10 až 20 rokov a súčasne je taký konkrétny a zrozumiteľný, že motivuje aj zamestnancov v ich každodennej práci. Zmyslom strategického zámeru je priblížiť budúcnosť prítomnosti.

**Ciele** – prostredníctvom cieľov sa široko a všeobecne formulované poslanie transformuje na konkrétne budúce výsledky. Jasne stanovené ciele sú tiež základňou na sledovanie postupu realizácie poslania. Ciele sú základom na hodnotenie činnosti zariadenia sociálnych služieb a meradlom jeho úspechu alebo neúspechu. Pri formulácii cieľov by sme mali dodržať postup od všeobecného ku konkrétnemu.

#### Praktický príklad:

**Vízia:** Každý náš prijímateľ/obyvateľ je plnohodnotný občan a člen komunity.

**Strategický zámer:** Postupne transformujeme pobytové služby na služby komunitného typu

**Poslanie:** Poskytujeme služby podľa individuálnych potrieb občanov so zdravotným postihnutím, podporujeme aktivizáciu a participáciu prijímateľa sociálnej služby na riešení jeho životnej situácie.

**Ciele:** V priebehu 5 rokov znížime kapacitu pobytových služieb o 30 %.

V priebehu 5 rokov zriadime 3 nové druhy komunitných služieb (špecializované poradenstvo, centrum sociálnej rehabilitácie, samostatné bývanie s podporou).

Nové žiadosti o poskytovanie pobytových služieb nebudeme prijímať.

#### Stanovenie vízie

V procese transformácie sociálnych služieb je veľmi dôležité stanovenie vízie zmeny. Jasná vízia pomôže všetkým pochopiť, prečo ich žiadate, aby niečo urobili. Keď ľudia chápu, čo sa snažíte dosiahnuť, budú im direktívy, ktoré dostávajú, dávať väčší zmysel.

#### Pri tvorbe (stanovovaní) vízie:

Oprite sa o hodnoty, ktoré sú pre zmenu najdôležitejšie (napríklad *NEZÁVISLÝ ŽIVOT*).

Vypracujte krátky súhrn (jednu alebo dve vety), ktorý vystihuje, čo „vidíte“ ako budúcnosť vašej organizácie (*poskytovanie komunitných služieb*).

Vytvorte stratégiu vykonania tejto vízie.

Zaistite, aby transformačný tím dokázal za päť minút opísať víziu a následne aj dokázal stručne vysvetliť, prečo je zmena potrebná – to pomôže v diskusiách. Je dôležité mať v hlave precvičený presvedčivý „prejav o vízii“.

Je veľmi dôležité komunikovať víziu – to ovplyvní úspech zmeny. Komunikovať sa musí výrazne, často a víziu – posolstvo – je potrebné vložiť do mnohého, čo robíte.

Nie je potrebné zvolávať špeciálne stretnutia na komunikáciu vízie, ale, naopak, je potrebné o nej hovoriť pri každej príležitosti, ktorá sa naskytne.

Víziu využívajte každý deň pri rozhodovaní a riešení problémov. Dôležité je zosúladiť „činy so slovami“. To, čo robíte, je omnoho dôležitejšie a uveriteľné ako to, čo hovoríte.

Demonštrujte to správanie, ktoré chcete od ostatných.

Často rozprávajte o vízii zmeny, no vyslovujte aj možné obavy a strach ľudí, otvorene a úprimne.

Aplikujte víziu na všetky aspekty operácií, všetko vzťahujte na víziu.

Odstránenie prekážok môže posilniť ľudí, ktorých potrebujete, aby uskutočnili víziu.

Podporujte ľudí, ktorí zmenu podporujú.

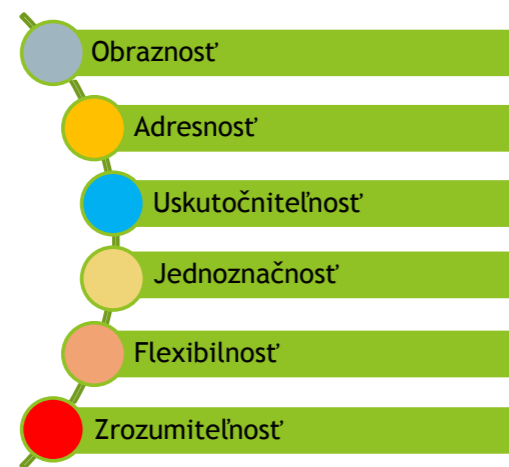
Ak nestačí päť minút na opísanie vízie, ktorá vyvolá záujem a reakciu porozumenia, je to problém.

Dobrá vízia „čistí“ zariadenie a uvoľňuje zdroje využiteľné pri transformácii.

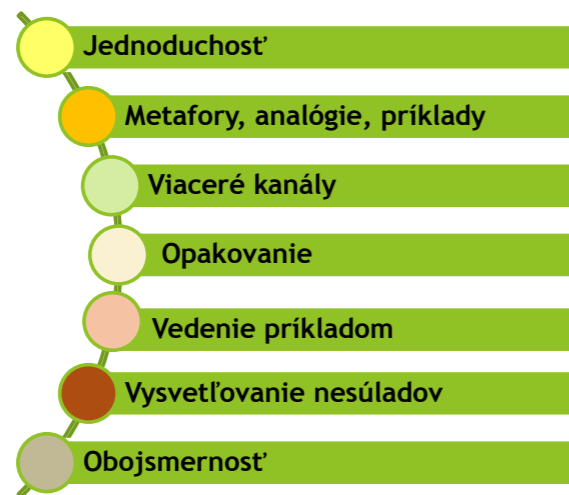
Autoritatívny prístup a mikromanažment podporujú status quo.



## Znaky účinnej vízie



## Prvky efektívnej komunikácie vízie



## Na čo je dôležité pri tvorbe vízie myslieť

- **Vízia je emócia.** Nie je len nápadom jedného človeka, aj keď vo väčšine prípadov vzniká ako nápad jednotlivca alebo niekoľkých progresívnych jednotlivcov v zariadení. Rozdiel medzi nápadom a víziou je najmä v tom, že vízia je presne formulovaná so snahou, aby bola zrozumiteľná pre všetkých, ktorých má oslaviť. Dobre formulovaná vízia musí mať emocionálny náboj, byť založená na silných slovách a citoch. Musí byť inšpirujúca a musí v sebe obsahovať výzvu budúcnosti. Pre ľudí, ktorých sa vízia snaží oslaviť, musí byť prítlačivá a uskutočniteľná.
- **Vízia určuje smer a cieľ v procese premeny.** Dosahovanie vízie je dlhodobý proces. Ak plánujeme zásadnú zmenu v zariadení, vieme, že táto zmena nespočíva len v presťahovaní prijímateľov do nových menších komunitných služieb, ale zároveň s ním musí dôjsť k zmene ľudského myslenia a konania. Táto zmena musí postupne preniknúť do celej organizácie a vonkajšieho prostredia. Nové myslenie a konanie, či už u zamestnancov, samotných ľudí so zdravotným znevýhodnením, ich rodičov, verejnosti musí prejsť zásadnou zmenou, ktorá

sa neudeje zo dňa na deň. Dosahovanie vízie je proces, ktorý prebieha v čase. Preto je už pri definovaní vízie potrebné počítať s dĺžkou celého procesu a v rámci Transformačného plánu pracovať s tým, aby sme proces elimináciou očakávaných obáv a ohrození stabilizovali.

- **Vízia zabezpečí dobrú a efektívnu komunikáciu.** Vízia má praktický význam len vtedy, ak ju prostredníctvom komunikácie vieme odovzdať ostatným kolegom, zamestnancom, prijímateľom, rodinným príslušníkom, verejnosti. Už pri jej tvorbe sa musíme zamýšľať aj nad tým, ako vytvoriť víziu tak, aby bola ľahko odkomunikovateľná smerom ku všetkým cieľovým skupinám, ktoré sú v procese deinštitucionalizácie dôležité. Na tvorbe vízie sa musia podieľať vedúci zamestnanci zariadenia. Musia o nej hovoriť, vysvetľovať svoje predstavy. Musia ostatným vysvetliť, kam sa chce zariadenie posunúť a prečo. V procese tvorby vízie sa môžu podriadených pýtať, diskutovať o rôznych cestách, nikdy však nediskutovať o cieľoch. Ak je vízia vytvorená, je potrebné urobiť prvotné oboznámenie ostatných s jej obsahom. Sledujeme, komu sme víziu už povedali, komu sme ju ešte nepovedali a kto skutočne víziu aj pochopil. Počuť totiž ešte neznamená porozumieť – a porozumieť ešte zďaleka neznamená prijať... Pri presadzovaní novej vízie sa v kolektíve zamestnancov objavia aj odmietavé a skeptické hlasy, ktoré novým smerovaním organizácie nebudú nadšené. Aby sa predišlo neprijatiu vízie u väčšiny zamestnancov organizácie, je vhodné už do jej tvorby zapojiť „prirodzených vodcov“, kolegov, na ktorých mienku ostatní zamestnanci dajú. Pribratím „neformálnych vodcov“ do transformačného tímu sa zníži nebezpečenstvo budúceho neakceptovania vízie v zariadení.
- **Vízia je misia, ktorá spája.** Po tom, ako sa začne s víziou pracovať, je potrebné zabezpečiť, aby bola pre ostatných zaujímavá. O víziu je potrebné podeliť sa ako o spoločnú cestu, po ktorej celý tím kráča spolu. Na to, aby sa podarilo presvedčiť ostatných o vízii, je potrebné podeliť sa o nadšenie z nej. Nadšenie je nákazlivé; nadšenci dychtia po činoch a sú veľmi dôslední v presadzovaní nových myšlienok.

## Všeobecná vízia

Vízia má dve úrovne: všeobecnú a špecifickú.

**Všeobecná vízia** vychádza zo základných dokumentov, ktoré sú záväzné nielen pre zariadenie a jeho zriaďovateľa, ale aj pre celú Slovenskú republiku a medzinárodné spoločenstvo a týka sa napĺňania základných ľudských práv.

Ide najmä o tieto strategické dokumenty:

- Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím
- Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v SR
- Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2015 – 2020

Vízie vychádzajúce z Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím:

- Zlepšenie ochrany práv užívateľov sociálnych služieb

- Podpora nezávislého spôsobu života a začlenenie sa do spoločnosti
- Život medzi rovesníkmi – adekvátne a adaptívne vzdelávanie, celoživotné vzdelávanie
- Prístup k príprave na prácu a k príprave na umiestnenie na trhu práce

### Špecifická vízia

**Špecifická vízia** je zameraná dovnútra zariadenia. Jej cieľom je definovať, ako sa všeobecná vízia bude realizovať priamo v zariadení a v službách, ktoré sa prijímateľom poskytujú. Vízia musí byť **zrozumiteľná** a **motivujúca** pre prijímateľov, ale aj pre jeho rodinu, verejnosť, komunitu a v neposlednom rade aj pre zamestnancov.

**Zákon o sociálnych službách a špecifická vízia** – zákon o sociálnych službách (príloha č. 2 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní, v znení neskorších predpisov) definuje víziu ako „*strategickú víziu, ktorá je zameraná na podporu a rozvoj individuálnych potrieb prijímateľov sociálnych služieb a má vypracovanú stratégiu, plán a účel poskytovania sociálnej služby zameraný na zachovanie, obnovu a rozvoj schopností a zručností prijímateľa sociálnej služby viesť samostatný život na podporu jeho začlenenia do spoločnosti. Poskytovateľ sociálnej služby presadzuje partnerský prístup k prijímateľovi sociálnej služby, ktorý vedie prijímateľa sociálnej služby k spoluzodpovednosti, spolurozhodovaniu, splnomocňovaniu a objavuje hodnotu terajšieho a potencionálneho prínosu prijímateľa sociálnej služby pre spoločnosť*“.<sup>105</sup>

Zákon o sociálnych službách nám pomáha pochopiť obsah vízie zariadenia, ktorá smeruje ku kvalite služieb a rozkladá všeobecnú víziu, ktorá je ukotvená v ľudskoprávnej rovine na prakticky uchopiteľnejšie, menšie časti. Všetky atribúty obsahového znenia nás prostredníctvom načrtnutia vízie vedú od inštitúcie ku komunitným, podporným sociálnym službám. Keby sme explicitne vychádzali z definície zákona o sociálnych službách, vízia zariadenia by znela takto:

#### Praktický príklad tvorby vízie pomocou zákona o sociálnych službách:

*„Zariadenie sociálnych služieb podporuje a rozvíja individuálne potreby prijímateľov. Poskytuje sociálne služby, ktoré sú zamerané na zachovanie, obnovu a rozvoj schopností a zručností prijímateľov viesť samostatný život, na podporu ich začlenenia do spoločnosti. Zariadenie podporuje partnerský prístup k prijímateľom a objavuje hodnotu prínosu prijímateľov pre spoločnosť.“*

V podmienkach SR nám ako pomôcka pri pomenovaní vízie, čiže ideálneho stavu, ku ktorému proces deinštitucionalizácie smeruje, môžu pomôcť spomínané podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby, ktoré tvoria prílohu zákona o sociálnych službách. Jednotlivé kritériá a indikátory

kvality pomáhajú pri hľadaní ideálu, ku ktorému pri zmene paradigmy sociálnych služieb musíme smerovať. Štandardy v jednotlivých kritériách definujú ideálny stav a navádzajú nás na uvažovanie o tom, aké zmeny je potrebné v zariadeniach sociálnych služieb urobiť, aby sme sa k uvedeným víziám v jednotlivých oblastiach čo najviac priblížili. Napríklad<sup>106</sup>:

- **Základné ľudské práva a slobody** – sociálne služby sú poskytované v súlade so základnými ľudskými právami a slobodami, s prirodzenou ľudskou dôstojnosťou, princípmi nediskriminácie z dôvodu pohlavia, rasy, farby pleti, jazyka, viery a náboženstva či iného zmýšľania národného alebo sociálneho pôvodu, príslušnosti k národnosti alebo etnickej skupine, majetku, rodu alebo iného postavenia prijímateľa sociálnej služby a sú poskytované v prostredí, ktoré si prijímateľ sociálnej služby vybral.
- **Sociálny status prijímateľa sociálnej služby** – poskytovateľ sociálnej služby rešpektuje a podporuje rozvoj schopností, zručností a vedomostí prijímateľa sociálnej služby, zachovanie jeho vlastnej identity, osobnej integrity, osobnej nezávislosti, individuálnej rozmanitosti a podporuje vytváranie pozitívneho obrazu o prijímateľovi sociálnej služby.
- **Vzťahy, rodina a komunita** – poskytovateľ sociálnej služby podporuje prijímateľa sociálnej služby v plnom a účinnom zapojení a začlenení sa do spoločnosti s rešpektovaním jeho prirodzených vzťahov v rámci jeho rodiny a komunity v súlade s právom na rovnosť príležitostí.

Každá jedna oblasť štandardov kvality pomenúva ideálny stav, ktorý presahuje prítomnosť a ktorý môže byť súčasťou vízie, ktorú chceme dosiahnuť.

**Vízia je pre každé zariadenie špecifická** – východisková situácia každého zariadenia sociálnych služieb v procese transformácie je jedinečná, ovplyvňuje ju množstvo vnútorných i vonkajších znakov. Každé zariadenie má inú východiskovú situáciu, jedinečných prijímateľov s ich individuálnymi potrebami a predstavami o budúcich službách. Zariadenia sa nachádzajú v rôznych lokalitách od veľkých miest až po úplne izolované malé obce či samoty uprostred lesov.

**Vízia v súlade s potrebami mikro- a makroprostredia** – vychádzajúc z toho, že v procese deinštitucionalizácie transformujeme inštitucionálne sociálne služby na komunitné služby, je nutné vnímať potrebu realizácie zmien – plánovať novú budúcnosť v dvoch rovinách. Plánovanie sociálnych služieb a proces deinštitucionalizácie sú neoddeliteľné procesy, ktorých spoločnou úlohou je vytvoriť sieť komunitných sociálnych služieb, ktoré budú poskytované podľa potreby v prirodzenom sociálnom prostredí. V jednej rovine sa plánujú nové komunitné služby pre súčasných prijímateľov. V druhej rovine sa plánujú tieto služby tak, aby boli pre komunitu potrebné, t. j. nové služby sa prispôbujú potrebám komunity. Víziu tvoríme v jedinečnom vnútornom mikroprostredí inštitúcie i vo vonkajšom makroprostredí obce, mesta či regiónu.

<sup>105</sup> Zákon 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov

<sup>106</sup> Brichtová, Repková. 2014.

**Paradigma nezávislého života** – pri tvorbe špecifickej vízie je nutné vychádzať zo základnej paradigmy, a to, že „žiť v ústave nie je bežné. Nikto na takýto spôsob života nemôže byť nútený, a to ani v dôsledku nedostupnosti starostlivosti a podpory v bežnom prostredí. Všetci prijímatelia majú právo zvoliť si miesto, kde chcú žiť a právo na podporu v prirodzenom prostredí“.<sup>107</sup>

**Zameranie vízie dovnútra zariadenia** – na pracovnom stretnutí riaditeľa zariadení sociálnych služieb zapojených v NP DI<sup>108</sup> (2015) definovali oblasti orientácie vízie dovnútra, smerom k očakávaným zmenám v samotnom zariadení. Podľa nich by vízia mala obsahovať:

- zmenu postavenia prijímateľa, napríklad prijímateľ rozhoduje o svojom živote, služba mu umožní robiť veci, ktoré dokáže sám, pomôže mu pochopiť jeho práva, ale aj povinnosti,
- zariadenie poskytuje individualizované služby – podľa potrieb jednotlivcov, tak aby sa im umožnilo žiť dôstojným spôsobom života,
- služby, ktoré zariadenie poskytuje, ponúkajú rodinám istotu pre ich príbuzných,
- opis toho, aké služby zariadenie plánuje poskytovať po zrealizovaní zmien, ako bude vyzeráť vnútorné prostredie budov, aké vnútorné vzťahy budú v zariadení existovať, tak aby si v ňom prijímatelia mali možnosť uplatňovať svoje schopnosti a realizovať svoje základné ľudské práva.

Vízia sa môže skladať z viacerých častí. V transformačných plánoch, ktoré vyhotovili pracovníci zariadení sociálnych služieb v ČR, vízia plánovaných zmien **obsahuje opis, charakteristiku zmeny, hlavné transformačné ciele a základné princípy nových služieb.**

**Praktický príklad vízie z Českej republiky** (transformačný plán, ústav sociálnej starostlivosti, Zámek Nová Horka):

#### Vízia

*„Podpora ľudí so zdravotným postihnutím pri návrate do prirodzeného prostredia a spoločenského života, vytváranie podmienok na využívanie bežne dostupných verejných služieb a na nadväzovanie sociálnych kontaktov. Cieľom je postupné opustenie celého objektu inštitúcie a nahradenie súčasných inštitucionálnych sociálnych služieb s ústavnými charakteristikami za novovytvorenú sieť komunitných pobytových služieb. V nich poskytovať prijímateľom sociálne služby podľa ich individuálnych potrieb v takých budovách, ktoré sa svojím vzhľadom, polohou ani kapacitou nelíšia od bežných štandardov. Prijímatelia sa budú súčasne podporovať vo využívaní možností žiť čo najbežnejším spôsobom života, o ktorom budú sami rozhodovať.“*

#### Hlavné transformačné ciele

- Prehodnotiť súčasnú analýzu prijímateľov s prihliadnutím na ich individuálne potreby a želania
- Pripraviť všetkých prijímateľov na nové podmienky podľa ich potrieb a možností
- Zastaviť prijímanie nových prijímateľov do ukončenia transformačného procesu
- Zabezpečiť objekty pre nové služby alebo pozemky na výstavbu nových objektov
- Opustiť budovu inštitúcie
- Pracovať na zmenách vnútri zariadenia – v oblasti riadenia a realizácie poskytovaných služieb

#### Základné princípy nových služieb

- Posilňovanie sebavedomia prijímateľov, podpora ich samostatného rozhodovania, realizácia ich potrieb a želaní
- Ponuka života v lokalitách a podmienkach, ktoré sa nijako nevymykajú bežnému štandardu bývania a spôsobu života
- Akceptovanie možností žiť v partnerstve, podporovanie koedukácie pobytových služieb
- Podporovanie prijímateľov v spôsobe a rytme života, ktorý je porovnateľný so životom ich vrstovníkov bez zdravotného postihnutia
- Rešpektovanie individuality prijímateľov

107 kol. autorov: Deinstitutionalizace a plánování sociálních služeb v kraji, MPSV ČR, 2012, s. 7

108 Národní projekt Podpora deinstitucionalizace a transformace systému sociálních služeb

### **3. Etapa realizácie zmeny deinštitucionalizácie a transformácie sociálnych služieb**

#### **3.1 Individuálna práca s prijímateľom sociálnych služieb v kontexte transformácie a deinštitucionalizácie**

##### **Východiská individuálneho plánovania v sociálnych službách**

Medzinárodné a národné ľudskoprávne dokumenty zaručujú všetkým ľuďom rovnaké postavenie a príležitosti. Napriek tomu nemá veľké množstvo ľudí so zdravotným postihnutím rovnaký prístup k zdravotnej starostlivosti, sociálnym službám, vzdelaniu a zamestnávaniu. Medzinárodná snaha o zvýraznenie potreby rovnakého zaobchádzania s ľuďmi so zdravotným postihnutím sa aplikovala vo významnom dokumente – v Dohovore OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím. Ako sme to uviedli v predchádzajúcich kapitolách, hlavným účelom tohto dokumentu je presadzovanie, ochrana a zabezpečovanie plného a rovnakého používania všetkých ľudských práv a základných slobôd všetkými osobami so zdravotným postihnutím bez rozdielu a podpora úcty k ich dôstojnosti. Slovenská legislatíva ešte viac a podrobne zabezpečuje dodržiavanie ľudských práv. V podmienkach kvality stanovených zákonom o sociálnych službách sa ľudským právam venuje celá jedna samostatná oblasť. V tejto oblasti sú definované tri základné kritériá:

1. Sociálne služby sú poskytované v súlade so základnými ľudskými právami a slobodami tak, aby v plnej miere zohľadňovali prirodzenú ľudskú dôstojnosť, nediskrimináciu prijímateľa sociálnej služby a sú poskytované v jeho prirodzenom prostredí. Poskytovateľ sociálnej služby je povinný aktívne vytvárať podmienky a zabezpečovať dodržiavanie ľudských práv.
2. Poskytovateľ sociálnej služby rešpektuje a podporuje osobnostný rozvoj prijímateľa sociálnych služieb, predovšetkým rozvoj jeho schopností, zručností a vedomostí. Zároveň pracuje na tom, aby bola zachovaná vlastná a osobná integrita prijímateľa sociálnych služieb, jeho nezávislosť a individuálna rozmanitosť. Poskytovateľ sociálnej služby podporuje a aktívne vytvára pozitívny obraz o prijímateľovi sociálnej služby.
3. Poskytovateľ sociálnej služby aktívne pracuje na sociálnej inklúzii prijímateľa sociálnych služieb – jeho zapojení a začlenení sa do spoločnosti s rešpektom voči jeho prirodzeným vzťahom a v súlade s právom na rovnosť príležitostí.

Zdravotné postihnutie, ktoré je jedným z najvýraznejších dôvodov znižovania kvality života, sa v súčasnosti vníma ako súčasť človeka a jeho stavu. Svetová zdravotnícka organizácia vo Svetovej správe o zdravotnom postihnutí vníma zdravotné postihnutie komplexne, dynamicky, multidimenzionálne a v kontexte s prostredím. Prístup k zdravotnému postihnutiu prechádza zmenou z individuálnej zdravotníckej perspektívy k štrukturálnej sociálnej perspektíve, čo mení aj vnímanie samotného postihnutia. V štruktúralno-sociálnom modeli sa postihnutie vníma viac

ako problém prostredia, v ktorom človek žije, ako problém jeho tela. Ak však chceme vnímať komplexnosť zdravotného postihnutia, je nevyhnutné, aby sme našli správnu rovnovahu medzi zdravotnou a sociálnou perspektívou. Postihnutie môžeme vnímať ako komplexný pojem pre nerovnaké zaobchádzanie, obmedzenie v bežných aktivitách a plnej účasti ľudí v spoločnosti a vplyv negatívnych aspektov interakcie medzi individuálnymi potrebami a stavom a štrukturálnymi faktormi vplyvujúcimi na človeka, ako je schopnosť prispôsobenia sa prostredia a ľudí týmto individuálnym potrebám. Vnímanie postihnutia ako formy interakcie medzi človekom a prostredím dokazuje, že postihnutie sa nemôže vymedzovať len ako problém konkrétneho človeka.<sup>109</sup>

Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia (ICF) rozdeľuje problémy ľudských funkčných schopností na tri prepojené oblasti:

- zdravotné postihnutie – problémy spojené s funkciami ľudského tela alebo so zmenami v jeho štruktúre – napríklad slepota, paralýza a pod.,
- limity aktivít sú problémy vo vykonávaní bežných aktivít – napríklad chodenie, stravovanie a pod.,
- obmedzenie participácie a problematická účasť v bežných oblastiach života človeka – napríklad štúdium v bežnej škole, prístupnosť verejných budov a verejnej dopravy a pod.

Komplexné a na človeka orientované prístupy sa dostávajú do popredia preto, aby sme naozaj a reálne dokázali zabezpečiť všetkým ľuďom plnohodnotný, inkluzívny a „nezávislý život“ v spoločnosti. Prirodzené prostredie, v ktorom človek žije, má veľký vplyv na skúsenosti, prežívanie a rozsah zdravotného postihnutia a kvality života každého človeka. Prostredie, ktoré nie je prístupné, má veľký vplyv na rozsah postihnutia a samo vytvára ďalšie bariéry pre aktívnu účasť a inklúziu v bežnej spoločnosti.

V súčasnosti už nie je pochýb, že prirodzené prostredie, ktoré tvorí rodina, blízki, priatelia, je veľmi nevyhnutné na čo najbežnejší vývin každého človeka. Možnosť prežiť svoj život plnohodnotne v prostredí, ktoré je človeku prirodzené a vlastné, je veľmi významné pre kvalitu života človeka. Počas života nám práve osobné zdroje, ktoré tu získame, pomáhajú prekonávať problematické časy a situácie, pomáhajú nám rozvíjať a udržiavať vzťahy. Dostatočná a prirodzená podpora prirodzeného prostredia ľudí so zdravotným postihnutím vedie k tomu, že sa problémové situácie zvládajú flexibilne a efektívne, bez výrazného finančného zaťaženia. Prirodzený spôsob vytvorenia a zabezpečenia inklúzie a empowermentu predstavuje individuálna podpora a komunitné služby orientované na človeka, ktoré sú mu poskytované v prostredí, kde žije.

Na poskytovanie komunitných služieb a individuálne plánovanie, ktoré je orientované na kvalitu života jednotlivca, je nevyhnutné rešpektovať tieto princípy:

- *Princíp „normality“*, ktorý hovorí o tom, že každý človek by mal prežívať život normálne a bežne ako všetci ostatní. Mal by mať bežný vývoj životného cyklu, bežný denný, týždenný, ročný rytmus, mal by žiť v bežnom prostredí, ktoré si zvolil, mal by robiť bežné a veku adekvátne a zmysluplné aktivity. V neposlednom rade by mali byť jeho potreby napĺňané bežným, normálnym a spoločensky hodnotným spôsobom.
- *Princíp autonómie*, ktorý je založený na rešpektovaní samostatnosti a nezávislosti človeka. Tento princíp predstavuje právo na slobodu a slobodné rozhodnutia človeka a je jednou z najdôležitejších dimenzií ľudskej hodnoty, ktorá je z etického hľadiska nedotknuteľná.
- *Princíp rešpektu* je založený na vnímaní a rešpektovaní jedinečnosti človeka, jeho vnímania sveta a potrieb. Životná skutočnosť každého človeka je subjektívna, a tak ju musíme aj vnímať. Aj napriek tomu, že ľudia sa často nachádzajú v podobných situáciách, je nevyhnutné vnímať každého človeka ako jedinečného, čo si vyžaduje neopakovateľný prístup.
- *Princíp rovnosti* stavia na základných ľudských právach, ktoré sú ukotvené v množstve medzinárodných a národných legislatívnych dokumentov. Základom tohto princípu je myšlienka, že všetci ľudia sú si rovní a nesmú byť diskriminovaní zo žiadneho dôvodu. V praxi tento prístup predstavuje zmenu vo vzťahoch medzi pomáhajúcimi profesionálmi a ľuďmi so zdravotným postihnutím, kde sa kladie dôraz na partnerský prístup – človek – človek.<sup>110</sup>

Každé individuálne plánovanie musí spĺňať nasledujúce podmienky:

1. *Aktívna spolupráca s prijímateľom a jeho sociálnou sieťou* – táto podmienka zdôrazňuje dôležitosť a dôstojnosť jednotlivca so špeciálnymi potrebami v spoločnosti. Iba od jeho zdefinovania snov, potrieb, túžob sa môže odvíjať efektívny individuálny plán. Je nutné, aby bol každý individuálny plán tvorený za aktívnej účasti a spolupráce prijímateľa služieb.
2. *Objektívnosť* – individuálne plánovanie má byť založené na presných faktoch, preto sa začína dôsledným mapovaním histórie života prijímateľa, jeho súčasných schopností a zručností, jeho záľub a túžob, ale aj všetkého, čo je pre neho negatívne a čo vo svojom živote nechce, pokračuje vedením prijímateľa k pomenovaniu svojich cieľov do budúcnosti a k hľadaniu spôsobov, ako ich možno dosiahnuť.
3. *Fungovanie v prostredí* – individuálny plán by mal byť zameraný na fungovanie prijímateľa v čo najprirodzenejšom prostredí. Vytváranie špeciálnych podmienok pre ľudí so špeciálnymi potrebami je niekedy nutnosťou, ale nemalo by sa to stať bežnou praxou, individuálne plánovanie smeruje k čo najväčšej integrácii ľudí so špeciálnymi potrebami do spoločnosti.
4. *Komplexnosť* – pokrýva všetky oblasti života občana so zdravotným postihnutím – či už v chronologickom slede (minulosť, súčasnosť, budúcnosť), alebo zameranom na jednotlivé oblasti života človeka (fyzickú, sociálnu, psychickú a duchovnú). Hľadá prostriedky a cesty

109 Cangár, Cangárová, Nincová 2014

110 Cangár, Cangárová, Nincová, 2014

k napĺňaniu vŕetkých užívatelom definovaných potrieb. Súčasťou individuálneho plánu je rehabilitačný plán, špeciálno-pedagogický plán, plán pracovnej rehabilitácie, rizikový plán (jeho súčasťou môže byť plán riešenia krízových situácií a register obmedzení).

5. *Koordinovanosť* – na dosiahnutie cieľov stanovených občanom so zdravotným postihnutím je nutná spolupráca viacerých odborníkov – vytvorenie multidisciplinárneho tímu. Preto je potrebné, aby sa aktivity a činnosti vŕetkých odborníkov dôkladne naplánovali a skoorinovali tak, aby smerovali k napĺňaniu hlavného cieľa občana so zdravotným postihnutím. Nezanedbateľnou súčasťou kvalitného plánu je podpora neformálnych vzťahov prijímateľa s ľuďmi, ktorí žijú v sociálnom prostredí, do ktorého má občan so zdravotným postihnutím záujem sa integrovať, títo ľudia môžu byť pre prijímateľa významnejšou oporou ako profesionáli.
6. *Legálnosť* – individuálny plán je legálny dokument, ktorý jasne opisuje, ktoré sociálne služby, aktivity a činnosti budú občanovi so zdravotným postihnutím poskytované a kto, kedy a v akom rozsahu ich bude poskytovať. Dodržiavanie týchto naplánovaných činností je veľmi dôležité.

Spomenuté princípy a podmienky sú základnými východiskami pre individuálny prístup pri poskytovaní sociálnych služieb a hlavným formálnym a etickým dôvodom zavedenia individuálneho plánovania do praxe. V bežnej praxi sa však stretáme s rôznym vnímaním individuálnych plánov, ktoré často ale nevyjadrujú to, čo individuálne plánovanie v skutočnosti naozaj je. Poskytovatelia sociálnych služieb v množstve prípadov vnímajú individuálne plány ako presne naplánovaný denný režim prijímateľa sociálnych služieb, plán práce zamestnancov s prijímateľom sociálnych služieb, tabuľku výkonu aktivít prijímateľa sociálnych služieb, sociálnu a zdravotnú anamnézu prijímateľa sociálnych služieb a iné. Lenže individuálne plánovanie je v Slovenskej republike zadefinované v rámci legislatívy od roku 2009, keď vstúpil do platnosti zákon 448/2008 Z. z. o sociálnych službách. Novela tohto zákona platná k 1. 1. 2014 uzákoňuje povinnosť individuálneho plánovania vo vybraných sociálnych službách predovšetkým pobytového charakteru, ale aj v rámci včasnej intervencie a podpory samostatného bývania. V období medzi prijatím zákona o sociálnych službách a jeho poslednou novelou bolo individuálne plánovanie vnímané len ako administratívna záťaž a veľké množstvo poskytovateľov sociálnych služieb ho realizovalo len formálne a na papieri. Cangár uvádza, že dôvodom bola nejasná predstava toho, čo individuálne plánovanie znamená a ako ho v praxi realizovať. Rozdielnosť metodológie sa ukázala aj v oblasti vzdelávania o individuálnom plánovaní, kde vyučujúci tento proces opisovali rozlične, a tak v súčasnosti individuálne plánovanie lavíruje medzi rôznymi diagnosticko-pedagogicko-zdravotníckymi prístupmi. Individuálne plánovanie je v praxi vo veľkej miere vnímané ako obsah práce sociálnych pracovníkov v zariadeniach sociálnych služieb a ostatní odborní pracovníci sa často od tohto nástroja dištancujú alebo ho odmietajú.<sup>111</sup> Prijímatelia sociálnych služieb sú málokedy aktívne a reálne zapájaní do procesov individuálneho plánovania a samotné

111 Cangár, 2013

plánovanie je vnímané ako výsledok odbornej práce v sociálnych službách a čistá formalita, ktorá minimálne ovplyvňuje formu a obsah sociálnych služieb. Milena Johnová upozorňuje na to, že individuálne plánovanie realizované z pohľadu profesionálov je prispôsobené obsahu ich profesií a možnostiam organizácií, čo vytvára nadmernú závislosť od formálnych zdrojov podpory (profesionáli a odborníci) a minimum využívania neformálnej podpory (rodina a priatelia), ktorá utvára možnosti na rozvoj a udržiavanie prirodzených sociálnych väzieb.<sup>112</sup> Tieto skutočnosti vytvárajú v oblasti individuálneho plánovania v sociálnych službách chaotickú situáciu, keď nie sú jasné očakávania ani samotný výkon individuálneho plánovania. Aj vzhľadom na túto situáciu vznikla na Ministerstve práce, sociálnych vecí a rodiny SR potreba presnejšieho zadefinovania procesu individuálneho plánovania v novele zákona o sociálnych službách a vypracovanie istej formy metodológie v rámci podmienok kvality sociálnych služieb, ktoré sú tiež súčasťou novely zákona.

V zákone sa v súčasnosti dostáva do popredia procesná stránka individuálneho plánovania, ktorá je vnímaná ako kľúčová. Individuálne plánovanie sa spresňuje aj v rámci podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby, keď poskytovateľ sociálnej služby zabezpečuje to, aby bol individuálny plán plánom prijímateľa sociálnej služby, ktorý sa aktívne zúčastňuje na jeho tvorbe a realizácii. Samotná účasť alebo neúčasť na individuálnom plánovaní je slobodnou voľbou prijímateľa sociálnej služby, ktorý ju musí vyjadriť písomnou formou.

Poskytovateľovi sociálnych služieb ustanovuje § 9, odsek 1 zákona o sociálnych službách povinnosť plánovať poskytovanie sociálnej služby podľa individuálnych potrieb, schopností a cieľov prijímateľa sociálnych služieb, viesť písomné individuálne záznamy o priebehu poskytovania sociálnej služby a hodnotiť priebeh poskytovania sociálnej služby za účasti prijímateľa sociálnej služby. Zároveň tento odsek určuje a spresňuje postavenie programov sociálnej rehabilitácie ako súčasť individuálneho plánovania. Novela zákona o sociálnych službách spresňuje individuálne plánovanie a jeho proces v § 9, odseku 2, kde hovorí, že individuálny plán je komplexný, flexibilný a koordinovaný nástroj na aktívnu spoluprácu poskytovateľa sociálnej služby, prijímateľa sociálnej služby, jeho rodiny a komunity.

Poskytovateľ sociálnej služby plánuje, realizuje a hodnotí priebeh poskytovania sociálnej služby spolu s prijímateľom sociálnej služby a berie ohľad na jeho osobné ciele a možnosti. Z odborného hľadiska neexistuje zdravotné postihnutie alebo zdravotný stav človeka, ktorý by mu bránil dlhodobo sa podieľať na príprave a realizácii vlastného individuálneho plánu.

V nadväznosti na vyššie uvedené je potrebné uviesť, že procesy individuálneho plánovania vždy vychádzajú z potrieb prijímateľa sociálnej služby, a preto sú aj výsledné písomné podoby tohto procesu rôzne. Podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby určujú to, že poskytovateľ sociálnej služby má individuálny plán vypracovaný v písomnej alebo audiovizuálnej podobe. Táto možnosť je okrem toho, že otvára dvere kreativitě, dôležitá pre samotných prijímateľov sociálnych

112 Johnová, 2007

služieb, ich rodinu a blízkych, lebo umožňuje to, aby podoba individuálneho plánu bola vytvorená v im zrozumiteľnej podobe. Prakticky to znamená, že individuálne plány môžu byť spracované aj ako rôzne druhy obrazov, audionahrávky, videonahrávky alebo texty v ľahkočitateľnom texte (easy to read) a pod.

Individuálne plánovanie sa bližšie špecifikovalo v § 9, ale aj prílohe č. 2: Podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby. V nasledujúcich riadkoch sa bližšie pozrieme na jednotlivé zmeny.

Prvá veľká zmena v rámci § 9, ods. 1 sa týka vypustenia pojmu „rozvojový“. V novele zákona o sociálnych službách sa bude používať pojem „individuálny plán“. Táto zmena súvisí s faktom, že individuálne plánovanie nemá stále charakter rozvojových aktivít. Jedným z cieľov tejto zmeny je ujasnenie si postavenia individuálneho plánovania aj pre prijímateľov, kde nie je veľký predpoklad na ďalší rozvoj. Špecificky sa táto problematika týka práce so seniormi alebo aj práce s ľuďmi s kombinovaným postihnutím, kde je často jedným zo zameraní aktivít podpora čo najdlhšieho udržiavania schopností a zručností človeka.

Zároveň sa v prvom odseku § 9 rozširujú sociálne služby, kde je povinné individuálne plánovanie, o nové druhy – služba včasnej intervencie a podpora samostatného bývania.

Zákon súčasne ustanovuje, že ak je prijímateľom sociálnej služby maloleté dieťa, rozhodujúce postavenie má rodina, ktorá musí byť do procesu individuálneho plánovania aktívne zapojená a vychádza sa z individuálnych potrieb tejto rodiny. Práca s celou rodinou, ktorá má dieťa so zdravotným postihnutím, je z tohto pohľadu vnímaná ako kľúčová a v rámci služby včasnej intervencie aj ako neoddeliteľná súčasť odbornej práce. Prístup zameraný na zapojenie celej rodiny do individuálneho plánovania je dôležitý z preventívneho hľadiska a budúceho poskytovania sociálnych služieb počas ďalšieho života dieťaťa so zdravotným postihnutím. Hradilková uvádza, že príbehy ľudí, ktorí aj napriek ťažkému postihnutiu žijú vo svojom vlastnom bývaní alebo v rodinách, ukazujú, že kľúčovú úlohu v zabezpečení podpory a starostlivosti zohráva rodina a blízki ľudia, ktorí bez nároku na odmenu a radi poskytujú tú časť pomoci, ktorú nie je možné platiť z verejných zdrojov.<sup>113</sup>

Podrobnú špecifikáciu individuálneho plánovania prináša § 9, odsek 2: „(2) *Individuálny plán je podľa odseku 1 komplexný, flexibilný a koordinovaný nástroj na aktívnu spoluprácu poskytovateľa sociálnej služby, prijímateľa sociálnej služby, jeho rodiny a komunity. Ciele individuálneho plánu vychádzajú z individuálnych potrieb prijímateľa sociálnej služby a spolupráce prijímateľa sociálnej služby a poskytovateľa sociálnej služby. Individuálny plán je koordinovaný pracovníkom, ktorý podporuje a sprevádza prijímateľa sociálnej služby v procese individuálneho plánovania (ďalej len „kľúčový pracovník“). Proces individuálneho plánovania zahŕňa identifikáciu individuálnych potrieb, voľbu cieľov individuálneho plánu, voľbu metód dosahovania cieľov individuálneho plánu, plán činností a aktivít napĺňania individuálneho plánu a hodnotenie individuálneho plánu.“*

Práve tento odsek definuje individuálny plán ako nástroj aktívnej spolupráce medzi profesionálom a prijímateľom sociálnej služby tak, ako to uvádzame v úvode článku. Prezentuje to snahu o presné a odborné zadefinovanie individuálneho plánovania a čo najpresnejšie vyjasnenie tohto pojmu, aspoň po legislatívnej stránke. Zároveň je tu dôležité upozornenie v oblasti stanovovania cieľov, ktoré majú vychádzať z individuálnych potrieb prijímateľa sociálnych služieb a majú smerovať k vzájomnej spolupráci.

## Proces individuálneho plánovania

### *Identifikácia individuálnych potrieb*

Kľúčový dôraz sa kladie na procesnú stránku, ktorá zahŕňa identifikáciu (mapovanie) individuálnych potrieb a prirodzených zdrojov podpory, ale aj schopností, zručností, skúseností a aktuálnej životnej situácie prijímateľa sociálnych služieb. Medzi výborné pomôcky v tejto časti patria napríklad profily na jednu stranu, čiary života, knihy života a podobné aktivity a prostriedky mapovania.

### *Voľba cieľov individuálneho plánu*

Nová legislatíva ďalej spresňuje proces individuálneho plánovania postupnými krokmi – voľbou cieľov individuálneho plánu. Podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby v kritériu 2.5: Určenie postupov a pravidiel na vypracovanie, realizovanie a hodnotenie individuálneho plánu prijímateľa sociálnej služby alebo určenie postupov a pravidiel práce s prijímateľom sociálnej služby podrobnejšie rozoberajú aj oblasť voľby cieľov. Ako východisko tejto časti procesu individuálneho plánovania je nevyhnutná spolupráca pri stanovení cieľov medzi prijímateľom sociálnej služby, jeho rodinou a kľúčovým pracovníkom. Výsledkom tejto časti procesu sú ciele spolupráce. Podmienky kvality ďalej stanovujú, že ciele individuálneho plánovania majú vychádzať z holistického prístupu a majú byť zostavené logicky a ísť zo všeobecnej do konkrétnej roviny. V oblasti najnižších cieľov, tzv. opatrení, musia ciele spĺňať nasledujúce podmienky – špecifickosť a konkrétnosť cieľa, merateľnosť cieľa, akceptovateľnosť zo strany prijímateľa a poskytovateľa sociálnej služby, reálnosť cieľa (na rozdiel od všeobecných hlavných cieľov, ktoré môžu byť v niektorých prípadoch na prvý pohľad „nereálne“) a časové vymedzenie dosiahnutia cieľa.

### *Voľba metód dosahovania cieľov individuálneho plánu*

Metódy spolupráce s prijímateľom sociálnej služby musia byť ním akceptované, ale v prípade potreby musia byť akceptované aj jeho rodinou alebo blízkymi osobami. Metódy spolupráce predstavujú základné postupy dosahovania cieľov individuálneho plánu a nejde nevyhnutne o odborné metódy realizované odbornými pracovníkmi.

113 Hradilková, 2013

### Plán činností a aktivít naplňania individuálneho plánu

Zákon v podmienkach kvality sociálnej služby určuje to, že plán činností a aktivít musí byť spracovaný v písomnej forme ešte pred začiatkom realizácie konkrétnych cieľov individuálneho plánu. Plán činností a aktivít má za cieľ pomôcť poskytovateľovi sociálnej služby nastaviť systém spolupráce v procese individuálneho plánovania. Práve tento prvok predstavuje hlavnú časť systémovej úrovne individuálneho plánovania. Je nevyhnutné odpovedať si minimálne na nasledujúce otázky v rámci naplňania konkrétneho cieľa individuálneho plánu: Čo sa bude robiť?, Kto to bude robiť?, Kde sa to bude robiť?, Kedy sa to bude robiť?, Ako sa to bude robiť?

### Hodnotenie individuálneho plánu

Hodnotenie individuálneho plánu treba vnímať v dvoch rovinách. Jedna rovina sa týka priameho naplňania metód, ktoré sa v rámci procesu práce s prijímateľom sociálnej služby uskutočňujú. V tomto prípade je už samotné hodnotenie rozpracované v časti voľba metód dosahovania cieľov individuálneho plánu. Celkové hodnotenie naplňania cieľov a progresu individuálneho plánu je realizované v spolupráci s prijímateľom sociálnej služby, jeho rodinou a uskutočňuje sa minimálne raz za rok. Jeho výsledkom by malo byť nielen skonštatovanie aktuálnej situácie, splnenia, respektíve nesplnenia cieľov, ale aj flexibilná reakcia a spätná väzba na zmeny vo všetkých častiach procesu individuálneho plánovania. Hodnotenie individuálneho plánu slúži na bilancovanie procesu spolupráce medzi prijímateľom a poskytovateľom sociálnej služby, ktorý je pre prijímateľa sociálnej služby oveľa dôležitejší ako to, či sa všetky jeho ciele exaktne naplnili.

Nasledovný text si neklade za cieľ stanoviť ideálny postup, ktorý je jako jediný možné využiť, ale predkladá vybrané techniky a metódy, ktoré se osvedčily v rámci procesu deinstitucionalizácie sociálnych služieb v Slovenskej a Českej republike a zaměřujú se zejména na lidi s mentálním a kombinovaným postižením.

Konečné nastavení rámce i to, jakou formou bude probíhat proces individuálního plánování, je vždy na straně poskytovatele a jeho týmu, který by měl vždy zvážit, která metoda či který nástroj se pro jeho využití jeví jako nejefektivnější s ohledem na klienty, kteří sociální službu využívají.

### Individuální plánování jako základní nástroj práce s uživatelem sociální služby

Základním nástrojem všech poskytovatelů sociálních služeb pro individuální práci s uživatelem bez ohledu na to, zda jsou zapojeni do transformačního procesu či nikoli, je ucelený systém posuzování potřeb a osobních cílů, plánování a realizace pozitivních změn v životě uživatele a zajištění kvalitní péče. To vše budeme v textu zařazovat pod jednotný pojem „individuální plánování“.

**Individuální plánování** je možné definovat jako kontinuální, záměrný, řízený a strukturovaný proces, při němž se stanovují jednotlivé kroky, při nichž je potřeba dosáhnout požadované změny<sup>114</sup>.

Nelze říci, že se pod pojmem skýtá jasně definovaná a pro všechny závazná metoda, od které nelze ustoupit a kterou poskytovatel nemůže přizpůsobit potřebám svých klientů a své služby, ale naopak je to flexibilní proces, jehož centrem je osoba, která užívá sociální službu. Poskytovatel zde může využít ty nástroje, které se mu s ohledem na cílovou skupinu jeví jako nejvhodnější. Individuální plánování napomáhá uživatelům sdělovat to, co chtějí, spolu se službou definovat co reálně potřebují, a poskytovateli a pracovníkům definovat, jak toto realizovat.

Z pohledu transformace sociální služby je individuální plánování absolutně nezbytnou součástí procesu. Bez komunikace se všemi jednotlivými uživateli transformující se služby, bez definování jejich osobních cílů, snu i přání a zároveň zjišťování reálných schopností a jejich rozvíjení není možné vůbec stanovit, jak by konečná služba měla vypadat a jakou cestou by poskytovatel k tomuto cílovému stavu měl dojít.

Nástrojem pro administraci procesu individuálního plánování je **individuální plán** jednotlivého uživatele.

Vztah mezi individuálním plánováním a individuálním plánem lze popsat tak, že Individuální plánování je proces vycházející z jednotlivých na sebe navazujících činností a Individuální plán je konkrétní výstup plánování v rámci dokumentace /administrace týkající se plánování služby.

*Individuální plánování = Proces*

*Individuální plán = Konkrétní výstup*

Základním pojmem v oblasti individuální práce s uživatelem je **cíl spolupráce**<sup>115</sup>/**osobní cíl**. Osobní cíl ukazuje, kde by v životě klienta (v jeho schopnostech, možnostech, příležitostech) mohlo docházet ke zlepšení a rozvoji. Pro potřeby tohoto materiálu ho můžeme využít definici osobního cíle jako „stav změny, který by měl nastat spolupůsobením uživatele a poskytovatele služeb. Tato změna je prospěšná jednotlivci, odpovídá jeho přáním, potřebám a hodnotám.“<sup>116</sup>

Základní typy osobních cílů můžeme vyhodnotit jako

- plynoucí ze základních činností dle platné legislativy (např. zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, zvládání osobní hygieny nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zvládání chodu domácnosti...)
- vycházející z míry sebeobsluhy a soběstačnosti uživatele
  - oblasti sebeobsluhy (příprava konkrétní stravy, koupání, sezení, stání, chůze po rovině, výběr oblečení...)
  - oblasti soběstačnosti (komunikace, nakládání s penězi, mytí nádobí, vaření, úklid, obsluha běžných domácích spotřebičů...)

<sup>115</sup> Ciel' spolupráce je pojem používaný v slovenskej legislatíve a je totožný s českým pojmom osobní cíl.

<sup>116</sup> Kol.: *Standardy kvality sociálních služeb – výkladový sborník pro poskytovatele*. Praha, MPSV 2008, s. 79

<sup>114</sup> Kol.: *Standardy kvality sociálních služeb – výkladový sborník pro poskytovatele*. Praha, MPSV 2008, s. 77



- cílené na osobní přání a touhy uživatele
- zaměřené na oblasti změny v rámci procesu deinstitutionalizace sociální služby

Osobní cíl by měl vždy vycházet z konkrétní životní situace a zároveň možností existujících v přítomnosti. Z pohledu procesu transformace sociálních služeb není možné na osobní cíl pohlížet jenom jako na přání uživatele, které mohou často ovlivnit pasivita, závislost na druhých, nechuť ke změnám či odpor k činnostem nutným k zajištění péče o sebe či o domácnost, které člověk i s ohledem na svůj handicap dokáže, ale je nutné osobní cíl pojímat spíše jako komplex osobního rozvoje vedoucí k maximální možné míře začlenění do společnosti a přijetí odpovědnosti za svůj život.

Při formulování osobních cílů z pohledu transformace je vždy nutné hledat udržitelný a realizovatelný konsensus mezi:

- osobními sny, přáními a touhami, které je uživatel schopen sám definovat a
- reálnou potřebou podpory ze strany jiné osoby, které z důvodu handicapu uživatel potřebuje

*Pan František rád pije ve velkém množství kávu a jí sladkosti. Výše jeho příjmu bohužel neodpovídá jeho spotřebě kávy a sladkostí, z čehož se cítí frustrován a tuto nespokojenost dává často najevo. V rámci procesu plánování se s klíčovou pracovnící se zaměřili na několik aspektů plánování oblasti kávy a sladkostí. Na prvním místě si domluvili pravidelné rozdělení týdenního nákupu kávy a čokolády. Pan František se začal systematicky učit znát hodnotu peněz a nakládat se svými financemi, aby si sám mohl naplánovat, kdy a jak si kávu a sladkosti zakoupí. Po čase pan František vyhodnotil, že by chtěl chodit do zaměstnání, aby měl více finančních prostředků pro svoje osobní potřeby. Podařilo se mu získat zaměstnání v úklidové firmě a jeho příjem se zvýšil. Je možné tedy říci, že plánování mělo velmi pozitivní efekt – osobní přání vedlo k sociálnímu začlenění.*

Osobní cíle by vždy měly být:

- Konkrétní – všichni by měli shodně jednotlivým cílům porozumět;
- Měřitelné – mělo by vždy být rozpoznatelné zlepšení (nebo i zhoršení) v dané oblasti;
- Dosažitelné – k jednotlivým cílům je možné dojít dostupnými prostředky;
- Relevantní – cíle by měly odpovídat reálným potřebám člověka a vést k sociálnímu začlenění;
- Časově vymezené – cíle i jednotlivé kroky vedoucí k nim je možné termínovat;

Slovenská legislatíva definuje podmienky stanovovania krátkodobých cieľov/opatrení nasledovne, tzv. SMART podmienky:

- *S (specific) – špecifickosť, konkrétnosť cieľa* – je presne jasné, čo sa cieľom dosiahne a čomu konkrétne sa venuje a je možné naň plánovať konkrétne kroky a aktivity.
- *M (measurable) – merateľnosť cieľa* – je presne možné vyhodnotiť a odmerať naplnenie konkrétneho cieľa.
- *A (acceptance) – akceptovanie cieľa* – cieľ akceptuje prijímateľ sociálnej služby.
- *R (realistic) – reálnosť cieľa* – cieľ je možné dosiahnuť za dostatočnej podpory a je realistic- ký pre prijímateľa sociálnej služby.
- *T (time-related) – časovo ohraničený* – cieľ je časovo ohraničený a vieme, kedy sa začne a kedy sa skončí.

Role poskytovatele je ve vztahu k osobnímu cíli směřována zejména na zvážení toho, na čem bude poskytovatel spolu s uživatelem spolupracovat, jaké k tomu bude využívat prostředky a kam bude sociální služba směřována.

#### Základní zásady a principy individuálního plánování

Proces transformace sociálních služeb přináší do provozu sociální služby důraz na lidská práva a sociální začleňování. V praxi plánování služby se toto odráží dodržováním základních zásad pohledu pracovníků na uživatele a přizpůsobení provozu sociální služby.

Na prvním místě je nezbytná **akceptace** uživatele. Kvalitní služba přijímá každého klienta takového, jaký je s jeho aktuálními pocity a bez potřeby ho měnit tohoto člověka na základě osobního pohledu. Pracovník tímto vyjadřuje klientovi úctu a podporuje jeho individualitu.

Společné hledání nejlepšího způsobu poskytování služby a samotné poskytování služby vede k naplňování **životních cílů** každého jednotlivého člověka.

Princip **normality** v rámci individuálního plánování vyjadřuje to, co je v životě člověka přirozené a běžné a na co má člověk bez ohledu na míru postižení právo. Toto se týká všech lidí bez ohledu na míru postižení. Normální je zachování běžného denního i týdenního rytmu, oddělení života v domácnosti, v denních programech a ve volném čase, respektování vývojových fází člověka i jeho přání. Normalitou je míněna také dostupnost běžného životního standardu a podmínek, vztahu dvou pohlaví i života ve světě.

## Odpovědnost za vlastní život

Z pohledu procesu deinstitutionalizace je zásadní aspekt nutnosti přijetí odpovědnosti za svůj život. Toto je nezbytné nejen v oblasti posílení lidských práv a plnění osobních přání klientů, ale také v oblasti přijetí povinností, které život přináší. Pro uživatele nemusí být přijetí povinností mnohdy příjemné, ale často právě ty posilují jeho schopnosti postarat se o sebe a zabezpečit svůj život. Poskytovatel by měl být schopen rozpoznat, co je pro uživatele důležité, co vnímají jako důležité pracovníci a co je otázkou sociálního začleňování, normálního způsobu života a lidských práv. Hlavním srovnávacím faktorem pro identifikaci osobních cílů je fakticky „normální život“ běžného člověka v přirozeném prostředí.

Přijetí odpovědnosti klienta za svůj život je nutné vnímat nejen z pohledu platné legislativy (zejm. oblasti lidských práv), ale v širším kontextu běžného způsobu života. Velkokapacitní ústavní péče s ohledem na limity dané provozem ústavu i jeho velikostí historicky eliminovala přijetí odpovědnosti klientů za svůj život na minimum. Uživatelé svoji existenci přizpůsobili provozu služby a měli jen malý prostor rozhodovat se v každodenních situacích.

*Paní Květa prožila ve velkokapacitní instituci prakticky celý život. Pracovníci chráněného bydlení, kam se paní Květa v rámci transformace zařízení přestěhovala zjistili, že nikdy nedostala možnost si vybrat mezi slazeným a hořkým čajem. Ve velkokapacitním ústavu všichni dostávali čaj slazený – paní Květa ale nevyhledávala sladké a dostupné pití jí tak celý život nechutnalo. V nové domácnosti se naučila nejprve vybrat si čaj a následně i vařit čaj sama.*

Lidé s mentálním postižením často v ústavních zařízeních (a mnohdy ze strany původních rodin) nebyli vnímáni jako dospělé osoby a pracovníci se často obávali posílit jejich roli v rozhodování o vlastním životě. Časté obavy „co by se mohlo stát“ přetrvávají mezi pracovníky sociálních služeb dodnes a naopak mezi klienty zůstává pocit nemožnosti rozhodovat. Zároveň přetrvávají i pocity neodpovědnosti a beztrestnosti. Pracovníci se ještě dnes setkávají s postojem klientů, s názorem, že sociální služba je za ně povinná udělat vše. Mnohdy nemají respekt k ostatním lidem a verbálně či někdy fyzicky napadají ostatní uživatele či pracovníky. Situace, kdy není posilována odpovědnost klienta je tedy nevýhodná pro obě strany. Klíčovým řešením tohoto problému je nastavení a respektování přesných hranic a definování oblastí odpovědnosti v rámci individuálního plánování a průběžného vyhodnocování rizik. Při plánování služby by si tak pracovníci by si měli položit otázky,

- kdy rozhodují za své uživatele, i když to není nutné,
- kdy poskytují službu, kterou klient nepotřebuje či
- kdy řeší za uživatele věci, i když by je uživatel zvládl vyřešit sám.

V mnoha případech je uživateli odpovědnost odnímána a zároveň kladena zvýšená odpovědnost na poskytovatele ze strany rodiny, případně opatrovníků. Pro poskytovatele je v tomto případě zásadní respektovat rozhodnutí uživatele, protože on je klientem služby a pouze v případě právních

úkonů rozhoduje opatrovník. Spoluúčast rodiny v rámci poskytování sociální služby je vhodné vydefinovat v rámci individuálního plánování, ale její účast (a to zejména podíl na rozhodování) by vždy měl vycházet z rozhodnutí klienta služby.

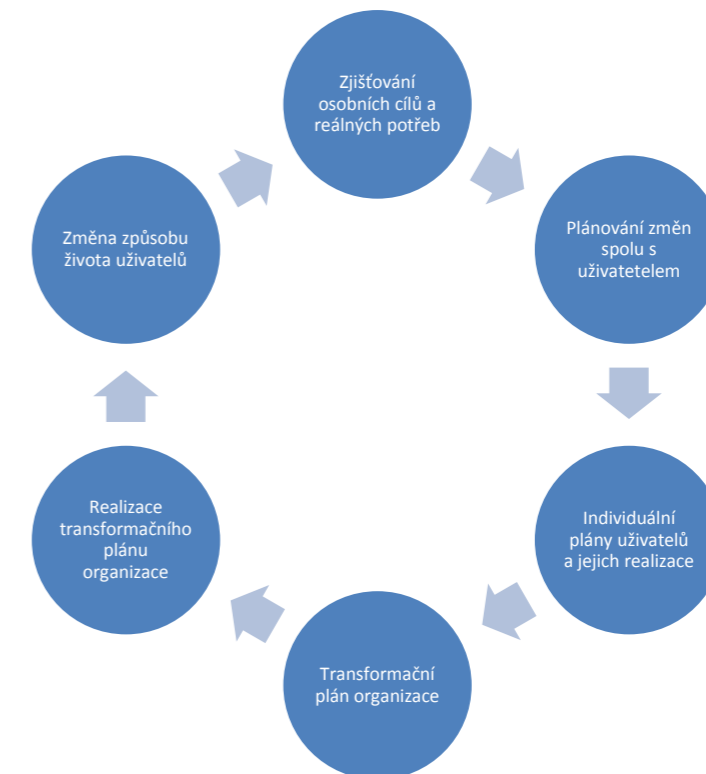
## Individuální plánování v procesu deinstitutionalizace sociálních služeb

Individualizace sociálních služeb je jedním z hlavních důvodů, proč poskytovatelé velkokapacitních institucí přistupují k transformačnímu procesu.

V případě, že poskytovatel začne individuálně pracovat se svými klienty, důsledně se snaží dodržovat jejich práva a zároveň jejich život maximálně přiblížit životu jejich vrstevníků, tak dříve nebo později dojde do situace, kdy pochopí, že je limitován stěnami a plotem velkokapacitní instituce a je nutné službu zásadně změnit. V tuto chvíli započne transformační proces. Poskytovatel tehdy na základě potřeb svých klientů začíná přistupovat ke změnám své organizace tak, aby uživatelé mohli žít normálním způsobem ve společnosti stejně, jako jejich vrstevníci.

Funkční změny organizace nelze tedy realizovat bez toho, aby poskytovatel věděl, co jeho klienti chtějí a potřebují a individuální plánování se tak stává nedílnou součástí procesu transformace sociálních služeb.

Základní proces transformace lze popsat na základě níže uvedeného ilustrativního schématu popisujícímu návaznost individuálního plánování na proces transformace sociální služby.



Obrázok 3: Schéma individuálneho plánovania v procese transformácie a deinstitutionalizácie sociálnych služieb.

Na počátku transformačního procesu je nutné nejprve zjistit osobní cíle a také reálné potřeby a reálné schopnosti osob, které sociální službu využívají.

Vždy je nutné přihlížet ke skutečnosti, že uživatelé na počátku procesu často nemají jinou životní zkušenost, než život ve velkokapacitní instituci a formulace osobních cílů tak může být obtížnější. Nulová zkušenost s normálním způsobem života a často i míra handicapu nedává často klientům možnost formulovat svoje přání jasně, a proto je nutné zaměřit vybrané cíle na oblasti přibližující běžný způsob života. Nezbytností je i zohlednit komunikační schopnosti osoby a přizpůsobit jeho schopnostem způsob mapování osobních cílů.

Pro nastavení rozsahu podpory v jednotlivých nově vznikajících domácnostech a denních programech je zásadní zjišťování reálných potřeb jednotlivých klientů. Poskytovatel nutně musí vědět,

- kolik pracovníků,
- v jakém časovém rozsahu,
- s jakou metodologií,
- s jakými profesními znalostmi,

se klientům musí věnovat a zároveň jak je nutné

- materiálně,
- technicky,
- regionálně (kde jsou nové objekty umístěny)
- bezpečnostně,
- provozně uzpůsobit nově vznikající objekty.

Administrace jednotlivých plánů vede k sumarizaci podkladů v písemné podobě, kdy záznamy z plnění jednotlivých cílů vedou k dostupnosti řešených témat pro všechny relevantní pracovníky.

Realizace jednotlivých definovaných osobních cílů vede k rozvoji schopností klientů a zároveň, pokud se vhodně zaměřují na běžný způsob života, klienty připravuje na život v nových domácnostech a využívání nových denních programů oproti životu ve velkokapacitní instituci.

Výstupy z individuálních plánů jednotlivých klientů se tak stávají jedním z podkladů transformačního plánu organizace.

Transformační plán, který je realizován v praxi, přináší komplexní změnu způsobu života jednotlivých uživatelů. Klienti si zvykají na nové životní příležitosti i povinnosti a rozvíjejí svoje schopnosti v oblasti péče o domácnost, orientaci v prostředí a zejména přijetí větší odpovědnosti za svůj život. Jsou v rámci transformace tedy maximálně podpořeni k rozvoji svojí osobnosti i individuální odpovědnosti a to samozřejmě v rozsahu odpovídajícím míře jejich handicapu.

Jednotlivé cíle individuálního plánování jsou na základně nových okolností revidovány a poskytovaná péče se opět přizpůsobuje individuálním potřebám jednotlivých uživatelů.

## Význam individuálního plánování

Uživatelům sociálních služeb plánování přináší

- posílení autority – uživatel dostává možnost aktivně se podílet na procesu a s ohledem na svoje schopnosti tento proces řídit;
- větší bezpečí – uživatel ví, na čem se domluvil s poskytovatelem, jak a kdy bude služba probíhat a toto je podloženo i v písemné podobě;
- posílení kompetencí – uživatel se stává spoluodpovědným za průběh poskytované služby na základě dohodnutých osobních cílů;
- posílení komunikačních schopností – uživatel rozvíjí svoji schopnost formulovat svoje přání, touhy a potřeby; (tato oblast zahrnuje i alternativní způsoby komunikace včetně nonverbální);
- posílení znalost svých práv – uživatel ví, na co má nárok;
- posílení reflexe svých povinností – uživatel aktivně přijímá odpovědnost za svůj život;

Oblasti pozitivně hodnocené pracovníky sociální služby jsou zejména:

- posílení jistoty v oblasti spolupráce s uživatelem – pracovníci vědí, na čem se s uživatelem domluvili, mají obranu proti požadavkům, které nejsou zahrnuty v plánu;
- systematická spolupráce - všichni zaměstnanci postupují shodným způsobem v souladu s Individuálním plánem, aniž by každý nový (nebo zastupující) zaměstnanec teprve zjišťoval u uživatele, jakým způsobem chce služby poskytovat;
- předávání informací o uživateli – zaměstnanci mají k dispozici kvalitní nástroj předávání informací o uživateli;
- prevence zneužívání služby ze strany uživatele – pracovníci na základě kontraktu v rámci individuálního plánování poskytují ty služby, které uživatel reálně potřebuje a nikoli ty, které si dokáže zajistit sám;
- zvýšení bezpečnosti v oblasti poskytování služby – systematické plánování a vyhodnocování rizik vede k posílení bezpečnostních opatření v rámci rizikových situací a pracovníkovi dává k dispozici vhodně nastavený návod, jak postupovat v případě rizikové situace;
- prohloubení znalosti o potřebách klientů – pracovníkům je umožněno blíže se seznámit s potřebami jednotlivých klientů a systematicky s nimi pracovat;

Pro poskytovatele je možné definovat přínos plánování zejména v oblastech:

- stanovení podmínek poskytování a kapacity služby – poskytovatel na základě vyhodnocení reálných potřeb uživatelů je schopen objektivně říci, kolik personálu potřebuje a jaké podmínky je pro uživatele nutné zajistit;
- kontrola – Individuální plánování může být využito jako funkční kontrolní mechanismus k efektivnímu využívání služby a pracovní doby;

- prevence rizik – poskytovatel má vyhodnoceny rizikové situace, které mohou vzniknout v rámci poskytování sociální služby, a systematicky s nimi pracuje;
- proces transformace - poskytovatel je na základě podrobných údajů schopen optimálně naplánovat cílový provoz sociální služby;

Jako nevýhodu řada zaměstnanců a poskytovatelů hodnotí zvýšenou administrativní zátěž. Je pravdou, že v případě, že sociální služba nevedla žádnou dokumentaci o klientech a práci s nimi, vzniká v případě implementace individuálního plánování nutnost vedení určité administrativy v písemné podobě (nehovoříme nyní o povinnosti vést dokumentaci z pohledu platné legislativy). Sociální služba opravdu reálně zaznamenává, co klient potřebuje a jak s ním pracuje. Je otázkou, zda právě proto, že sociální služba je veřejnou službou hrazenou z veřejných prostředků (bez ohledu na způsob distribuce) by neměla o svojí činnosti systematicky záznamy vést. V případě, že sociální služba zavede do svojí organizace funkční práci na Individuálních plánech uživatelů, a zaměří se na jejich strukturovanost a systematickosti, často se právě způsob administrace zpřehlední.

#### Osoby zapojené do procesu individuálního plánování

Základem individuální práce s uživatelem a to zejména v procesu deinstitucionalizace služby je komplexní spolupráce všech osob, které se v rámci poskytování služby danému člověku setkávají. Každá z osob přijímá určitou roli tak, aby celý proces plánování/poskytování služby zajistil uživateli co nejvhodnější cestu rozvoje jeho schopností a naplňování jeho života.

Pro proces plánování je možné ustanovit v rámci organizace tzv. „**plánovací týmy**“, kdy každý tým podporuje konkrétního uživatele. Ústřední postavou plánovacího týmu je samozřejmě uživatel a hlavním koordinátorem procesu ze strany poskytování služby je klíčový pracovník.

**Uživatel služby** je v rámci procesu plánování nositelem ústřední role. To on sděluje svá přání a touhy, dává poznat své potřeby a zároveň spolu s poskytovatelem pracuje na cílech, které si určí. Nelze hovořit o plánování služby bez přítomnosti a aktivního zapojení uživatele a bez akceptace jeho rozhodnutí, protože právě rolí sociální služby je utváření světa klienta tak, jak by si přál, bez ohledu na handicap.

Na počátku plánování v procesu deinstitucionalizace je vhodné položit klientovi otázky:

- Jak chci žít?
- Kde chci žít?
- S kým chci žít?
- Co k tomu potřebuji?
- Kdo mi pomůže?
- Co pro to musím udělat já?

kteřé se stanou nedílnou součástí plánování konečné služby v transformačním procesu.

**Klíčový pracovník**<sup>117</sup> je osoba, která komplexně koordinuje proces plánování spolu s uživatelem a zejména v procesu deinstitucionalizace také dohlíží, aby byly zajištěny komplexní potřeby klienta v období přípravy, stěhování i adaptace. Tento zaměstnanec přijímá zásadní roli plánování i poskytování služby. Domlouvá se spolu s uživatelem, se kterým plánují a organizují společné schůzky, napomáhá formulovat jednotlivé osobní cíle, napomáhá zapojení dalších účastníků do procesu plánování a hlídá naplňování jednotlivých osobních cílů. Při funkčním procesu plánování se fakticky stává průvodcem klienta na jeho životní cestě.

Je plně na poskytovateli služby, koho ze svých zaměstnanců touto rolí pověří, ale v praxi se osvědčuje několik faktorů výběru, které je vhodné sledovat.

Na prvním místě je důležitý zejména pozitivní osobní vztah mezi uživatelem a pracovníkem (toto platí pro služby sociální péče). Osobní blízkost a sympatie umožňuje bližší spolupráci na životních tématech, které jsou mnohdy velice osobní, a usnadňuje cestu naplňování jednotlivých cílů. Osobní antipatie a to jak ze strany klienta, tak ze strany pracovníka může být faktorem blokujícím jak spolupráci, tak fakticky naplňování osobních cílů. Je proto vhodné umožnit klientovi, si (v rámci nabídnutých možností) zvolil klíčového pracovníka. Ten by měl ovšem mít možnost klienta, k němuž pociťuje antipatii odmítnout. Vhodným mechanismem je využití zkušebního období při nastavování spolupráce, kdy si klient s pracovníkem ověří, zda jsou kompatibilní tým.

Druhým zásadním faktorem je to blízkost kontaktu mezi klientem a pracovníkem. V rámci deinstitucionalizačního procesu je vhodné, aby klíčovým pracovníkem byl v rámci celého procesu zaměstnanec, který s klientem tráví čas jak v původní instituci, tak bude pracovníkem v nově vzniklé domácnosti, kam se klient přestěhuje. Tento faktor sice na jedné straně omezuje možnost výběru jak ze strany pracovníka, tak ze strany klienta, ale umožňuje zachovat kontinuitu v rámci celého transformačního procesu.

Třetím faktorem je reálná schopnost pracovníka zajišťovat nejen poskytování služby, ale také vést srozumitelnou administrativu, týkající se plánovacího procesu a funkční komunikaci s dalšími aktéry procesu.

Pro nalezení nejvhodnějších pracovníků v rámci stávajícího personálu, který se bude klientovi věnovat, může poskytovateli napomoci základní vyhodnocení potřebných dovedností a osobnostních charakteristik, ve srovnání s podporou, kterou klient chce a potřebuje.

<sup>117</sup> Spolupráca a koordinovanie v individuálnom plánovaní závisí primárne od podporujúcej osoby, ktorú v legislatíve nazývame „klíčový pracovník“. V § 9, odseku 2 zákona 448/2008 Z. z. o sociálnych službách, v znení neskorších predpisov, sa zavádza nový pojem „klíčový pracovník“. Za klíčového pracovníka sa podľa tohto zákona považuje pracovník poskytovateľa sociálnej služby, ktorý koordinuje proces individuálneho plánovania s prijímateľom sociálnej služby. Klíčový pracovník sprevádza a podporuje prijímateľa sociálnej služby tak, aby sa v čo najväčšej miere naplnili ciele individuálneho plánovania.



Obrázok 4. Hledání nejvhodnějších pracovníků

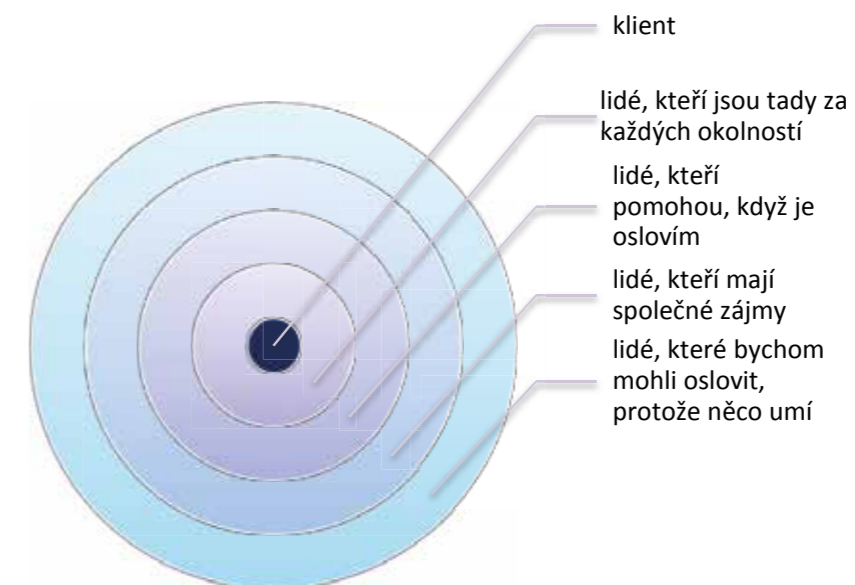
V rámci procesu deinstitucionalizaci i při kvalitním poskytování sociální služby je nezbytné vědět, které další osoby jsou pro klienta důležité, ke kterým má důvěru a které jsou mu blízké bez ohledu na vzdálenost, která je dělí, nebo roli či pracovní pozici. Tyto osoby posilují jeho bezpečí, mohou mít vliv na jeho jednání a rozhodování a zároveň mohou posílit pozitivní změny v jeho životě. Žádný člověk není osamělý ostrov a bez ohledu na míru potřebné podpory každý člověk potřebuje jiné lidi k tomu, aby se mohl rozvíjet a růst. Pro naplnění potřeby blízkosti nemůže člověku dostávat sebekvalitněji poskytovaná sociální služba či institucí vybraní spolubydlíci. Je proto nesmírně důležité v rámci procesu plánování služby zmapovat osoby, které jsou uživateli blízké a v případě, že s tím uživatel souhlasí, je do procesu plánování zapojit.

Vhodným nástrojem, který se může stát součástí Individuálního plánu je tzv. **Kruh vztahů**<sup>118</sup>. Tento nástroj systematicky mapuje, kdo je důležitý pro klienta a identifikuje, koho je vhodné do procesu plánování zapojit. Důraz dává i tomu, s kým klient prožívá důležité okamžiky ve svém životě (slaví svátky, prožívá koníčky, apod.). Diskuse spolu s klientem nad tímto kruhem umožňuje rozpoznat, kde je vztahy klienta vhodné posílit či například hledat nové. Blízké vztahy je možné hledat zejména mezi rodinou, přáteli, placenou podporou i jinými důležitými lidmi, kterými může být např. kněz, prodavačka v obchodě, dobrovolníci i další lidé.



Obrázok 5. Kruh vztahů

118 Dle kol.: *Chci se zapojit o rozhodování o svém životě: Naslouchej mi!*. Brussels, Inclusion Europe 2014. Více informací také na <http://www.kvalitavpraxi.cz/>



Obrázok 6. Kruh vztahů – model 2.

V kruhu je možné zohlednit i relativní blízkost či vzdálenost jednotlivých osob, případně jejich vazbu na proces plánování.

Pro praktické využití v rámci plánovacích schůzek spolu s klientem lze využít například fotografií těchto osob, či jejich obrázků, které například klient nakreslí.

Při hledání důležitých osob v životě klienta se v rámci transformačního procesu v ČR osvědčily otázky, jako například tyto<sup>119</sup>:

- Kdo je součástí života člověka?
- Kdo život člověka opustil, ale stále může něco důležitého sdělit?
- Je rodina zapojena do života člověka? Kde jsou členové rodiny v kruhu vztahů?
- Kteří lidé kolem člověka mají radost z trávení společného času s ním?
- Kdo z personálu člověka zná a stará se o něj?
- Koho dalšího je třeba do realizace plánu zapojit, nebo kdo by se rád zapojil?
- Kdo ví, co je pro člověka důležité, aby byl šťastný?
- Kdo ví, co je potřeba pro to, aby člověk byl zdravý a v bezpečí?

V rámci transformačního procesu by mělo být cílem i nalézt a posílit mezilidské vztahy klienta. Život ve velkokapacitním ústavu často izoloval klienty služby od okolního světa. Prakticky jedinými lidmi, se kterými se klienti setkávali, byli placení zaměstnanci organizace nebo spolubydlíci, které si člověk ovšem sám nevybral (a často k nim nemusel cítit ani žádné pozitivní vazby). Právě

119 Dle průvodce transformace str 59

návrat do přirozeného prostředí by měl posílit normální mezilidské vztahy. Při zjištěných osobních vazbách v rámci organizace by měl k nim poskytovatel výrazně přihlížet a umožnit klientům např. vybrat si spolubydlící v novém bytě, vybrat si pracovníky, kteří mu budou poskytovat službu, nebo případně hledat nové lidi, se kterými může klient navázat blízký vztah.

*V rámci dobré praxe transformačního procesu v České republice poskytovatel ve venkovské oblasti oslovil okolní dobrovolné spolky (dobrovolní hasiči, rybáři, včelaři, zahrádkáři a další) a zájemce o danou oblast ze strany klientů podpořil v zapojení. Klienti začali docházet na aktivity pořádané volnočasovými kluby a navázaly blízké vztahy a aktivně prožívat komunitní život.*

Zapojení **rodin** v transformačním procesu bývá mnohdy obtížné. Mnohaletý život ve velkokapacitních institucích příliš často znesnadnil či zpřetrhal kontakt mezi klientem a jeho původní rodinou to i přes to, že původní rodina zůstala pro klienta důležitá. V procesu deinstitutionalizace je vhodné zmapovat trvající rodinné vazby klientů a maximálně podpořit jejich rozvoj v rámci naplňování osobních cílů.

*V rámci transformačního procesu v České republice dva transformující se poskytovatelé z různých krajů zjistili, že mezi jejich klienty jsou sourozenci, kteří od sebe byli odtrženi. Klienti byli podpořeni v navázání vztahu (četné návštěvy, korespondence) a v průběhu transformačního procesu jim bylo nabídnuto přestěhování do společné domácnosti.*

*V transformačním procesu v České republice je vždy zjišťováno původní bydliště klientů a místo, kde má klient svoji rodinu. V případě, že je to možné a že má klient o to zájem, je danému klientovi umožněno přestěhování se blíže k rodině (např. vznik nové domácnosti, vyhledání alternativní poskytované služby s malou kapacitou apod.).*

#### „Cyklus plánování komunitních sociálních služeb“

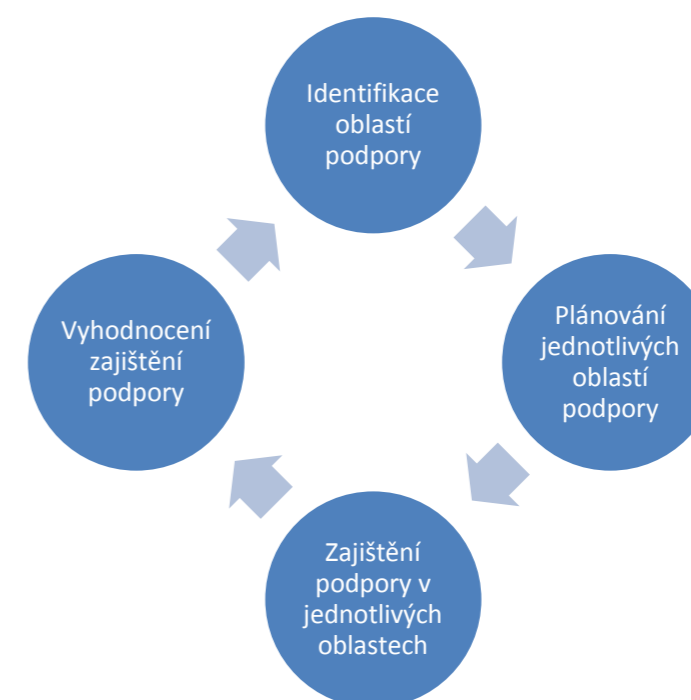
Plánování služby /či plánování zapojení do procesu deinstitutionalizace spolu s uživatelem je kontinuální proces vycházející ze standardního strategického plánování vybraných cílů, zaměřujících se na jednotlivé životní oblasti uživatele sociální služby.

Klientům sociální služby pomáhá zapojení do tohoto procesu vyhodnotit a sdělit, co chtějí a potřebují a pracovníkům nástroj umožňuje definovat, co mají v konkrétním čase dělat.

Proces plánování v sobě zahrnuje komplex jednotlivých činností na realizaci potřeb a rozvoj schopností uživatele. Těmi jsou zejména:

- Zjišťování reálných potřeb uživatele;
- Mapování osobních snů a přání uživatele;

- Plánování osobních cílů a cesty k nim;
- Identifikování a vyhodnocování rizik;
- Poskytování péče v rozsahu, který uživatel reálně potřebuje;
- Poskytování podpory v rozsahu definovaném na základě osobních cílů uživatele;
- Vyhodnocení jednotlivých oblastí;



Obrázok 7. Proces plánování podpory

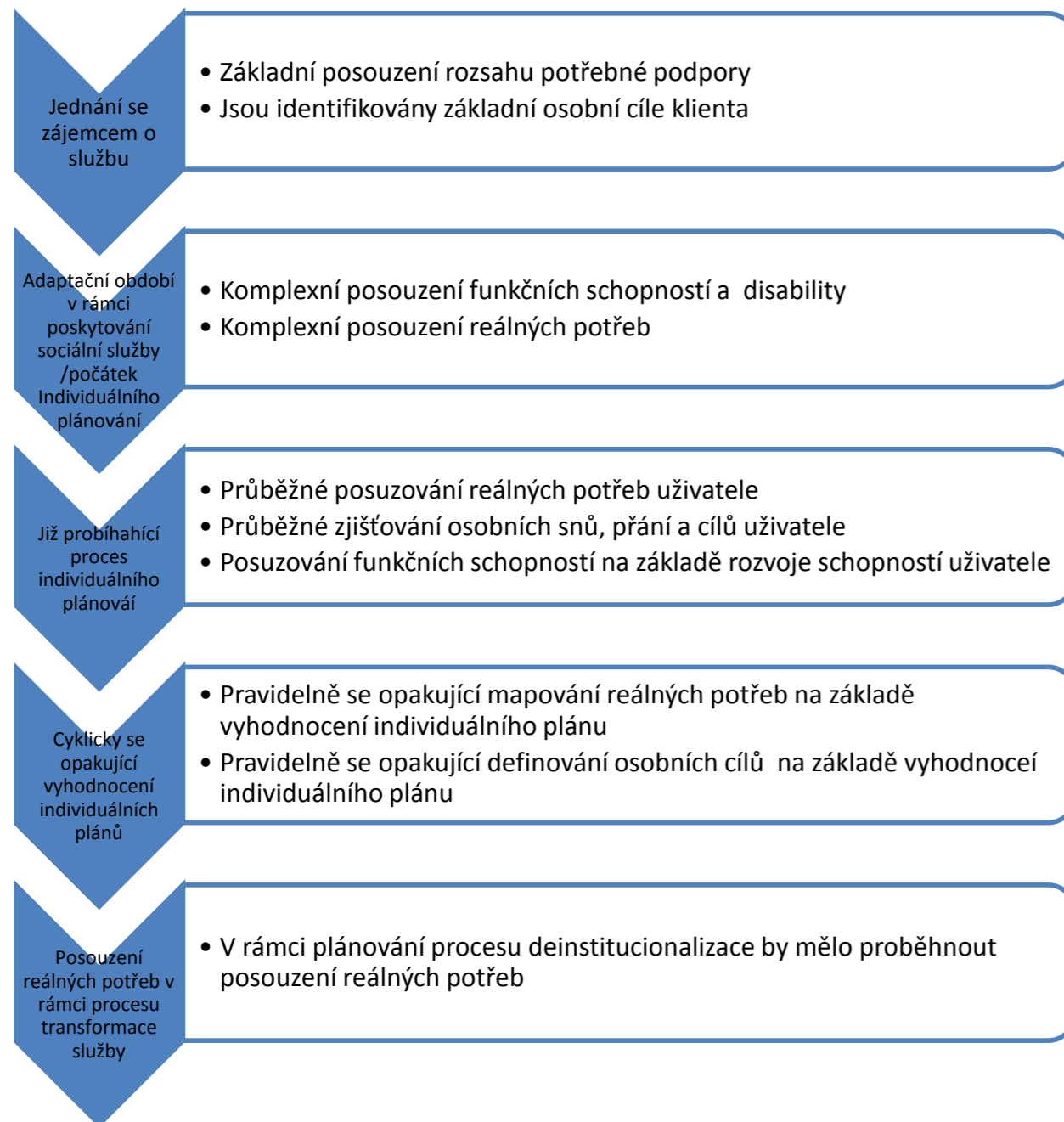
Jako základní fáze procesu individuálního plánování můžeme definovat

1. Identifikace oblastí podpory;
2. Plánování jednotlivých oblastí podpory;
3. Zajištění podpory v jednotlivých oblastech - realizace naplňování osobních cílů;
4. Vyhodnocení;

#### Identifikace oblastí podpory

V této fázi se poskytovatel věnuje vymezení, v jakých oblastech má uživatel zájem nebo potřebuje prostřednictvím sociální služby pomoci. Zaměřuje se na jednotlivé osobní cíle klienta, jejichž naplňování bude naplánováno v další fázi.

Vždy je nutné ze strany poskytovatele vyhodnocovat, zda jsou cíle uživatele v souladu s posláním a cíli sociální služby a zda je tedy jednotlivé činnosti poskytovatel schopen zajistit.



Obrázok 8. Identifikace oblastí podpory

Identifikace oblastí podpory probíhá v několika různých fázích poskytování sociální služby, a i když je fakticky neustálým opakujícím se procesem, je možné definovat rozdíly mezi jednotlivými fázemi.

Pro potřeby sociální služby je vždy nutné na počátku plánování definovat míru nezbytné podpory.

K základnímu posouzení nezbytné míry podpory by měl poskytovatel přistoupit již při jednání se zájemcem o službu z důvodu zjištění souladu podpory potřebné ze strany uživatele a podpory nabízené ze strany sociální služby .

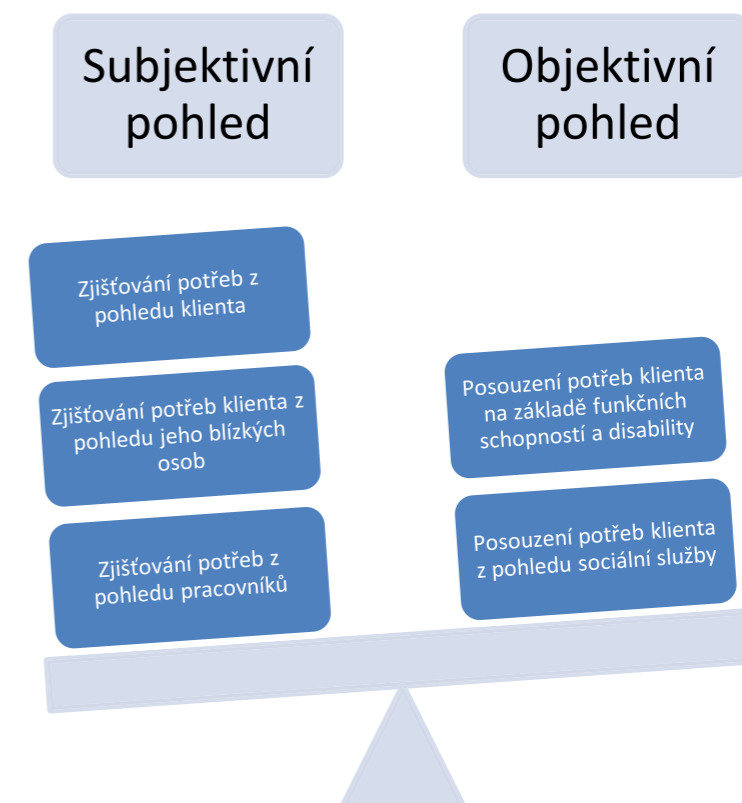
*Sociální služba, která se specializuje na podporu osob s vysokou mírou podpory a obtížemi v komunikaci po vyhodnocení základní míry podpory nepřijme aktivního a plně mobilního zájemce s nízkou mírou podpory a závislostí na návykových látkách, protože k poskytování na jeho potřeby péče není vhodně uzpůsobena.*

Základní výstup zjišťování míry nezbytné podpory může být součástí záznamu z jednání se zájemcem o službu.

Osobní cíl a rozsah reálných potřeb je možné také zahrnout do smlouvy o poskytování sociální služby.

Informace o zahrnutí zjišťování nezbytné míry podpory a definování osobních cílů do procesu jednání se zájemcem o službu může být zahrnuty v metodice organizace – transformačním pláne, která se věnuje příslušné oblasti poskytování sociální služby.

V období adaptace klienta na novou sociální službu nebo při zavádění /revizi procesu individuálního plánování v organizaci je vhodné přistoupit ke komplexnímu posouzení potřeb a reálných schopností klienta, na jejichž základě budou identifikovány oblasti podpory uživatele.



Obrázok 9. Subjektivní a objektivní pohled identifikace podpory

K identifikaci oblastí podpory je vždy nutné přistupovat z několika úhlů pohledu.

Na prvním místě je nutné posouzení objektivních skutečností (*např. klient je krátkozraký - má 7 dioptrií*), které je možné definovat bez vlivu subjektivní interpretace ze strany uživatele, jeho blízkých osob nebo pracovníků.

Následně je nutné se jednotlivým oblastem věnovat na základě toho, co je důležité pro člověka z jeho vlastního pohledu (*např. klient nerad nosí brýle, protože ho tlačí na nose*) a přihlédnout k tomu, jak danou oblast vidí pracovníci či další osoby (*např. klient nemá zájem nosit brýle, ale bez nich se obtížně orientuje v prostoru, klient si stěžuje, že nevidí na televizi*).

Objektivní definice vychází ze zákonných důvodů poskytování sociální služby. Ty je možné interpretovat tak, že sociální služby zapojené do procesu transformace jsou poskytovány osobám ohroženým sociálním vyloučením z důvodu nepříznivé sociální situace vzniklé na základě zdravotního postižení (disability). Veřejná podpora je poskytována člověku v těch oblastech, které sám zajistit z důvodu reálného handicapu nedokáže a to za důsledného dodržování lidských práv.

Oblasti, které je člověk sám schopen si zajistit, není vhodné ze strany sociální služby zajišťovat, protože se tak výrazně zvyšuje závislost na sociální službě a prohlubuje sociální vyloučení jedince. (do jisté míry lze i konstatovat, že v tomto případě dochází ke zneužívání veřejné podpory)

Sociální služba by ovšem měla také vyhodnotit, kam je člověk schopen za její podpory svoje schopnosti rozvinout a v této oblasti schopnosti člověka prohlubovat tak, aby se snižovala míra jeho závislosti na sociální službě a naopak podporovala nezávislost člověka a jeho sociální začlenění.

Jako o klíčových pojmech objektivní podpory klienta z pohledu veřejné podpory můžeme hovořit o sociálním vyloučení a zdravotním postižení /disabilitě. O sociálním vyloučení hovoříme v situaci, kdy je osoba vyčleněna mimo běžný život společnosti a nemá možnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace. Disabilitu je z pohledu Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví WHO možné definovat jako „snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, které vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem setkává s bariérami prostředí“<sup>120</sup>. Obtíže vzniklé na základě disability či sociálního vyloučení musí sociální služba u každého klienta podrobně identifikovat proto, aby svoji činnost realizovala na objektivním základě. Vždy je nutné udržovat rovnováhu mezi identifikací funkčních schopností a pohledem klienta. Důraz na klientův názor a jím sdělované potřeby je základem naplňování práva člověka na sebeurčení a sociální služba si musí vždy plně uvědomovat, že je pouze nástrojem pro naplňování potřeb každého konkrétního člověka, který jejich službu využívá.

Jako nejvhodnější pro potřeby individuálního plánování se jeví vytvoření objektivního nástroje identifikace oblastí podpory / posuzování potřeb, který bude součástí individuálního plánu. Protože každá sociální služba je odlišná a specializuje se na různé cílové skupiny – je nutné vyhodnotit, které oblasti možné existence disability se jejich klientů mohou týkat. Daný nástroj by měl být vždy metodicky popsán v příslušném pracovním postupu týkajícím se individuálního plánování.

Existuje mnoho nástrojů zaměřených na oblasti podpory. Nelze říci, že některý z nich by byl ideální<sup>121</sup> či naopak naprosto nevhodný. Pro definici osobních cílů na základě reálných potřeb, ale sociální služba využije co nejpodrobněji rozpracované jednotlivé oblasti, ve kterých může vzniknout potřeba podpory ze strany uživatele.

*Nevhodně vydefinovaná oblast je např. „příprava stravy“, kdy není přesně jasné, co konkrétně uživatel v této oblasti dokáže, oproti „příprava jednoduchých jídel / příprava složitých jídel / nalití tekutiny do nádoby / příprava čaje či kávy / nandání stravy z hrnce na talíř /apod.“ . V tomto případě je pak možné přímo vyhodnotit jednotlivé aspekty dané činnosti na jejichž základě je klientovi následně poskytována podpora.*

Jako vhodný základ se jeví vytvoření dotazníku na základě příloh platné legislativy – například vymezení možných oblastí zákona č. 448/2008 Z. z. Přílohy č. 3 Spôsob posudzovania odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby pri jednotlivých činnostiach a Přílohy č. 4 Úkony sebaobsluhy, úkony starostlivosti o domácnost' a základné sociálne aktivity nebo ideálně vytvoření hodnotícího core setu na základě Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví<sup>122</sup> a to v oblastech Aktivit a participace a Faktory prostředí.

Mezi základní oblasti zjišťování reálných potřeb podle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví patří například:

- Učení se a aplikace znalostí (např. používat sluch k záměrnému vnímání sluchových podnětů jako poslouchání rozhlasu, hudby nebo četby)
- Všeobecné úkoly a požadavky (např. připravit, iniciovat a uspořádat čas a prostor pro četné úkoly)
- Komunikace (např. rozumět obsahu, který představují veřejné znaky a symboly, jako jsou například dopravní značky, varovné symboly, apod.)

<sup>121</sup> Poskytovatelé v ČR například pozitivně hodnotí „Plánování zaměřené na člověka“, kterým se v České republice dlouhodobě zabývá organizace QUIP a ze kterého vycházejí níže uvedené nástroje. – viz. <http://www.kvalitavpraxi.cz/dokumenty/planovani-zamerene-na-cloveka/nastroje-planovani/>

<sup>122</sup> Mezinárodní klasifikace funkčních schopností disability a zdraví je součástí souboru klasifikací Světové zdravotnické organizace a je určena pro měření zdravotního postižení na individuální i populační úrovni. Klasifikace je určena pro účely hodnocení stupně disability, posuzování zdravotní způsobilosti k práci (pokud je fyzická osoba disabilní), posuzování speciálních potřeb ve vzdělávání, předepisování a proplácení zdravotnických prostředků, pro účely zdravotních pojišťoven, pro zjišťování zdravotního stavu jako podkladu pro posouzení ve věcech dávek a služeb sociálního zabezpečení zaměstnanosti, pro posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu ve věcech sociálního zabezpečení a zaměstnanosti a pro statistické účely při hodnocení zdravotního stavu.



- Pohyblivost (např. sednout si a vstát a měnit pozici těla ze sedu do jiných pozic, jako vztyčení a lehnutí si)
- Život v domácnosti (např. uklízet po vaření, jako např. mytí nádobí a čistit stoly a podlahy okolo kuchyně a prostoru, kde se jí)
- Mezilidské jednání a vztahy (např. vytvářet a udržovat přátelské vztahy, které jsou charakterizovány vzájemnou úctou a společnými zájmy)
- Vzdělání (např. zapojit se do vzdělávacích programů)
- Zaměstnání (např. nalézt zaměstnání)
- Život komunitní, sociální a občanský (např. účastnit se koníčků jako sbírání známek, mincí apod.)
- Podpora a vztahy (např. prožívat neformální přátelský vztah)

Z jednotlivých oblastí, ve kterých lze vzniknout nutnost oblasti podpory, může poskytovatel vytvořit hodnotící dotazník (core set), který může vyhlížet například takto:

Možné oblasti disability	Žádná obtíž	Lehká obtíž	Středně těžká obtíž	Těžká obtíž	Úplná obtíž	Ne lze specifikovat	Neda se aplikovat	Bližší specifikace	Vazba na osobní cíle	Sociální služba zajišťuje	Rizika	Datum hodnocení / hodnotil	Datum plánované revize
Používání veřejné dopravy	-	-	-	x	-	-	-	Uživatel používá veřejné prostředky pouze s doprovodem. Má rád vlaky a nerad jezdí autobusem. S oblibou sedí na místě u okna	Uživatel se chce naučit dojíždět do centra denních služeb sám	Doprovod při využití veřejných dopravních prostředků, nácvik samostatného cestování (viz. individuální akční plán – cestování)	V případě samostatného cestování není jistota orientace v dopravě a jízdních řádech	24/2/2014 Nováková	24/8/2014
Oblékání	-	-	-	x	-	-	-	Uživatel je schopen si obléknout volné triko a tepláky. Obtíž činí zapínání, obouvání bot a volba oděvu odpovídající klimatickým podmínkám. Uživatel preferuje volné oblečení pestrých barev se vzory. Nemá rád roláky.	Uživatel má zájem naučit se zapínat bundu a obouvat boty.	Pomoc při oblékání v domluveném rozsahu (viz. individuální akční pláno – oblékání)	Uživatel může v chladném počasí (mrazech) volit letní oblečení -	25/2/2014 Nováková	24/8/2014

(návrh předkládá pouze vzorové oblasti – pro identifikaci jednotlivých oblastí doporučujeme podrobně vycházet z např. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví).

Mapování funkčních schopností a na nich navázaného reálného rozsahu podpory by mělo vždy probíhat v aktivní spolupráci mezi uživatelem a kvalifikovaným sociálním pracovníkem a se zaměstnanci, které jsou uživateli v rámci poskytování sociální služby nejbližší a nejlépe ho znají.

Při mapování funkčních schopností a oblastí podpory je vhodné vždy popsat detaily, které jsou z pohledu klienta v této oblasti důležité (např. paní Eliška má ráda oblečení červené barvy a nerada nosí sukně) a zároveň popsat rizika, která v této oblasti mohou vzniknout (např. Pan Mojmír se při zalévání kávy může opařit – má obtíže v úchyty rychlovarné konvice).

Identifikované oblasti podpory je vhodné podrobně rozpracovat v jednotlivých **Individuálních akčních plánech**, které se podrobně věnují i naplňování osobních snů a přání klienta.

Při identifikaci oblastí podpory je vždy nutné vycházet z toho, co si přeje člověk sám, jak chce žít, co mu je blízké, co jej motivuje či k čemu má naopak výhrady. Teprve pak se může formalizovaná služba opravdu přiblížit tomu, aby umožňovala svým klientům žít v maximálně možné míře tak, jak chtějí.

Mapování toho, co je pro člověka důležité a co by měli zohlednit naplňování osobních cílů, by mělo probíhat nikoli např. pouze formou vyplňování dotazníku, ale zejména v rámci tematických osobních setkání mezi klientem a jeho klíčovým pracovníkem a dále také v běžné praxi poskytování sociální služby.

Průběžná identifikace oblastí podpory z pohledu klienta je věcí, na kterou se při běžném provozu sociální služby často zapomíná. V praxi<sup>123</sup> se osvědčilo několik velice jednoduchých nástrojů, které může sociální služba využít.

Líbí se / má rád	Nelíbí se / nemá rád
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koláč s povidly</li> <li>• Ticho</li> <li>• Péče o květiny</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koláč s mákem</li> <li>• Otevřená okna</li> <li>• Kočky</li> </ul>

Obrázok 10. Líbí se – Nelíbí se.

123 Podrobnější na: <http://www.kvalitavpraxi.cz/dokumenty/planovani-zamerene-na-cloveka/>

V rámci běžného provozu služby je možné mít k dispozici např. list papíru, kdy pracovník spolu s klientem průběžně zaznamenávají, co se klientovi líbí a co nelíbí a co má rád a co nemá. Tento list pak bude podkladem při setkání mezi klientem a pracovníkem na setkání k plánování služby, kde se mohou zaznamenaným tématům podrobněji věnovat a budou mít jistotu, že témata nebudou v rámci provozu zapomenuta.

Témata jako radost klientů, jejich nespokojenost, pozitivní či negativní reakce mohou být součástí denního záznamu z provozu služby. V případě, že v denních záznamech z provozu služby je zařazena „povinná“ kolonka, umožňuje to z dlouhodobého pohledu možnost denní záznamy využít i pro tvorbu jednotlivých individuálních plánů klientů a nezapomínat důležité věci, které se udály mezi jednotlivými setkáními klienta s klíčovým pracovníkem nad individuálním plánem.

### Plánování a realizace oblasti podpory

Respektování pohledu člověka na vlastní život a možnost rozhodovat o něm je základní podmínkou důstojného lidského života. Plánování oblasti podpory musí vycházet jak z identifikace oblastí podpory, tak osobního názoru každého jednotlivého klienta na identifikovanou oblast. Na jejich základě budou definovány osobní cíle. Právo rozhodovat o vlastním životě se týká nejen lidí, kteří jsou schopni toto pregnantně formulovat, ale i lidí s nejvyšší mírou podpory s obtížemi v komunikaci. Poskytovatel je vždy povinen zohlednit komunikační schopnosti klienta a v této oblasti ho maximálně podpořit tak, aby mohl vyjádřit svůj názor a sdělovat, jak by chtěl žít a jakou péči a podporu by chtěl užívat.

Jako základ procesu individuálního plánování můžeme popsat průběžné setkávání uživatele služby spolu se zástupcem poskytovatele – jeho klíčovým pracovníkem, kdy spolu systematicky pracují na cílech, které si domluví a to způsobem, který odpovídá klientovým potřebám a možnostem poskytované služby.

Koordinátorem setkání bývá v praxi klíčový pracovník, případně sociální pracovník služby. Klient by se na organizaci setkání měl maximálně podílet a to například výběrem optimálního termínu a místa setkání, výběrem dalších osob, které by měl klient zájem do plánování zapojit či například výběrem či přípravou občerstvení.

**Setkání** by mělo probíhat pravidelně podle potřeby. Poskytovatel by vždy měl vycházet z reálné situace klienta. Nelze říci přesnou periodicitu, ale z praxe se jeví jako vhodné se setkávat minimálně jednou měsíčně a zároveň flexibilně reagovat na vzniklou potřebu.

Vždy je vhodné, aby k setkání docházelo v příjemném, přátelském **prostředí**, které si klient zvolí, v místě, kde je zajištěno soukromí k rozhovoru a to bez zásahu osob, které si klient u jednání nepřeje. Klient by se při tomto setkání měl cítit pohodlně a bezpečně. Naprosto nevhodné pro setkání jsou například různé lavičky na chodbách velkokapacitních institucí, mnohalůžkový pokoj klienta, na kterém je zrovna přítomen spolubydlící, neosobní kancelář apod. Ideální po procesu transformace služby je naopak například obývací pokoj domácnosti, jednolůžkový pokoj klienta,

nebo ve velkokapacitní instituci například společenská místnost, která je v tuto chvíli využívání pouze klientem a pracovníkem pro potřeby individuálního plánování. Pohodlí může zvýšit i zajištění drobného občerstvení.

Klíčový pracovník by při přípravě setkání měl zvážit, jak posílit roli uživatele během schůzky a jak posílit jeho roli v centru učiněných rozhodnutí. Základním nástrojem je partnerský přístup v rámci komunikace a ponechávání konečných rozhodnutí na klientovi. Ideálně by se cesty, nástroje i návody také měl klient snažit navrhnout sám – za podpory pracovníka.

Informace by měly být předkládány ve srozumitelné podobě. Pracovníci i další zapojené osoby mluví jednoduše, není používána profesní hantýrka a komunikace se maximálně přibližuje potřebám klienta. Cestu může usnadnit např. využití výtvarného workshopu - malování na flipchart, využívání fotografií apod. .

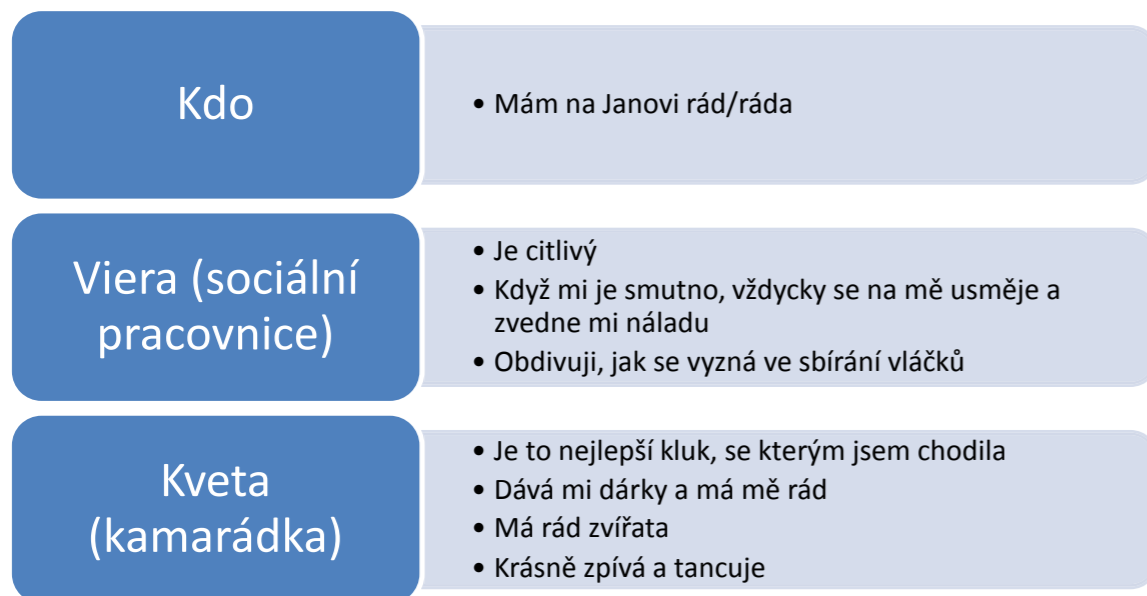
Výsledky jednotlivých setkání v kontextu procesu deinstitucionalizace by se vždy měly zaměřovat na zlepšení kvality života klienta, zvýšení jeho schopností a budování nezávislého života. Z jednotlivých setkání je vhodné provádět zápis, který se stane součástí složky individuálního plánování.

Základem setkání je dialog mezi klientem a pracovníkem a prioritní respektování názoru klienta na jednotlivé životní oblasti. K názorům dalších osob, jako např. rodiny či jiných blízkých osob klienta je možné přihlížet pouze v případech, kdy si klient tyto osoby vybral pro plánování svých osobních cílů, nebo v případě, že osoby poskytují nutnou podporu člověka v oblastech zdraví a právní způsobilosti.

Zde je nutnou podotknout, že individuální plánování není právní úkon, ale může se ve vybraných oblastech zaměřit na jednotlivé právní úkony. V tomto případě je vhodné do procesu plánování daného cíle aktivně zapojit opatrovníka.

Základními výstupy pravidelných setkání jsou definované osobní cíle klienta a na ně navazující individuální akční plány. **Individuální akční plány** definují jednotlivé kroky, jak oblasti konkrétního osobního cíle podpořit klienta.

Jako podklad pro vymezení jednotlivých osobních cílů a na ně zaměřených individuálních akčních plánů je vhodné přijmout jak výše uvedenou identifikaci oblastí podpory (dotazník, mapování toho co klient má rád či na a co se mu líbí či nikoli, denní záznamy ze služby) tak další nástroje, které poskytovatel na setkání může využít.

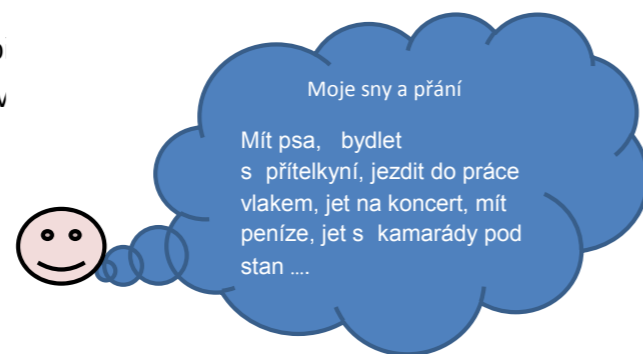


Obrázok 11. Vlastní zdroje klienta

V procesu deinstitutionalizace je klíčové zmapovat nejen potřeby, ale také **vlastní zdroje klienta**, kterými jsou zejména dary a nadání, které člověk má. Zjištění jeho osobního potenciálu posiluje jak jeho vědomí vlastních předností, tak lze i prakticky využít při sdílení jeho zájmů, motivování k rozvoji, budování jeho role v domácnosti, denních programech i v komunitě. Zjišťování silných stránek klienta také pozitivně vyvažuje „odbornou administrativu“, kterou sociální služba nutně vede a profesionalizaci vztahu ze strany pracovníků kdy vyvažuje stigmata, která využívání sociální služby přináší.

Pro zjišťování silných stránek je možné využít například v rámci jednoho individuálního akčního plánu systematické dotazování mezi pracovníky, rodinou, spolubydlíci, přáteli a dalšími lidmi, které člověk zná, nebo například využít tematického setkání (výtvarného workshopu) spolu s uživatelem, kdy jsou tyto silné stránky zaznamenány.

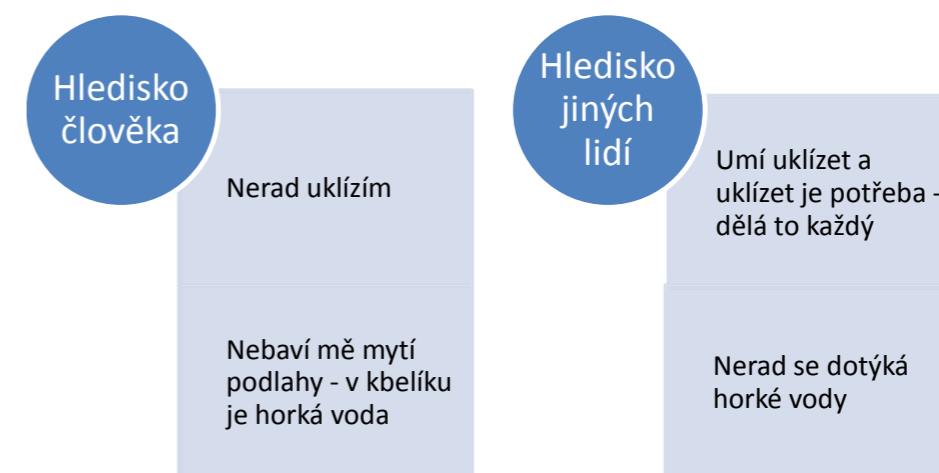
Posílit roli klienta v rámci plánování služby je možné i systematickým mapováním snů a p klienta. Vhodné je, vyjádřené sny a touhy prav zapisovat a zaměřit na dané téma například výtvarný workshop. Definované sny a přání budou následně zohledněny v jednotlivých akčních plánech klienta.



Obrázok 12. – Moje sny a přání

Nástrojem, který je pro podporu sociálního začlenění a zejména pro posílení osobní role klienta je také **třídění toho, co je pro člověka důležité**.

Klientovi tento nástroj napomáhá rozpoznat, co je subjektivní pohled na vybrané věci, rozpoznává hlediska různých lidí a hledá oblasti, které je v životě potřeba se naučit. Tuto techniku je možné využít u aktivit /osobních cílů klienta, které jsou pro poskytování a transformaci sociální služby důležité, ale klient např. tyto aktivity nevyhledává.



Obrázok 13. Hledisko člověka – Hledisko jiných lidí

*Pan Jan žil 6 let v velkokapacitní instituci spolu s dalšími 84 klienty s nižší mírou podpory. Organizace využívala pro úklid společných koupelen i toalet služby uklízečky. Žádný z klientů neměl povinnost podílet se na úklidu. Po přestěhování do běžného bytu v přirozené zástavbě spolu s 2 spolubydlíci a vyhodnocení reálných schopností pana Jana se ukázalo, že pan Jan je schopen se s odpovídající podporou naučit a následně pravidelně realizovat úklid koupelny i toalety. Pracovníci sociální služby pomohli panu Janovi se naučit odpovídající činnosti. Pan Jan ovšem tyto činnosti nemá rád a raději se dívá na televizi.*

Z pohledu klienta (pana Jana) se v tomto případě nechce podílet na úklidu. Z pohledu poskytovatele sociální služby klient (pan Jan) tuto činnost dokáže a oblasti podpory, ve kterých potřebuje, z důvodu handicapu podporu jiné osoby, se týkají jiných částí jeho života. Z pohledu transformace je cílem poskytování služeb pouze v tom rozsahu, aby sociální služba podporovala klienta v těch oblastech, které nedokáže, aby jinak žil životem vrstevníků v běžném prostředí.

*Poskytovatel tedy vyhodnotil, že vrstevníci pana Jana v běžném prostředí nemají k dispozici uklízečku a úklid koupelny a toalety zajišťují sami. Pan Jan tuto činnost dokáže. Není tedy rolí sociální služby uklízet koupelnu a toaletu, ale pouze pozitivně motivovat pana Jana v uvědomění si, že uklízet si doma je běžné a je i přirozené, že se do toho lidem nemusí chtít.*

Individualizace podpory a důsledné sociální začlenění uživatele je nemožné bez vystoupení z rámce samotného poskytovatele a vždy je nutné využívat veřejné služby, využívat podpory místní komunity i neformálních pečovatелů.

Z pohledu procesu deinstitucionalizace je při definování osobních cílů vždy nutné na potřeby klienta pohlížet z pohledu způsobu života vrstevníků v odpovídajícím sociokulturním prostředí.

Vždy je vhodné vyhledávat osobní cíle z pohledu dvou časových období. Na prvním místě je nutné říci, co dokáže a co chce klient teď a tady v přítomném čase, ale zároveň je nutné snažit se profesionálně odhadnout, kam je klient schopen posunout svoje schopnosti v průběhu delšího časového období. V tomto případě, je vždy nutné počítat s tím, že pracovníci svoje klienty spíše podceňují. Zkušenosti z transformačního procesu v České republice ukázaly, že potenciál, který lidé mají, nemůže utlumit ani dlouhodobý pobyt ve velkokapacitní instituci.

Z pohledu administrativy individuálního plánování, která se týká naplňování jednotlivých osobních cílů se v rámci transformačního procesu v ČR ukázalo jako praktické mít vytvořen jednotný formulář a jednotlivé individuální akční plány rozpracovávat zvlášť.

**Tabulka 7. Vzor možného akčního plánu pro dosažení osobního cíle**

Osobní cíl		Pan Jan si přeje naučit se vařit kávu v kuchyňce organizace			
Kdo odpovídá za plnění cíle		Klíčová pracovníce Helena a pan Jan			
Jednotlivé kroky	Kdo pomůže	Co je potřeba	Termín	Druh rizika	Míra rizika
				Prevence rizika	
				Řešení rizika	
Seznámení s postupem přípravy kávy	Klíčová pracovníce Helena	Káva, konvice, hrnek, ležička	24./2.	-	
Vytvoření postupu vaření kávy	Klíčová pracovníce Helena	Sešit, obrázky z letáků, fixy	24./2.		
Seznámení s kuchyňkou a vybavením;	Klíčová pracovníce Helena	Kuchyňka a vybavení	24./2.		
Ukázka užití kuchyňky a vybavení	Klíčová pracovníce Helena	Kuchyňka a vybavení	24./2.		
Výběr kávy (mléko, cukr)	Klíčová pracovníce Helena	Káva	24./2.	Výběr nedobré kávy	nízké riziko
				Prevence	Ochutnání několika druhů kávy
				Řešení	-
Nácvik vložení kávy do hrnečku (z kuchyňského vybavení)	Klíčová pracovníce Helena, další pracovníci při každé službě	Káva, hrnek	24./2.	Rozbití hrnku	nízké riziko
				Prevence	Podrobný nácvik, výběr vhodného hrnečku
				Řešení	Úklid střepeů
Ukázka použití rychlovarné konvice	Klíčová pracovníce Helena	Konvice, voda, káva, hrnek	24./2.		
Nácvik použití rychlovarné konvice – zalití kávy	Klíčová pracovníce Helena, další pracovníci při každé službě	Konvice, voda, káva, hrnek	Březen	Opaření	střední riziko
				Prevence	Podrobná ukázka, nácvik užití a nalévání se studenou vodou
				Řešení	Vložení místa pod studenou vodu, vyhledání lékaře
Pravidelná příprava kávy za přítomnosti pracovníka	Klíčová pracovníce Helena, další pracovníci při každé službě	Konvice, voda, káva, hrnek	Duben	Opaření	střední riziko
				Prevence	Podrobná ukázka, nácvik užití a nalévání se studenou vodou
				Řešení	Vložení místa pod studenou vodu, vyhledání lékaře
Pravidelná příprava kávy – bez podpory	Klíčová pracovníce Helena, další pracovníci při každé službě	Konvice, voda, káva, hrnek	Květen	Opaření	střední riziko
				Prevence	Podrobná ukázka, nácvik užití a nalévání se studenou vodou
				Řešení	Vložení místa pod studenou vodu, vyhledání lékaře

Další částí formuláře individuálního akčního plánu může být záznamový arch, kde klíčový pracovník spolu s uživatelem zaznamenávají jednotlivé aktivity, které v rámci plánování realizovali.

Důležitou součástí je i vyhodnocení, jak naplnění individuálního akčního plánu proběhlo, ve kterém by bylo vhodné zaznamenat

- výsledek individuálního akčního plánu;
- co se osvědčilo;
- co se neosvědčilo;
- rizika, která se skutečně stala;
- vývoj do případného dalšího individuálního akčního plánu (např. klient se nejprve učí vařit čaj a kávu, následně přejde k jednoduchým jídlům apod. );
- vliv transformačního procesu na konkrétní aktivitu;

Po stanovení postupu v rámci individuálního akčního plánu poskytovatel přistupuje k samotné realizaci plánu.

Vždy je nezbytné detailně poučit uživatele o jednotlivých krocích i činnostech a to takovým způsobem, aby tomu rozuměl. Jako vhodné se ukazuje využít možnost nácviku jednotlivých činností v cvičném i reálném prostředí a vytváření návodů srozumitelných a dostupných uživateli.

*Pan Josef si vždy před cestou na nákup připraví seznam věcí, které chce koupit. Tento seznam vytváří formou vystříhaných obrázků daných potravin z letáků nalepených na papír. Díky tomuto seznamu bez obtíží chodí rád sám nakupovat jak pro sebe, tak pro spolubydlící v rámci domácnosti.*

Nezbytné je také vhodně poučit všechny osoby, které se na naplňování konkrétního individuálního akčního plánu budou podílet. Proškolení je nutné jak zaměstnance, tak osoby, které pracovníky organizace nejsou, ale plánování se jich týká. Právě využívání běžně dostupných zdrojů /osob z přirozené komunity je ideálním cestou, jak klienty začlenit do komunity.

*Paní Helena dojíždí do zaměstnání mezi dvěma malými obcemi. Vždy měla vždy při dojíždění do zaměstnání obavy, zda správně vystoupí z autobusu. Spolu s klíčovou pracovnící se rozhodli požádat o spolupráci řidiče pravidelné autobusové linky. Pan řidič byl velmi vstřícný, nyní již paní Heleně vždy drží místo v přední části autobusu a upozorní ji kdy vystoupit. Paní Helena oceňuje, že si s ní pan řidič vždy i hezky popovídá.*

Průběh naplňování jednotlivých individuálních akčních plánů je vhodné pravidelně zaznamenávat a seznamovat s průběhem všechny relevantní členy plánovacího týmu.

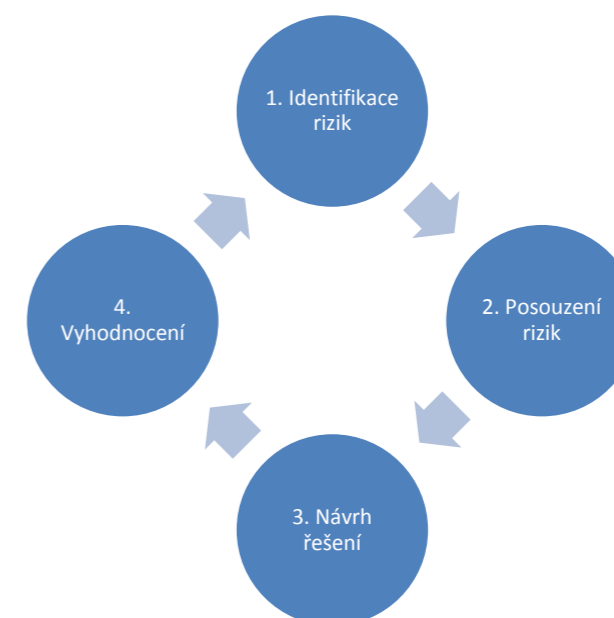
## Práce s rizikem procesu individuálního plánování

Součástí systematického plánování služby spolu s uživatelem musí nutně být i komplex činností zaměřených na práci s rizikem. Riziko je přirozenou součástí lidského života každého člověka a v mnoha případech se stává podnětem k osobnostnímu růstu, budování sebevědomí či zvýšení orientace ve světě a každá člověk má právo na přiměřené riziko.

Lidé s mentálním a kombinovaným postižením, do jejichž života právě transformace sociálních služeb vstupuje, patří mezi jedny z nejvíce ohrožených skupin obyvatelstva. Z důvodu handicapu i mnohaletého vyloučení v rámci velkokapacitní instituce mohou mít obtíže správně rozeznat a vyhodnotit možné riziko. To v historii vedlo právě k tomu, že jim často bez ohledu na základní lidská práva, byl upírán volný pohyb, možnost rozvinout své schopnosti či rozhodovat o běžném lidském životě. Oblasti práce s rizikem je nutné dát důraz zejména v transformačním procesu, kdy se uživatelé služeb setkávají s novými životními výzvami a příležitostmi, začínají se pohybovat v prostoru, který jim nemusí být vlastní, a zapojují se do přirozené komunity.

### Při procesu transformace

se rozvíjí možnost uplatnit vlastní vůli v životě klienta a pracovníci hledají cesty, jak eliminovat či alespoň zmenšit rizika, která nový život klientů v běžné komunitě přináší. Zavedení systematického plánování rizik do oblasti individuálního plánování pomáhá pracovníkům prokázat, že nezanedbali péči a naopak ve spolupráci s každým klientem vhodně nastavili míru náležitého dohledu a přiměřené opatrnosti, která je za běžných podmínek dostatečná k zajištění bezpečí uživatele. Relevantní písemné zaznamenávání práce s rizikem je i podkladem v případě vzniklé nehody, protože vždy se zkoumá, zda poskytovatel riziko mohl předvídat a postupoval podle přesně dohodnutých pravidel – v případě, že se toto stalo a pracovník nezanedbal nic podle písemného kontraktu, je nutné počítat s tím, že riziko je přirozené.



Obrázok 14. Proces práce s rizikem

Základními kroky při práci s rizikem je:

1. Identifikace rizik – u každého uživatele je nutné rozpoznat, v jakých oblastech může vzniknout riziko. Vhodné je vycházet z jednotlivých oblastí podpory, identifikovaných v rámci posuzování potřeb a individuálních akčních plánů. Praktickým nástrojem může být i workshop /den zaměřený na rizika, kdy klíčový pracovník spolu s klientem procházejí všedním i volným dnem a dívají se spolu na jednotlivé činnosti a životní oblasti, se kterými se klient setkává a které mohou způsobit rizikovou situaci.

*Paní Eva pracuje v rámci podporovaného zaměstnávání v běžné firmě, kde se věnuje kompletaci jízdních brašen. Dochází na obědy do firemní jídelny. Při dni mapování rizika pracovník spolu s paní Evou zjistili, že je pro ni velice obtížné přenést táč s obědem (2 talíře, miska, sklenice a příbory) a stává se jí, že jí táč upadne, nebo se jídlo vylije.*

2. Posouzení rizik – poskytovatel vyhodnotí míru četnosti i závažnosti rizika. Jinak poskytovatel musí postupovat v případě, že riziko může být sice čtené, ale neohrožuje výrazně klienta, ale naopak může být identifikováno riziko, kdy pravděpodobnost je nízká, ale klient může být ohrožen na zdraví nebo na životě.

*Klíčový pracovník paní Evy zjistil, že četnost nehod s táčem s jídlem je velká. Jak paní Eva, tak ostatní zaměstnanci firmy uváděli, že se toto stává prakticky obden. Protože vydávané jídlo je pouze vlažné a nikoli horké, nehrozilo riziko opaření, ale již několikrát si paní Eva znečistila šaty a jednou se pořezala o rozbitou sklenici. – **zde můžeme konstatovat, že četnost rizika je velmi vysoká, ale míra ohrožení je střední (došlo i k pořezání klientky rozbitou sklenicí)***

*V rámci procesu transformace v ČR byl zaznamenán případ, kdy sociální služba byla poskytována v naprosto nevhodném prostředí – v areálu starého zámku napadeného dřevokazným hmyzem. Jednoho dne se propadl strop na klienta ležícího v posteli. Klient přežil, zařízení se muselo během jednoho dne evakuovat – úplně opustit. – **Zde můžeme říci, že pravděpodobnost je nízká (z pohledu procesu deinstytucionalizace i vyšší, protože vysoké procento velkokapacitních služeb je poskytováno v naprosto nevhodných podmínkách), ale míra rizika vysoká (dochází k ohrožení na životě).***

3. Návrh řešení rizikové situace – pracovník spolu s uživatelem u identifikované rizikové situace hledá nástroje, jak situaci předcházet a zároveň stanoví postup (včetně kompetencí a odpovědností konkrétních osob) jak situaci řešit

*Klíčový pracovník spolu s paní Evou našli možný postup pro řešení dané situace. Paní Eva chtěla posilovat svoji samostatnost, a nepřála si, aby jí někdo táč odnesl. Při nácviku situace klíčový pracovník s paní Evou zjistili, že je pro ni výrazně snadnější nést pouze hlavní jídlo a zákusek a nepřenášet najednou polévku a pití. Ve spolupráci s kolegy paní Evy a pracovníky jídelny navrhli tento postup. V případě, že půjde na oběd se svými blízkými kolegy, může je požádat, zda by část talířů (polévku a pití) v plné jídelně pomohli nést a paní Eva ponese jen hlavní jídlo a zákusek nebo po domluvě s pracovníky jídelny odnese vždy pouze táč s hlavním jídlem a zákusem a dojde si zvlášť pro polévku a zvlášť pro pití. Tento postup byl zapsán do Plánu rizikové situace.*

4. Vyhodnocení – poskytovatel vždy po určitém (předem definovaném období vyhodnocuje, jak se rizikový plán osvědčil, případně zda riziko stále trvá, nebo nevznikají jiná rizika. Na základě tohoto zjištění je plán rizika buď přehodnocen, vyřazen nebo ponechán jak je. Vždy je plánování rizik nutné brát jako cyklický proces.

*Při vyhodnocení plánu rizik po měsíci paní Eva i klíčový pracovník mohli konstatovat, že došlo k výraznému zlepšení. V praxi paní Evě mnohem lépe vyhovovala verze, kdy si sama odnesla talíř polévky a nápoj zvlášť, protože nechtěla zůstat závislá na svých kolezích a chtěla být samostatná stejně jako oni. Plán rizik zde byl přepracován a situace dále sledována.*

#### Komunikace s klientem s obtížemi v této oblasti

Plánování služby i jednotlivých aktivit rozvoje je vždy nutné ve spolupráci s klientem. Základním kamenem je pro to komunikace, která pomáhá zaměřit se na vyjádření cílů a potřeb ze strany klienta. Komunikace je nezbytná ve všech fázích i oblastech poskytování sociální služby a mnohdy se poskytovatel stává i tlumočnickem svého klienta, jemuž přibližuje běžný svět.

Někteří klienti mohou mít z důvodu svého handicapu obtíže v komunikaci a používají jiné způsoby dorozumívání, než verbální nebo ustálené mimoslovní (např. znakový jazyk). Mohou vyjadřovat svoje emoce i názory prostřednictvím zvuků, gest, doteků, očního kontaktu, mimiky, či využívat podpůrné prostředky jako například znaky, symboly, obrázky, fotografie, počítač či další pomůcky.

Pro klienty, s nimiž komunikace nemá svoji ustálenou formu je vhodné v rámci plánování vybudovat společnou cestu porozumění. Napomoci tomu mohou **komunikační tabulky**, které napomáhají poskytovateli vytvořit a ujednotit způsob dorozumívání s člověkem s obtížemi v komunikaci. Přeložené nástroje přinesla do transformačního procesu v České republice organizace Quip.

Komunikační tabulky mohou vhodně napomoci vytvoření jednotnému způsobu komunikace se všemi pracovníky a také odhalit specifika komunikace každého jednotlivého člověka. Poskytovateli mohou přinést také revizi toho, jak jeho zaměstnanci s daným klientem pracují.

V první fázi nastavování komunikace se osvědčila komunikační tabulka „**Učíme se rozumět**“.

Co se děje	Uživatel dělá	Myslíme si, že to znamená	Myslíme si, že máme udělat
<ul style="list-style-type: none"> <li>• když přijde do místnosti cizí člověk</li> <li>• když přijde do místnosti někdo, koho zná a má ráda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• otočí se na lůžku ke zdi a schová pod peřinu</li> <li>• opře se o lůžko, směje se a natahuje ruku</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• má strach, stydí se</li> <li>• má radost, chce se člověka dotknout</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ideálně člověka odvést nebo jí v klidu vysvětlit a seznámit s ním</li> <li>• přijít k ní a pohladit ji, promluvit na ni</li> </ul>

Obrázok 15. Základná komunikačná tabuľka

Je vhodné, aby tuto tabulku začali vyplňovat všichni pracovníci (a další lidé, kteří jsou s klientem v osobním kontaktu). Na prvním místě je nutné pozorovat specifické projevy klienta (pohyb, zvuk, užívání věcí) a k tomu popsat, v jaké situaci se daný projev stal. Následuje vyhodnocení, co si daný pracovník myslí, že by mohla daná výpověď klienta znamenat a případně, jak je na ni vhodné reagovat.

Pokud se tým shodne na stejných reakcích na shodné podněty, je možné vytvořit pro potřeby klienta „**slovník**“, který je možné aktivně používat pro ustálení reakcí personálu na potřeby klientů a pro systematickou podporu klientů v rámci kvalitního poskytování služby či proces transformace. Je vhodné, aby tento materiál byl dostupný (např. na viditelném místě u lůžka imobilního uživatele a nikoli ve složce klienta), protože toto alespoň na počátku pomáhá pracovníkům z daného materiálu vycházet v běžném provozu.

Co se děje	Klient dělá	Klient říká	Děláme
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Přinášíme kočku na felinoterapii</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Směje se, mává</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Čiči</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podáme mu kočku</li> </ul>

Obrázok 16. Komunikačná tabuľka

Pro posílení porozumění ze strany klienta a posílení jeho komunikačních dovedností, je vhodné sjednotit komunikační způsob směrem od pracovníků ke klientovi. Toto usnadní vytvoření nástroje „**Porozumění nám**“, kdy zaměstnanci systematicky zaznamenávají způsob, jakým dávají klientovi vybrané věci najevo. Jsou to věci, na kterých je možné se v týmu shodnout a zároveň se osvědčily, že klientovi vyhovují.

Co chce pracovník uživateli říci	Co pracovník dělá	Co pracovník říká
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nemáte žízeň?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ukazuje na pohárek s tekutinou a naznačuje pití</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nechcete napít? ...</li> </ul>

Obrázok 17. Komunikačná tabuľka

Na závěr je nutné říci, že komunikační tabulky nejsou univerzálním řešením a v případě, že je sociální služba poskytována lidem s obtížemi v komunikaci, je vhodné zaměřit vzdělávání pracovníků na různé další druhy alternativní či augmentativní komunikace.

### Administrativa spojená s procesem individuálního plánování

Z pohledu platné legislativy je samozřejmě nutné, individuální plány jednotlivých uživatelů vést v písemné podobě<sup>124</sup> a mít zpracováno metodiku, jak je v sociální službě plánování zajištěno. V praxi se výrazně osvědčila jednotná forma, kdy poskytovatel již dopředu zvažil všechny oblasti, které je vhodné zaznamenávat. Přeložený nástroj by měl být přehledný a rozumět (nejen být seznámeni) by mu měli všichni pracovníci. V praxi se osvědčilo každý metodický nástroj dát pilotně ověřit různě škále pracovníků.

Individuální plánování se odráží ve větším počtu vnitřních předpisů i směrnic.

Základem pro administrativu individuálního plánování v rámci organizace je:

- Metodika individuálního plánování sociální služby – tento dokument je určen pracovníkům / případně i uživatelům sociálních služeb a popisuje, jak je v rámci organizace řízen, metodicky a provozně zajišťován a administrativně veden proces individuálního plánování. Materiál by měl být k dispozici na dostupných místech pro všechny pracovníky služeb tak, aby si kdykoli mohli osvěžit daný pracovní postup. Tento materiál by měl být zpracován v týmu osob, které se dané činnosti budou věnovat a nikoli pouze managementem organizace. Mnoha poskytovatelů v ČR pozitivně hodnotí mít pro vybrané oblasti (Individuální akční plán, plán rizik, komunikační tabulky, apod., ) předpřipravené jednotné formuláře.
- Složka uživatele – V praxi transformačního procesu v ČR se v mnoha sociálních službách osvědčilo, že každý klient sociální služby měl založenu složku (např. kroužkový šanon apod.), kde byly sumarizovány jednotlivé oblasti, kterým je vhodné se věnovat v rámci individuálního plánování. Těmi mohou být výše popsané nástroje i nástroje další:
  - Informační list - sumarizuje základní zjišťované údaje o uživateli (např. trvalé bydliště, kontaktní údaje, apod.)

124 V zmysle slovenskej legislatívy písomná alebo audiovizuálna forma individuálneho plánu.

- Komplexní posouzení potřeb uživatele
- Jednotlivé akční plány
- Zaznamenání průběhu poskytování služby
- Plány rizik
- Komunikační tabulky
- Třídění důležitého
- Má rád /nemá rád
- Mapování blízkých osob
- Další nástroje, které se poskytovateli osvědčily.

Zásadní pro složku uživatele je, aby to byl živý materiál dostupný pracovníkům, kteří se uživateli věnují. Zásadní je, aby přístup k materiálu měl i samotný uživatel.

Další dokumenty, ve kterých by se individuální plánování mělo odrážet, jsou:

- Smlouva o poskytování sociální služby – ta by měla odrážet základní osobní cíle klienta, ale je vhodné jako její přílohu označit individuální plánování.
- Vnitřní předpisy sociální služby – poskytovatel by vždy měl vyhodnotit, které vnitřní předpisy se vazby na plánování věnují – může jimi být např. vazba na nouzové a havarijní situace, pracovní postupy v rámci organizace a další.

#### Úkoly vyplývající z individuálního plánování v rámci procesu denstutucionalizace

Při vyhodnocování vztahu individuálního plánování na proces transformace sociálních služeb můžeme konstatovat, že kvalitní plánování mělo vliv na strategii ve čtyřech základních oblastech.

- Vliv na lokalitu – díky vyhodnocení, odkud uživatelé pocházejí, kde mají osobní vazby, kam chodí nebo by chtěli chodit do zaměstnání, které prostředí se jim líbí (vesnice /město) a do jakého regionu by chtěli v životě směřovat napomáhá vhodně zvolit místa v regionu, kam se bude sociální služba při rozpouštění velkokapacitního objektu stěhovat.
- Vliv na počet personálu – zjištění reálných potřeb klientů, jejich vyhodnocování a průběžné mapování a dále vyhodnocení, v jaké oblasti se mohou zlepšit pomáhá identifikovat rozsah činností, které personál musí v rámci sociální služby realizovat a to i včetně časových kapacit. Toto výrazně usnadňuje práci při plánování služeb v nově vznikajících domácnostech a denních programech.
- Vliv na osobní vazby – individuální plánování pomáhá posilovat v rámci transformačního procesu osobní vazby a to i vazby při přestěhování do nové lokality. Klíčové je systematické posilování neformální podpory ze strany osob mimo zaměstnanců poskytovatele.

- Vliv na metodologii práce – komplexní plánování, o kterém zaměstnanci sociální služby systematicky přemýšlejí, pomáhá funkčně nastavit samotné procesy v sociální službě. Hledání nových cest v rámci osobních cílů a práce s rizikem prohlubuje i schopnosti pracovníků v rámci poskytování sociální služby.

V rámci transformačního procesu je vhodné zaměřit proces individuálního plánování na přechod uživatelů do nového způsobu života a to včetně vyplývajících výzev a rizik. Je vhodné vymezit rozsah podpory týkající se přípravy klientů na samostatnější způsob života i na samotný přesun.

Témata diskutovaná na plánovacích setkáních by se měla zaměřit na obavy klientů z možného nového způsobu života, kdy se vhodně osvědčilo co nejbližší popsání (ideálně s návštěvou – ukázkou) života v běžné domácnosti, mapování toho, co je pro klienta důležité a co by si přál v novém způsobu života zachovat i plánování rizik.

Je vhodné při plánovacích setkáních hledat, kde nastávají v oblasti poskytování sociální služby obtíže, které je vhodné změnit. Zmapování těchto problematických situací a to jak z pohledu klienta, tak z pohledu personálu a dalších osob usnadňuje plánování řešení těchto situací v nových provozech (domácnostech i denních programech).

#### Plány účasti a zkušenosti

V individuálním plánování s osobami s vysokou mierou podpory sa často využívajú štruktúrované formy plánovania a špecifické prístupy. Plán účasti a zkušenosti (PUaS)<sup>125</sup> je jeden z prístupov individuálneho plánovania, ktorý zabezpečuje a rozvíja kvalitu a zmysel života pre dospelých ľudí s kombinovaným alebo ťažkým postihnutím v chránených bývaniach a komunitných službách. Cieľom týchto plánov je zabezpečiť čo najväčšiu dostupnosť zmysluplných a zaujímavých každodenných aktivít pre prijímateľov, a to aj v plánovaných a improvizovaných situáciách. Pre ľudí s kombinovaným alebo ťažkým postihnutím spočíva často vyjadrenie spokojnosti zo života v schopnosti a vôli blízkych osôb prispôbiť im situácie a aktivity tak, aby im poskytli primeranú podporu a pomoc, aby mohli byť od nich čo najviac nezávislí.

Na začiatku je veľmi dôležité povedať, že plány účasti a zkušenosti nemajú za cieľ komplexne nahradiť individuálny plán alebo iné typy plánov, ale majú skôr špecifikovať prístup v týchto plánoch v práci s ľuďmi s ťažkým a kombinovaným postihnutím. Zaoberajú sa konkrétnymi situáciami a sú zamerané na kvalitu interakcie medzi občanom so zdravotným postihnutím a podporným personálom. Cieľom týchto plánov je rozvíjať a zabezpečovať kvalitu dobrej praxe podpory, ktorá funguje v zariadeniach. Účel plánov môžeme vidieť z procesuálnej aj z produktívnej stránky. Procesuálna stránka má za úlohu vytvoriť taký plán, ktorý pomôže personálu pochopiť a spoznať potreby občana so zdravotným postihnutím a jeho spôsoby účasti v konkrétnych situáciách a aktivitách, a podporiť ich. Produkt, ktorý vznikne týmto plánovaním, je pomôcka, ktorá bude dobrá na diskusiu a hodnotenie dobrej praxe poskytovanej podpory a bude významným

<sup>125</sup> Slatta, 2011



materiálom pre rodiny, priateľov, pracovníkov a ich nadriadených. Plán účasti a skúsenosti je typ plánu, ktorý je primárne určený pre osoby s kombinovaným alebo ťažkým postihnutím a osoby s nízkou mierou komunikácie a ohraničenými možnosťami pre praktickú a samostatnú účasť v každodenných aktivitách.

Hlavným cieľom tohto typu plánu je zameranie sa na aktívnu účasť občanov so zdravotným postihnutím v rôznych situáciách, kde spolupracujú alebo dostávajú podporu od personálu. Pod aktívnou účasťou tu rozumieme všetky činnosti, vyjadrenia a správanie, ktorým občan so zdravotným postihnutím prispieva k aktivitám. Čiže za účasť môžeme napríklad považovať aj úsmev občana so zdravotným postihnutím, ktorý indikuje spokojnosť alebo očakávanie v rámci aktivity, zvuk, ktorý vyjadruje radosť alebo aj dotyk, alebo pohyb smerom k niečomu, čo si chce vybrať, alebo ho zaujíma.

Druhým cieľom plánovania je zameranie sa na potrebnú mieru pomoci, ktorú občan so zdravotným postihnutím potrebuje pre svoju aktívnu účasť v konkrétnych situáciách. Ide o hľadanie rôznych spôsobov podpory a prispôbenia prostredia a situácií tak, aby občan so zdravotným postihnutím nebol len pasívnym prvkom aktivít. Ak sa zameriavame na aktívnu účasť, eliminujeme riziká pasivizujúcich riešení a dávame možnosť zapojiť sa do situácií, ktoré sú pre občana so zdravotným postihnutím zaujímavé a naplňujú ho.

Príklady na ciele účasti:

- Ján nakloní hlavu dopredu k pracovníkovi a usmeje sa naňho.
- Ján ukáže znak – som hladný.
- Eva sa dotkne rukou vecí, ktorú chce mať.

Pozitívne skúsenosti (zážitky) sa často dotýkajú „veľkých“ vecí v živote, ako je napríklad cestovanie, dovolenky, ale aj to, čo prežívame, keď sme v interakcii s inými ľuďmi. Pre väčšinu z nás vznikajú pozitívne skúsenosti spolupatričnosťou s inými ľuďmi a vtedy prežívame radosť, spokojnosť, akceptáciu a rešpekt toho, akí sme. Naši najbližší majú v našich životoch veľmi dôležité miesto, a keď si pozeráme vlastný fotoalbum, vidíme fotky tých istých ľudí v priebehu rokov. Prečo to asi robíme? Možno preto, lebo sú to ľudia, s ktorými máme dobré vzťahy a znovu spoznávame situácie, ktoré boli a sú pre nás dôležité a ktoré si chceme uchovať. Pre ľudí s ťažkým a kombinovaným postihnutím sú skúsenosti zo spolupatričnosti veľmi dôležité. Na rozdiel od iných ľudí je často ich najbližšia sociálna sieť nestála a obmedzená. Personál, ktorý sa o nich stará, sa strieda podľa toho, kto má kedy službu, a to je príčinou, prečo je náročné vytvoriť si bezpečné a dlhodobé vzťahy. Veľmi dôležitým faktorom je citlivosť smerom k potrebám, spôsobom vyjadrovania sa a reakciám konkrétneho človeka. Keďže pozitívne prežívanie a skúsenosti sú veľmi subjektívne, je pre nás veľmi ťažké zistiť, čo konkrétny človek v danej situácii prežíva. Čo môžeme urobiť, je analyzovať a interpretovať spôsoby vyjadrovania sa občana so zdravotným postihnutím cez neverbálnu komunikáciu a jeho správanie. Inak povedané, môžeme vidieť, ako sa občan so zdravotným postihnutím správa v konkrétnej situácii a z toho môžeme reflektovať, ako danú situáciu prežíva.

Príklady cieľov skúseností (zážitkov)

- Eva je spokojná, keď jej masírujeme nohy.
- Ján má pocit spolurozhodovania, keď si môže vybrať medzi viacerými produktmi.

Dobré aktivity sú tie, ktoré zabezpečujú aktívnu účasť a zaujímavé skúsenosti. Ich kvalitu určujú dva faktory:

1. obsah aktivity, ktorý musí byť prispôsobený záujmom, potrebám, vedomostiam, schopnostiam, zručnostiam a chápaniu občana so zdravotným postihnutím,
2. schopnosť personálu poskytnúť dostatočnú podporu pre občana so zdravotným postihnutím počas realizácie aktivity.

Efektívna práca s plánom účasti a skúsenosti spočíva vo vytvorení lepšieho každodenného života občanov so zdravotným postihnutím. Cieľom je zmena a zameranie sa na to, čo funguje dobre a nie na to, čo nefunguje. Zameriavame sa na aktivity a situácie, ktoré sú zaujímavé a majú nízke riziko nespokojnosti a odporu. Proces tvorby plánu účasti a skúsenosti vychádza z potreby vytvorenia rôznorodého a zaujímavého obsahu každodenných aktivít a dobrej praxe pre poskytovateľov služieb. Príprava musí prebiehať v rámci multidisciplinárnej a tímovej spolupráce, čím sa zabezpečí výmena skúseností, nápadov, ale aj obáv medzi občanom so zdravotným postihnutím a personálom. Tento proces vedie často k pozitívnemu vnímaniu výsledného produktu zo strany občana so zdravotným postihnutím, ale aj personálu, ktorý sa na jeho tvorbe podieľal. Pri tvorbe PUaS odporúčame využívať audiovizuálne prostriedky, ktoré sú výborné na zaznamenanie konkrétnych situácií a správanie sa občana so zdravotným postihnutím a personálu. Analýzou a spracovaním týchto dokumentov môžeme korigovať prístupy a metódy personálu a pripraviť efektívne plány.

Existuje viacero postupov tvorby plánu účasti a skúsenosti. Proces plánovania môže mať podobu intenzívneho pracovného seminára, kde sa stretnú kľúčové osoby, ktoré následne pracujú v skupinách. Práca v skupine môže začať napríklad opisom „bežného dňa alebo týždňa“ občana so zdravotným postihnutím, kde sa vyberú konkrétne situácie, ktoré sú pre občana so zdravotným postihnutím dôležité a ktoré vníma ako pozitívne a zaujímavé. Následne pracovníci v skupine prechádzajú každú konkrétnu situáciu občana so zdravotným postihnutím a spoločne opisujú jej priebeh na papier, prípadne prechádzajú videozáznamy. Výsledky skupinovej práce sa dodatočne spracujú na papier do formy plánu účasti a skúsenosti.

Ďalší možný postup vychádza z postupného budovania plánu. Každý pracovník, ktorý pracuje s občanom so zdravotným postihnutím, dostane možnosť vytvoriť časť plánu v rámci svojej práce s takýmto občanom. To znamená, že opíše svoj postup práce s občanom so zdravotným postihnutím a dá ho na spoločné hodnotenie ostatným pracovníkom. Tieto opisy od pracovníkov sa spoločne vyhodnotia a vytvorí sa jeden systematický plán, ktorý sa ešte „schváli“ v podpornej skupine občana so zdravotným postihnutím.

V rámci prípravy PUaS je na začiatku dôležité jasne, konkrétne a bez hodnotenia opísať správanie sa občana so zdravotným postihnutím a jeho životnú situáciu, potreby a záujmy. Tento opis by sa mal skladať minimálne z troch častí:

1. Dobrý deň/týždeň občana so zdravotným postihnutím – opísať dôležité aktivity a situácie v jeho každodennom živote a jeho možnosti zapojenia sa do nich.
2. Záujmy občana so zdravotným postihnutím.
3. Možnosti účasti občana so zdravotným postihnutím – opis, akým spôsobom sa občan so zdravotným postihnutím zapája do situácií – napríklad Ján sa zúčastňuje na situácii smiechom a vydávaním radostných zvukov. Eva sa zúčastňuje takmer na všetkých situáciách svojím pohľadom (sleduje osoby alebo veci, ktoré ju zaujímajú).

Vychádzajúc z týchto častí plánu sa pripravujú konkrétne opisy každodenných aktivít a situácií v jednoduchej a prehľadnej tabuľke, ktorá obsahuje opis formy prispôbenia situácie a potrebnej podpory a cieľ účasti a skúsenosti s opisom spôsobu jeho realizácie. Hodnotenie plánu účasti a skúsenosti je nevyhnutné a musí sa robiť pravidelne. Pravidelnosť hodnotenia je však okrem iného závislá od stability (ako často sa menia podmienky) života konkrétneho občana so zdravotným postihnutím. Blízke osoby v každodennom kontakte s občanom so zdravotným postihnutím zistia, kedy je potrebné aktualizovať plán. V rámci hodnotenia môžeme zistiť, že je potrebné plán rozšíriť, spresniť vo formuláciách alebo opisoch. Je dôležité, aby sa PUaS hodnotil minimálne raz do roka. Dobře vypracovaný plán môže skvalitniť a spevniť vzťahy medzi personálom a občanom so zdravotným postihnutím, zviditeľniť príklady dobrej praxe v konkrétnych situáciách. Zároveň môže pomôcť personálu v upevnení a uvedomení si potrieb občana so zdravotným postihnutím a pozitívnemu pohľadu na občana so zdravotným postihnutím a jeho možností a schopností v každodennom živote. PUaS je dobrý dokument na prezentáciu konkrétnej práce s občanom so zdravotným postihnutím a ilustruje opisy jednotlivých situácií, ktoré sú ľahko čitateľné.

## 3.2 Zmena z režimu sociálnych služieb riadených inštitúciou k nezávislému životu

### 3.2.1 Príprava prijímateľov sociálnych služieb na proces zmien

Jednou z najdôležitejších častí transformačného plánu je časť, ktorá sa venuje príprave prijímateľov sociálnych služieb a ich sociálnej siete na zásadnú zmenu ich života. Deinštitucionalizácia je cestou ku kvalitatívnej zmene individuálnych životov občanov so zdravotným postihnutím v zariadeniach vo všetkých dôležitých oblastiach. Pri plánovaní nových služieb musíme myslieť na to, že každý človek je jedinečný, má svoj životný príbeh, vlastnú osobnú históriu, identitu, individuálne potreby. Pri plánovaní nových služieb je nevyhnutné komunikovať s prijímateľmi služieb ako s partnermi. Podrobne poznať ich potreby, želania a nové služby plánovať tak, aby zodpovedali týmto potrebám. Možno už po prečítaní prvých riadkov niektorí zamestnanci sociálnych služieb začnú oponovať a tvrdiť, že s ľuďmi s vysokou mierou podpory, s tými, ktorí verbálne nedokážu prejavíť svoje potreby, nie je možné vytvoriť si partnerský vzťah. Ako s nimi komunikovať? Ako by mohli pomenovať svoje potreby, keď nedokážu verbalizovať ani len základné detské slovíčka? V oblasti prípravy prijímateľov sociálnych služieb na zmenu plánujeme aktivity, prostredníctvom ktorých posilníme prijímateľov sociálnych služieb v ich vedomostiach, schopnostiach a zručnostiach, tak aby boli sami schopní pomenovať a obhájiť svoje potreby a práva, ktoré im prináležia. Zároveň posilňujeme zručnosti a vedomosti zamestnancov v priamom kontakte s občanmi so zdravotným postihnutím, tak aby ovládali a vedeli pracovať s novými metódami a technikami práce, prostredníctvom ktorých je možné nadviazať partnerský vzťah a komunikáciu aj s ľuďmi s najvyššou mierou podpory.

Z pohľadu transformačného plánu sa oblasť prípravy prijímateľov sociálnych služieb a ich sociálnej siete zameriava na dve oblasti. Ako prvé je potrebné urobiť **komplexnú a multidisciplinárnu analýzu prijímateľov, ich potrieb, predstáv, snov**. Dôležitou súčasťou je hodnotenie miery potrebnej podpory. Cieľom je identifikovanie individuálnych potrieb a schopností všetkých prijímateľov sociálnych služieb v súčasnosti tak, aby po zrealizovaní plánu došlo k individualizácii sociálnych služieb. Dôkladná analýza je potrebná na jasné definovanie nových sociálnych služieb, ktoré vzniknú transformáciou zariadenia. Ďalším dôležitým krokom je **nastavenie princípov a pravidiel individuálneho plánovania nových služieb**, ale aj využívanie IP v každodennej práci s prijímateľmi už v procese prípravy a prechodu prijímateľov do nových služieb.

Ďalšia časť Plánu by mala obsahovať plán prípravy prijímateľov na zmenu, napríklad ako bude zabezpečený individuálny a skupinový prístup, rozsah a zameranie prípravy prijímateľov, individuálne plány zamerané na zmenu, plánovanie návštev podobných zariadení, sledovanie výstavby nových budov a účasť na plánovaní a nákupe vybavenia a zariadenia. Plán prípravy a vzdelávania prijímateľov, tak aby sa zabezpečil bezpečný prechod, vytvoril priestor na podporu

prirodzených partnerských vzťahov, podporili kompetencie prijímateľov v oblasti rozhodovania. Súčasťou plánovania všetkých aktivít by mal byť aj časový harmonogram s opisom, akým spôsobom sa budú vyhodnocovať jednotlivé kroky.

## Analýza

Pre potreby dobrého plánovania nových služieb je dôležité urobiť dôkladnú analýzu súčasného stavu. Na to, aby sme dobe naplánovali nové služby, musíme vedieť, akým prijímateľom sa v inštitúcii poskytujú služby. Musíme mať zanalyzovaný ich počet, zdravotný stav, vek, musíme vedieť, koľko máme v zariadení detí a koľko dospelých občanov so zdravotným postihnutím. Musíme vedieť, z akého prostredia prijímateľa do inštitúcie prišli, koľkí z nich majú podporu rodiny a priateľov mimo zariadenia. Aké sú ich zručnosti, vzdelanie, potreby. Všetky údaje, ktoré tvoria analytickú časť transformačného plánu, má pravdepodobne každé zariadenie spracované v iných interných dokumentoch alebo ich vedie v rôznych štatistikách. Preto je dobre využiť pri spracovaní tejto oblasti všetky dostupné informácie, ktoré sú k dispozícii. Pri analýze musíme dodržať princípy:

- komplexnosti a
- multidisciplinárnosti.

## Plánovanie potrieb, predstáv a snov prijímateľov

Pre ľudí, ktorí strávili dlhý čas v inštitúcii, bude v začiatkoch zavádzania zmien v organizácii aj rozhodovanie o základných každodenných veciach veľmi náročné. Po odchode z inštitucionálneho prostredia, v ktorom je pevne stanovený režim dňa a pravidiel, prostredia, v ktorom dominujú paternalistické vzťahy, kde personál rozhoduje aj o najzákladnejších veciach, napríklad o čase stravovania, odpočinku, o tom, kedy a v akom množstve sa pije káva, čo si človek ráno na seba oblečie a pod., môže byť na začiatku pre prijímateľa ťažké formulovať a vyjadriť svoje preferencie a samostatne sa rozhodovať. Dlhodobá izolácia od spoločnosti súčasne veľmi sťažuje schopnosť daného človeka predstaviť si život mimo zariadenia a rozpoznať, akú podporu by mohol potrebovať. Preto je veľmi dôležité v procese plánovania nových služieb pomáhať prijímateľom pomenovať ich potreby, vytvárať pre nich prístup k zrozumiteľným informáciám o pripravovaných zmenách, poskytovať im poradenstvo a podporu v oblasti pochopenia toho, čo znamená žiť nezávislým spôsobom života s podporou. V začiatkoch plánovania je podpora personálu veľmi dôležitá, v priebehu celého procesu plánovania životnej cesty je potrebné prehodnocovať aj mieru podpory zo strany zamestnancov. Prijímateľa s nižšou mierou podpory získajú zručnosť a kompetencie rozhodovať o svojom živote samostatne rýchlejšie ako prijímateľa s vyššou mierou podpory. Podpora zo strany personálu musí byť primeraná, čo znamená, že zamestnanec by mal v priebehu celého procesu plánovania reflektovať, či nedáva prijímateľovi málo alebo priveľa podpory aj v oblasti plánovania jeho budúcnosti. Pri práci s predstavami a snami prijímateľov, ktorí väčšinu života prežili izolovaní v inštitúcii, je v začiatkoch dôležité pracovať s vizualizáciou predstáv, kde sa dajú využiť rôzne techniky plánovania zameraného na človeka. Taktiež je vhodné

využiť podporu od ostatných ľudí so zdravotným postihnutím, ktorí už žijú samostatne (po tom, čo prešli inštitucionálnou starostlivosťou) a ktorí sa už vedia podeliť o svoje skúsenosti s tým, aké je to žiť nezávisle v komunite.



Obrázok 18. Záznam z vizualizácie predstáv a snov partnerskej dvojice v procese plánovania nových služieb v DSS Slatinka

## Preberanie kontroly nad svojim životom

Plánovanie nových služieb pre prijímateľov zahŕňa v sebe prijímanie dôležitých rozhodnutí o ich životoch. Ich aktívna účasť je nevyhnutnou súčasťou procesu deinštitucionalizácie, pretože len podporou ich aktívneho zapojenia je možné zabezpečiť to, aby prijímateľa mali kontrolu nad svojimi životmi. V prípade prijímateľov, ktorí sa nedokážu adekvátne rozhodovať, je potrebné zapojiť do plánovania ich rodičov, opatrovníkov či iné dôležité osoby.

Pri plánovaní aktivít na prípravu prijímateľov na zmenu je dôležité zadefinovať princípy, na základe ktorých bude príprava prijímateľov prebiehať. Najdôležitejšími princípmi sú:

- zabezpečenie individuálneho prístupu,
- pri intervencii vychádzať z prístupu zameraného na človeka.

„**Individuálny prístup** – každý človek má svoje silné a slabé stránky, záujem o inú oblasť života, chce sa realizovať v inej sfére. V spolupráci s príbuznými, priateľmi a blízkymi ľuďmi sa dajú zmapovať jeho potreby, záujmy a schopnosti a na tomto základe sa určuje cieľ, ktorý sa realizuje s podporou sociálnej služby. Vypracuje sa plán činností, podľa ktorého sa služba poskytuje, po určenom čase sa

stav vyhodnotí a určí sa nový cieľ. Proces sa dokumentuje a pravidelne vyhodnocuje. Je zrejmé, že aj napriek tomu, že ľudia sa svojimi potrebami podobajú alebo sú zaradovaní do jednej kategórie, môže riešenie ich životnej situácie prebiehať veľmi rozdielne. Individuálny prístup opisuje spôsob realizácie sociálnej služby pre jednotlivého človeka.<sup>126</sup>

V rámci spoločného európskeho usmernenia sú definované tieto **zásady individuálneho prístupu pri príprave prijímateľov v procese transformácie**.<sup>127</sup>

- Zapojenie prijímateľov a tam, kde je to vhodné, aj ich rodín, opatrovníkov alebo obhajcov do rozhodovania o ich budúcnosti a podporných službách.
- Zmysluplná účasť v priebehu celého procesu zo strany rodín či obhajcov (podľa potreby) vrátane zabezpečenia prístupu k zodpovedajúcej podpore.
- Holistický prístup, ktorý berie do úvahy celého človeka, nielen jeho postihnutie.
- Zváženie silných stránok a zdrojov jednotlivca, teda nielen jeho potrieb a ťažkostí, ktorým čelia.

**„Plánovanie zamerané na človeka (PCP – Person centred planning)** – Tento prístup vychádza zo základného predpokladu, že každý človek je najlepším odborníkom na svoj život a sám najlepšie rozumie svojim potrebám. Je to spôsob komunikácie, kde prijímateľ sociálnych služieb je hlavným aktérom procesu plánovania svojho života, sám si vyberá ľudí do podpornej skupiny, sám si stanovuje ciele. Sociálny pracovník proces facilituje, podporuje realizáciu plánu a je aktívny pri vyhľadávaní komunitných zdrojov. Tento prístup je založený na základných hodnotách rešpektu, dôstojnosti, sebaurčenia a vzájomného načúvania. Plánovanie zamerané na človeka podporuje.<sup>128</sup>

- Poznanie a pochopenie potrieb ľudí
- Poskytovanie primeranej podpory
- Umožnenie kontroly človeku nad vlastným životom
- Ochranu práv ľudí s postihnutím
- Príležitosti pre každého človeka byť užitočný pre svoju komunitu
- Prechod od izolácie k začleneniu
- Prechod od osamelosti k spoznaniu nových ľudí
- Prechod od neuznávania k rešpektu
- Prechod od bezmocnosti k možnosti výberu
- Prechod od nízkych očakávaní k skúsenosti byť niekým“

**Zapojenie neformálnych zdrojov podpory do plánovania – plánovanie práce so sociálnou sieťou**

Ak je to možné, pri plánovaní nových služieb a prípravy prijímateľov na zmenu je veľmi dôležité zapojiť do plánovania zmien aj ich rodičov, rodinných príslušníkov, opatrovníkov a iné osoby, ktoré sú v živote prijímateľov dôležité a nie sú v role personálu zariadenia. Pri dlhodobom umiestnení občana so zdravotným postihnutím v inštitúcii sa môže ľahko stať, že tento človek stratí všetky sociálne kontakty mimo inštitúcie a jeho sociálna sieť je tvorená len z jeho spolubývajúcich a zamestnancov zariadenia. V takomto prípade je potrebné plánovať aktivity na obnovenie prirodzených vzťahov prijímateľa s jeho rodičmi, súrodencami, príbuznými, na vytváranie nových neformálnych vzťahov mimo zariadenia s rovesníkmi, občanmi obce, dobrovoľníkmi a pod. Ak je to len trochu možné, je potrebné zapájať rodičov do plánovania nových služieb aj samotného individuálneho plánovania podpory pre prijímateľa. Ich podpora má nezastupiteľné miesto, či je to už v oblasti zvýšenia kvality života prijímateľa sociálnych služieb, ale aj v oblasti obhajoby práv ľudí so zdravotným postihnutím a inklúzie ľudí s mentálnym znevýhodnením do komunity, kde rodičia majú silné slovo ako obhajcovia práv svojich detí.

*Príklad: Metodika plánovania s pomocou podpornej skupiny pre prijímateľov sociálnych služieb v DSS Slatinka*

#### Metodika plánovania s pomocou podpornej skupiny

- 1) Občan so zdravotným postihnutím si pomocou kľúčového pracovníka vytvorí „terč vzťahov“, tzn., že v strede terča sa nachádza on a okolo neho sú ľudia, ktorí sú mu blízki, ktorí mu vedľa s niečím pomôcť, ktorí sú v jeho živote dôležití. Terč alebo kruh vzťahov sa odporúča spolu s občanom so zdravotným postihnutím vizualizovať, nakresliť si ho.
- 2) Občan so zdravotným postihnutím si pomocou kľúčového pracovníka vyberie 3 – 4 osoby, ktoré sú pre neho kľúčové – podporná skupina. Je veľkou výhodou, ak sú medzi týmito osobami aj ľudia mimo inštitúcie (neformálne zdroje – rodičia, súrodenci, priatelia, dobrovoľníci, kolegovia atď.).
- 3) Občan so zdravotným postihnutím pomocou kľúčového pracovníka zorganizuje stretnutie svojej podpornej skupiny (zavola ich, pošle im pozvánky, je vedený k tomu, aby bol pri príprave stretnutia aktívny, môže sa mu pomôcť pripraviť pohostenie a pod.).
- 4) Stretnutie podpornej skupiny facilituje kľúčový pracovník, snaží sa o to, aby bolo stretnutie ladené pozitívne, drží štruktúru stretnutia, podporuje ostatných členov v komunikácii a delení sa o pocity.
- 5) Cieľom stretnutia je pripraviť pre občana so zdravotným postihnutím plán jeho rozvoja, na ktorom bude participovať s pomocou ľudí, ktorí sú v jeho podpornej skupine.

126 Ďurana, R. – Holúbková, S.: Odvaha na nové sociálne služby. INESS, 2013, s. 6

127 Spoločné európske usmernenie pre prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť, Brusel, 2012, s. 125

128 Ďurana, R. – Holúbková, S.: Odvaha na nové sociálne služby. INESS, 2013, s. 6

- 6) Plán pozostáva z týchto hlavných častí:
  - Pozitívne charakteristiky občana so zdravotným postihnutím
  - Ciele
  - Kto, kedy, ako môže občanovi so zdravotným postihnutím pomôcť?
- 7) Je potrebné dávať si pozor na to, aby všetkému, o čom rozprávame, rozumel aj človek so špecifickými potrebami.
- 8) Na začiatku stretnutia každý člen podpornej skupiny povie, v čom je občan so zdravotným postihnutím dobrý, aké sú jeho pozitívne charakteristiky.
- 9) V ďalšej časti stretnutia sa spolu s občanom so zdravotným postihnutím hľadá to, v čom sa ešte potrebuje zlepšiť a na základe týchto informácií sa formulujú ciele ďalšej intervencie. Všetky ciele, ktoré sa vytýčia, musí akceptovať aj občan so zdravotným postihnutím, pretože len v ňom môžeme hľadať pozitívnu motiváciu na zmenu.
- 10) Všetky ciele sa nemusia naplniť, niekedy je dôležitejšie:
  - samotné plánovanie,
  - priblíženie sa k cieľu,
  - naša schopnosť vedieť ciele podľa potreby modifikovať.
- 11) Rozvoj osobnosti občana so zdravotným postihnutím vieme plánovať len cez neho. Prínosom podpornej skupiny je to, že sa vidí z viacerých uhlov pohľadu. Aj pre nás profesionálov je veľkou výhodou, ak budeme poznať viaceré pohľady naňho (náš pohľad nemusí byť objektívny), preto je dobré, ak sú členmi podpornej skupiny aj laici – priatelia, príbuzní, ľudia z komunity. Pri našej práci je veľmi dôležité používať aj „cudzí oči“, odosobniť sa.
- 12) Ak má občan so zdravotným postihnutím problém, s ktorým mu nevieme pomôcť cez našu osobnú skúsenosť, je dobré túto tému otvoriť pred viacerými ľuďmi, ktorí túto skúsenosť majú a vedia mu zážitok sprostredkovať cez seba.
- 13) Pri hľadaní nápadov, v čom by sa mal občan so zdravotným postihnutím zdokonaľiť, všetci členovia podpornej skupiny hovoria svoje nápady a potom sa z nich vyberajú ciele (to, čo sa bude učiť). Konkrétne ciele sa potom rozkroujú.
- 14) Členovia skupiny potom hovoria o tom, ako a v čom môžu pomôcť ( stále je lepšie, ak je práca na zvládnutí cieľa rozdelená medzi viacerých ľudí).
- 15) Pri každom celi sa na záver konkrétne zafinuje: KTO, KEDY a AKO sa bude podieľať.
- 16) Prínos metódy „podporných skupín“ je v tom, že nerozhodujú za občana so zdravotným postihnutím len profesionáli. Už len ten fakt, že si občan so zdravotným postihnutím sám pozýva členov podpornej skupiny, v ňom vyvoláva pocit, že o svojom živote rozhoduje sám a ostatní mu len pomáhajú.

## Metódy práce s prijímateľmi sociálnych služieb

Pri práci s ľuďmi so špecifickými potrebami sa využíva viacero špecifických metód, metódik a techník práce. Tu sa pozrieme len na niekoľko z nich, ktoré nám v procese prípravy prijímateľov sociálnych služieb pomôžu pri nadviazaní kontaktu, komunikácii, umožnia nám odovzdávať kontrolu nad životom do rúk občanov so zdravotným postihnutím, pomôžu im prijímať zodpovedné rozhodnutia a rozhodovať o svojej budúcnosti.

### Totálna komunikácia

Komunikácia s druhými ľuďmi je dôležitou súčasťou našich životov. Pod pojmom totálna komunikácia rozumieme prístup, prostredníctvom ktorého sa snažíme o nadviazanie rovnocennej komunikácie medzi ľuďmi s rozdielnym jazykovým vnímaním. „Použitie totálnej komunikácie je podmienené ochotou použiť všetky dostupné prostriedky s cieľom pochopiť a byť pochopený.“<sup>129</sup> Niektorí ľudia so špecifickými potrebami majú v komunikácii problémy. Môže ísť o problémy v porozumení, vnímaní, formulovaní myšlienok, predstáv a ich odkomunikovaní, verbalizácii navonok. Komunikácia a porozumenie každému z nás, aj ľuďom so špecifickými potrebami, uľahčuje život, umožňuje získať kontrolu nad našim prežívaním a tým, čo sa deje okolo nás. „Totálna komunikácia je komplexná komunikácia, ktorá v sebe zahŕňa široké spektrum spôsobov komunikácie: hovorenú reč, písanie, čítanie, spievanie, pohyby celého tela, mimiku, gestá a špecifické, tzv. augmentatívne a alternatívne spôsoby komunikácie. Augmentatívne spôsoby komunikácie majú podporovať už existujúce, ale pre bežné dorozumievanie nedostatočné komunikačné schopnosti. Alternatívna komunikácia sa používa ako náhrada verbálnej reči.“<sup>130</sup> Metódy alternatívnej a augmentatívnej komunikácie: pohľady do očí, mimika, gestá, gestikulácia, znakový jazyk, Makaton, predmety, fotografie, kreslenie, komunikačné záznamové tabuľky, Bliss, piktogramy atď.

### Preterapia

Preterapia je psychoterapeutická metóda zameraná na človeka. Jej zakladateľom je americký psychológ Garry Prouty. Pomocou nej je možné nadviazať kontakt aj s ľuďmi, o ktorých si myslíme, že sa s nimi žiadny kontakt nadviazať nedá. Touto metódou pracujeme s občanmi so zdravotným postihnutím s najvyššou mierou podpory, s takými, ktorí verbálne nekomunikujú a pri ktorých môžeme mať pocit, že na nás ani na iné vonkajšie podnety nereagujú. Východiskovým bodom PRETERAPIE je nadviazanie psychologického kontaktu. Celá metóda je založená na princípe zrkadlenia a reflektovania, čo znamená, že terapeut zrkadlí to, čo na občanovi so zdravotným postihnutím vníma – ide o opakovanie toho, čo takíto občania robia, aké zvuky vydávajú, čo hovoria. Pri PRETERAPII ide o to, aby sme občanovi so zdravotným postihnutím pomohli nadviazať

<sup>129</sup> Hanon, B., in: Kolektív autorov: Metodika pro účastníky vzdělávacího programu Individuální posudzování schopností a možností uživatelu, 2012, Praha, s. 48

<sup>130</sup> Kolektív autorov: Metodika pro účastníky vzdělávacího programu Individuální posudzování schopností a možností uživatelu, 2012, Praha, s. 48

kontakt s realitou. Veľký dôraz sa kladie na UKOTVOVACÍ PROCES, ktorý sa dosahuje rôznymi cvičeniami (dotykovými, pohybovými, sluchovými, zrakovými a nácvikom rovnováhy). Cvičenia môžu prebiehať na rôznych miestach, aj v prírode. Pri nácviku sa používajú rôzne pomôcky, napríklad paličky, vrecúška naplnené ryžou, kresliace potreby, hudobné nástroje, rastliny, hlina, piesok, kamene, reprodukcie umeleckých diel a pod. PRETERAPIA sa môže vykonávať ako krátke koncentračné cvičenie, ale môže ísť aj o terapiu prostredníctvom prechádzky v prírode. V rámci terapie sa menia témy, môžu sa spájať s aktuálnymi ročnými obdobiami. V PRETERAPII sa pracuje najmä s pozorovaním – POZORNOSŤOU. Dominantným prvkom terapie je POZOROVANIE SKUTOČNEJ REALITY. PRETERAPIA pomáha občanom so zdravotným postihnutím, aby nadviazali kontakt s realitou, emóciami a druhými ľuďmi. Nácvik vnímania poskytuje pevnú štruktúru a posilňuje kontaktné reflexie.

#### **Druhy kontaktných reflexií v preterapii:**

**SITUAČNÁ REFLEXIA** – pracovník sleduje aktuálnu situáciu občana so zdravotným postihnutím, prostredie, v ktorom sa nachádza a reflektuje jeho správanie.

**TVÁROVÁ REFLEXIA** – pracovník odčítava emócie občana so zdravotným postihnutím, číta ich z výrazu tváre a ponúka ich formulácie. Napríklad: „Vyzeráte nahnevane“, „Smejete sa“ a pod.

**TELOVÁ REFLEXIA** – pre niektorých občanov so zdravotným postihnutím je typická neprirodzená a strnulá pozícia tela. Občan so zdravotným postihnutím stráca kontakt so svojím telom, robí nekoordinované pohyby, chýbajú mu informácie o hraniciach jeho tela. Opisujeme činnosť, ktorú občan so zdravotným postihnutím robí, alebo robíme tie isté pohyby. Ak občan so zdravotným postihnutím vidí svoje pohyby u nás, môže im lepšie porozumieť. Ak opakujeme jeho pohyby, vníma porozumenie a našu snahu pochopiť význam jeho správania.

**SLOVNÁ REPRODUKTÍVNA REFLEXIA** – niektorí občania so zdravotným postihnutím nie sú schopní komunikovať zrozumiteľne, verbálne. Pri nezrozumiteľnom slove sa snažíme o výber vhodného slova (zvuku). Hľadáme súvislosti, opakujeme, čo sme počuli, aj keď to nedáva zmysel. Môžeme reflektovať zvuky, pomáha to nadviazať komunikačný kontakt. Tým, že sa snažíme o porozumenie, ponúkame občanovi so zdravotným postihnutím možnosť podeliť sa o jeho úzkosť, strach, emócie a vnášame do vzájomného dialógu kontakt so svetom prostredníctvom slov a zvukov. Občanovi so zdravotným postihnutím dávame správu, že aj keď mu nerozumieme, sme spolu s ním v jeho strachu, úzkosti, v jeho živote, aj keď je jeho myslenie nelogické a nepochopiteľné.<sup>131</sup>

#### **3.2.2 Príprava zamestnancov sociálnych služieb na proces**

Proces deinstitutionalizácie veľkokapacitného zariadenia sociálnej služby (ústavu) sebou nezbytné nese zmeny v životoch nejen užívateľov služby, ale také jejich pracovníků. Těm se při komplexní transformaci organizace mění v naprosté většině případů místo zaměstnání i metodologie práce.

Od počátečního rozhodnutí o zapojení do transformačního procesu po konečné přestěhování klientů a nastavení nového způsobu poskytování služeb může proběhnout až několik let aktivní práce všech zaměstnanců organizace, kdy je nutné nejen naplánovat konečný stav, připravit klienty, realizovat změnu, ale také připravit všechny zaměstnance na změnu a bezpečně pracovníky touto změnou provést.

K rozhodnutí transformovat velkokapacitní instituci nejčastěji dochází dvěma způsoby:

- Na základě rozhodnutí zřizovatele (politického rozhodnutí) – zde dochází k rozhodnutí o změně „zezhora“ a mezi zaměstnanci toto rozhodnutí na počátku často vyvolává velké obavy, protože změna se bude týkat změny jejich životního stylu a většinou nemají představu, co daná změna obnáší. Jejich motivace o zapojení bývá na počátku nižší a zaměstnance je nutné systematicky podpořit směrem k možné změně a maximálně je do transformačního procesu zapojit;
- Na základě silné motivace pracovníků organizace – v praxi České republiky i na Slovensku došlo k transformaci instituce také na základě skutečnosti, kdy sami pracovníci sociální služby při maximálním možném zajištění kvality péče narazili na limity, které jim velkokapacitní instituce přináší a rozhodli se pro cestu deinstitutionalizace sami. Obtížnější zde bylo prosazení dané změny v rozhodnutí zřizovatele, ale pro pracovníky organizace tato cesta byla snazší s ohledem na silnou motivaci ke změnám.

Bez ohledu na to, odkud pochází rozhodnutí o transformaci instituce je nutné v rámci stávající instituce, během procesu změny i v nově vznikající /transformované organizaci nastavit systém přípravy, vzdělávání a organizace zapojení pracovníků do deinstitutionalizačního procesu a systematicky se dané oblasti věnovat.

Již na počátku transformačního procesu je nutné si uvědomit, že deinstitutionalizace se netýká jenom životů lidí, kteří v zařízení sociálních služeb žijí, ale také lidí, kteří v nich pracují. Ústavy byly často ve venkovských regionech jedním z největších zaměstnavatelů v dané oblasti. Mnohdy v nich byli zaměstnané celé rodiny (a to i několik generací), které (i s ohledem na výši nezaměstnanosti v některých regionech) byly na velkokapacitní instituci ekonomicky závislé. Mobilita za zaměstnáním pracovníků byla nižší a informace o přestěhování některých provozů do nových lokalit (informace na počátku transformačního procesu v dané oblasti nebývají přesné), dávali za vznik obavám ze ztráty zaměstnání. Již na počátku transformačního procesu je nutné tedy eliminovat obavy a úzkosti pracovníků a snažit se odstranit nejistoty, které vznikají z neinformovanosti a naopak pracovníky aktivně zapojit do utváření transformačního procesu.

Na základě deinstitutionalizační praxe z České republiky si zde dovoluji říci, že základem kvalitní realizace procesu deinstitutionalizace je nikoli na prvním místě metodika, finance, vzdělání, profesionalita či odbornost, ale hlavně kreativita, odvaha, zápal a osobní angažovanost lidí, kteří byli postaveni před skutečnost, že se jejich organizace bude měnit.

131 Prouty, G.: Preterapie, Praha, 2005

## Transformační tým

Pro proces deinstitutionalizace organizace je nezbytné ustanovit funkční strukturu pracovníků, kteří se budou systematicky transformačnímu procesu věnovat. Tuto skupinu zaměstnanců můžeme nazvat „Transformačním týmem“.

Tato formalizovaná skupina spolupracuje na dosažení jednotného cíle, kterým je deinstitutionalizace organizace. Na rozdíl od hierarchického způsobu spolupráce (kdy procesy řídí pouze jeden nadřízený pracovník) se daná skupina lidí snaží společně hledat cesty vhodné k dosažení rozpuštění ústavu do služeb v přirozené komunitě. Týmová spolupráce je naprosto nezbytná, protože jedna osoba (ředitel velkokapacitní instituce) nemůže časově, odborně ani komunikačně obsáhnout všechny činnosti, které transformační proces obnáší.

Součástí týmu je ideálně:

- Vedoucí pracovník zařízení (např. ředitel organizace);
- Zástupce ředitele organizace;
- Vedoucí pracovníci všech úseků (např. sociální, výchovný, zdravotnický, provozní, stravovací, ekonomický apod.)
- Ekonom organizace;
- Zástupci pracovníků všech úseků;
- Zástupce zřizovatele;
- Sociální pracovník;
- Ergoterapeut;
- Psycholog;

Vybraní poskytovatelé sociálních služeb také pozitivně hodnotili jako člena transformačního týmu zástupce uživatelů.

Každý člen transformačního týmu by měl mít ustanovenu osobu, která ho bude zastupovat.

Z praxe je také pozitivně hodnoceno, když je členem týmu nezávislý odborník podporující proces transformace.

Transformační tým by měl být ustanoven ve formální podobě a stanovit si rámec pravidelných setkání. V rámci pravidelných setkání by se měl systematicky zaměřit na vytvoření komplexní strategie (transformačního plánu) deinstitutionalizace organizace a její realizaci. Zároveň by každý pracovník na setkání měl transparentně informovat ostatní členy týmu u průběhu realizovaných aktivit v jeho oblasti.

Každý vedoucí pracovník jednotlivých úseků by následně měl předat informace zaměstnancům, jež přímo řídí a to co nejrychleji a ve srozumitelné podobě. Dále by měl shromažďovat informace od řadových zaměstnanců o oblastech, které jsou pro potřebu transformace relevantní.

## Koordinátor procesu transformace

V rámci transformačního týmu je vhodné ustanovit roli koordinátora procesu transformace organizace. Tento pracovník se aktivně věnuje koordinaci / řízení transformačního procesu v úzké spolupráci s vedoucím pracovníkem organizace (zkušenosti ukázali, že ředitel organizace nemívá takovou kapacitu, jaká je potřebná a jeho spolupráce s koordinátorem umožňuje efektivně delegovat úkoly i získávat zpětnou vazbu nikoli roztříštěně, ale naopak systematicky).

Koordinátor

- svolává a organizuje setkání transformačního týmu;
- koordinuje úkoly vyplývající z transformačního procesu;
- zajišťuje komunikaci týkající se procesu deinstitutionalizace v rámci organizace a případně také i mimo organizaci (dle rozhodnutí vedení organizace);
- vstupuje do jednotlivých pracovních setkáních v rámci všech struktur organizace;
- aktivně zapojuje klienty do transformačního procesu;
- přináší nové metody poskytování sociální služby;
- věnuje se kvalitě organizace;

Je výhodné, když daný pracovník má vysokoškolské nebo vyšší odborné vzdělání v oblasti sociální práce (není to ale podmínkou a v mnoha případech se výborně osvědčili lidé s jiným vzděláním) a má zkušenosti nejen s poskytováním sociální ve velkokapacitním zařízení, ale alespoň základní znalost poskytování sociální služby v přirozené komunitě podle individuálních potřeb klienta.

Je efektivní, když je tento pracovník přímo podřízen vedoucímu pracovníkovi organizace.

Zásadní pro výběr tohoto pracovníka jsou osobnostní charakteristiky, protože praxe v ČR ukázala, že nejlepší výsledky měli kreativní, angažovaní a aktivní lidé s dobrými komunikačními schopnostmi, kteří proces deinstitutionalizace přijali za své osobní poslání.

## Informování pracovníků o transformačním procesu

Pro efektivní proces transformace organizace je nezbytné již od počátku (od prvních jednání o zapojení do deinstitutionalizace) aktivně a transparentně **informovat** všechny zaměstnance organizace.

Již na počátku zapojení do transformačního procesu je nutné přímo nazvat a popsat patologii, kterou vytváří velkokapacitní instituce tak, aby pracovníci porozuměli důvodu, proč musí dojít ke změně. Zároveň je ovšem nezbytné, aby tato patologie nebyla prezentována jako chyba zaměstnanců organizace. Většina lidí ke svému zaměstnání v ústavu přišla historicky a provoz a metodologie velkokapacitní instituce je naučilo pracovat tak, jak to dělají nyní bez zvažování o tom, zda je to správné či bez možnosti změny na jejich úrovni.

V případě, že pracovníci nemají dostatek informací o transformačním procesu, může toto vyvolat obavy

- z nejistoty, co se bude dít, může vést ke vzniku fám (např. organizace bude zrušena);
- ze ztráty zaměstnání;
- kam se bude ubírat jejich život;
- jak, kdy a co sdělovat o transformačním procesu klientům;
- z nové metodologie práce;
- ze ztráty role, kterou si vydobyli v původní velkokapacitní instituci;
- ze zvýšených pracovních nároků a možné samostatnosti;

Tyto obavy mohou vést k jednání, které může přímo ohrozit transformační proces tím, že pracovníci

- nedají zpětnou vazbu o rizicích v rámci organizace i procesech změny;
- budou se snažit obrátit klienty služby proti transformačnímu procesu;
- budou se v silném odporu proti transformačnímu procesu, kdy nebudou realizovat činnosti, které mají;
- budou se snažit hledat vlivné spojence pro zastavení transformačního procesu;

Riziková témata je možné komunikovat například tímto způsobem:

Obava pracovníků	Reálná praxe deinstitucionalizačního procesu /nutná informace, která by již na počátku deinstitucionalizace měla směřovat k pracovníkům
Zavření instituce	V České i Slovenské je reálný nedostatek kvalitních pobytových kapacit pro lidi se zdravotním postižením. Při transformačním procesu naopak dochází k vybudování sítě služeb podle poptávky v regionu. Uzavírat se bude pouze starý objekt nebo jeho část, ale budou se stavět /nakupovat nové budovy.
Ztráta zaměstnání	Praxe v ČR i zahraničí ukázala, že deinstitucionalizace přináší naopak navýšení počtu pracovních míst a to zejména v přímé péči o uživatele. Reálně dochází nikoli k propouštění, ale přijímání nových zaměstnanců.
Nutnost dojíždět	Je pravdou, že původní instituce se bude stěhovat do více objektů ve větší spádové oblasti. V praxi je efektivní, když v rámci mapování regionu poskytovatel zjistí místa, odkud do původní instituce dojíždějí zaměstnanci a zároveň dobře dostupnou spádovou oblast veřejnou dopravou. Zkušenosti z ČR ukázaly, že naopak místa vybudování nových domácností minimalizují dojíždění pracovníků.
Obava ze snížení platu	Výše platu vychází z platových podmínek zaměstnanců sociálních služeb a rozpočtu organizace na základě získání finančních prostředků zřizovatelem. Rozpočet organizace není vázán na transformační proces a změny, ke kterým v dané oblasti může dojít se netýkají procesu deinstitucionalizace, ale financování sociální služby jako takové.
Obava ze zvýšení požadavků na pracovníka ze strany zaměstnavatele	Je pravdou, že pracovník v nově vzniklých domácnostech i denních programech získává mnohem větší samostatnost ve své činnosti, stejně jako odpovědnost. Na druhou stranu pracovník tímto také získává mnohem větší svobodu v tom, jak bude s klienty spolupracovat a jak se na jejich životě bude podílet. Zajišťovaná péče bude mnohem více připomínat život v běžné (a tedy i pracovníkovi) domácnosti a paradoxně prostředí mu tak bude bližší.
Obava z nepotřebnosti technických provozů	V rámci transformačního procesu ve vybraných službách dochází ke změnám v technických provozech – je nižší potřeba technických pracovníků a vyšší potřeba personálu v přímé péči o uživatele. Zaměstnanci většinou procházejí rekvalifikací na změnu pracovní pozice, protože se v praxi výborně osvědčilo jejich zapojení do přímé péče (s ohledem na znalost klientů a vztah k dané problematice)



Aby byl kvalitně zajištěn transformační proces, je nutné nastavit **komplexní systém informování** zaměstnanců. V praxi se osvědčilo

- do provozu služby zapojit pravidelné **schůze /porady všech pracovníků organizace**, kde jsou informováni o aktuální situaci transformačního procesu. Jako optimální se v praxi ČR jeví zahájení úvodní schůze a následně setkání všech pracovníků organizace cca jednou za 3 měsíce. Četnost závisí samozřejmě na tom, jaké informace poskytovatel má a v jakém období transformační činnosti se nachází. Delší časové prostoje ale mohou přinášet riziko, že se začnou pracovníci obávat, že se před nimi něco tají. Když probíhá období bez výrazné aktivní činnosti (např. očekávání investičních prostředků), je vhodné dané schůze zaměřit na oblasti kvality a individuální práce s klientem;
- informace o transformaci se stanou **pravidelným bodem pracovních porad** v rámci organizace na všech úrovních. Efektivní je, když se v rámci všech porad ve všech strukturách stane normou, že pracovníci diskutují deinstitucionalizační proces (případně proces zvyšování kvality služby a individualizace péče s klientem)
- poskytovatel **aktivně zapojuje** pracovníky do tvorby strategie deinstitucionalizace v jim příslušných oblastech;
- vedoucí pracovníci organizace zapojují pracovníky v přímé péči o uživatele do **plánování a přípravy programů pro uživatele** vztahující se k procesu deinstitucionalizace;
- k procesu transformace průběžně probíhají **otevřené diskuse**, do nichž jsou zapojováni zaměstnanci na všech pracovních úrovních;
- je vhodné zřídit **nástěnku** dostupnou pracovníkům, kde budou mít pracovníci k dispozici aktuální informace; (obdobnou nástěnku je možné zřídit i pro klienty organizace);
- v praxi organizace, kde se daná činnost osvědčila, je možné využít i **newsletter** organizace či relevantní část **webových stránek**;
- vedoucí pracovník organizace by dále měl stanovit **systém individuálních schůzek** se všemi pracovníky zaměřenými na informace, obavy, i novou náplň práce. Postupně by se s vedením měli individuálně setkat všichni zaměstnanci organizace;

Základním pravidlem informování v deinstitucionalizačním procesu je ideálně otevřenost informací o reálné situaci. V případě, že vedení organizace některé údaje nemá, neví, plánuje či čeká na rozhodnutí zřizovatele – je nutné i o této neznalosti informovat pracovníky tak, aby nevznikly obavy, že se před nimi něco tají.

## Struktura pracovníků

Transformační proces přináší do organizace komplexní změnu struktury poskytování sociální služby. Ve všech transformovaných službách v ČR došlo ke komplexní změně organizační struktury kdy z (většinou) centrálně řízené organizace poskytované v jedné budově/areálu na více odděleních dochází ke vzniku jednotlivých domácností a denních programů vzdálených od sebe v regionu. Je nutné, aby počet a struktura pracovních míst vycházela z reálné potřeby uživatelů sociální služby. Toto je nutné podrobně analyzovat v rámci transformačního plánu organizace.

Nejčastěji vzniklé změny organizační struktury vycházejí z oblastí

- domácnosti uživatelů – zde se změny týkají naprostě většiny případů navýšení počtu personálu v přímé péči;
- denní programy uživatelů – dané programy buď reflektují zkušenosti z původní instituce (většinou ergoterapeutické dílny, keramiky, apod.), nebo nově vznikají s ohledem na schopnosti a možnosti klientů (kavárna, mandl pro veřejnost, apod.), případně jsou využity zdroje jiných organizací v daném regionu (např. chráněné dílny) či jsou klienti zaměstnáváni na běžném trhu práce. Ke změnám počtu pracovníků dochází dle míry personálního podstavu ( tj. buď zůstává počet shodný, nebo dochází k navýšení);
- zdravotní péče – je často zajišťována pro osoby s nižší mírou podpory „mobilní“ zdravotní sestrou a pro osoby s vysokou mírou podpory je nezbytné zajistit přítomnost služby zdravotnického pracovníka tak, aby měly zajištěny potřebné zdravotnické úkony. Ke změně počtu pracovníků dochází na základě původní situace v organizaci – při vysokém počtu zdravotnického personálu dochází k částečné rekvalifikaci na pracovníky přímé péče o uživatele, při standartním stavu nedochází ke změnám, v praxi ČR jsme se setkali i s navýšením počtu zdravotnického personálu;
- vedení organizace – většinou nedochází ke změnám;
- provozní úsek – zde dochází ke změnám nejčastěji. Někteří pracovníci technických úseků (jako např. zahradník) bývají rekvalifikováni na pracovníky přímé péče. Je vždy na organizaci, jak v rámci transformačního plánu vyhodnotí vhodnou strukturu zajištění daných činností.
- stravovací úsek – situace vychází z cílové skupiny uživatelů transformované služby. V případě klientů s vyšší a střední mírou podpory dochází část k setrvání stravovacích provozů, v případě cílové skupiny osob s nízkou mírou podpory se pracovníci rekvalifikují. Vše vychází z transformačního plánu po analýze instituce;

Hlavním nástrojem, který je v rámci změn ve struktuře pracovníků využíván, je rekvalifikace. Pracovníkům na pozicích, které byly identifikovány, jako neodpovídající nově poskytované struktuře služeb, je nabídnuta možnost rekvalifikace odpovídající pracovní pozici zaměstnance věnující se klientům v přímé péči o uživatele. Praxe ukázala, že rekvalifikovaní pracovníci měli již předem pozitivní předpoklady přímé péče (znalost klientů organizace, zkušenosti s provozem sociální služby apod.).

## Pracovní týmy v rámci organizace

V průběhu transformace se dotkne systémová změna všech pracovních týmů (úseků, oddělení apod.) v rámci organizace. Je proto vhodné zajistit jejich maximální efektivitu, kdy poskytovatel může využít dobrou praxi, která se osvědčila v mnoha transformovaných /transformujících se službách v ČR.

Nezbytné je nastavení **funkční komunikace**. Pro vhodné předávání informací je optimální pravidelné ustanovení porad a to nejméně jednou měsíčně (záleží podle typu pracovního týmu). Do programu porady jsou zahrnuty aktuální informace o deinstitucionalizaci i předání nových informací ze vzdělávacích programů, kterých se pracovníci účastnili. Organizace má zpracovanou písemnou organizační strukturu účastníků porad a je zajištěno, aby informace byly předány i osobám, které se konkrétní porady nemohly zúčastnit. K dispozici příslušným pracovníkům je samozřejmě písemný zápis z porady. Praktické jsou knihy záznamů ze služby i využití nástěnek či počítačového programu.

**Řízení** na všech úrovních by vždy mělo vycházet ze zájmu řešit obtíže na úrovni, na které vznikají, bez nutnosti zásahu nadřízených pracovníků (toto by mělo fungovat spíše jako odvolací instance). Primárním zájmem by měl být vždy zájem klienta sociální služby při zohlednění jeho reálných potřeb a naplňování lidských práv. Mobbing i bossing v rámci instituce je nepřipustný a vede nejen k extrémní snížení kvality péče o klienta, ale také k vyhoření pracovníků se všemi příslušnými dopady.

**Hodnocení** pracovníků by vždy mělo vycházet z kvality služeb, kterou poskytují svým klientům a nikoli z osobních vztahů a vazeb v rámci organizace. Pracovníci by měli být pravidelně hodnoceni a to způsobem jasně metodicky daným. Klíčovým podkladem pro hodnocení by vždy mělo být faktické pozorování péče, konkrétní události a také zpětná vazba od uživatelů.

## Vzdělávání pracovníků

Transformační proces přináší zásadní změny v poskytování sociální služby. Pro usnadnění cesty pružně reagovat na nastávající změny je nezbytně nutné, zaměřit vzdělávání pracovníků v rámci organizace na všechny aspekty, kterých se může deinstitucionalizace týkat. Poskytovatel proto průběžně zjišťuje vzdělávací potřeby pracovníků, zajišťuje průběžné vzdělávání, podporu i supervizi pro své zaměstnance a vyhodnocuje jejich efektivitu. Vždy vychází z konkrétní praxe s ohledem na svoji cílovou skupinu uživatelů služeb a jejich potřeby.

Jako vhodné se ukázalo vytvoření komplexního vzdělávacího plánu organizace a zároveň vytváření individuálního vzdělávacího plánu každého pracovníka.



Obrázok 19. Vzdělávací plán organizace vychází z identifikovaných vzdělávacích potřeb organizace a individuálních vzdělávacích plánů pracovníků.

Vzdělávací plán organizace zohledňuje

- potřebnou oblast, na kterou je vhodné se s ohledem na praxi služby zaměřit;
- cílovou skupinu pracovníků, kterých se dané téma týká;
- cíl vzdělávání;
- forma vzdělávání

a případně také

- možný termín vzdělávání
- možné vzdělávací instituce, které budou dané vzdělávání zajišťovat
- možné náklady

Tabuľka 8. Vzdělávací plán - plán může vypadat například takto:

Období	Vzdělávací aktivita	Cílová skupina	Forma/Cíl	Možná vzdělávací instituce	Náklady / zdroj
2016/II., III Q	Úvod do transformačního procesu	Všichni pracovníci organizace	Dvoudenní kurz - Získání základních informací o transformačním procesu	Implementační agentura ABC	Kurz je hrazen z projektu „Transformace“
2016/IV Q.	Strategické řízení změny	Pracovníci ředitelství organizace – ředitel, vedoucí výchovy, vedoucí sociální péče, ekonom, vedoucí technického úseku, vedoucí zdravotního úseku, sociální pracovník	Týdenní výcvik - Znalost metodologie strategického řízení změny v rámci organizace	Vzdělávací centrum Světový mír	150 Euro

**Vzdělávací potřeby** organizace v oblasti transformace je možné identifikovat ve třech krocích.

Na prvním místě je nutné provést analýzu cílů organizace a zároveň cílů procesu deinstitucionalizace.

**Tabulka 9. Analýza cílů organizace**

Cíle organizace	Vzdělávací potřeby	Možné vzdělávání
Zvýšit kvalitu předávání informací v rámci organizace.	Komunikace, předávání informací, informační toky	Kurz Efektivní sdílení a předávání informací
Cíle transformace	Vzdělávací potřeby	Možné vzdělávání
Vytvořit kvalitní metodologii poskytování služby v domácnosti v přirozené komunitě	Metodologie práce s klientem s ohledem na jejich specifické potřeby (klient s obtížemi v komunikaci, klient s autismem, ..)  Provoz služby – nové domácnosti ...	Úvod do transformace  Práce s klientem s obtížemi v komunikaci  Alternativní a augmentativní komunikace  Práce s klientem s autismem ...

Při analýze cílů je nutné přihlížet k filozofii organizace a filozofii transformačního procesu a v případném výběru vzdělávací instituce, která bude zajišťovat vzdělávání vyhledat takového vzdělavatele, který bude v souladu s filozofickými cíli organizace.

Na druhém místě je nutné analyzovat úkoly, znalosti a dovednosti pracovníků z pohledu organizace.

Je vhodné se zaměřit na

- Popisy pracovních míst;
- Specifikaci pracovních míst;
- Pracovní charakteristiky;
- Kvalifikační charakteristiky;
- Styl vedení vedoucích pracovníků na všech úrovních;
- Úroveň práce s klienty;
- Kulturu pracovních vztahů apod.;

Tyto údaje je dále nutné srovnat se skutečným stavem kompetencí pracovníků. Výstupem je informace o potenciální potřebě vzdělávání, která by měla být srovnána s individuálními vzdělávacími plány pracovníků organizace.

Třetím krokem je analýza pracovníků v rámci organizace, kdy individuální charakteristiky zaměstnanců jsou porovnávány s potřebnými požadavky. Informace lze získat například ze záznamů o hodnocení pracovníků, seznamu absolvovaných vzdělávacích programů apod.

Při identifikaci vzdělávacích potřeb organizace je nutné vždy srovnávat aktuální úroveň výkonu, schopností dovedností a vědomostí zaměstnanců (ne ideální stav, ale realitu) s reálně potřebnou /ideální normou (vycházející z poskytování kvalitní služby v přirozeném prostředí při naplňování práv klientů). Vždy je nutné stanovit priority v rizikových oblastech a identifikovat vzdělávací a jiná opatření, která napomohou potíže vyřešit.

**Individuální vzdělávací plán**<sup>132</sup> vychází z dosavadní odbornosti pracovníka a jeho zkušeností. Cílem je prohloubit odbornost a získat další speciální dovednosti tak, aby naplňovaly kompetence, které jsou potřebné pro konečný výkon práce v transformované službě i znalost východisek a procesu změny. Pro srovnání je vhodné mít alespoň základní představu, kde v rámci transformace bude pracovník nově zajišťovat službu a jak daná služba bude vypadat (domácnost, denní programy, počet klientů, cílová skupina, speciální potřeby klientů, vykonávané činnosti, potřebné metody).

Individuální vzdělávací plán sestavuje pracovník ve spolupráci se svým nadřízeným.

Osnovou vzdělávacího plánu může být:

- Základní údaje o pracovníkovi – popis průběhu zaměstnání, současné funkční zařazení, údaje o dalších funkcích a činnostech;
- Požadavky zaměstnavatele na výkon funkce pracovníka – minimální vzdělání a obecné znalosti, odborné profesní vzdělání a speciální znalosti a dovednosti, osobnostní předpoklady, případně další požadavky;
- Popis současného profesního profilu pracovníka – vzdělání, specializace;
- Popis plánované ho profesního profilu pracovníka – srovnání s konečným stavem výkonu činnosti pracovníka
- Vazba na proces změny – získání odbornosti v rámci procesu změny organizace;

Zaměření individuálního vzdělávacího plánu v rámci procesu deinstitucionalizace může vycházet z

- Východiska deinstitucionalizace;
- Znalost procesu změny;
- Řízení procesu změny;
- Rizika procesu změny;
- Specifika práce s cílovou skupinou;
- Metody práce s relevantní cílovou skupinou;
- Individuální práce s uživatelem;
- Kvalita poskytování služby;

<sup>132</sup> Vhodný rámec Individuálního vzdělávacího plánu mohou poskytovatelé nalézt např. v Tošner, J.: *Celoživotní vzdělávání v sociálních službách*. Praha, EuroProfis, s.r.o 2007, který předkládá podrobnou metodologii analýzy celoživotního vzdělávání v sociálních službách.

Nejen pro proces transformace, ale zejména pro kvalitní zajištění sociální služby je vhodné zajistit **supervizi**<sup>133</sup> pro všechny pracovníky v organizaci. Jako efektivní způsob se jeví zajištění individuální supervize pro vedoucí pracovníky a týmové supervize pro řadové zaměstnance (i zaměstnance provozu).

Při výběru supervizora je vždy vhodné se zaměřit na osobu s praxí v odpovídajících službách a ideálně se znalostí procesu transformace. Supervizor by měl mít potřebné vzdělání a je bezpodmínečně nutné, aby dodržoval etický kodex supervize. Porušení mlčenlivosti v rámci organizace a supervizních skupin přináší do organizace silný pocit nedůvěry, který výrazně ohrožuje transformační proces.

### **Výběr nových pracovníků**

V průběhu transformačního procesu – při vzniku nových domácností lze ve většině organizací předpokládat navýšení počtu pracovníků v přímé péči o uživatele.

Výběr nových pracovníků musí odpovídat transparentnímu výběrovému procesu na nová pracovní místa.

V praxi se osvědčilo, aby poskytovatel v rámci deinstitucionalizačního procesu

- definoval jasně formulovaná písemná pravidla přijímání a zaškolování nových pracovníků;
- identifikoval potřebná pracovní místa;
- identifikoval odpovídající pracovní kvalifikaci a odborné zkušenosti;
- vypracoval harmonogram podávání inzerátů na nová místa, pracovní pohovory a úvodní zaškolení pracovníků ve vztahu na otevření každé nové služby, kde budou pracovníci působit;

Zájemci o pracovní pozici v nové službě se před konečným rozhodnutím seznámí s pracovištěm a uživateli;

Noví zaměstnanci

- prochází jasně definovaným zaškolovacím obdobím, kdy je jejich působení při práci s klienty sledováno a jasně formulovaným způsobem vyhodnocováno;
- pro zaškolovací období mají určeného svého pracovníka, který jim předává zkušenosti;
- doba zaškolovacího období tvá minimálně měsíc, optimálně se kryje se zkušební dobou pracovníka tak, aby setrval v zaměstnání pouze v případě, že se osvědčí;

### **Stáže a sdílení dobré praxe**

Jednou z nejvíce pozitivně hodnocených způsobů získávání zkušeností v oblasti transformace je realizace stáží a konfrontace s dobrou praxí v již transformovaných sociálních službách.

Na počátku transformačního procesu je efektivní zkontaktovat vedení organizace s jinou transformující se službou (optimálně službou, kde již transformační proces proběhl), kdy se podaří seznámit vedení nově se transformující organizace se zkušenostmi, které druhý poskytovatel získal.

Důležité ovšem je, aby získání zkušeností z již transformované služby, bylo umožněno i řadovým zaměstnancům ve všech oblastech a to nikoli ukázáním ideální praxe, ale sdílením řešení rizik a seznámením s efektivními metodami, které v rámci již transformované organizace fungují.

**Sdílení dobré praxe** je nezbytně nutné pro pozitivní vývoj transformačního procesu. Praxe v ČR ukázala, že nikoli konkurenční nastavení, kdy poskytovatelé nesdělují svoji dobrou praxi (či ji některé organizace draze prodávají), ale naopak maximální otevřenost a sdílení praktických zkušeností (prostřednictvím setkávání se s jinými poskytovateli, osobními konzultacemi či možnostmi návštěv) je vhodnou cestou ke změně systému tak, aby lidé s postižením mohli žít normálním způsobem života.

<sup>133</sup> Text se nevěnuje supervizi jako takové, ale pouze doplňuje informace týkající se procesu transformace sociální služby.

### 3.3 Komunitné sociálne služby

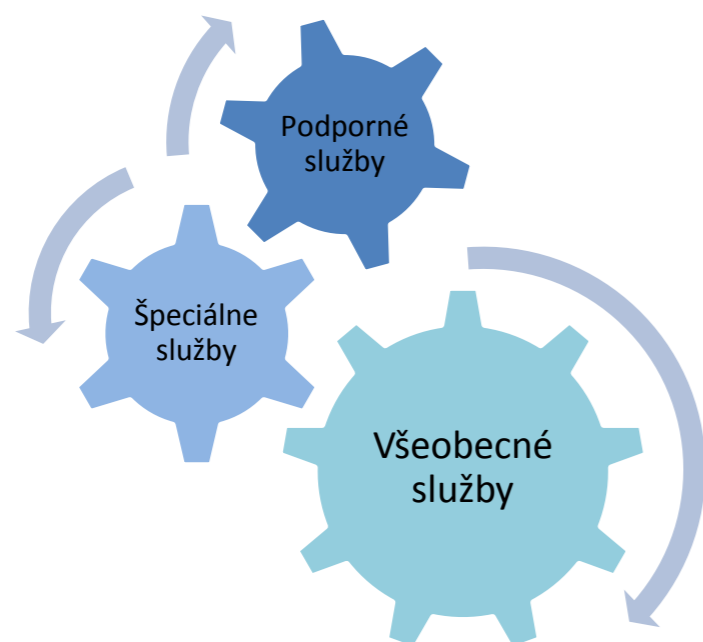
#### Čo sú komunitné sociálne služby ?

**Komunitné služby** predstavujú systém starostlivosti založený na silných stránkach člena rodiny so zdravotným postihnutím a rodiny, ale tiež na silných stránkach komunity, kde je rodina situovaná. Pojmom komunitné služby Stratégia deinštitucionalizácie označuje súbor vzájomne prepojených a koordinovaných služieb poskytovaných v územne ohraničenej komunite, ktoré reagujú na potreby členov komunity a nejavia znaky inštitucionálnej starostlivosti. Na to sú potrebné vysokokvalitné služby dostupné rodinám v čo najmenej obmedzujúcich podmienkach. S podporou komunitných služieb môže mať osoba so zdravotným postihnutím udržané väzby na svoje prirodzené prostredie (napríklad udržiavať vzťahy s príbuznými, navštevovať školu ako kamarát v susedstve a pod.), môže identifikovať prirodzenú podporu v domácom prostredí ako časť prístupu zameraného na jeho silné stránky.

**Komunitné služby** definujeme ako spektrum služieb umožňujúcich jednotlivcom život v komunite, v prostredí rodiny. Komunitné služby sú:

**bežné všeobecné služby:** ubytovanie, zdravotníctvo, vzdelávanie, zamestnanie, kultúra a voľný čas – dostupné pre všetkých bez ohľadu na znevýhodnenie alebo potrebnú podporu,

**špecializované služby:** služby na podporu každodenného života, ako osobná asistancia, odľahčovacia služba, prepravná služba a iné.



Obrázok 20. Model komunitných služieb

Za komunitné služby považujeme služby, ktoré vychádzajú z nasledujúcich princípov:

- Plné zapojenie sa v komunite – čo znamená, že osoba so zdravotným postihnutím je viac než „len člen“ komunity, že je k dispozícii široký rozsah služieb odstraňujúcich, respektíve podporujúcich prekonávanie prekážok v živote.
- Voľba a kontrola – čo znamená, že osoba so zdravotným postihnutím sa nepokladá za objekt starostlivosti, služieb, profesionálov či expertov, že osoby so zdravotným postihnutím sa rozhodujú o svojom živote a majú kontrolu nad prichádzajúcou podporou a nad liečbou, ktorú si môžu vybrať.
- Podpora zameraná na dospelého človeka, respektíve dieťa – čo znamená opak zamerania sa na služby, teda snahy vtiesnať osobu do existujúcich možností služieb, užívatelia služieb by mali byť aktívne zapojení do navrhovania a hodnotenia služieb. Užívatelia služieb sú hlavnými aktérmi procesu plánovania svojho života, sami si vyberajú ľudí do podpornej skupiny, sami si stanovujú ciele. Sociálni pracovníci proces facilitujú, podporujú realizáciu plánu a sú aktívni pri vyhľadávaní komunitných zdrojov. Tento prístup je založený na základných hodnotách rešpektu, dôstojnosti, sebaurčenia a vzájomného načúvania.
- Kontinuita poskytovania služieb – čo znamená poskytovanie služieb počas potrebného obdobia a so zmenami v súlade so smernicami, potrebami i preferenciami užívateľa služby.
- Oddelenie bývania od podpory – obdobie trvania a úroveň podpory by mali byť stanovené na základe potrieb a požiadaviek. Podpora by mala prísť za osobou so zdravotným postihnutím.
- Podporované bývanie má prednosť pred zariadením – podporované bývanie znamená mať byty alebo domy toho istého typu a veľkosti, v akých žije väčšina obyvateľov, roztrúsené v susedstve v bežnej komunite.

**Komunitné služby** umožňujú ľuďom s postihnutím, aby boli zodpovední za svoj život. Zároveň vytvárajú priestor aj pre rodiny a komunity, aby sa učili prijať inakosť ako súčasť svojho rozvoja, aby sa učili prebrať zodpovednosť za dobré životné podmienky pre všetkých svojich obyvateľov a aby sa naučili vytvárať možnosti na aktívnu participáciu všetkých svojich členov.

**Komunitné sociálne služby** eliminujú potrebu paralelných segregačných služieb, ako sú ústavy, špeciálne školy, liečebne dlhodobo chorých a iné rôzne typy špeciálnych zariadení a inštitúcií. Rozvoj komunitných sociálnych služieb si vyžaduje politickú a sociálnu podporu pri poskytovaní bývania, vzdelávania, prepravy, zdravotníckych služieb a ďalších verejných služieb, aby boli dostupné pre užívateľov sociálnych služieb v bežnej komunite.

Národné priority rozvoja sociálnych služieb na obdobie rokov 2015 – 2020 definujú **komunitné služby** ako súbor vzájomne prepojených a koordinovaných služieb poskytovaných v územne ohraničenej komunite, ktoré reagujú na potreby členov komunity a nejavia znaky inštitucionálnej starostlivosti.

## Kľúčové prvky pre kvalitnú komunitnú starostlivosť

Podľa ESN<sup>134</sup> je možné určiť kľúčové prvky, ktoré musia byť zabezpečené, aby bolo zaistené efektívne a koordinované poskytovanie komunitných služieb:



**Plánovanie** – je to strategická oblasť hodnotenia potrieb a plánovania. Proces, ktorý identifikuje súčasné a predpokladané sociálne a zdravotné potreby miestnych obyvateľov a ktorý vychádza zo sociálno-ekonomických ukazovateľov a kvalitatívnych informácií od miestnych obyvateľov. U miestnych samospráv tento strategický plánovací dokument predstavujú Plány hospodárskeho a sociálneho rozvoja (PHSR). V modeloch založených na komunitných službách sa môže ísť v hodnotení hlbšie – či služby uspokojujú potreby a preferencie občanov. Na plánovanie týchto potrieb si obce a mestá vypracúvajú Komunitné plány sociálnych služieb.



**Poradenstvo** – informácie a poradenstvo sú dôležité pre každého, kto môže potrebovať služby a podporu. Komunitné služby bývajú viac rozptýlené a menej zasadené do povedomia spoločnosti. Musia ponúknuť pocit bezpečia a dôvery a to, že sú schopné napomáhať k lepšej kvalite života užívateľov služieb.



**Posudzovanie potrieb** si vyžaduje spravidla multidisciplinárny tím, ktorý pracuje s užívateľom služieb (poprípade s jeho rodinou), aby identifikoval potreby a naplánoval čo najlepšie uspokojovanie týchto potrieb. Pri dobrých komunitných službách ide o celkové posúdenie osobných potrieb a životných okolností užívateľa služby a smerovanie k zaisteniu množstva rôznych služieb v mieste bydliska (preprava, asistancia, podporované zamestnávanie, bývanie a pod.).



**Kapacita služieb** znamená existenciu dostatočného pokrytia dopytu po požadovaných službách. Skutočnosť, že existujú poradovníky žiadateľov o služby a nerovnomerné pokrytie potrieb v mestách a obciach, svedčí buď o nedostatočnom strategickom plánovaní, alebo o nedostatočnom financovaní. Kapacita a dostupnosť služieb by mali byť pravidelne kontrolované miestnymi orgánmi a organizáciami, ktoré sú zodpovedné za plánovanie a financovanie služieb.



**Výber** – v komunitných službách nerozumieme pod výberom len voľbu medzi rôznymi poskytovateľmi služieb rovnakej služby, ale aj výber toho, ako osoba môže, respektíve chce žiť svoj život.



**Kvalita života** – prechod od inštitucionálnych ku komunitným službám má za cieľ zlepšiť kvalitu života užívateľov sociálnych služieb. V zariadeniach sociálnych služieb je kvalita chápaná často ako splnenie parametrov stanovených zákonom, napríklad pomer počtu zamestnancov k užívateľom služieb, štvorcové metre na osobu a podobne. Komunitné služby sa oproti tomu zameriavajú na individuálne potreby a pranie užívateľov služieb.

## Komunitné služby ako nástroj na začlenenie osôb so zdravotným postihnutím

Na základe Spoločného európskeho usmernenia pre prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť sú dôležitým nástrojom na začlenenie osôb so zdravotným postihnutím do miestnych komunít komunitné služby. Komunitnými službami môžeme označiť celé spektrum služieb, ktoré umožňujú osobe so zdravotným postihnutím žiť v komunite, ak ide o dieťa, umožňuje sa mu vyrastať v rodinnom prostredí. Ide o služby, ktoré by mali byť dostupné bez ohľadu na povahu postihnutia alebo požadovaný stupeň podpory.



Podľa Modelu vzorovej miestnej komunity<sup>135</sup> komunitné služby musia:

- uspokojovať individuálne potreby osoby so zdravotným postihnutím bez toho, aby musela trvalo opustiť svoje doterajšie bydlisko,
- byť poskytované ambulantnou alebo terénnou formou,
- byť poskytované obyvateľom obce/mesta, prípadne susedných obcí, ktorých dostupnosť je 25 kilometrov alebo 40 minút,
- byť poskytované obcou alebo iným registrovaným poskytovateľom so sídlom v obci a v okolí,
- byť poskytované v inkluzívnom prostredí, ktoré umožňuje osobám so zdravotným postihnutím využívať aj ostatné verejné služby a verejné priestory.

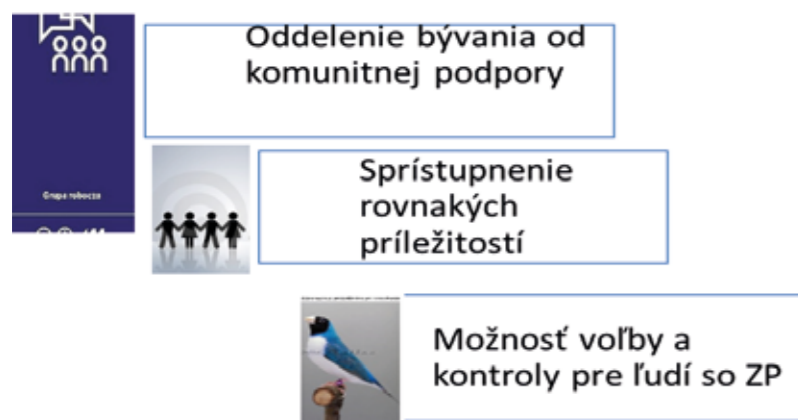
Komunitné služby sa vytvárajú a zriaďujú na základe **komunitného plánu** po dôkladnej analýze potrieb a participácie cieľovej skupiny. Pod dostupnosťou komunitných služieb máme na mysli geografickú dostupnosť, čo by malo byť 25 kilometrov alebo 40 minút dopravou od miesta bydliska osoby so zdravotným postihnutím, fyzickú dostupnosť – bezbariérový prístup – a ekonomickú dostupnosť – schopnosť zaplatiť za služby.

Zabezpečenie dostupnosti sociálnych služieb na komunitnej úrovni je v súlade s požiadavkami a princípmi uplatňovanými v medzinárodných ľudskoprávných dokumentoch, ale aj s princípmi Európskeho spoločenstva o rozvoji sociálnych služieb orientovaných na občana.

## Komunitné sociálne služby<sup>136</sup> (podporujúce začleňovanie osôb so zdravotným postihnutím do komunity)

- Sociálne poradenstvo – základné a špecializované
- Sociálna rehabilitácia
- Stimulácia komplexného vývoja dieťaťa so zdravotným postihnutím
- Služba včasnej intervencie
- Zariadenie podporovaného bývania, ktoré nie je umiestnené v objekte alebo areáli iného zariadenia sociálnych služieb s pobytovou formou
- Zariadenie opatrovateľskej služby
- Rehabilitačné stredisko
- Domov sociálnych služieb s denným alebo týždenným pobytom, pri celoročnom pobyte iba v prípade, ak spĺňa kapacitné podmienky zariadenia podporovaného bývania
- Denný stacionár
- Opatrovateľská služba
- Prepravná služba
- Sprievodcovská a predčitateľská služba
- Tlmočnická služba
- Sprostredkovanie osobnej asistencie
- Požičiavanie pomôcok
- Monitorovanie a signalizácia potreby pomoci
- Krízová pomoc poskytovaná prostredníctvom telekomunikačných technológií
- Odľahčovacia služba
- Pomoc pri výkone opatrovníckych práv a povinností
- Denné centrum
- Podpora samostatného bývania
- Jedáleň
- Práčovňa
- Stredisko osobnej hygieny

Komunitné služby sú nástrojom na začlenenie osôb so zdravotným postihnutím do bežného života, do komunity, pričom nejde o určitý typ budovy alebo program, ale o poskytovanie flexibilného množstva pomoci a zdrojov, ktoré sú prispôsobiteľné a umožňujú ľuďom so znevýhodnením žiť život, ako si oni sami predstavujú, ale s podporou a ochranou, ktorú potrebujú. Komunitné služby tohto druhu musia spĺňať tieto znaky:



Obrázok 21. Znaky komunitných služieb

Správa európskej štúdie Deinštitucionalizácia a komunitné služby – zisky a náklady uvádza, že podpora ľudí so zdravotným znevýhodnením ako plnoprávných občanov je otázkou ľudských práv. Segregácia ľudí so zdravotným znevýhodnením v inštitúciách je samo osebe porušenie ľudských práv. Okrem toho výskum ukázal, že inštitucionálna starostlivosť je mnohokrát na neakceptovateľne nízkej úrovni a predstavuje vážne porušenie medzinárodne uznaných štandardov ľudských práv. Výsledky výskumu a prehodnotenie alternatívnych riešení ukazujú v prospech prechodu z inštitucionálnej starostlivosti na komunitnú. Tam, kde sa inštitúcie nahradili komunitnými službami, sa dosiahli priaznivé výsledky. Skúsenosť ukazuje, že prechod ku komunitným službám nie je sám osebe zárukou lepších výsledkov. Je možné nevedomene transplantovať alebo znovu vytvoriť inštitucionálnu starostlivosť v nových službách. Vytváranie vhodných služieb v komunite je dôležitá, no nie jediná podmienka na lepšie výsledky. Je veľmi dôležité, aby boli do procesu zmeny poskytovania služieb zapojení ľudia so zdravotným znevýhodnením. Nový model poskytovania služieb si vyžaduje partnerskú spoluprácu ľudí so zdravotným znevýhodnením (a ich zástupcov) s organizáciami, ktoré plánujú a poskytujú služby. Vybudovať kvalitné komunitné služby znamená nutnosť koordinovať a plánovať. Musí existovať miestna dohoda všetkých poskytovateľov služieb. Plán by nemal len určiť, kedy bude inštitúcia zatvorená, ale mal by zároveň obsahovať aj detailnú predstavu budúceho systému starostlivosti. Plán musí byť založený na príslušnom poznaní a silných dôkazoch. Tí, ktorí rozhodujú, musia rozumieť nielen tomu, ktoré systémy starostlivosti a opatrovateľské zákroky sú efektívne a aké sú ich náklady (a pre ktorý rozpočet), ale aj tomu, ktoré z nich sú cenovo efektívne. Silný ekonomický argument prechodu z inštitucionálnych ku komunitným službám je komplexný vzťah medzi nákladmi, potrebami a výsledkami. Neexistuje

dôkaz, že by bol model komunitných služieb drahší ako inštitucionálny, pokiaľ porovnáваме systémy s rovnakou kvalitou služieb a prijímateľmi, ktorí majú podobné potreby. Systém nezávislého a podporovaného bývania v komunite, ak je dobre riadený, by mal priniesť lepšie výsledky ako inštitúcia. Porovnávať náklady dvoch systémov bez porovnania potrieb jednotlivcov a výsledkov, ktoré tieto systémy dosahujú, nemá veľký význam.



### 3.4 Sieťovanie komunitných sociálnych služieb

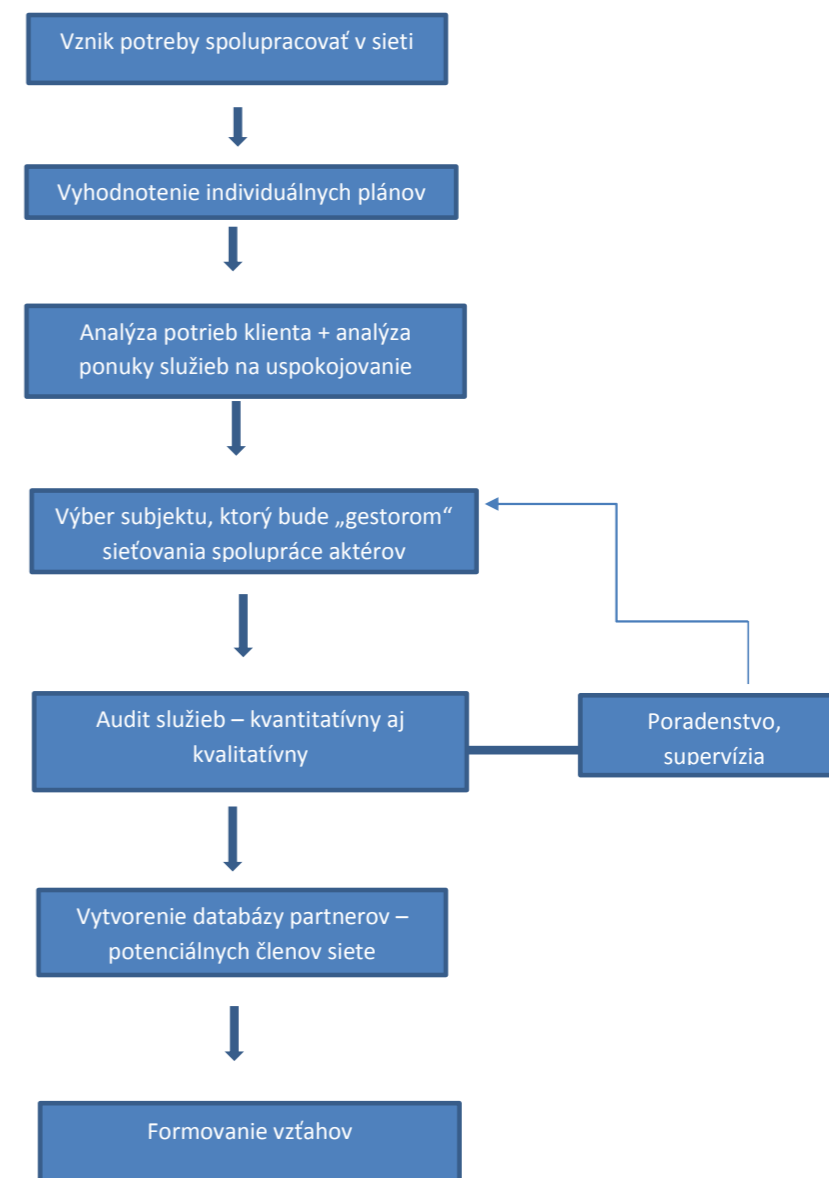
#### Charakteristika siete a sieťovej spolupráce

Pod pojmom **sieť** (angl. Network) alebo **sieťovanie** (Networking) vo všeobecnosti rozumieme označenie štruktúry spojených aktérov alebo činiteľov. Títo aktéri spojení v sieti môžu byť jednotlivci, organizácie, zástupcovia rôznych odvetví, zastúpenie rôznych regiónov, krajín a pod. Ich spojenie môže byť formálne aj neformálne. Sieťová spolupráca má celý rad prínosov pre zúčastnených členov, ako napríklad koncentrácia zdrojov, lepšia rokovacia pozícia, komplexnosť informácií, holistický prístup k riešeniu problému, väčšia dôležitosť a väčšie uznanie, lepšie synergické účinky... Oporou účinkov sieťovania je racionálnosť a benefity zo sieťovej spolupráce, neexistuje však univerzálna, všeobecná „kuchárska kniha“ na založenie siete.



Obrázok 22. Sieť pomoci občanom so zdravotným postihnutím – prijímateľom SS v DSS v rámci deinštitucionalizácie (vybraní kľúčoví aktéri)

Založenie siete môžu iniciovať jej potenciálni členovia, môžu to byť zástupcovia zriaďovateľa, miestnej samosprávy, poskytovateľa sociálnych služieb alebo aj rodina. Iniciatíva môže byť zdola nahor alebo aj zhora nadol. Proces vytvorenia siete sa začína vznikom potreby spolupracovať a končí sa formalizáciou vzťahov. Tento proces má niekoľko krokov a za určitých okolností môže byť časovo aj finančne náročný.



Obrázok 23. Logický proces založenia siete

#### Ciele sieťovania

Ciele sieťovania sú:

- vytvoriť funkčnú sieť pomoci dieťaťu alebo osobe so zdravotným postihnutím a ich rodine v procese začleňovania sa do bežného života,
- účelne vyskladať rôznorodú pomoc s cieľom riešiť situáciu komplexne,
- znižovať bariéry prístupu k efektívnej pomoci,
- prepojiť občana so zdravotným postihnutím alebo rodinu na komunitné služby tak, aby ich občan so zdravotným postihnutím alebo rodina mohla aktívne využívať,

- objaviť pomáhajúce služby, o ktorých zainteresovaní odborníci ani rodina nevedeli, že v danom regióne, komunite existujú,
- vyhľadávať adekvátne formy pomoci,
- vyhodnotiť dostupnosť pomoci, respektíve možnosti zabezpečenia jej dostupnosti,
- aktivizovať aktérov v komunite, pomoc odborníkov...

Je potrebné podotknúť, že **občan so zdravotným postihnutím/prijímateľ sociálnych služieb** je „najväčším expertom“ na realizáciu riešenia svojej situácie, a preto je dôležité, aby sa aj on stal aktérom a **členom siete**. Často však občania so zdravotným postihnutím nie sú pripravení na stretnutia s odborníkmi, a preto je dôležité ich na rolu kľúčového člena siete pripraviť. Občan so zdravotným postihnutím nemusí rozumieť tomu, o čom každý odborník hovorí, ak používa odbornú terminológiu, respektíve terminológiu zákona. Dôležité je, aby odborníci, spolupracujúci v sieti, poskytovali informácie občanovi so zdravotným postihnutím dostupným a zrozumiteľným spôsobom komunikácie podľa ich individuálnych potrieb a schopností.

**Zrozumiteľná komunikácia** a vzájomné delenie sa o dôležité informácie je v sieti podpory základom všetkých procesov, pretože vytvára základ pre **informované rozhodovanie** a prijímanie tzv. informovaných rozhodnutí všetkých zúčastnených strán (poskytovateľa, prijímateľa sociálnej služby, jeho rodiny, iných dôležitých osôb a subjektov). Informované rozhodnutia vytvárajú nenahraditeľný základ pre kvalitné a udržateľné riešenia do budúcnosti a zúčastnené strany sa pri nich prirodzene angažujú za preberanie zodpovednosti, ktorá z nich vyplýva. Kvalitná informácia je charakteristická tým, že je presná, úplná, spoľahlivá, relevantná, jednoduchá, aktuálna, overiteľná a prístupná.

Základné princípy dobre fungujúcej a prepojenej siete podpory občanom so zdravotným postihnutím/prijímateľom sociálnych služieb začleňujúcich sa do života sú:

- Vzájomné počúvanie sa
- Spoločné rozprávanie sa o probléme
- Delenie sa o svoje pocity
- Informovanie sa
- Spoločné plánovanie

Sieť pomoci sa „buduje“ vždy na základe potreby riešenia konkrétnej situácie (problému).

**Aktéri, ktorí môžu byť zapojení do tvorby sietí v rámci procesu deinštitucionalizácie a transformácie sociálnych služieb:**

- Osoby so zdravotným postihnutím
- Rodiny osôb so zdravotným postihnutím, ich príbuzní
- Susedstvo osôb so zdravotným postihnutím, s ktorými prichádzajú do kontaktu

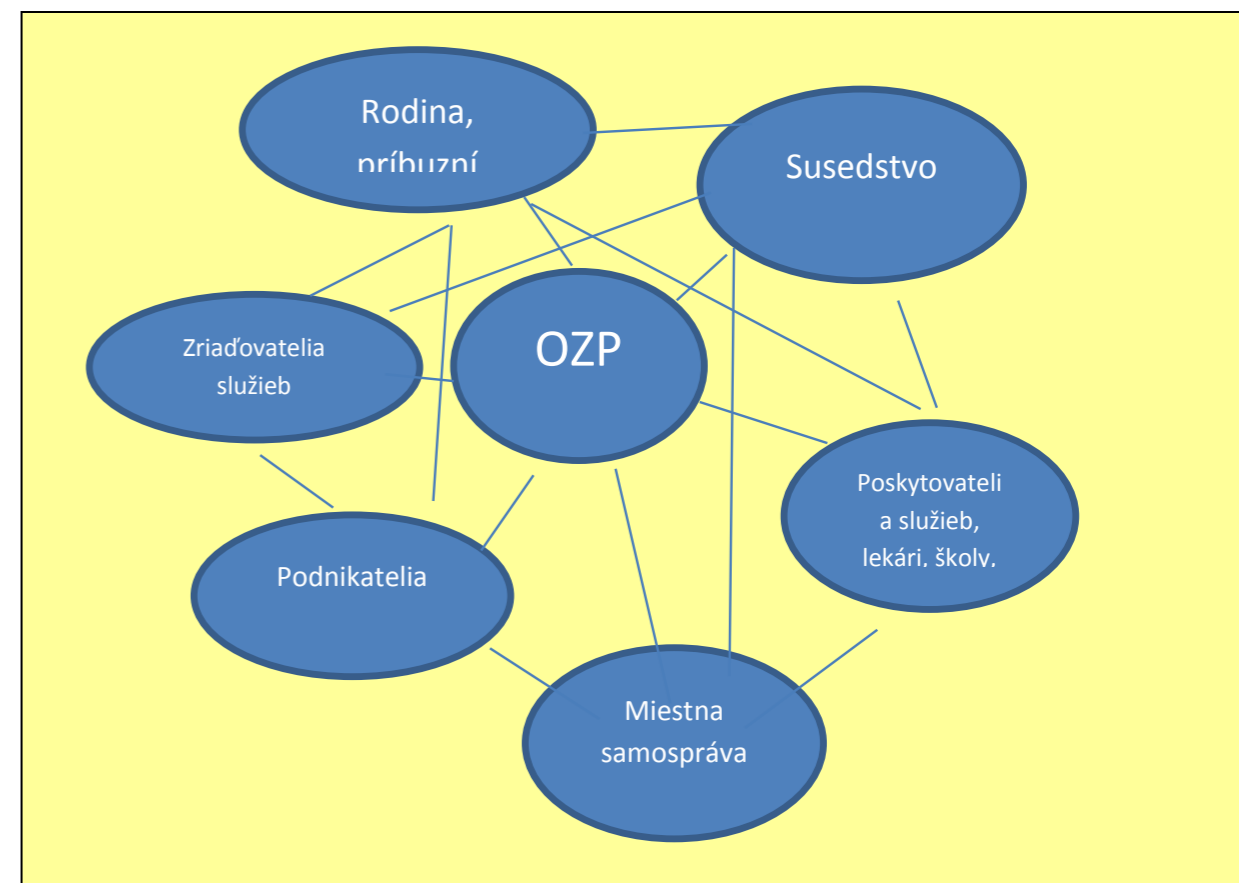
Miestna samospráva – hrá kľúčovú rolu v procese deinštitucionalizácie a je vítané, aby sa do procesu zapojila ako líder. Úlohou miestnej samosprávy je **prostredníctvom komunitného plánu zmapovať potreby obyvateľov** vrátane osôb so zdravotným postihnutím a zabezpečiť rozvoj komunitných služieb.

Poskytovatelia komunitných služieb, miestne podporné skupiny, dobrovoľníci – samospráva nemusí mať vždy odborné kapacity na to, aby priamo zabezpečila všetky alternatívne komunitné služby. Má podporovať tých, ktorí majú schopnosti a možnosti poskytovať alternatívne služby. Tieto služby by mali byť prispôbené potrebám obyvateľov obce, čo sa zabezpečuje pravidelnou aktualizáciou a vyhodnocovaním komunitného plánu.

Zariadenia sociálnych služieb a ich zamestnanci

Podnikatelia a organizácie vytvárajúce pracovné príležitosti

Služby zamestnanosti vrátane agentúr podporovaného zamestnávania



Obrázok 24. Aktéri, ktorí môžu vytvárať siete v rámci procesu DI a transformácie SS

## Ako postupovať pri príprave sieťového stretnutia?

Kľúčový pracovník zodpovedný za riešenie konkrétnej situácie (problému) vypracuje v spolupráci s občanom so zdravotným postihnutím sieť pomoci (služieb podporujúcich riešenia v danom prípade). „Sieť (mapa) pomoci“ sa vypracuje s ohľadom na aktuálne potreby občana so zdravotným postihnutím/prijímateľa sociálnej služby s cieľom znížiť riziko zhoršenia situácie.

### Formulár sieť pomoci prijímateľovi obsahuje:

Zdroje v rodine (blízkej i širšej, známi...), ktoré môžu v danej situácii pomôcť a čím.

Zdroje v komunite a bezprostrednom okolí (ďalšie služby v iných organizáciách), ktoré sa rozhodne občan so zdravotným postihnutím využívať.

Predpoklad časovej aktuálnosti a podpisy za občana so zdravotným postihnutím a kľúčového pracovníka.

#### Opis situácie:

Opis problému, situácie, ktorú je potrebné riešiť

Argumenty podporujúce potrebu sieťovej pomoci

Cieľ stretnutia

Účastníci stretnutia

Iniciátor stretnutia

Čas realizácie stretnutia

Opis účastníkov stretnutia (koho zastupujú a čím môžu prispieť pri riešení daného problému)

Benefity stretnutia pre jednotlivých účastníkov

Písomné výstupy zo stretnutia

*Zhrnutie:* námety na zvýšenie efektívnosti sieťovania služieb, prepojenie na legislatívu a dohovory

Konkrétnym príkladom spolupráce v sieti môže byť aj sieť subjektov pri príprave **Komunitného plánu sociálnych služieb** (KPSS). Cieľom KPSS je zabezpečiť kvalitné a dostupné sociálne služby v určitej územnej jednotke (obci/meste).

### Sieťovanie a komunitný plán sociálnych služieb

V predchádzajúcich častiach tejto kapitoly sme si definovali sieťovanie, opísali viaceré dôvody sieťovania sociálnych služieb, jeho princípy, aktérov a obsah siete pomoci. Veríme, že vám tieto informácie pomohli zodpovedať si otázku: „Prečo je v procese DI nevyhnutné sieťovať sociálne služby a všetky ostatné bežné služby v komunite?“ Ak by sme to chceli zhrnúť, dôležité je to predovšetkým preto, lebo transformácia ZSS sa netýka len samotného ZSS, ale celého radu subjektov a jednotlivcov, ktorí sa nachádzajú v bezprostrednom a vzdialenom okolí tohto zariadenia. Ak teda chceme byť úspešní pri realizovaní zmien v sociálnych službách pri prechode z tradičných pobytových sociálnych služieb na komunitné orientované služby, musíme do tohto procesu zapojiť a využiť všetok ľudský kapitál, formálne a neformálne zoskupenia, štátnu a verejnú samosprávu, inštitúcie, podnikateľov, informácie a dostupné finančné zdroje v komunite, ale aj na regionálnej a národnej úrovni. Ak o existencii všetkých týchto zdrojov síce vieme, ale vzájomne ich neprepojíme, neskoordinujeme či nezosieťujeme, nepodarí sa nám ich využívať v prospech ľudí, ktorých sa plánované zmeny majú týkať. Konkrétnym príkladom spolupráce v sieti môže byť aj sieť subjektov pri príprave a implementácii Komunitného plánu sociálnych služieb (KPSS). Cieľom každého KPSS by mali byť kvalitné a dostupné sociálne služby v určitej územnej jednotke (obci/meste).

Metódu komunitného plánovania upravuje aj zákon o sociálnych službách ako vhodný nástroj, ktorým môžeme najlepšie zistiť, čo ľudia v komunite potrebujú a ako im môžeme zlepšiť kvalitu života. Ako uvádzajú L. Brichtová a K. Repková,<sup>137</sup> aby sa uvedeným plánom dosiahol efekt, ktorý sa od neho očakáva, je významné, aby ho samosprávny orgán vypracovával v spolupráci s inými poskytovateľmi a prijímateľmi sociálnych služieb či s inými právnickými a fyzickými osobami, ktoré na danom území pôsobia, a aby ich prerokovávali v rámci rozsiahlej verejnej diskusie. Do vyššie uvedeného dokumentu by sa mali premietnuť ako národné rámcové priority rozvoja sociálnych služieb, ktoré vypracúva ministerstvo, tak miestne špecifiká a potreby, ktoré majú obyvatelia príslušného regiónu v oblasti sociálnych služieb. Podkladom by mali byť údaje z rozličných analýz zameraných na demografický vývoj regiónu či predpoklad potrebnosti v oblasti sociálnych služieb podľa štruktúry jeho obyvateľstva. Nemenej dôležité je určenie časového harmonogramu, podľa ktorého bude obec alebo samosprávny kraj postupovať spolu so stanovením subjektov zodpovedných za plnenie vytýčených cieľov/úloh, ich finančného krytia a spôsobu vyhodnocovania dosiahnutých výsledkov. Ako sme uviedli, východiskom pre komunitné plány sociálnych služieb, ale aj pre koncepcie rozvoja sociálnych služieb, sú Národné priority rozvoja sociálnych služieb

<sup>137</sup> Brichtová, Repková 2014

na roky 2015 – 2020. Z hľadiska našej publikácie, ale aj tejto kapitoly, je preto významné, že obsahom národných priorít je aj zabezpečiť **dostupnosť sociálnych služieb v súlade s potrebami cieľových skupín komunity, podporiť prechod prijímateľov sociálnych služieb z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť a zvyšovanie kvality poskytovaných sociálnych služieb**. Nejde pritom o možnosť voľby pre obce/mestá/regióny, ale o povinnosť lokálnej a regionálnej samosprávy plánovať transformáciu a deinštitucionalizáciu a podporovať rozvoj komunitných služieb vo svojom územnom obvode. Je to reálne naozaj tak? Plnia si obce a vyššie územné celky tieto zákonom stanovené povinnosti, premietli všetky obce do svojich plánov deinštitucionalizáciu a podporu komunitných služieb? Až na výnimky sa mnohé obce touto otázkou doteraz ani nezaoberali. Nejde pritom o nejaké formálne požiadavky nachádzajúce sa v národných prioritách, ale o reakciu na aktuálnu situáciu v sociálnych službách na Slovensku, pretože komunitné sociálne služby

- nie sú dostatočne rozvinuté a sú fyzicky a finančne nedostupné,
- v obciach a mestách nemáme vytvorené adekvátne podmienky, aby ľudia zostali v domácom alebo komunitnom prostredí,
- narastá počet starších ľudí odkázaných na dlhodobú sociálno-zdravotnú starostlivosť a nemáme na to vytvorené podmienky (vrátane finančných),
- deinštitucionalizácia je kľúčová priorita pre EÚ a rovnako aj pre SR s cieľom vytvoriť podmienky na zotrvanie ľudí v prirodzenom prostredí a na nezávislý a slobodný život všetkých občanov odkázaných na pomoc spoločnosti v prirodzenom sociálnom prostredí komunity prostredníctvom komplexu kvalitných sociálnych služieb.

Z uvedených dôvodov je aj v tejto oblasti pre poskytovateľov, ktorí budú realizovať DI vo svojich zariadeniach, široký priestor na prácu, spoluprácu a lobbing s miestnou a regionálnou komunitou, aby si starostovia/starostky, primátori/primátorky a poslanci/poslankyne zastupiteľstiev osvojili uvedené smerovanie v sociálnych službách a premietli ho aj do svojich plánovacích dokumentov a následne ich realizovali v spolupráci so všetkými aktérmi danej komunity. Pre nikoho však nebude užitočné, ak sa bude robiť len plán pre plán. To sa stáva napríklad aj vtedy, ak si obec dá vypracovať komunitný plán externou inštitúciou, čo by nebolo na škodu veci, ale len za predpokladu, že v rámci prípravy tohto plánu je zabezpečená účasť a spolupráca všetkých zainteresovaných jednotlivcov a subjektov komunity vrátane samotnej samosprávy.

Aj na podporu procesu DI potrebujeme taký plán sociálnych služieb, ktorý nám dá nielen odpovede na nasledujúce otázky, ale navrhne aj optimálne kompromisné riešenia:

- Aké sú **potreby obyvateľov** a ako ich uspokojit?
- Aké **služby** na to **potrebujeme**?
- Čo je potrebné **zmeniť**?
- **Ako zosieťovať** existujúce a nové SS?

Ak si zodpovední nevedia odpovedať na uvedené otázky, môže vznikáť chaos a nespokojnosť u členov v komunite. Skúsenosti z praxe ukazujú, že dôvody nerozvíjania a nesieťovania komunitných služieb sú rôzne:

- **Nevyužívanie možností**, ktoré nám ponúka **platná legislatíva**
- **Nesúlad/nespolupráca** medzi **konceptami** rozvoja SS a **komunitnými plánmi sociálnych služieb** obcí a následne jednotlivými aktérmi
- **Nezapájanie členov komunity do plánovania** vrátane užívateľov a záujemcov o sociálne služby
- Rozvoj a sieťovanie služieb **nie je prioritou** obcí a VÚC
- Obmedzená **garancia práva prijímateľa na takéto služby**, ale aj nedostatočného financovania komunitných služieb zo strany štátu, VÚC a obce
- **Nedostatok politickej vôle**, ale aj častá výmena zodpovedných, napríklad na regionálnej úrovni
- **Nedostatočné využívanie dostupných zdrojov/štrukturálnych fondov** na ich rozvoj (napríklad v roku 2014 opatrovateľská služba v rámci NP)

Ak sú sociálne služby dobre naplánované a zosieťované, prináša to **benefit pre všetkých**. Ide najmä o:

- možnosť **spájať ľudí a rôzne subjekty** na rôznych úrovniach a z rôznych oblastí (laici, rodina, priatelia, profesionáli, formálne a neformálne subjekty, podnikatelia) na princípe **partnerstva** a možnosť pomáhať si z hľadiska zdrojov, informácií, vedomostí a zručností v záujme dosiahnutia spoločného záujmu a cieľa,
- podporu **sociálneho začleňovania** a elimináciu **sociálneho vylúčenia** jednotlivcov a skupín,
- možnosť **skvalitnenia vrátane zvýšenia dostupnosti a prepojenia služieb** v komunite v **prospech občanov so zdravotným postihnutím**, ktorí vystupujú v procese plánovania aktívne, pričom sa **znižuje závislosť klientov** od jedného poskytovateľa, vznikajú nové nápady a riešenia, ktoré sú lepšie akceptované,
- posilnenie princípov **demokracie a občianskej spoločnosti**,
- anulovanie **duplicity našej práce**, siete pracujú rýchlejšie a efektívnejšie.

Na záver by **sme radi poukázali na to**, že žiadny komunitný plán sociálnych služieb nie je nemenný a trvalý, a to ani v prípade, že je určený na obdobie 3 – 5 rokov, pretože je potrebné aktualizovať ho v súlade s potrebami a vývojom v komunite.

## Záver

Proces prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť inak nazývaný aj ako transformácia a deinštitucionalizácie, ktorý sa v súčasnosti naštartoval na národnej úrovni aj v Slovenskej republike je stále isté novum a predstavuje náročné zmeny v oblasti sociálnych služieb. V rokoch 2013 – 2015 sa realizoval pilotný Národný projekt Podpora procesu deinštitucionalizácie a transformácie systému sociálnych služieb v Slovenskej republike, ktorý realizovala Implementačná agentúra Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky. Publikácia, ktorú držíte v rukách je jedným z výstupov tohto národného projektu a jej cieľom bolo poskytnúť čitateľom základné informácie a poznatky o tom, prečo sa tieto zmeny dejú, ako by mali prebiehať a čo by malo byť ich výsledkom. V prvej časti publikácie sme sa zameriavali predovšetkým na teoretické a legislatívne podmienky a dôvody realizácie procesov transformácie a deinštitucionalizácie. Venovali sme sa aj ekonomickým aspektom transformácie a deinštitucionalizácie, kde upozorňujeme predovšetkým na to, že cieľom týchto procesov nie je šetrenie finančných zdrojov v sociálnych službách, ale ich efektívne využívanie v prospech samotných občanov so zdravotným postihnutím. Hlavnou víziou a zámerom týchto procesov je to, aby všetci ľudia, ktorí v súčasnosti žijú v zariadeniach s inštitucionálnou starostlivosťou, alebo je predpoklad, že by mohli žiť v takejto starostlivosti ostali žiť vo svojom prirodzenom prostredí a komunite, tak, že im budú zabezpečované primerané komunitné služby. Cieľom komunitných služieb, ale aj procesu prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť je to, aby ľudia žili zmysluplný a čo najsamostatnejší život v prostredí, ktoré si zvolili a s individualizovanou podporou v súlade s ľudsko-právnym prístupom v sociálnej starostlivosti. V publikácii sme sa okrem toho, prečo sa tieto zmeny dejú, venovali aj tomu, akým spôsobom by sa mali realizovať. V jednotlivých kapitolách sme sa venovali popisu etáp prípravy a realizácie procesov transformácie a deinštitucionalizácie. Podrobne sa v publikácii venujeme príprave komunity, zariadení, zamestnancov sociálnych služieb a predovšetkým samotných prijímateľov sociálnych služieb. Metodika tvorby transformačného plánu tvorí samostatnú publikáciu, ktorá bola vytvorená a realizovaná v rámci Národného projektu Podpora deinštitucionalizácie a transformácie systému sociálnych služieb v Slovenskej republike.

Veríme, že ste v publikácii našli odpovede na Vaše otázky o procese deinštitucionalizácie a transformácie, a informácie a poznatky z jej obsahu Vám budú prospešné vo Vašom profesijnom živote.

Miroslav Cangár

## Zdroje

1. BERNE, E. 1961. *Games People Play: The Psychology of Human Relationships*. 1. vyd. London : Penguin Harmondsworth. 192 s. ISBN 97-801-41938-363
2. BEDNÁRIK, R., REPKOVÁ, K. 2005. *Riešenie odkázanosti na pomoc inej osoby vo vybraných zariadeniach sociálnych služieb. Záverečná správa z výskumnej úlohy*. [online]. Bratislava : Stredisko pre štúdium práce a rodiny. [cit. 15. 3. 2009]. Dostupné na internete: [http://www.sspr.gov.sk/texty/File/pdf/2005/rodina/riesenie\\_odkazanosti.pdf](http://www.sspr.gov.sk/texty/File/pdf/2005/rodina/riesenie_odkazanosti.pdf)
3. BERGER, P. L. – LUCKMANN, T. 1999. *Sociální konstrukce reality. Pojednání o sociologii vědění*. Brno : Centrum pro studium demokracie a kultury. 1999. 214 s. ISBN: 80-8595-94-61.
4. BRICHTOVÁ, L., REPKOVÁ, K. 2014. *Sociálne služby: zacielené na kvalitu (v kontexte zmien zákona o sociálnych službách od roku 2014)*. Bratislava : Inštitút pre výskum práce a rodiny. ISBN: 978-80-7138-138-9
5. BROWNE K. a a kol. autorov EUROPEAN COMMISSION DAPHNE PROGRAMME: 2005, *Mapping the number and characteristics of children under three in institutions across Europe at risk of harm*
6. CANGÁR, M. – CANGÁROVÁ, L. – NINCOVÁ, D. 2014. *Else a Ema (nezávislý život v komunite)*. Bratislava: Rada pre poradenstvo v sociálnej práci. 64 s. ISBN: 978-80-971604-4-9.
7. CANGÁR, M. 2013. Individuálne plánovanie a novela zákona 448/2008 Z.z. o sociálnych službách. In *Integrácia*. ISSN 1336-2011. 3-4/2013. s. 48 – 52
8. ĎURANA, R. – HOLÚBKOVÁ, S. 2013. *Odvaha na nové sociálne služby*. Bratislava : INESS
9. DYER, W.: *Vaše bludy*. Praha, Talpress 1995, 216 s. ISBN 80-85609-83-5
10. GOFFMAN, E. 1961. *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Anchor Books. ISBN 978-0-14-013571-8
11. HRADÍLKOVÁ, T. 2013. Individuální plánování v průběhu transformace ústavu. In *Manuál transformace ústavů. Deinstitutionalizace sociálních služeb*. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. 2013. s. 58 – 90.
12. IVANOVÁ – ŠALINGOVÁ M. 1988. *Slovník cudzích slov. Pre školu a prax*. 1 vyd. Bratislava : Slovenské pedagogické nakladateľstvo. 519 s.

13. JOHNOVÁ, M. 2008. *Projekt pro změnu. Stručný souhrn projektu*. [online]. Praha : QUIP – společnost pro změnu. [cit. 15. 03. 2009]. Dostupné na internete: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/004/000548.pdf>
14. JOHNOVÁ, M. 2007. Plánovanie zamerané na človeka a transformácia ústavnej starostlivosti. In *Transformácia domovov sociálnych služieb s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie ich obyvateľov*. Bratislava : Rada pre poradenstvo v sociálnej práci. 2007. ISBN: 978-80-970004-2-4. s. 88 – 97.
15. KAČALA, J. et al. 2003. *Krátky slovník slovenského jazyka*. Bratislava : Veda,
16. KELLER, R. 1997. *Diskursanalyse*. In: *Ronald Hitzler & Anne Honer (Eds.), Sozialwissenschaftliche Hermeneutik. Eine Einführung* Opladen: Leske + Budrich (UTB).
17. KRAMÁR, I. 1998. *Príspevok k dejinám inštitucionálnej starostlivosti o mentálne postihnutých na Slovensku. Dizertačná práca*. Bratislava : Pedagogická fakulta Univerzity Komenského.
18. KRUPA, S. et al. 2007. *Transformácia domovov sociálnych služieb s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie ich obyvateľov*. 1. vyd. Bratislava : Rada pre poradenstvo v sociálnej práci. 198 s. ISBN: 978-80-970004-2-4
19. KOLEKTÍV AUTOROV. 2012. *Metodika pro účastníky vzdělávacího programu Individuální posudzování schopností a možností uživatelu*, Praha
20. KOLEKTÍV AUTOROV. 2001. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. Praha, Grada publishing, a. s.
21. KOLEKTÍV AUTOROV. 2014. *Chci se zapojit o rozhodování o svém životě: Naslouchej mi!*. Brussels, Inclusion Europe.
22. KOLEKTÍV AUTOROV. 2008. *Standardy kvality sociálních služeb – výkladový sborník pro poskytovatele*. Praha, MPSV ČR.
23. KOLEKTÍV AUTOROV. 2012. *Deinstitucionalizace a plánování sociálních služeb v kraji*, MPSV ČR.
24. LABÁTH, V. 2004. *Rezidenční starostlivost*. 1. vyd. Bratislava : OZ Sociální práca. 143 s. ISBN 80-89185-03-7
25. MANSEL, J., KNAPP, M., BEADLE-BROWN, J., BEECHAM, J. 2010. *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of European study*. TIZARD CENTRE University of Kent.
26. MATOUŠEK, O. 1995. *Ústavní péče*. 1 vyd. Praha : Sociologické nakladatelství. 134 s. ISBN: 80-85850-08-7
27. MATOUŠEK, O. 2003. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha : Portál. 288 s. ISBN: 80-71785-49-0 (A)
28. MATOUŠEK, O. 2003. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha : Portál. 344 s. ISBN 97-88073675-02-8 (B)
29. MATOUŠEK, O. 2007. *Základy sociální práce*. Praha : Portál. 2 vyd. ISBN: 80-73673-31-4
30. MERTON, R. K. 2007. *Studie ze sociologické teorie*. 2. vyd. Praha : Slon. 286 s. ISBN 80-86429-70-9
31. MEACHAN, J. A. (1983). *Wisdom and the context of knowledge: Knowing that one doesn't know. On the development of developmental psychology*, 8, 111-134.
32. NOVÝ, I., SURYNEK, A. 2006. *Sociologie pro ekonomy a manažery*. 2 vyd. Praha : GRADA. 288 s. ISBN: 80-247-1705-0
33. NOVÝ, I. LUKÁŠOVÁ R. 2004. *Organizační kultura -- Od sdílených hodnot a cílů k vyšší výkonnosti podniku*. Praha : Grada. s. 174. ISBN: 80-247-0648-2
34. PARSONS, T. 1971. *Společnosti vývojové a srovnávací hodnocení*. 1. vyd. Praha : Svoboda. 182 s. ISBN: 99-00000-38-X
35. PHILLIPS, M. 2005. *Polovačka na zákon o sociálních službách v USA v štátu Illinois*. In: *Integrácia*. ISBN: 1336-2011, roč. 2005, č. 1, s. 19 – 20.
36. POTŮČEK, Martin. *Sociální politika [Potůček, 1995]*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. 142 s. ISBN 80-85850-01-X
37. PRUCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. 1998. *Pedagogický slovník*. 1 vyd. Praha : Portál. 127 s. ISBN: 80-7178-252-1
38. STRIEŽENEC, Š. 1996. *Slovník sociálního pracovníka*. 1. vyd. Trnava : Vydavateľstvo AD. 255 s. ISBN: 80-967589-0-X.
39. TICHÝ, M. SEDLÁČKOVÁ, E. 1996. *Prof. MUDr. Karol Matulay: Nestor slovenskej psychiatrie a neurológie*. Bratislava : JUGA. s. 128. ISBN: 80-85-50645-9
40. TOKÁROVÁ, A. et al. 2003. *Sociální práca*. 1. vyd. Prešov : Akcent Print. 572 s. ISBN: 80-96-83675-7
41. PUTMAN, R. 1995. *Bowling Alone: Americas Declining Social Capital*. [online]. New York : Journal of Democracy vol. 6 nr. 1 s. 65 – 78 [cit. 20. 11. 2003]. Dostupné na internete: [http://muse.jhu.edu/demo/journal\\_of\\_democracy/v006/putman.html](http://muse.jhu.edu/demo/journal_of_democracy/v006/putman.html)
42. PROUTY, G.: *Preterapie*, Praha, 2005

43. RICHTER, A. 2007. *Finanční náročnost institucionálních služeb poskytovaných lidem s mentálním postižením*. [online]. Praha : QUIP – společnost pro změnu. [cit. 18. 07. 2008]. Dostupné na internete: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/000058.pdf>
44. SLÅTTA, K. 2004. *Veileder. Bruk av individuelle opplærings- og deltagelsesplaner (IODP) for elever med multifunksjonshemming*. Oslo : Torshov kompetansesenter. 2004. 34 s. ISBN: 82-92594-01-9.
45. ULVEDAL, P. A.: 2004. *Nezávislý život. HVPU – o právech a právných normách týkajúcich sa ľudí s mentálnym postihnutím*
46. TOŠNER, J. 2007. *Celoživotní vzdělávání v sociálních službách*. Praha, EuroProfis, s.r.o
47. *Dohovor OSN o právech osôb so zdravotným postihnutím a jeho Opčný protokol*.
48. *Manuál na využívanie fondov Európskej únie na prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť*
49. *Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2015 – 2020*
50. *Revidovaná Európska sociálna charta*
51. *Spoločné európske usmernenia na prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť*.
52. *Správu expertnej skupiny ad hoc o prechode z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť*
53. *Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti*
54. *Ústava Slovenskej republiky (zákon č. 460/1992 Zb., v znení neskorších predpisov)*
55. *Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon), v znení neskorších predpisov*
56. *World Report on Disability (Svetová správa o zdravotnom postihnutí)*

## Poznámky



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---











ISBN: 978-80-970110-7-9



9 788097 011079