



Svetová zdravotnícka
organizácia

REGIONÁLNY ÚRAD PRE
Európu



#komplexnyprístup

#kvalita

KVALITA A DLHODOBÁ STAROSTLIVOSŤ

Štúdia o aspektoch kvality v dlhodobej starostlivosti

Miroslav Cangár, Slavomír Krupa, Tereza Palanová

KVALITA A DLHODOBÁ STAROSTLIVOSŤ

Štúdia o aspektoch kvality v dlhodobej starostlivosti

Miroslav Cangár, Slavomír Krupa, Tereza Palanová
Bratislava 2017



Vydavateľ: Rada pre poradenstvo v sociálnej práci

Autorský kolektív: PhDr. Miroslav Cangár, PhD.

doc. PhDr. Slavomír Krupa, PhD.

Mgr. Tereza Palánová

Rozsah: 52 strán

Rok vydania: 2017

ISBN: 978-80-972551-2-1

Prvé vydanie

Všetky práva vyhradené

Publikácia je vydaná v rámci plnenia Dvojročnej dohody o spolupráci medzi MZ SR a Regionálnym úradom WHO pre Európu na roky 2016-2017, Programová oblasť Zdravotné postihnutie a rehabilitácia

Obsah

Úvod	4
Kvalita života a kvalitné služby dlhodobej starostlivosti.....	5
Služby dlhodobej starostlivosti a kvalita života.....	11
Kvalita života a kvalitné sociálne služby dlhodobej starostlivosti v živote pani W. L.....	12
Zmeny pozície občana v sociálnych službách dlhodobej starostlivosti a sociálna služba ako produkt	16
Spokojnosť klienta, kvalitné sociálne služby dlhodobej starostlivosti a kvalita života	17
Prostredie a kvalitný život	19
Prognóza vývoja služieb dlhodobej starostlivosti v kontexte kvality života.....	19
Systémy kvality v oblasti sociálnych služieb a zdravotníctva v SR	21
Systém sociálnych služieb - Podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby.....	21
Kvalita a zdravotná starostlivosť.....	27
Kvalita a posudzovanie odkázanosti na dlhodobú starostlivosť	32
Hodnotenie potrieb užívateľov v dlhodobej starostlivosti.....	34
Proč hodnotit míru reálné podpory u užívateľů sociálních služeb	35
Jak na hodnocení potřeb.....	36
Nástroje k hodnocení potřeb.....	41
Hodnocení potřeb za pomoci Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví.....	41
Záver	48

Úvod

Slovo „život“ je jedno z najviac frekventovaných slov, myslíme ním spravidla na osobný, subjektívny život, možno život ľudí, ktorí sú nám vzťahovo blízki. Keď myslíme na život vo všeobecnejšej rovine, zahrňujeme do jeho obsahu spôsob, podmienky, kultúru prostredia v krajine, kde ľudia žijú. „Život“ jednotlivcov, rodín, skupín, komunit, spoločnosti sa nám spája s prívlastkami ako – /ne/spokojný, /ne/zdravý, /ne/šťastný, /ne/uspokojivý, blahobytný, chudobný, /ne/úspešný. Život má aj inú, skrytú existenciálnu rovinu, vedomia, v ktorej *„je ničím proti nekonečnosti, všetko vo vzťahu k ničomu, stred medzi ničím a všetkým. (Človek) je nekonečne ďaleko od toho, aby pochopil krajnosti, zmysel vecí a ich podstaty sú pred ním skryté v nepreniknuteľnom tajomstve, rovnako nevládze preniknúť ničotu, z ktorej unikol, ani nekonečno, ktoré ho pohlcuje.“*¹

Autori tejto štúdie si uvedomujú, aké vysoké riziko hrozí zjednodušovaniu, pragmatickým, fragmentárnym konceptom kvality života. Postupne objavujeme, že zmysel mnohých „vecí a ich podstata sú skutočne pred nami skryté“ a nemáme často odpovede na také základné otázky, ktoré sa dotýkajú nášho bytia, života. Máme tendencie prehliadať život v jeho celistvosti, v ktorom sa zrod života, život a jeho koniec – smrť, spájajú v jednom slove. Carl Gustav Jung k tejto otázke života a smrti poznamenáva: *„V epoche, ktorá je za každú cenu výlučne zameraná na rozšírenie životného priestoru ako aj rozmnožovanie racionálneho vedenia, je najvyššou požiadavkou byť si vedomý svojej jedinečnosti a obmedzenosti. Jedinečnosť a obmedzenosť sú synonymá. Bez nich neexistuje žiadne vnímanie nekonečného, a preto ani uvedomovanie, ale len bludná identita s nekonečným, ktorá sa prejavuje v opojení veľkými číslami a naplnení politickej moci.“*² Preložené do zrozumiteľného slovníka, máme tendenciu vidieť jedinečnosť ľudskej existencie ako nevyčerpatelný zdroj bez uvedomovania si limitov ľudskeho života. Úspechy, víťazstvá, ale tiež zlyhania a prehry tvoria mapu ľudskej existencie. K týmto filozofickým, otvoreným rámcom pripája ako významný štandard pre život, kvalitu života, ktorá je neodlučiteľne spojená s *„dôverou, resp. nedôverou“* o ktorej Luhman napísal: *„Ak ľuďom chýba dôvera, v zmysle confidence (hlbokej dôvery), stávajú sa beznádejne odcudzení. Nedostatok tejto základnej dôvery ich vedie k tomu, že sa sťahujú do svojich lokálnych svetov, prepadajú fundamentalizmu.“*³

¹ PASCAL, B.: *Myšlienky*. 1948. Trnava. 50 s.

² JUNG, G., C., 1994, *Duša moderného človeka*

³ LUHMAN N., in KELLER, J.: *Nejistota a dôvera*. 2009 s. 109.

Kvalita života a kvalitné služby dlhodobej starostlivosti

Podľa viacerých autorov (PAYNE, KŘÍŽOVÁ, 2005) termín „kvalita života“ sa postupne etabloval v polovici a na konci 20. storočia predovšetkým v súvislosti so sociálnoekonomickým rozvojom a politickým programom spoločnosti v USA. Avizoval zmenu z kvantitatívneho na kvalitatívny rozmer života. Mať dostatok materiálneho bohatstva, ako sa ukázalo, ešte neznamená žiť hodnotne. Autori tejto štúdie sa nazdávajú, že sekundárne k formulovaniu termínu „kvalita života“ prispela filozofia, veda, výskum a ekonomika. Prelom nastal v postupnom znovuobjavovaní významu hodnôt pre život človeka. Kvalita akejkolvek ľudskej činnosti sa stala predpokladom zmyslupnosti, stabilnosti, trvanlivosti, rentabilnosti. **Aký zmysel by mal akýkoľvek kvalitný produkt, ak by nemal presah na kvalitu života človeka?** Takýto prístup ale predpokladal tiež zmenu cieľov existenciálneho zamerania života ľudí a spoločnosti. V skutočnosti je zrejmé, že v súčasnosti kvalitu života determinuje nielen výška hrubého domáceho produktu na jedného obyvateľa, priemerný stupeň dosiahnutého vzdelania a očakávaná dĺžka života (Human Development Index), ale tiež pulzujúce sociálne, psychologické, sociálnoekonomické, ekologické a kultúrne postoje a ich zmeny, názory, pohnútky, vzťahy jednotlivcov k sebe a k druhým, vzťahy k prostrediu, k verejným inštitúciám, k štátu, k svetu, v ktorom žijú. Uvedené podmienky života je možné plánovať, uskutočňovať a objektívne hodnotiť. Problémom je, že subjektívne hodnotenie kvality života nemusí byť zhodné (a spravidla ani nie je) s objektívnymi podmienkami prostredia. Pretože pre subjektívne hodnotenie kvality života „je rozhodujúce kognitívne hodnotenie a emočné prežívanie vlastného života“⁴. Objektívna kvalita života znamená splnenie požiadaviek, ktoré sa týkajú sociálnych a materiálnych podmienok života, sociálneho statusu a fyzického zdravia.⁵ Centrum pre podporu zdravia v Toronte za kvalitu života považuje stupeň, v ktorom jednotlivec využíva možnosti svojho života.⁶ Vymedzenie kvality života sa zjavne nemôže vyhnúť stanoveniu limitu (splneniu požiadaviek, stupňu) úrovne, ktorá predpokladá dosiahnutie konkrétnych podmienok, rovnajúcich sa kvalite.

⁴ BERG 1976 in PAYNE, J. 2005.: *Kvalita života a zdraví*

⁵ Centrum pro výskum kvality života. Dánsko. In PAYNE 2005 J.: *Kvalita života a zdraví*

⁶ PAYNE 2005 J.: *Kvalita života a zdraví* s. 208

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie kvalita života vyjadruje skutočnosť, „ako ľudia vnímajú svoje miesto v živote, v kontexte kultúry a hodnotových systémov, v ktorých žijú, a vo vzťahoch k svojim cieľom, očakávaniam, štandardom a záujmom.“⁷ Z uvedeného konceptu vymedzenia kvality života môžeme dedukovať, že má prevažne všeobecný, nenormatívny význam, nakoľko termín „kvalita života“ neurčuje svojim obsahom nevyhnutnú mieru úrovne naplnenia podmienok života. „Kvalita života“ podľa WHOQOL rešpektuje subjektívne postoje a názory ľudí na podmienky prostredia, v ktorých žijú. V centre pozornosti kvality života sú ľudia a ich subjektívne hodnotenia (ako ľudia vnímajú) podmienky prostredia, v ktorých existujú. Filozofia uvedeného prístupu koreluje s modelom kvalitnej služby, v ktorej je hodnotenie kvality prisudzované užívateľovi/om prijímateľovi/om a až potom následne poskytovateľom. V súčasnej dobe na počiatku 21. storočia, keď sa výrazným spôsobom mení prostredie, menia sa hodnoty a ich usporiadanie v živote jednotlivcov a spoločnosti, menia sa aj očakávania, menia sa tiež dôvody spokojnosti. K tradičným hodnotám, ktoré majú vplyv na kvalitu života, zaraďujú FELC a PERRY - fyzické blaho, materiálne blaho, sociálne blaho, rozvoj a aktivity, emocionálne blaho.⁸ V súčasnej dobe na počiatku 21. storočia, keď sa výrazným spôsobom mení prostredie, menia sa hodnoty a ich usporiadanie v živote jednotlivcov a spoločnosti, menia sa aj očakávania, menia sa tiež dôvody spokojnosti. Podľa Baumana (2002) predpokladom pre úspech (úspešný život) je schopnosť nebyť nikde zasadený príliš hlboko, nebyť závislý na svojej identite a rýchle sa prispôbovať zmene⁹. Uvedené vnímanie svojho miesta v živote (v prostredí) naznačuje komplikovanosť kreovania a hodnotenia kvality života, ktoré výrazne ovplyvňuje doba, podmienky prostredia, kultúra, hodnoty ktoré jednotlivci a spoločnosť preferujú. Normatívny význam „kvality života“ podľa Svetovej zdravotníckej organizácie operuje termínom „štandard“, ktorý zahrňuje existenciu miery, stavu, normy určujúcej kvalitu a teda tiež predpoklad, že nedosiahnutie, nenaplnenie požadovaných štandardov negatívne ovplyvňuje kvalitatívnu úroveň existencie ľudí. Univerzálnym štandardom kvality života sú ľudské práva a slobody, pravidlá, normy, obsiahnuté v medzinárodných dohovoroch. Niet pochýb o priamom vplyve dodržiavania alebo porušovania ľudských práv na kvalitu života ľudí v spoločnosti. Z humanistickej a pre človeka formulovanej filozofie kvality vyplýva jej ľudská, subjektívna, interaktívna, vzťahová, podstata života. Človek ovplyvňuje prostredie a zároveň je sám súčasťou prostredia, ktoré ho formuje. Vzájomná ľudská determinácia a ovplyvňovanie cieľov, očakávaní a uvedomovania bytia prebieha od narodenia až po koniec života. Kultúra, hodnotové systémy, správanie, vzťahy, očakávania, záujmy sú výsledkom spôsobu vnímania, myslenia a konania jednotlivcov, ľudí, komunit, spoločnosti. Akokoľvek uvažujeme o kvalite života, je zrejmé, že plánovanie a projektovanie podmienok optimálneho prostredia nie je možné bez permanentného, vyváženého komunitného dialógu, ktorý rešpektuje život, slobodu a zodpovednosť ako hodnoty, človeka ako jedinečnú bytosť. Dejiny aj súčasnosť poskytujú

⁷ http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/

⁸ FELC, PERRY in KRUPA, 2013. *Kvalitné sociálne služby II.*

⁹ BAUMAN Z.: *Tekutá modernita*. Praha. Mladá fronta. 2002

príklady, keď ani vysoká sociálno-ekonomická úroveň prostredia ešte nezabezpečuje kvalitu života a nízka úroveň prostredia nie je nevyhnutne prekážkou pre kvalitný život.

História poskytovania služieb starostlivosti nám ukazuje, ako je potrebné a dôležité vnímať aspekt kvality života a kvality služieb ľudskoprávneho prístupu. Najčastejším dôvodom pre poskytovanie a zabezpečovanie dlhodobej starostlivosti je zdravotné postihnutie (v širokom koncepte jeho vnímania v súlade s Dohovorom OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím). Zdravotné postihnutie je vnímané a definované ako vyvíjajúci sa koncept a výsledok interakcie medzi osobou s postihnutím a subjektívnymi a vonkajšími bariérami, ktoré jej bránia v plnom a efektívnom začlenení sa do spoločnosti na rovnakom základe s inými. Medzi osobné faktory, ktoré vplyvajú na zdravotné postihnutie sa najčastejšie zaraďujú fyzické (pohlavie, rasa, druh postihnutia, a pod.) a socio-ekonomické (ekonomický status, sociálny status, sociálna sieť človeka, a pod.), čiže činitele, ktoré vychádzajú z individuálnych podmienok, každého človeka. Vonkajšie faktory prostredia tvoria predovšetkým prístupnosť, legislatíva a sociálne politiky, socio-ekonomické faktory (ekonomická a sociálna situácia prostredia) a sieť služieb v prostredí, kde občan so zdravotným postihnutím žije. Vychádzajúc z tohto vnímania, môžeme hovoriť o tom, že to, ako človek so zdravotným postihnutím dokáže samostatne žiť v spoločnosti, je ovplyvnené jeho individuálnymi predpokladmi, ale vo veľkej miere aj prostredím, v ktorom žije a jeho podporou, resp. bariérami. Ako sme uvádzali už vyššie, práve všetky tieto aspekty vplyvajú zásadne na subjektívnu kvalitu života jednotlivca. Vnímanie zdravotného postihnutia vychádza z historických prístupov k občanom so zdravotným postihnutím, ktoré boli a sú realizované. V zásade rozlišujeme štyri základné prístupy:

1. *Charitatívny prístup*

Charitatívny prístup v sociálnej starostlivosti má svoje východiská v období, keď sa starostlivosťou o ľudí v nepriaznivej životnej situácii zaoberala predovšetkým cirkev, resp. charitatívne organizácie – rôzne spolky a vstup štátu do sociálnej starostlivosti bol minimálny. Tento prístup vnímal občanov so zdravotným postihnutím ako ľudí, ktorí sa nachádzajú v tragickej a zlej životnej situácii a nedokážu sa o seba postarať. Občania so zdravotným postihnutím vyvolávajú súcit majoritnej spoločnosti, a tak sa stávajú aj „objektom“ dobrovoľníctva a spoločnosť je presvedčená, že potrebujú pomoc, sympatiu a charitu. Spoločnosť sa im snaží pomôcť predovšetkým formou zbierok financií a ich rozdeľovaním medzi organizácie a ľudí, ktorí potrebujú túto pomoc, **bez zvýšeného záujmu o kvalitu tejto pomoci a starostlivosti**. Zodpovednosť za starostlivosť v rámci tohto prístupu bola predovšetkým na charitatívnych a cirkevných organizáciách, dobrovoľníkoch a neziskových organizáciách.

2. *Medicínsky prístup*

Medicínsky alebo zdravotnícky prístup sa začal v spoločnosti objavovať spolu s tým, ako krajiny v minulosti začali systémovo riešiť problematiku zdravotnej starostlivosti. Zdravotné postihnutie bolo vnímané predovšetkým ako konkrétna diagnóza, ktorá sa musí liečiť a občania so zdravotným postihnutím mali pasívnu úlohu pacientov (aj v súčasnosti sa ešte sporadicky stretávame v sociálnych službách s používaním termínu – pacient). Občania so zdravotným postihnutím boli vnímaní ako abnormálni a z tohto dôvodu boli často nútené inštitucionalizovaní a segregovaní v inštitucionálnych zariadeniach. V rámci tohto prístupu vládlo a vládne presvedčenie, že občania so zdravotným postihnutím nedokážu žiť samostatný a nezávislý život, ale potrebujú čo najviac rehabilitácie a liečenie, aby dosiahli určitý stupeň samostatnosti. Zodpovednosť bola predovšetkým na zdravotníckych zamestnancoch a lekároch. Sociálna starostlivosť bola súčasťou predovšetkým zdravotníckeho systému.

Oba tieto prístupy boli v rámci historického vývoja sociálnej starostlivosti v danom období legitímne a ich ciele pomôcť a podporiť občanov so zdravotným postihnutím treba vnímať pozitívne. Avšak negatívne dôsledky charitatívneho a medicínskeho prístupu na život človeka so zdravotným postihnutím z hľadiska súčasného poznania v spoločnosti sú predovšetkým morálne, eticky a profesionálne neakceptovateľné a vedú k neakceptovateľnej kvalite života osôb so zdravotným postihnutím. Tieto negatívne dôsledky predstavujú to, čo v súčasnosti nazývame aj inštitucionálna kultúra. Medzi hlavné znaky inštitucionálnej starostlivosti patria:

- *submisívnosť a nedostatok moci* – človek je podriadený, má často pasívnu rolu, nemôže rozhodovať ani o základných bežných veciach vo svojom živote a musí sa prispôbiť pravidlám fungovania organizácie, ktorá ho podporuje, bez toho, aby mu bolo umožnené to akokoľvek ovplyvniť.
- *stigmatizácia a nízky sociálny status* – znamenajú predovšetkým negatívne onálepkovanie človeka a jeho vnímanie, ako niekoho, kto má nižšiu hodnotu pre spoločnosť a je menejcenný, v minulosti bolo bežné plošné zbavovanie spôsobilosti na právne úkony všetkým ľuďom so zdravotným postihnutím (predovšetkým s mentálnym alebo duševným postihnutím), ktorí sa dostávali do ústavných zariadení sociálnej starostlivosti.
- *nútená inštitucionalizácia* – ľudia sú často umiestňovaní do zariadení sociálnej starostlivosti aj napriek ich nesúhlasu, ale na základe nedostatočnej informovanosti o možnostiach ich podpory v komunite.
- *segregácia od lokálnej komunity* – zariadenia sociálnej starostlivosti boli vytvárané a umiestňované mimo bežnú komunitu, často v starých neúčelových budovách na konci obcí, respektíve mimo obcí. Tieto objekty boli často ohradené plotmi a boli uzavreté. Tento spôsob segregácie mal vplyv aj na vnímanie ľudí s postihnutím, ako na niekoho, kto musí byť zavretý a oddelený od spoločnosti a jeho dôsledkom, je často iracionálny strach

- ochránia nás. Toto viedlo aj k depersonalizácii a nízkemu sebavedomiu občanov so zdravotným postihnutím a nedostatočne rozvinutým sociálnym vzťahom.
- *závislosť* – vytvorená závislosť na pracovníkoch zariadení a profesionáloch, že iba oni najlepšie vedia, čo občania so zdravotným postihnutím potrebujú. Tento prístup mal za dôsledok vytvorenie takzvanej naučenej pasivity a naučenej bezmocnosti, ktorých prekonávanie je jednou z hlavných výziev individuálneho prístupu v sociálnej starostlivosti.
- *dobrovoľnosť namiesto práv a povinností* – hovorí o tom, že je to na dobrovoľnosti majoritnej spoločnosti, akým spôsobom bude podporovať alebo nepodporovať občanov so zdravotným postihnutím a či majú vôbec právo na život v bežnej spoločnosti alebo nie.

3. Sociálny prístup

Sociálny prístup, ktorý súvisí s celospoločenskými zmenami, ktoré sa vo svete udiali od konca 60tych rokov 20. Storočia. Predstavuje aj zmenu vnímania zdravotného postihnutia. Je dôsledkom zlej organizácie spoločnosti tak, že občania so zdravotným postihnutím čelia prekážkam a bariéram v rovnakej účasti na bežnom živote. Vnímanie sa posúva k tomu, že občania so zdravotným postihnutím môžu a majú participovať na živote v spoločnosti a majú byť integrovaní. Zodpovednosť za riešenie sociálnej starostlivosti sa presúva k celej spoločnosti a interdisciplinárnemu prístupu. Spoločnosť sa snaží debariérizovať a humanizovať prostredie, v ktorom občania s postihnutím žijú. Vznikajú iniciatívy, ktoré majú ambíciu zmeniť prístup k občanom so zdravotným postihnutím. Humanizácia predstavuje zlepšenie životnej úrovne ľudí vo veľkokapacitných inštitúciách, a to formou znižovania počtu obyvateľov na izbách, zvyšovaním počtu sociálnych pracovníkov, estetizáciou prostredia, ale nedotýka sa priamo priznania a dodržiavania práv a povinností týchto ľudí. Poskytovanie služieb je stále orientované do vnútra inštitúcie a organizácie, aj keď sa objavujú prvky integrácie. Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike sa vyjadruje k procesom humanizácie nasledovne: „*Napriek zrejmej snahe o humanizáciu sociálnych služieb, ako aj o skvalitnenie pomoci rodinám s deťmi a starostlivosti o deti, ktoré nemôžu z rôznych dôvodov vyrastať v prirodzenom rodinnom prostredí, zmeny ktoré boli dosiahnuté v posledných rokoch neposunuli ťažisko pomoci a starostlivosti výraznejšie v prospech občana – k napĺňaniu jeho práv, individuálnych potrieb a vytváraniu predpokladov pre Nezávislý život v integrovanom spoločenstve plnoprávných občanov.*“¹⁰ A aj z tohto dôvodu je nutné konštatovať, že poskytovanie sociálnej starostlivosti sa musí posúvať ďalejto smerom k ľudsko-právnomu prístupu.

¹⁰ Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike. 2011. MPSVR SR.

Sociálny prístup a humanizácia dokážu čiastočne odstrániť negatívne dôsledky charitatívneho a medicínskeho prístupu, ale stále nedokážu zabezpečiť úplné dodržiavanie ľudských práv všetkých občanov so zdravotným postihnutím.

Ľudsko-právny prístup vníma občanov so zdravotným postihnutím ako súčasť rovnakej spoločnosti a prisudzuje im rovnaké práva a povinnosti ako všetkým ostatným občanom v spoločnosti. Hlavné princípy ľudsko-právneho prístupu sú:

- **Inklúzia**
- **Participácia**
- **Prístupnosť**
- **Nediskriminácia**
- **Rešpektovanie inakosti/rozdielnosti**
- **Rovnaké príležitosti**
- **Rešpekt pred prirodzenou dôstojnosťou**

Práve tieto uvedené princípy sú kľúčové a základné v oblasti kvality služieb, či už vo všeobecnosti sociálnych služieb, alebo konkrétne služieb dlhodobej starostlivosti. Ľudsko-právny prístup sa pretavil aj do viacerých medzinárodných dokumentov, a predovšetkým do Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím, ktorého cieľom je presadzovať, chrániť a zabezpečovať úplné využívanie všetkých ľudských práv a základných slobôd všetkými osobami s postihnutím a presadzovanie rešpektu pred ich prirodzenou dôstojnosťou. Ľudsko-právny prístup je zakotvený aj v zákone 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov, kde v §6 ods. 2 uvádza: „Fyzická osoba má právo na poskytovanie sociálnej služby, ktorá svojím rozsahom, formou a spôsobom poskytovania umožňuje realizovať jej základné ľudské práva a slobody, zachováva jej ľudskú dôstojnosť, aktivizuje ju k posilneniu sebestačnosti, zabraňuje jej sociálnemu vylúčeniu a podporuje jej začlenenie do spoločnosti.“ Okrem toho sa veľmi jasne v legislatíve sociálnych služieb objavujú aj vyššie spomenuté princípy ľudsko-právneho prístupu, a to predovšetkým v prílohe č. 2 zákona 448/2008 Z. z. o sociálnych službách – Podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby, kde je samostatná oblasť dodržiavania ľudských práv, ale aj ďalších oblastiach sa kladie dôraz na aktívnu inklúziu, participáciu, prístupnosť prostredia, nediskrimináciu, rešpekt voči prijímateľovi sociálnych služieb, právo na rovnaké príležitosti a v neposlednom rade rešpekt pred prirodzenou dôstojnosťou človeka.

Služby dlhodobej starostlivosti a kvalita života

Je zrejmé, že je potrebné skúmať súvislosti medzi nepriaznivými sociálnymi situáciami v živote (človeka, ľudí) a starostlivosťou, resp. sociálnou službou dlhodobej starostlivosti. Starostlivosť človeka o seba a o druhých, blízkych je neoddeliteľnou súčasťou udržateľnosti života. Opakovane zdôrazňujeme vysoké riziko ohrozenia ľudského života „na seba zameraným“, egocentrickým človekom. Neoddeliteľnou súčasťou života každého človeka sú situácie, v ktorých je sociálne odkázaný na druhého človeka. Stav sociálnej odkázanosti pri narodení človeka a jeho život v prvých dňoch, mesiacoch, rokoch sú zviazané s osobami, ktoré boli a sú ochotné mu poskytnúť potrebnú starostlivosť a službu. Môžeme preto konštatovať, že sociálna služba a starostlivosť je významným nástrojom pri prekonávaní nepriaznivých sociálnych situácií. Tak ako sú prirodzenou súčasťou života človeka stavy sociálnej odkázanosti na službu inej osoby, tak je prirodzenou, neoddeliteľnou, nevyhnutnou súčasťou života človeka schopnosť poskytovať službu a starostlivosť.

Schopnosť človeka poskytovať službu a starostlivosť iným je prirodzenou výbavou života, ktorá život udržuje. Život bez vzájomnej ľudskej pomoci, služby a starostlivosti je neudržateľný. Na individuálnej ale aj na spoločenskej úrovni, služba a starostlivosť, pomáhajú prekonávať stavy sociálnej odkázanosti. Na všeobecnej, spoločenskej úrovni takúto službu nazývame solidarita, spolupatričnosť. Schopnosť poskytovať (a prijímať) službu, starostlivosť, pomoc je hereditárnou výbavou ľudského bytia. Môžeme predpokladať, že motivácia služby, orientovaná na vzájomné, ľudské poskytnutie pomoci v čase sociálnej odkázanosti bola z historického hľadiska predchodcom etablovania humanitne orientovaných vedeckých odborov, včítane sociálnej práce.

Paradoxne, ako sme už uvádzali, sociálne služba, pomoc, starostlivosť bola až do konca 19. a začiatku 20. storočia praktickou, dobrovoľníckou aktivitou zameranou na pomoc ľuďom v nepriaznivých sociálnych situáciách. V druhej polovici 20. storočia sa vyprofiloval vedný odbor sociálna práca ako „*profesionálna, odborná aktivita zameraná na pomoc jednotlivcom, skupinám a komunitám s cieľom zlepšiť alebo obnoviť ich schopnosť sociálneho fungovania a na tvorbu spoločenských podmienok priaznivých pre tento cieľ.*“¹¹ V uvedenej definícii je kľúčovým termínom „*sociálne fungovanie*“ - schopnosť reagovať, zvládať, interagovať na požiadavky prostredia. Osoba, ktorá z objektívnych dôvodov nedokáže adekvátne a primerane sociálne reagovať, zvládať a interagovať s prostredím, nevyhnutne potrebuje krátkodobú alebo dlhodobú sociálnu pomoc. Sociálna služba je (práve) tým odborným a praktickým prístupom, ktorý umožňuje riešiť nepriaznivé situácie, v ktorých sa nachádzajú sociálne znevýhodnené osoby s cieľom zlepšiť kvalitu ich života. Jeden z prvých odborných príspevkov

¹¹ Národná asociácia sociálnych pracovníkov v Spojených štátoch amerických. 1973

na tému sociálnych služieb v Československu bol publikovaný v roku 2001, a to v publikácii *Základy sociální práce*, kde sú sociálnym službám venované dve strany.¹²

V roku 2001 a 2003 vydáva Rada pre poradenstvo v sociálnej práci publikácie Slavomíra Krupu a kol. *Kvalitné sociálne služby I.*, a *Kvalitné sociálne služby II.* Tokárová a kol. uvádza v publikácii *Sociální práce* (2003) v časti *Vybrané metody a formy sociální práce* kapitolu venovanú sociálnym službám (s. 478 – 484). V roku 2005 a 2007 autor MATOUŠEK a kol. vydáva samostatnú publikáciu *Sociální služby*. V roku 2008 bol schválený zákon o sociálnych službách 448/2008 Z. z. Pri analýze definícií sociálnych služieb z uvedených literárnych prameňov sme sledovali, nakoľko sú uvádzané v súvislosti s kvalitou. Levická (2003), považuje za sociálne služby špeciálny súbor činností zameraných na uspokojovanie individuálnych a kolektívnych potrieb (neuvádza cieľovú skupinu sociálnych služieb).¹³ Cieľovou skupinou sociálnych služieb sú podľa Matouška ľudia sociálne znevýhodnení a za cieľ sociálnych služieb považuje zlepšenie ich kvality života, resp. maximálne možnú mieru začlenenia alebo ochranu spoločnosti pred možnými rizikami.¹⁴ Tomeš uvádza anglosaský koncept sociálnych služieb, kde je služba poskytnutím výhody tým, ktorí majú problém (MATOUŠEK, *Základy sociální práce*. 2001. s. 178). Holasová poníma sociálne služby ako služby, ktoré sociálni pracovníci poskytujú alebo sprostredkovávajú.¹⁵ Matoušek a Holasová vnímajú význam kvality v kontexte sociálnych služieb. Maximálne zlepšenie kvality života (ako uvádza Matoušek) je cieľom sociálnych služieb. Uvedený prístup vychádza z normatívnych nárokov kvality cielene zameraných na sociálne znevýhodnené osoby a na prostredie. Otvára diskusiu, nakoľko a či vôbec, majú sociálne služby potenciál zlepšovať kvalitu života. Jednou z možných odpovedí je predpoklad, že zlepšenia kvality života je možné dosiahnuť poskytovaním kvalitných sociálnych služieb.

Kvalita života a kvalitné sociálne služby dlhodobej starostlivosti v živote pani W. L.

Situáciu, keď si osoba nedokáže vlastnou silou alebo prirodzenou podporou svojho okolia riešiť svoju životnú situáciu, považujeme za nepriaznivú sociálnu situáciu. Neschopnosť jednotlivca, nezáujem a pasivita prostredia narušuje dôveru človeka k sebe samému a k prostrediu, v ktorom žije. Strata podpornej siete vzťahov v čase, keď ich jednotlivec v nepriaznivej sociálnej situácii existenčne potrebuje, má vážne sociálne, zdravotné, ekonomické, psychické a duchovné dôsledky. Neriešená a pretrvávajúca nepriaznivá sociálna

¹² TOMEŠ in MATOUŠEK, 2001. *Základy sociální práce*

¹³ TOKÁROVÁ, *Sociální práce*, 2003. Prešov. 478 s.

¹⁴ MATOUŠEK a kol. *Sociální služby*. 2007 s.9

¹⁵ HOLASOVÁ, V. M.: *Kvalita v sociální práci a v sociálních službách*. 2014. s. 10

situácia jednotlivca vedie k jej postupnému prehlbovaniu a znižovaniu kvality života. Takých situácií a ich variantov je nespočetné množstvo. O jednej z nich napísala pani Wilhelmine L. tieto slová: „...je to už 16 rokov, ako som po 38 rokoch, kedy som bola bez prestávky zamestnaná, zamenila môj „druhý domov“, hlavný sekretariát, za svoj hlavný domov. Bez nejakého tzv. „šoku z dôchodku“. Tak sme si užívali naše pokojné spolužitie, až jedného dňa na jeseň roku 1992 spadol môj muž pri raňajkách z kresla. Zástava srdca. „Už sa nedá nič robiť“, povedal lekár, stalo sa to skoro ráno na terase našej záhrady. O pár hodín odniesli v ohavnej plechovej rakve tridsať rokov môjho života. Toho času som bola desať rokov v penzii, môj muž šesť rokov. Vždy som verila, že na staré kolená nebudem sama, keďže „on“ bol skoro o desať rokov mladší ako ja. Tak sa vecí dejú, ináč, ako si ich my naplánujeme. Po počiatočnom šoku, ktorý ale trval pomerne dlho, som si uvedomila, že zvyšok života budem musieť kráčať sama. Bolo to krátko po jeho smrti a ja som sa chystala osláviteľ svoje 67. narodeniny. Priatelia sa postupne vytratili, v byte stíchlo, práca v záhrade ma samotnú už ne bavila a neustála spomienka na to, ako tam leží bez života, ma primäla k tomu, že som ju po dvoch rokoch predala.“¹⁶ Krátky popis dramatických udalostí v živote pani W. L. má niekoľko sociálnych aspektov. Prvým je v celku bezproblémový prechod do dôchodku a naplnené očakávanie a spokojnosť zo spolunažívania s manželom. Podľa záverov výskumu Krížovej (2005), v ktorom sa venuje sociologickým podmienkam kvality života, je „prítomnosť dôverného partnerstva alebo iného blízkeho vzťahu ako zdroja sociálnej opory“ významným faktorom spokojnosti. Autorka konštatuje v záveroch výskumu, že „blízka osoba mala väčšiu váhu na spokojnosť s celkovou kvalitou života než prítomnosť zdravotných ťažkostí“.¹⁷ Strata manžela a postupne tiež blízkych osôb, ktoré takouto oporou pre pani W. L. boli, je príčinou neočakávanej, nepriaznivej situácie, ktorá viedla k zmene životnej situácie a následnému znižovaniu spokojnosti a kvality života. Sociálny priestor, predtým vyplnený „živou“ komunikáciou s manželom a blízkymi, zaplnila samota. Tá viedla pani W. L. k opusteniu záľub, ktoré pred stratou manžela boli dôvodom jej spokojnosti.

Predpokladajme, že dôjde po týchto udalostiach v živote pani W.L. k zhoršeniu jej zdravotného stavu. Na základe lekárskeho a sociálneho posudku bolo vydané rozhodnutie o sociálnej odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby, prípadne na opatrovateľskú službu v zmysle §48 Zákona 448/2008 Z. z. o sociálnych službách. Predpokladajme, že pani W. L. bude zaradená do najmenej II. stupňa sociálnej odkázanosti na sociálnu službu s rozsahom dve hodiny denne. Pani W. L. bude poskytnutá opatrovateľská služba podľa §41 Zákona 448/2008 Z. z. o sociálnych službách. Otázkou je, či vôbec a ak áno, za akých okolností môže opatrovateľská služba prispieť pani W. L. ku kvalite života? Sociálna služba je podľa uvedeného zákona o sociálnych službách odbornou činnosťou, obslužnou činnosťou alebo ďalšou činnosťou alebo

¹⁶ VOLÁNSKÁ, L.: *V hlave tridsať v krížoch sto*. 2017. Bratislava, s. 140.

¹⁷ KRÍŽOVÁ, E. *Sociologické podmienky kvality života*, in PAYNE *Kvalita života a zdravie*, Praha, s. 362

súborom týchto činností, ktoré sú zamerané na prevenciu, riešenie alebo zmiernenie nepriaznivej sociálnej situácie fyzickej osoby, rodiny alebo komunity, zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopnosti fyzickej osoby viesť samostatný život a na podporu jej začlenenia do spoločnosti, zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb fyzickej osoby, riešenie krízovej sociálnej situácie fyzickej osoby a rodiny, prevenciu sociálneho vylúčenia fyzickej osoby a rodiny, zosúladzovanie rodinného života a pracovného života (§ 2). Sociálne služby sú zamerané na riešenie nepriaznivej situácie osoby. Po strate manžela, ako popisuje v autobiografii svoj životný príbeh pani W. L., nastalo zníženiu kvality jej života. Následný predpoklad zhoršenia zdravotného stavu potvrdilo objektívnu potrebu opatrovateľskej služby. Z popisu činnosti opatrovateľky v zmysle zákona o sociálnych službách však nenachádzame dôrazy, ktoré by vytvárali podmienky pre zvýšenie kvality života pani W. L. Zákon umožňuje, aby sa pani W. L. dožadovala takých služieb, *„ktoré svojim rozsahom, formou a spôsobom poskytovania umožňujú realizovať jej ľudské práva a slobody, zachováva jej ľudskú dôstojnosť, aktivizuje ju k posilneniu sebestačnosti, zabraňuje jej sociálnemu vylúčeniu a podporuje jej začlenenie do spoločnosti“* (§ 6).

Opatrovateľka popri iných činnostiach každodenne pani W. L. porciuje stravu, obsluhuje, krmí ju a pomáha pri pití. V týchto základných potrebách je pani W. L. odkázaná na pomoc opatrovateľky. Ako môže opatrovateľská služba poskytovaná pani W. L. napríklad pri porciovaní stravy, obsluhu a pomoci poskytovanej pri pití naplniť jej ľudské práva a slobody, zachovávať jej ľudskú dôstojnosť, posilňovať sebestačnosť atď. Dovoľme si upozorniť na minimálne dve okolnosti, v ktorých prebieha činnosť opatrovateľky. Prvou je kultúrny rozmer stravovania, kvalita a možnosti výberu stravy. Kvalitný obed, či večera môže a má byť spoločenskou udalosťou, v ktorej má pani W. L. dôstojnú sociálnu rolu a to, čo do výberu kvality, množstva, kultúry stolovania, úpravy stravy, individuálneho času potrebného na stravovanie. Bežné stravovanie je tak paradoxne príležitosťou nielen k nasýteniu, ale aj prejavom akceptácie, spoločenskej komunikácie, úctivým rozhovorom, spoluprácou, ocenením a rešpektom. Pre pani W. L. má takto poskytnutá sociálna služba vysokú hodnotu. V opačnom prípade, t. j. ak je cieľom opatrovateľskej služby, čo najrýchlejší priebeh stravovania, v ktorom opatrovateľka od začiatku stravovania určuje pravidlá (lebo má povinnosť dodržiavať stanovené podmienky pracovnej náplne, harmonogramu a režimu, má zaužívané stereotypy práce), posilňuje u pani W. L. stav beznádeje, naučenej bezmocnosti, opustenosti, ktorý vedie k zníženiu kvality jej života. **Rozhodujúce je, či môže alebo nemôže pani W. L. ovplyvniť priebeh stravovania.** Tu sme pri druhej okolnosti ktorá určuje kvalitu života pani W. L., a síce priebeh poskytovanej opatrovateľskej služby. Uvedená služba môže byť poskytovaná kvantitatívne (paradigma) - tradične zameraná sociálna služba, opatrovateľská služba a kvalitatívne zameraná sociálna služba (paradigma). Kvantitatívna paradigma odbornej, alebo obslužnej činnosti, akou je napríklad stravovanie, je prevažne

kvantitatívnom prístupe, absentuje základný rovnovážny, spolupracujúci sociálny vzťah založený na obojstrannej dôvere prijímateľa a opatrovníka. Pracovník nepodporuje vytváranie pozitívneho obrazu o prijímateľovi sociálnej služby smerom k nemu a smerom k ostatným prijímateľom sociálnej služby. (Príloha č. 2 k zákonu č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov, Kritérium 1. 2 Sociálny status prijímateľa sociálnej služby, indikátor s hodnotou úrovne naplnenia 0). **Kvalitatívna paradigma** odbornej alebo obslužnej činnosti je plánovaná, poskytovaná služba, jej cieľom je poskytovať také služby, ktoré rešpektujú osobnosť a stav prijímateľa, podporujú obnovu a zachovanie identity a integrity a maximálnej nožnej nezávislosti (v našom príklade u pani W. L.) pri stravovaní (Príloha č. 2 k zákonu č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov, Kritérium 1. 2 Sociálny status prijímateľa sociálnej služby, indikátor s hodnotou úrovne naplnenia 3). Základom kvalitatívneho prístupu je **zmena postoja pracovníkov ku klientom a prostrediu, v ktorom žijú**. Vysoko zefektívňuje odbornú, opatrovateľskú činnosť (v našom príklade v domácnosti pani W. L.). Z uvedeného hľadiska je povinnosť zriaďovateľov a poskytovateľov poskytovať kvalitné sociálne služby prelomová zmena. Filozofia zákona 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov je koncipovaná na ľudskoprávnom prístupe (§6 a §7) a kvalitatívnych kritériách, ktoré sú formulované v Prílohe č. 2 uvedeného zákona v 4 oblastiach:

1. Dodržiavanie základných ľudských práv a slobôd.
2. Procedurálne podmienky (vymedzujú účel a obsah poskytovania sociálnej služby a prístup k prijímateľovi sociálnej služby).
3. Personálne podmienky.
4. Prevádzkové podmienky.

KRUPA (2003) považuje uvedený manažérsky postup, ktorý formuluje kvalitu na základe kritérií, štandardov, indikátorov ako procesálnu metódu aplikácie a hodnotenia kvality sociálnych služieb. Viacerí autori MATUŠKA 2008, CROSBY 2007, KRUPA 2001, 2003 sa zhodujú v definícii kvality sociálnych služieb ako „**zhody, súladu ponuky s potrebami, požiadavkami klienta**“. Na príklade, nepriaznivej sociálnej situácie, ktorú sme v tejto časti uviedli, sme poukázali na poskytovanie a význam sociálnej, opatrovateľskej služby z pozície opatrovateľky a z pozície pani W. L. Okolnosti, ktoré pani W. L. nedokázala ovplyvniť a jej vzniknutá sociálna situácia, významne ovplyvnili kvalitu jej života. V prípade, že bude zo zdravotných dôvodov potrebovať sociálnej služby, jej predchádzajúca sociálna situácia bude určovať jej potreby. Pri riešení situácie sa môže stretnúť pani W. L. s ponukou, ktorá výborne, možno veľmi dobre, možno dostatočne, alebo naopak, vôbec nesplní jej potreby, požiadavky. Môžeme predpokladať, že nepriaznivá sociálna situácia má dlhodobý alebo krátkodobý vplyv na znižovanie kvality života. Predpokladáme že to, akú konkrétnu ponuku dlhodobej

Sociálne služby a aj dlhodobá starostlivosť sú nástrojom, ktorých cieľom je objektivizovať, diagnostikovať, plánovať a poskytovať odbornú pomoc s cieľom riešiť zmenu nepriaznivej sociálnej situácie tak, aby nebola prekážkou v sociálnom začlenení, integrácii, inklúzii prijímateľa, klienta. Kvalitná sociálna služba a služba dlhodobej starostlivosti je prístup založený na vzájomnej odbornej a praktickej interakcii pracovníkov s osobami v nepriaznivej sociálnej situácii, ktorá má potenciál zastaviť, znížiť a zmeniť dôsledky na kvalitu ich života.

Zmeny pozície občana v sociálnych službách dlhodobej starostlivosti a sociálna služba ako produkt

Sociálna pozícia, sociálna rola, je neoddeliteľnou súčasťou každého života. Kvalitatívne zmeny v poskytovaní sociálnych služieb (tiež v zdravotníctve) otvárajú nové otázky, diskusiu, zameranú na skúmanie odpovedí o sociálnej roli občana v sociálnych službách, funkcii sociálnych a zdravotných služieb, systému financovania v kontexte kvality života. Legislatíva v súčasnosti zaručuje kvalitné sociálne služby, a tým mení aj funkciu sociálnych služieb (a aj dlhodobej starostlivosti) a sociálnu pozíciu prijímateľa. Kvalitné sociálne a zdravotné služby posúvajú ciele a poslanie služieb zo zriaďovateľov a poskytovateľov na osobu – prijímateľa (klienta, pacienta), ktorý/á sa stáva stredom záujmu celého procesu služieb. Participácia s klientom je základom pre individuálne plánované a realizované kvalitné sociálne služby. Súčasná legislatíva považuje osobu v sociálnych službách za „prijímateľa sociálnych služieb“. Implementácia kvality v sociálnych službách mení pozíciu prijímateľa sociálnej služby do role klienta až zákazníka. Kvalitatívny rozmer sociálnych služieb je vlastnosťou typickou pre produkt.¹⁸ KRUPA (2003) uvádza, že kvalitné sociálne služby majú popri interaktívnom koncepte poskytovanej pomoci a podpory tiež špecifický rozmer produktu, ktorý by otvoril možnosť pre stanovenie jeho trhovej ceny. Cena sociálnej služby (aj kvalitnej sociálnej služby) je hlboko podhodnotená, nakoľko je plne v kompetencii štátu a samospráv. Tieto skutočnosti potvrdzuje aj aktuálna štúdia od Radovana Ďuranu – Ako určiť cenu sociálnej služby?¹⁹ Rozdiel medzi zdravotnou a sociálnou starostlivosťou je v tom, že v zdravotnej starostlivosti sú ceny za službu utvárané verejným zdravotným poistením a v sociálnej službe efektívne a validné určenie ceny sociálnej služby absentuje. Je deformované ekonomicky oprávnenými nákladmi na sociálnu službu, ktoré ani zďaleka nie sú reálne. Tento rozmer sociálnych služieb otvára v rámci európskeho priestoru možnosti pre nové vedecko-výskumne programy. Ako sme uviedli

¹⁸ GOPNER, HAMALAINEN. 2008. in HOLASOVÁ V. M: *Kvalita v sociálnej práci a sociálnych službách*. Praha.

¹⁹ ĎURANA, R. 2016. *Ako určiť cenu sociálnej služby*. <http://iness.sk/stranka/12550-Ako-urcit-cenu-socialnej-sluzby>

vytvára si vlastnú predstavu zmysluplného života.

V 80tych a 90tych rokoch (minulého storočia), ako uvádza KRÍŽOVÁ (2005), došlo k silnému oživeniu individualizmu neliberálnym hnutím. Vedľa obratu k ľudským vzťahom sa totiž paralelne uplatňuje silnejúca individualizácia a presadzovanie ega ako hlavného životného cieľa. Súčasná postmoderná realita je teda sociologicky popisovaná protikladnými rysmi – na jednej strane dochádza k stále silnejšiemu a maximalistickejšiemu presadzovaniu ja, na strane druhej je pozorovaný obrat od prísnej disciplíny a autority k novým formám sociálnej prirodzenosti, srdečnosti a neformálnosti. Uvedená autorka analyzovala v prieskume voľné odpovede 38 pacientov s melanómom, 19 seniorov a 19 mladých ľudí na otázku „Aký život považujete za kvalitný?“ Odpovede respondentov majú súvislosť so sociálnymi službami a službami dlhodobej starostlivosti, keď považujú za komponenty kvality života: aktivitu, harmóniu, prepojenosť, prostredie, autonómiu, city, osobnostný rozvoj, morálne hodnoty, poriadok, korene, kontinuitu, autenticitu, mať cieľ, fatalizmus.²⁰ Viaceré uvedené odpovede majú presah do obsahu kvality sociálnych služieb a dlhodobej starostlivosti.

Napríklad: Aktivita ako komponent kvality života je obsiahnutá v štandarde 2.1, kde je indikátorom kvality „rozvoj schopností, zručností a vedomostí klienta v sociálnych službách“. Podobne harmónia v kvalite života úzko súvisí s osobnou integritou klienta v sociálnych službách, prepojenosť v kvalite života v „plnom a účinnom zapojení a začlenení sa do spoločnosti s rešpektovaním prirodzených vzťahov v rámci jeho rodiny a komunity v štandarde 1.3 (Príloha č. 2 k zákonu č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov).

Spokojnosť klienta, kvalitné sociálne služby dlhodobej starostlivosti a kvalita života

Spokojný klient s poskytovanými sociálnymi službami, je najlepšou formou efektívnej prezentácie marketingu prevádzkovateľa služieb. Známkou vysokej úrovne manažérskej kvality prevádzkovateľa sociálnych služieb je spokojný klient. V sociálnych službách dlhodobej starostlivosti je v Kritériu 2.9 k zákonu č. 448/008 Z. z. v znení neskorších predpisov formulovaný štandard podľa, ktorého poskytovateľ sociálnej služby rešpektuje právo na vyjadrenie spokojnosti alebo nespokojnosti s kvalitou poskytovaných a zabezpečovaných služieb. Poskytovateľ sociálnej služby má povinnosť pravidelne sa zaujímať o názor klienta so spokojnosťou so sociálnymi službami. Dôležitou súčasťou procesu poskytovaných služieb, ktorá spokojnosť prijímateľa podporuje, je stanovená v Kritériu 2. 5 Prílohy č. 2, a to je dôraz

²⁰ KRÍŽOVÁ, E: *Kvalita života v kontextu všedního dne*. 2005. In PAYNE *Kvalita života a zdraví*. Praha, s. 220-227

individuálneho plánu **je vytvorenie takej podpory, aby mohol prijímateľ sociálnej služby žiť zmysluplný a čo najsamostatnejší život.** Uvedený cieľ je len ťažko možné dosiahnuť bez spokojnosti prijímateľa s poskytovanými sociálnymi službami. Z uvedených faktov je zrejmé, že spokojnosť je postoj prijímateľa sociálnej služby, ktorý sa formuje dvojstranným procesom medzi užívateľom služby a komunikáciou poskytovateľa reprezentovanej pracovníkmi, zamestnancami a aj postojmi prijímateľa k ponúkaným službám prevádzkovateľa. Z hľadiska kvality života ide o subjektívnu spokojnosť občana s podmienkami jeho života, prostredia v ktorom žije.

Môžeme predpokladať súvislosti medzi kvalitou života a spokojnosťou v bežnom živote v tom zmysle, že osoba, ktorá je spokojná s okolnosťami života, v ktorých žije, považuje svoj život za dobrý – kvalitný život. Uvedená všeobecná subjektívna životná spokojnosť je určujúca pre spokojnosť, resp. nespokojnosť prijímateľa s kvalitnými sociálnymi službami. V praxi môžeme pozorovať správanie klientov, ktorým sú poskytované kvalitné služby, ale napriek tomu vyjadrujú svoju nespokojnosť. Jej korene zrejme vyvierajú z celoživotnej nespokojnosti s kvalitou ich života. Tiež môžeme pozorovať opačne správanie, keď klienti spokojní s celoživotnou kvalitou života sú často tolerantne spokojní aj so službami, ktoré nespĺňajú zákonom stanovené podmienky kvality. Práve preto je spokojnosť osobitne významný indikátor kvality, nakoľko nie je priamo závislá na kvalite poskytovanej služby. Spokojnosť, či nespokojnosť odhaľuje hlbšie vrstvy osobnosti (ako sme uviedli v úvode), ktoré sa vzťahujú k poznaniu, skúsenostiam, sklamaniam, naplneným či nenaplneným prianiam, schopnosti dávať a odovzdávať, k sebastrednosti, uzavretosti, osamelosti, k strachu, k slobode, otvorenosti či uzavretosti, k schopnosti dôverovať a veriť. Duchovný a duševný osobnostný potenciál človeka je zdrojom, na ktorom vyrastajú očakávania.

Očakávania určujú nielen obsah, ale aj intenzitu spokojnosti. BAKER spracoval pragmatický model spokojnosti pre pacientov, ktorý je v značnej miere aplikovateľný tiež pre klientov v sociálnych službách dlhodobej starostlivosti. Podľa uvedeného autora ovplyvňujú spokojnosť klienta faktory ako elementy starostlivosti, preferencie klienta, poskytovaná starostlivosť, úroveň spokojnosti klienta a jeho osobnostné charakteristiky, osobné preferencie, požiadavky a očakávania²¹. Sociálna oblasť služieb, sociálnej práce sa hlási k holistickému, celostnému prístupu a z uvedeného pohľadu je vyjadrenie očakávania, spokojnosti, či nespokojnosti nielen indikátorom kvality života, ale tiež príležitosťou pre pracovníkov lepšie porozumieť a poznávať zdroje a dôvody ne/spokojnosti, ktoré spravidla súvisia so skrytými a na prvý pohľad ťažko rozpoznateľnými existenciálnymi očakávaniami.

²¹ BALAR, K.: *Životní smysl a kvalita života*. 2005. Praha, s. 255

Prostredie a kvalitný život

Situácie, v ktorých sa človek nachádza, majú rôznu intenzitu a príčiny sociálneho ohrozenia. Tieto situácie prebiehajú v prostredí, ktorého „fungovanie“ ovplyvňuje prispôsobovanie človeka, ľudia meniacim sa vlastnostiam prostredia.²² To, čo je charakteristické a špecifické pre celý systém sociálnej ekológie, je prvok zmeny, ktorého význam a sociálne pozitívny i negatívny vplyv na kvalitu života je pozorovateľný v oblasti informačných technológií. Prostredie ovplyvňuje život človeka, človek ovplyvňuje prostredie, ktorému sa následne sám musí prispôsobovať tým, že si osoby poskytujú vzájomnú podporu. Model sociálnej ekológie je popisovaný od interpersonálnych vzťahov, cez vzťahy medzi dvoma a viacerými prostrediami, prostrediami, ktoré nepriamo ovplyvňujú život človeka a globálnych systémov, ktoré ovplyvňujú všetky predchádzajúce úrovne prostredia. Kvalitný život je však určovaný nielen na extrasystémovej úrovni, ale tiež a predovšetkým na osobnej intrasystémovej úrovni vedomia, svedomia, v postojoch, motivácii, rozhodnutiach, skúsenostiach, cieľoch a hodnotách, na ktorých svoje osobné ciele od narodenia až po koniec života bude stavať. V skutočnosti sa stávame sami sebou len vďaka svojmu vzťahu k „Ty“ konštatuje Martin Buber²³. Snáď práve preto tiež môžeme predpokladať, že práve pre naše bytostné spojenie s „Ty“ si môže človek na vertikálnej, transcendentnej úrovni uvedomovať aj sám seba. Uvedomovať si, že realitou života je tiež smrť. Kvalitu života nie je možné oddeliť od smrti. Ale ako je možné prijať neodvratné zomieranie a smrť v budúcnosti ako súčasť kvality života? Na viaceré otázky nemáme odpoveď. *„Pohľad dopredu, do najbližšej i do vzdialenejšej budúcnosti je nevyhnutný pre samé pravdivé videnie súčasnosti, ktorej pravý zmysel sa ukáže až v kontextoch, ktoré prichádzajú a prídu“* napísal filozof Ladislav Hejdánek.²⁴ - Možno práve pre tento limit sa o to intenzívnejšie zaoberáme kvalitou života.

Prognóza vývoja služieb dlhodobej starostlivosti v kontexte kvality života

Je dobré a potrebné venovať ešte niekoľko slov prognóze vývoja služieb dlhodobej starostlivosti vo vzťahu ku kvalite života. Dotýka sa, podľa nášho pohľadu, dvoch oblastí života, a to univerzálneho navrhovania a masívneho vstupu informačných technológií do bežného života jednotlivcov.

Univerzálne navrhovanie *„je navrhovanie výrobkov, prostredí, programov a služieb tak, aby ich mohli využívať v najväčšej možnej miere všetci ľudia bez nevyhnutných úprav alebo*

²² BRONFEBRENNER, 1979 in MATOUŠEK, 2001. *Základy sociální práce*. Praha, s. 249

²³ BUBER, M. in MATEL 2013. *Teória a metódy sociálnej práce*. Košice s. 64

²⁴ HEJDÁNEK, L. in SEDLÁČEK, T. 1990. *Ekonomie dobra a zla*. Praha 2012. S. 321

špeciálneho dizajnu, univerzálne navrhovanie nevylučuje asistenčné zariadenia pre určité skupiny osôb so zdravotným postihnutím, ak je to potrebné.“²⁵ Univerzálne je navrhovanie pre všetkých ľudí, pri ktorom predmet navrhovania nepodlieha špeciálnemu prispôsobeniu pre jednu skupinu ľudí²⁶. MACE formuloval základné princípy univerzálneho navrhovania, ktorými sú rovnocennosť v používaní, flexibilita v používaní, jednoduché a intuitívne používanie, ľahko vnímateľný prístup k informáciám, tolerancia náhodných omylov, nízka fyzická námaha, veľkosť a riešenie univerzálne prístupného a užívateľného priestoru tak, aby vyhovoval pre všetkých²⁷. Bezbariérové prostredie tak vytvára priestor pre spolunažívanie ľudí bez ohľadu na ich zdravotné postihnutie alebo iné špecifické potreby. Prostredie, v ktorom sú uvedené princípy implementované, nie je prekážkou pre kvalitný život, ale vytvára univerzálne podmienky pre inkluzívny život všetkých ľudí.

Pri implementácii informačných technológií vo vzťahu ku kvalite života spoločnosti majú špecifické miesto „Welfare technologies“ (technológie blahobytu, sociálne technológie). Jeden z dôvodov, pre ktorý sa ľudia v nepriaznivých sociálnych situáciách rozhodnú opustiť prirodzené prostredie svojich domácností a stávajú sa klientmi v pobytových zariadeniach sociálnych služieb dlhodobej starostlivosti, je obava a strach, že im v prípade nevoľnosti, úrazu, nebude poskytnutá pomoc. Je to jedna z príčin, pre ktorú sa rozhodnú pre pobyt v zariadení, aj napriek tomu, že preferujú domáce prostredie. Welfare technologies znižujú pri pobyte v domácom prostredí takéto riziká na minimum. Klient má prostredníctvom technologických zariadení stály kontakt s centrárou alebo rodinou, ktorá v prípade potreby dokáže poskytnúť adekvátnu pomoc. Welfare technologies umožňujú predlžovanie poskytovania dlhodobej starostlivosti v domácnosti.

Univerzálne navrhovanie a welfare technologies otvárajú priestor pre intenzívne sústredenie sa sociálnych a zdravotníckych pracovníkov na realizáciu preventívnych programov pre všetkých ľudí a špeciálne ohrozené skupiny obyvateľov, ktoré sa potenciálne môžu dostať do nepriaznivej situácie a ohrozujú kvalitu ich života.

²⁵ Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím. 2006. „Dohovor“ je platný v SR od roku 2010

²⁶ MACE R., in ROLLOVÁ, L.: INTEGRÁCIA, 2016. Bratislava, s. 26-27

²⁷ Ibid.

Systémy kvality v oblasti sociálnych služieb a zdravotníctva v SR

V nasledujúcej časti sa pozrieme na koncepty kvality služieb v dvoch základných systémoch, ktoré sú základom dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republike.

V posledných 20tich rokoch boli vyvinuté viaceré aktivity na vytvorenie jednotného komplexného systému dlhodobej starostlivosti, ani jedna z týchto aktivít nepriniesla zásadnú a potrebnú systémovú zmenu. Aktuálna spolupráca a aktivity²⁸ Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky a aj ochota Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky riešiť dlhodobú starostlivosť je ešte iba v začiatkoch a otvárajú sa komplikované témy, ako je zjednotenie posudkovej činnosti a zásadné legislatívne zmeny vo viacerých zákonoch.

Avšak už v tejto dobe môžeme vidieť to, že kvalita života je základným prvkom pre realizovanie a implementovanie komplexného systému dlhodobej starostlivosti orientovanej na človeka. Z hľadiska existujúceho systému služieb starostlivosti, či už sociálnych alebo zdravotných, môžeme viac menej vidieť to, že sa tieto systémy venujú aj kvalite. Jasnejšie je to v systéme sociálnych služieb, kde Zákon 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov vo svojej prílohe č. 2 definuje Podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby. Alebo aj rôzne systémy manažérstva kvality v zdravotníctve, ktoré sa aplikujú v Slovenskej republike.

Systém sociálnych služieb - Podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby

Z hľadiska hodnotenia a implementácie kvality, je jasnejší a systémovo nastavený systém podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby. Ako sme už uviedli, kvalita života je závislá od osobných hodnôt, životných podmienok a osobnej spokojnosti. Vnímajúc tento aspekt osobnej kvality života je možné vo všeobecnosti zdefinovať kvalitu poskytovanej sociálnej služby ako súlad medzi ponukou sociálnych služieb v korelácii s potrebami a požiadavkami prijímateľa sociálnych služieb, ktorý sa nachádza v nepriaznivej sociálnej a životnej situácii.²⁹ Podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby v zákone o sociálnych službách majú svoje odborné a teoretické východiská v Dohovore OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím a aj v prístupe orientovanom na človeka – prijímateľa sociálnych služieb. Kvalita života je široký pojem, ktorého obsah ovplyvňujú viaceré faktory, ako sú telesné zdravie, psychický stav,

²⁸ Jún 2017.

²⁹ KRUPA, S. 2007. *Transformácia domovov sociálnych služieb s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie ich obyvateľov*. Bratislava.

osobné presvedčenie, sociálne vzťahy, ale aj prepojenie týchto faktorov s významnými prvkami prostredia. V oblasti sociálnych vzťahov je kvalita ohraničená štyrmi druhmi obsahov, a to – úctou, akceptáciou, subsistenciou a osamostatňovaním sa. Podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby, stanovené v zákone, začali meniť paradigmu vnímania kvality sociálnej služby – prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosti. V podstate sa prechádza z vnímania užívateľa služby ako pasívneho občana, prijímateľa sociálnych služieb ako objektu, k aktívnemu vnímaniu občana ako subjektu, s ktorým musí poskytovateľ nevyhnutne spolupracovať a vnímať ho ako partnera a poskytovať mu služby v prostredí, ktoré si sám vybral a najviac vyhovuje jeho potrebám.

Z pohľadu prijímateľa sociálnych služieb je indikáciou pre zvyšovanie kvality záujem na riešení svojej situácie, záujem o aktívnu participáciu, preberanie spoluzodpovednosti, záujem o self-management služieb a pevná sociálna sieť. Kontraindikáciou pre zvyšovanie kvality z pohľadu prijímateľa sociálnych služieb je fixácia na štandardný a v skutočnosti neodborný a nekvalifikovaný prístup personálu, nezáujem a negativizmus z jeho strany, nedostatočná alebo chýbajúca podpora kľúčového pracovníka, resp. kontaktnej osoby a nezáujem sociálnej siete o zmenu kvality života prijímateľa. Tento prístup je v súlade so súčasným širokým vnímaním zdravotného postihnutia v Dohovore. Zdravotné postihnutie je vnímané a definované ako vyvíjajúci sa koncept a výsledok interakcie medzi osobou s postihnutím a subjektívnymi a vonkajšími bariérami, ktoré jej bránia v plnom a efektívnom začlenení sa do spoločnosti na rovnakom základe s inými.

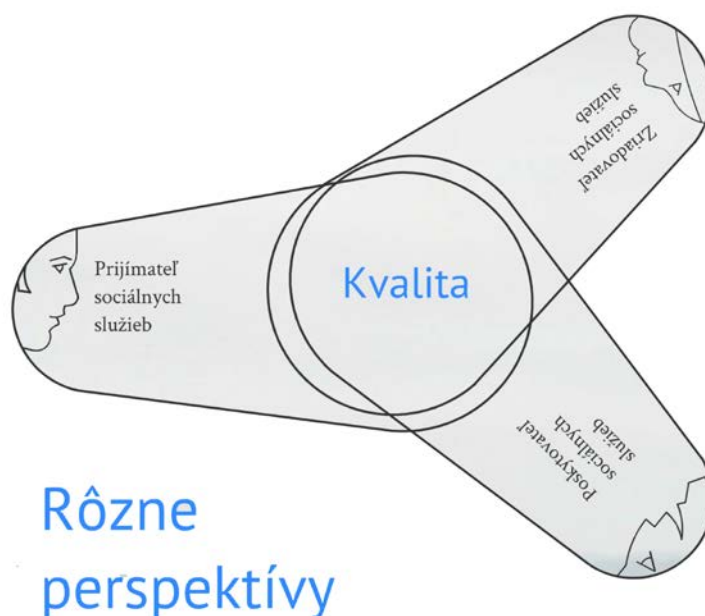
Medzi osobné faktory, ktoré vplývajú na zdravotné postihnutie sa najčastejšie zaraďujú fyzické (pohlavie, rasa, druh postihnutia, a pod.) a socio-ekonomické (ekonomický status, sociálny status, sociálna sieť človeka, a pod.), čiže činitele, ktoré vychádzajú z individuálnych podmienok, každého človeka. Vonkajšie faktory prostredia tvoria predovšetkým prístupnosť, legislatíva a sociálne politiky, socio-ekonomické faktory (ekonomická a sociálna situácia prostredia) a sieť služieb v prostredí, kde občan so zdravotným postihnutím žije. Vychádzajúc z tohto vnímania, môžeme hovoriť o tom, že to, ako človek so zdravotným postihnutím dokáže samostatne žiť v spoločnosti, je ovplyvnené jeho individuálnymi predpokladmi, ale vo veľkej miere aj prostredím, v ktorom žije a jeho podporou, resp. bariérami.³⁰ Z uvedeného môžeme povedať, že kvalitná sociálna služba je taká služba, ktorá ma jasne komunitný charakter a plne zodpovedá potrebám a požiadavkám prijímateľa sociálnej služby

Zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách podrobne rozpracováva podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby v prílohe 2. Poskytovatelia sociálnych služieb sú povinní plniť podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby podľa prílohy č. 2 písmeno A a táto povinnosť je platná pre aktuálnu verziu podmienok kvality od 1. januára 2014.

³⁰ CANGÁR, M., KRUPA, S. (2015). *Význam podmienok kvality sociálnych služieb v procese transformácie a deinštitucionalizácie*. Bratislava.

Poskytovateľ sociálnej služby je následne povinný oboznámiť s podmienkami spracovanými v súlade s prílohou č. 2 oboznámiť svojich zamestnancov a prijímateľov sociálnej služby v im zrozumiteľnej forme. Zároveň je poskytovateľ sociálnej služby povinný umožniť vykonanie hodnotenia podmienok kvality a poskytnúť súčinnosť hodnotenia kvality. Na základe novely zákona 448/2008 Z.z. v znení neskorších predpisov z novembra 2015 bude hodnotenie podmienok kvality vykonávať Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky od 1. januára 2018.³¹ V súčasnosti Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky pripravuje podmienky na implementáciu hodnotenia podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby, kde predpokladá aj vytvorenie alokovaných pracovísk, vytvorenie 17 interných pracovných miest pre vykonávanie hodnotenia a sieť externých hodnotiteľov.

Z hľadiska zadefinovania a zvyšovania kvality sociálnych služieb je nevyhnutné porovnávať rôzne priority pri hodnotení kvality sociálnych služieb. Hodnotenia kvality sociálnych služieb, ktoré sa orientujú na kvantitatívne výstupy, sú zamerané na vnímanie prijímateľa ako objektu práce, počty prijímateľov a skupinových programov a aktivít, počet pracovníkov vo vzťahu k počtu prijímateľov, dôraz na pracovné povinnosti jednotlivcov a organizačný poriadok, rezortný prístup, podporu rezidenčných a inštitucionálnych služieb. Hodnotenie kvality sociálnych služieb, ktoré sa orientuje na kvalitatívne výstupy, vníma prijímateľa ako subjekt, hodnotí individuálny a multidisciplinárny prístup, kladie dôraz na kvalifikovanosť pracovníkov, spokojnosť prijímateľov, tímovú spoluprácu, víziu organizácie a jej poslanie, podporu sociálnych služieb v komunite, a podporu integrácie a inklúzie občanov.



³¹ Zákon 448/2008 Z.z. o sociálnych

Zákon o sociálnych službách vytvára legislatívne predpoklady pre vymedzenie kvality v sociálnych službách ako normy. Základom pre hodnotenie kvality sa stáva formulovanie požadovaných štandardov (noriem) pre jednotlivé podmienky kvality, následne premietnutých do súboru indikátorov. Podmienky kvality sú rozpracované do štyroch základných oblastí – dodržiavanie základných ľudských práv a slobôd, procedurálne podmienky, personálne podmienky a prevádzkové podmienky. Všetky tieto oblasti sú vzájomne úzko previazané a sú priamo orientované na prijímateľa sociálnych služieb a prostredie, v ktorom žije. V rámci každej oblasti sú definované kritériá, ktoré predstavujú všeobecne uznávané hodnoty, ku ktorým sa spoločnosť hlási a obsahovo predstavujú sumár akceptovaných etických, filozofických, sociálnych, zdravotníckych, psychologických, pedagogických, manažérskych a ďalších kompetencií. Podmienky kvality v zákone o sociálnych službách obsahujú 21 kritérií rozdelených už do spomínaných oblastí. Kritériá definované v prílohe č. 2. sú rozdelené podľa ich váhy vo vzťahu k prijímateľovi a k poskytovateľovi sociálnych služieb. Kritériá, ktoré majú maximálnu dôležitosť pre prijímateľa sociálnych služieb, majú najvyššiu váhu - 4. Kritériá, ktoré sú veľmi dôležité pre prijímateľa sociálnej služby, ale sú zároveň významné aj pre poskytovateľa sociálnej služby majú váhu - 2. A nakoniec kritériá, ktoré sú dôležité aj pre prijímateľa aj pre poskytovateľa sociálnych služieb majú váhu - 1.

Ako príklad môžeme uviesť to, že z pohľadu prijímateľa sociálnych služieb, je rozdiel v tom, ako je vnímané kritérium Dodržiavanie ľudských práv a slobôd a kritérium Hodnotenie vypracovania výročnej správy a hodnotenie záverečného účtu organizácie. Z hľadiska poskytovateľa je napr. v oblasti kvality poskytovanej sociálnej služby dôležitejšie kritérium „*Vypracovanie štruktúry a počtu pracovných miest, kvalifikačných predpokladov na ich plnenie v súlade s §84*“, alebo kritérium „*Určenie postupov, pravidiel a podmienok na rozvoj ďalšieho vzdelávania a zvyšovanie odbornej spôsobilosti zamestnancov*“ ako napr. kritérium „*Určenie postupu a spôsobu spracovania informácií o poskytovanej sociálnej službe.*“ Nastavenie váhy kritérií malo za cieľ zohľadňovať práve kvalitatívnu stránku poskytovania sociálnych služieb a ich orientáciu smerom k prijímateľovi sociálnych služieb.

Kritériá sú podrobnejšie rozpracované do štandardov, ktoré predstavujú konkretizované normy, dynamické a rozvíjajúce sa hodnoty, ktoré uznávajú odborníci na základe konsenzu. Štandard predstavuje požadovanú hodnotu a úroveň poskytovania sociálnej služby, v konkrétnej oblasti. Každý štandard je rozpracovaný do podrobných indikátorov, ktoré majú určiť úroveň jeho napĺňania. Vo všeobecnosti indikátory predstavujú kvalitatívne a kvantitatívne parametre vyjadrujúce nosné vlastnosti konkrétnej oblasti/časti sociálnej služby. Pre hodnotenie podmienok kvality sú indikátory rozdelené do troch úrovní:

1. Poskytovateľ sociálnej služby spĺňa štandard úplne
2. Poskytovateľ sociálnej služby spĺňa štandard čiastočne
3. Poskytovateľ sociálnej služby nespĺňa štandard

Výsledné hodnotenie podmienok kvality sociálnej služby sa realizuje spôsobom váženého priemeru, kde sa násobí hodnota váhy daného kritéria s bodovým ohodnotením splneného indikátoru daného kritéria. To znamená, že napr. v kritériu, ktoré má najvyššiu váhu 4 a poskytovateľ spĺňa štandard úplne tak sa vynásobí váha 4 krát počet bodov indikátora 3 a maximálny počet získaných bodov je 12.

Komplexné hodnotenie kvality poskytovanej služby sa udáva primárne v percentách a doplnkovo aj v bodoch. Poskytovateľ sociálnej služby môže spĺňať, resp. nespĺňať podmienky kvality na štyroch stupňoch:

1. Spĺňa výborne
2. Spĺňa veľmi dobre
3. Spĺňa dostatočne
4. Nespĺňa

§104 zákona o sociálnych službách uvádza, že poskytovateľ musí dosiahnuť aspoň 60% inak nespĺňa podmienky kvality. Jediná organizácia, ktorá môže komplexne hodnotiť podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby je Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky, ktoré si môže prizvať aj externých odborníkov. Ak ministerstvo zistí, že poskytovateľ sociálnej služby dané podmienky kvality nespĺňa, tak mu určí lehotu na ich splnenie, ak však ani v danej lehote neuskutoční opatrenia, ktoré by kvalitu služby zvyšovali, môže podať podnet na jeho výmaz z registra poskytovateľov sociálnej služby. Takto nastavený systém hodnotenia podmienok kvality nie je kontrolný systém a nestanovuje finančné postihy za neplnenie podmienok, ale mal by byť motivátorom k zmenám a zvyšovaniu kvality poskytovanej sociálnej služby, a tým aj k zvyšovaniu kvality života prijímateľov sociálnych služieb.

Už sme uviedli, že podmienky kvality sociálnej služby sú nastavené tak, aby zohľadňovali ciele a potreby prijímateľa sociálnych služieb v súlade s ďalšími ustanoveniami zákona o sociálnych službách. Z tohto dôvodu je nevyhnutné spomenúť hlavné kritériá a štandardy, ktoré majú úzky vzťah k prijímateľovi sociálnych služieb. Ide predovšetkým, o kritériá v oblasti dodržiavania základných ľudských práv a slobôd, kde patrí kritérium „*Základné ľudské práva a slobody*“ a ich aktívne zabezpečovanie a dodržiavanie pri poskytovaní sociálnych služieb. Kritérium – „*Sociálny status prijímateľa sociálnej služby*“, ktoré hovorí o rešpekte a aktívnej podpore zachovania a rozvoja osobnej identity prijímateľa sociálnej služby. Kritérium – „*Vzťahy, rodina a komunita*“, kde sa rieši rešpektovanie podpora prirodzených vzťahov prijímateľa sociálnej služby, jeho rodiny a komunity, ako základu sociálnej práce v sociálnych službách. V oblasti procedurálnych podmienok sú veľmi kľúčové kritériá vo vzťahu k prijímateľovi – „*Určenie postupov a podmienok poskytovania sociálnej služby a aj jej rozsahu a formy*“; „*Určenie postupov a a pravidiel na dosiahnutie účelu odborného zamerania pri poskytovaní sociálnej služby prostredníctvom metód, techník a postupov sociálnej práce a zásad poskytovania sociálnej služby*“; „*Určenie postupov a pravidiel pre vypracovanie, realizovanie a hodnotenie individuálneho plánu*“; „*Určenie postupov a pravidiel prevencie krízových situácií a postupov a pravidiel pri používaní prostriedkov neteleného a telesného*

obmedzenia“ a v neposlednom rade „*Určenie postupov a pravidiel na zisťovanie spokojnosti prijímateľov sociálnych služieb s poskytovanou službou.*“ Aj ďalšie kritériá v tejto oblasti majú úzke previazanie na prijímateľa sociálnej služby.

Podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby sa nezameriavajú len na prijímateľa sociálnej služby, ale orientujú sa aj na pracovníkov poskytovateľa sociálnej služby a na požiadavky pre priamy výkon poskytovania sociálnej služby. Z tohto hľadiska je potrebné spomenúť oblasť personálnych podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby a jej náväznosť na §84, kde sa definuje plnenie kvalifikačných predpokladov potrebných na vykonávanie pracovných činností v oblasti sociálnych služieb. Zákon podrobne definuje jednotlivé činnosti vykonávané v sociálnych službách a vychádzajúc z toho aj určuje vybrané študijné odbory pre jednotlivé odborné činnosti, kde patria predovšetkým - sociálna práca, sociálna pedagogika, špeciálna pedagogika, liečebná pedagogika, andragogika a ďalšie.

Osobitne, vo vzťahu k podmienkam kvality, je potrebné spomenúť aj kvalifikačné podmienky pre výkon supervízie, kde je nevyhnutné, aby supervízor absolvoval akreditovanú prípravu supervízora v oblasti sociálnej práce alebo poradenskej práce.

Zákon o sociálnych službách ďalej definuje aj kvalifikačné predpoklady pre vykonávanie opatrovateľskej činnosti, tlmočnicku službu, výkon sociálnej rehabilitácie, pomoc pri výkone opatrovníckych práv a povinností a činnosť pracovnej terapie. Kvalifikačné predpoklady pedagogických pracovníkov v sociálnych službách sú určené osobitnými predpismi. Novela zákona priniesla aj zmeny v kvalifikačných predpokladoch pre osoby, ktoré vykonávajú posudzovanie odkázanosti fyzickej osoby, kde túto činnosť okrem lekárov môže vykonávať aj zdravotná sestra, ktoré spĺňa podmienky určené týmto zákonom. Jedným z cieľov ustanovenia zákon o sociálnych službách §84 v náväznosti na podmienky kvality poskytovania sociálnej služby je zabezpečiť odborný a profesionálny prístup k prijímateľovi sociálnej služby, ktorý je kľúčový pre zvyšovanie kvality sociálnych služieb.

Na záver tejto časti je dôležité spomenúť, že okrem formálnych kvalifikačných predpokladov pre výkon jednotlivých odborných činností v sociálnych službách sa od pracovníkov v sociálnych službách očakáva, aby dodržiavali etické kódexy, normy a hodnoty. Osobitne však treba upozorniť na tri podmienky na strane profesionálov vo vzťahu k prijímateľom sociálnych služieb:

- Bezpodmienečné pozitívne prijatie prijímateľov sociálnych služieb, ktoré predstavuje základné piliere vzájomnej úcty a rešpektu.
- Empatické porozumenie a vzájomné pochopenie
- Kongruencia vo vzťahu medzi prijímateľom a poskytovateľom sociálnych služieb, čo znamená, že sme sami sebou a sme otvorení vo vzťahu k prijímateľovi sociálnych služieb.

Tieto tri podmienky tvoria etické východisko vzťahu podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby a prijímateľa sociálnej služby a **je možné ich aplikovať aj v rámci dlhodobej**

starostlivosti ako základné východiská pre zabezpečenie kvalitnej starostlivosti. Jej cieľom je zabezpečenie, udržanie a zvyšovanie kvality života jednotlivca, ktorý potrebuje dlhodobú podporu alebo pomoc.

Kvalita a zdravotná starostlivosť

V oblasti zdravotnej starostlivosti nie je ustanovený jednotný a jasný systém hodnotenia kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Kvalita zdravotnej starostlivosti je však podobne ako v sociálnych službách vnímaná ako základný prvok profesionálnej starostlivosti o zdravie. Na medzinárodnej, ale aj národnej úrovni prebiehajú a vznikajú nové a ďalšie iniciatívy a reformy v zdravotníctve, ktoré hovoria o kvalite a efektivite zdravotnej starostlivosti. Pojmy ako manažment kvality v zdravotníctve, riadenie kvality, systematická práca s kvalitou, kontinuálne zvyšovanie kvality sa používa pri spracovní dokumentácie, reportoch a štandardizovaných postupoch. Práve toto poukazuje na to, že kvalita sa stáva významným prvkom poskytovania zdravotnej starostlivosti. Vo všeobecnosti sa pojem kvalita spája s pozitívnym napĺňaním očakávaných štandardov starostlivosti a negatívnym hodnotením nenaplnenia podmienok vo vzťahu k očakávaniam v starostlivosti. V každodennom jazyku predstavuje vysoká úroveň kvality určité vnútorné vlastnosti a podmienky, ktoré robia konkrétnu starostlivosť atraktívnejšiu a zaujímavejšiu ako sú iné možnosti starostlivosti. Kostičová uvádza, že kvality zdravotnej starostlivosti môže byť chápaná rôznymi spôsobmi, používaním rôznych pojmov, označení a modelov. Je veľké množstvo definícií kvality³². V literatúre, ktorá sa venuje kvalite zdravotnej starostlivosti, môžeme sledovať dva základné prístupy. V prvom prístupe je možné sledovať jasný, krátky a presne definovaný pojem kvalita, pokiaľ v tom druhom sa objavujú viac nepriame prístupy s ohľadom na rôzne dimenzie, ktoré opisujú, čo znamená a obsahuje vysoká (dobrá) kvalita zdravotnej starostlivosti.

Americká zdravotná asociácia popisuje kvalitnú zdravotnú starostlivosť ako služby, ktoré konzistentne prispievajú k zvyšovaniu alebo udržiavaniu kvality života.³³ Nezávislý Institute of Medicine vníma kvalitu ako úroveň, ktorú má zdravotná starostlivosť pre jednotlivca alebo populáciu mať, tak, aby sa dosiahli očakávané zdravotné výsledky a zohľadňovali sa aktuálne profesionálne vedomosti a znalosti.³⁴ Øvretveit uvádza, že kvalitné zdravotné služby a starostlivosť sú tie, ktoré organizujú zdroje, čo najefektívnejšie tak, aby naplnili zdravotné

³² KOSTIČOVÁ, M. *Social medicine*. Bratislava. 2015

³³ American Medical Association, Council of Medical service. *Quality of care*. JAMA. 1986.

³⁴ LOHR, KN. *Medicare: a strategy for quality assurance*. Washington, DC. 1990.

potreby tých, ktorí ich najviac potrebujú, pre prevenciu a starostlivosť bez straty rovnosti a s vysokou úrovňou.³⁵ Všetky tieto uvedené definície sa dotýkajú kvality zdravotnej

starostlivosti, napriek tomu, že sú rozdielne vo vnímaní toho, čo vlastne kvalita zdravotnej starostlivosti je.

Prvá definícia hovorí o tom, čo je kvalita a spája ju len so zvyšovaním kvality zdravia a zlepšovaním zdravotného stavu.

Ďalšia definícia je podobná a dopĺňa prvú o pojem očakávané zdravotné výsledky (úroveň) a smeruje k prístupu orientovanému na človeka a jeho potreby. Človek a jeho potreby sa stávajú centrálnymi v pojme kvalita zdravotnej starostlivosti.

Posledná definícia sa odlišuje od prvých dvoch v tom, že obsahuje viaceré oblasti a dimenzie, nielen zdravotnú starostlivosť, ako sú napríklad efektívne využívanie zdrojov, rovnosť a pod.

Podobne to je možné vidieť aj v ďalších definíciach kvality zdravotnej starostlivosti. Práve vnímanie kvality cez rôzne vzájomne prepojené dimenzie života je, čo má väčšina definícií spoločné.

Na základe tohto Svetová zdravotnícka organizácia definuje kvalitu starostlivosti nasledovne: „*rozsah, v akom zdravotnícke služby a starostlivosť poskytované jednotlivcom a populácií zlepšujú požadované zdravotné výsledky a ciele. Na dosiahnutie týchto cieľov musí byť zdravotná starostlivosť bezpečná, efektívna, včasná, účinná, spravodlivá a orientovaná na človeka.*“³⁶ Bezpečná znamená, že zdravotná starostlivosť minimalizuje riziká a ujmy na strane užívateľa služby a začleňuje preventívne opatrenia a zníženie medicínskych omylov a chýb. Efektívnosť predstavuje využívanie vedecky overených a štandardizovaných postupov. Včasná v zabezpečení nevyhnutnej, aktuálnej a potrebnej zdravotnej starostlivosti. Účinnosť znamená poskytovanie zdravotnej starostlivosti s maximálnym využívaním zdrojov a minimalizovaním strát. Spravodlivá v zmysle prechadzania diskriminácie z akéhokoľvek dôvodu v súlade s národnými a medzinárodnými dokumentami. Na človeka orientovaná zdravotná starostlivosť predpokladá zohľadňovanie osobných požiadaviek, želaní a potrieb jednotlivca v kontexte kultúry, v ktorej žije. Kostičová³⁷ uvádza, že dimenzie kvality zdravotnej starostlivosti predstavujú definovateľné, preferované, merateľné a aktívne atribúty zdravotného systému, ktoré sú súvisiace s jeho fungovaním tak, aby udržali, obnovili alebo zlepšili zdravie. Šesť

³⁵ ØVRETVEIT J. *Health service quality. An introduction to quality methods for health services.* Oxford. 1992

³⁶ http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en/

³⁷ KOSTIČOVÁ, M. *Social medicine.* Bratislava. 2015

základných dimenzií kvality zdravotnej starostlivosti definoval v roku 1984 Maxwell³⁸ nasledovne:

1. Dostupnosť služby
2. Zohľadnenie potrieb
3. Efektivita
4. Spravodlivosť
5. Sociálna akceptovateľnosť
6. Účinnosť a ekonomická efektivita

Vyšší počet dimenzií znamená, že kvalita zdravotnej starostlivosti je vnímaná ako pojem, ktorý obsahuje viacero vzťahov, kde sa vníma to dobré a „kvalitné“, to, čo je očakávané. Efektívne a bezpečné služby, dobrá dostupnosť a využívanie zdrojov spolu so zapojením pacienta/užívateľa do procesu zdravotnej starostlivosti sú určujúce pre zabezpečenie kvalitnej zdravotnej starostlivosti. Samozrejme do pojmu kvalita vstupujú aj ekonomické prvky. Väčšinou sa kvalita vníma v ekonomickej rovine vo vzťahu k produktom a službám na trhu a tomu, že cena je určovaná trhom. No v tomto vnímaní je dôležité podotknúť, že kvalita nie je len to, čo poskytovateľ do služby investuje, ale aj to, aký osôh majú užívatelia z týchto služieb. V princípe by sa dalo hovoriť o tom, že zvyšovanie kvality zdravotnej starostlivosti je priamo úmerné ochote a vôle užívateľa platiť si za ňu a zároveň byť informovaný o všetkých možnostiach zdravotnej starostlivosti. Tento prístup je, ale rizikový a problematický zo strategických, ale aj logických dôvodov. Užívatelia môžu deklarovať vyššie, resp. oveľa nižšie potreby, ak by to malo ovplyvniť kvalitu starostlivosti, ktorú by dostali a mali si za ňu kompletne platiť. Okrem toho tento prístup si vyžaduje aj dostatočné znalosti samotného užívateľa o svojich zdravotných potrebách tak, aby vedel vyhodnotiť, či je mu ponúkaná služba dostatočná a kvalitná. Preto je nevyhnutné vnímať kvalitu zdravotnej starostlivosti v kontexte vyššie uvedených dimenzií.

Ak rozložíme kvalitu zdravotnej starostlivosti do kategórií, môžeme sledovať štyri základné kategórie³⁹:

1. Kvalita liečby
2. Kvalita starostlivosti
3. Kvalita inštitúcie

³⁸ PARSLEY, K., CORRIGAN, P. *Quality improvement in health care. Putting evidence into practice*. Cheltenham. 1999

³⁹ GREPPERUD, S. *Kvalitet i helsetjenesten – hva menes egentlig?* Oslo. 2009

Kvalita liečby sa dotýka každého zlepšovania zdravia, ktoré je dôsledkom liečby, alebo očakávaným dôsledkom liečby, zároveň však berie do úvahy primerané a prirodzené riziká, možnosti odchýlok a eventuálne vedľajšie účinky. Na kvalitu liečby vplýva rad rôznych faktorov ako napr. vzdelávanie zdravotníckeho personálu, skúsenosti, odborné prostredie, organizácia práce, alebo aj zdravotnícke vybavenie. To znamená aj kvalitu personálnych zdrojov, kapitál a zdroje poskytovateľa a aj vzájomné organizovanie týchto faktorov, ktoré zásadne ovplyvňujú kvalitu liečby.

Kvalita starostlivosti sa viaže ku každodennej práci a spôsobom starostlivosti (bedside manners) zdravotníckeho personálu, ktoré nemusia mať priamy vplyv na kvalitu liečby. Ide hlavne o etické kategórie, ako je rešpekt voči jedinečnosti každého človeka, odpovedanie na otázky a komunikácia, informovanie o relevantných veciach spolu s tým, že personál je starostlivý. Kvalita starostlivosti je v prvom rade to, ako zdravotný personál vystupuje voči užívateľovi služby, a to aj v prepojení na kvalitu liečby. Kvalita inštitúcie odzrkadľuje v prvom rade úroveň infraštruktúry, ktorou poskytovateľ zdravotnej starostlivosti disponuje, ale nemusí to mať priame konzekvencie na kvalitu liečby. Ide napríklad o to, či je služba prístupná (v zmysle univerzálneho navrhovania, alebo bezbariérovosti), technické vybavenie a IKT technológie, či poskytovateľ dokáže zabezpečiť súkromie, alebo má veľkokapacitné izby, aký je štandard ubytovania, aké sú služby stravovania, aké sú možnosti hygieny, ale aj to, aké súv zariadení poskytované ďalšie služby pre príbuzných a návštevy. Táto kategória kvality zdravotnej starostlivosti musí byť vnímaná aj v kontexte kultúry, kde sa zdravotná starostlivosť poskytuje, ale aj v kontexte záujmu zo strany užívateľov tejto starostlivosti. Dĺžka zdravotnej starostlivosti je zo strany užívateľa veľmi oceňovaná - v zmysle, aby sa v čo najkratšom čase zabezpečila nezmenená kvalita liečby, ktorú užívateľ potrebuje. Pre neho sú dlhé čakacie obdobia, ale aj liečba, ktorá sa preťahuje dlhší čas, faktory, ktoré vedú k vnímaniu znižovania kvality zdravotnej starostlivosti.

Kvalita zdravotnej starostlivosti je priamo prepojená s riadením kvality v zdravotnej starostlivosti. Pre jej dosiahnutie a implementovanie musí byť v organizácii nastavený interný systém hodnotenia a zvyšovania kvality. Tento proces sa nazýva aj riadenie (manažment) kvality. Manažment kvality obsahuje plánovanie, meranie, hodnotenie, zabezpečenie a zvyšovanie kvality. Podľa Kostičovej sú v Európe najčastejšie využívané tri externé modely manažmentu kvality v sociálnych službách:

- ISO model - ISO 9000 štandardy
- EFQM Excellence Model
- Akreditácia zdravotníckych služieb ⁴⁰

⁴⁰ KOSTIČOVÁ, M. *Social medicine*. Bratislava. 2015

Avšak ani jeden z týchto modelov nie je v Slovenskej republike v oblasti zdravotníctva využívaný systémovo, a preto nie je možné ani hodnotiť, ako by sa dal aplikovať v rámci dlhodobej starostlivosti u nás.

No na druhej strane vnímanie multidimenzionálneho prístupu ku kvalite v zdravotnej starostlivosti je kompatibilné so systémom hodnotenia podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby. Práve tento prístup by mal byť kľúčovým pre nastavovanie kvality v dlhodobej starostlivosti.

Kvalita a posudzovanie odkázanosti na dlhodobú starostlivosť

Dlhodobá starostlivosť je v súčasnosti v Slovenskej republike veľmi diskutovaný pojem. Momentálne sa pripravuje iniciatíva na vytvorenie zákona o dlhodobej starostlivosti z dielne Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky. Z hľadiska kvality dlhodobej starostlivosti a už uvádzaných aspektov v predošlých kapitolách, je nutné vnímať kvalitu dlhodobej starostlivosti aj v kontexte posudzovania odkázanosti na dlhodobú starostlivosť. Práve efektívne a presné posúdenie potrieb a odkázanosti na dlhodobú starostlivosť je prvým elementárnym krokom k tomu, aby sa dala poskytovať kvalitná na človeka orientovaná dlhodobá starostlivosť. V súčasnosti na Slovensku evidujeme tri základné typy posudkových činností, ktoré fungujú rôznorodo a často sú sprevádzané množstvom byrokracie. Zvolený prístup vedie k tomu, že existuje veľká roztrieštenosť systému dlhodobej starostlivosti, ktorá je riešená vo viacerých legislatívnych normách a v rámci dvoch rezortov, v zásade na odlišných základoch a mechanizmoch financovania (odlišné zapájanie verejných prostriedkov, vrátane zdrojov verejného zdravotného poistenia a spoluúčasti prijímateľa sociálnej služby, resp. pacienta na nákladoch poskytovanej starostlivosti). Prvý posudkový systém má Sociálna poisťovňa, ktorá posudzuje cez posudkových lekárov nárok na invalidný dôchodok a posudzovanie dlhodobo nepriaznivého zdravotného stavu nezaopatreného dieťaťa, choroby a stavu nezaopatreného dieťaťa, ktoré si vyžadujú osobitnú starostlivosť. Posudkoví lekári sledujú primárne dve oblasti:

- Dlhodobo nepriaznivý zdravotný stav a pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť (posudzovanie invalidity)
- Dlhodobo nepriaznivý zdravotný stav nezaopatreného dieťaťa, choroby a stav nezaopatreného dieťaťa, ktoré si vyžadujú osobitnú starostlivosť.

Druhý systém posudzovania majú Úrady práce, sociálnych vecí a rodiny. Ide o posudzovanie na účely kompenzácií ťažkého zdravotného postihnutia. Posudková činnosť v tejto oblasti narozdiel od posudkovej činnosti pre potreby sociálneho poistenia rozlišuje lekársku posudkovú činnosť a sociálnu posudkovú činnosť. Lekárska posudková činnosť je vykonávaná posudkovými lekármi úradov práce, sociálnych vecí a rodiny. V rámci tejto časti posudkovej činnosti sa posudzuje a hodnotí zdravotný stav, jeho zmeny, poruchy, ktoré ovplyvňujú zdravotné postihnutie fyzickej osoby, určuje sa miera funkčnej poruchy, posudzujú sa sociálne dôsledky v oblastiach kompenzácie, ktoré má osoba v dôsledku ťažkého zdravotného postihnutia s osobou bez zdravotného postihnutia. Zároveň sa posudzujú jednotlivé druhy odkázanosti osôb s ťažkým zdravotným postihnutím, fyzická a psychická schopnosť osoby vykonávať opatrovanie, fyzická a psychická schopnosť osoby s ťažkým zdravotným postihnutím udeliť písomný súhlas a ešte sa posudzuje potreba osobitnej starostlivosti. Na

základe aktuálnych lekárskeho nálezov vyhotovených poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti (ošetrojúci lekári, odborní lekári) posudkový lekár určí mieru funkčnej poruchy fyzickej osoby, pričom za osobu s ťažkým zdravotným postihnutím sa považuje fyzická osoba, ktorej miera funkčnej poruchy je stanovená najmenej na 50% (príloha č. 3 zákona o peňažných príspevkoch na kompenzáciu). Zároveň sa vykonáva aj sociálna posudková činnosť (posudzovanie individuálnych predpokladov človeka, jej rodinného a širšieho sociálneho prostredia, posudzovanie všetkých druhov odkázanosti, navrhovanie kompenzácií) sa vykonáva, ak je fyzická osoba posúdená ako fyzická osoba s ťažkým zdravotným postihnutím. Na základe lekárskeho posudku (lekárska posudková činnosť) a na základe posudkového záveru (sociálna posudková činnosť) príslušný správny orgán (ÚPSVAR) vypracúva komplexný posudok na účely kompenzácie.

Posledný posudkový systém je v kompetencii samosprávy – obcí a samosprávnych krajov a slúži na posúdenie odkázanosti na vybrané druhy sociálnych služieb. Ak chce fyzická osoba využívať sociálne služby v zariadeniach sociálnych služieb, ktorými sú – zariadenie podporovaného bývania, zariadenie pre seniorov, zariadenie opatrovateľskej služby, rehabilitačné stredisko, domov sociálnych služieb, špecializované zariadenie, denný stacionár alebo domáca opatrovateľská služba, musí mať v rámci konania o odkázanosti na sociálnu službu v príslušnom zariadení sociálnych služieb vypracovaný individuálny posudok o odkázanosti na sociálnu službu (na základe zdravotnej posudkovej činnosti a sociálnej posudkovej činnosti). Posudzovanie prebieha podobným spôsobom ako v prípade kompenzácií, kde sa vytvára lekárske a aj sociálne posudky a výstupom je komplexný posudok na odkázanosť na sociálnu službu. Jedným z hlavných nedostatkov systému posudzovania podľa tohto zákona je, že sa posudzujú v princípe predovšetkým sociálne aspekty odkázanosti na pomoc inej osoby pri sebaobsluhy a jednotlivé úkony spadajúce do okruhu aktivít denného života, ale absentuje v nich zhodnotenie nárokov na zdravotné úkony ošetrovateľskej starostlivosti v ZSS. Zároveň v posudzovaní odkázanosti na sociálne služby, ale aj na kompenzácie nie je potrebná priama účasť posudzovanej osoby, čo je zas povinnosť v prípade posudzovania v sociálnej poisťovni.

Takto je pre budúceho užívateľa dlhodobej starostlivosti veľmi problematické, aby vedel modelovať a ovplyvňovať ponuku služby už od jej samotného začiatku a aby služba presne reagovala na ním vyslovené potreby a požiadavky. Tento predpoklad je základom pre stanovenie kvalitnej a efektívnej služby dlhodobej starostlivosti na individuálnej úrovni. Inak na začiatku tak vytvárame riziko nízkej kvality služby, vnímajúc jej najzákladnejšiu definíciu, že kvalitná služba je tá, kde sú ponúkané a poskytované služby dlhodobej starostlivosti v kolerácii s potrebami a požiadavky užívateľa tejto služby. Ďalším dôsledkom tejto roztrieštenosti posudkovej činnosti vykonávanej na rôzne účely je nejednotný a neštandardizovaný systém posudzovania odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby pri sebaobsluhy. Nejednotnosť procesov posudzovania odkázanosti vedie k tomu, že potrebná

podpora a starostlivosť nie je poskytovaná adresne a nevychádza z reálnych individuálnych potrieb občanov odkázaných na pomoc inej osoby a má aj negatívne dôsledky na financovanie rôznych foriem podpory a starostlivosti.

Preto vnímame ako základnú výzvu pre nastavenie kvalitných služieb dlhodobej starostlivosti **vytvorenie jednotného posudkového systému na odkázanosť na služby dlhodobej starostlivosti**. V ďalšom texte priblížime hlavné aspekty tohto posudzovania v kontexte kvality života a hodnotenia potrieb užívateľov služieb dlhodobej starostlivosti.

Hodnotenie potrieb užívateľov v dlhodobej starostlivosti

Hodnocení potrieb uživatelů v oblasti poskytování sociálních služeb je jednou z klíčových metod sociální práce, která nalézá široké uplatnění díky své schopnosti nastavit optimální rozsah, způsob a metody poskytování sociální služby podle individuálních potřeb každého uživatele. Díky jasně definovanému postupu identifikuje konkrétní potřeby každého uživatele a přináší nejen podrobnou definici rozsahu péče, ale je také podkladem pro praxi, a to zejména v oblasti individuálního plánování služby či v oblasti práce s rizikem.

Zásadními pojmy v oblasti objektivní podpory uživatele a hodnocení jeho potřeb je sociální vyloučení a zdravotní postižení – disability. Sociálním vyloučením rozumíme jako nepříznivou situaci, kdy je osoba vyčleněna mimo běžný život společnosti a nemá možnost se do něj zapojit v důsledku. Disability definuje Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (dále jen MKF) WHO jako „snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, které vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem setkává s bariérami prostředí.“⁴¹

Aby svoji činnost realizovala na objektivní základě, musí sociální služba musí podrobně identifikovat obtíže vzniklé na základě disability či sociálního vyloučení. Na danou problematiku vždy musí pohlížet jak z perspektivy uživatele, tak mezi reálně identifikovanou funkční schopností. Bez důrazu na klientův názor a jím sdělované potřeby, není možné naplňovat právo klienta na sebeurčení a sociální služba musí vždy plně reflektovat, že je pouze podporujícím mechanismem vedoucím k naplňování potřeb každého konkrétního jedince, který jejich službu využívá. Sociální model disability popisuje MKF jako sociálně vytvořený problém a také jako předmět plné integrace člověka do společnosti. Disability proto není vlastností jedince, ale spíše komplex sdrúžených podmínek, které jsou mnohdy vytvářené společenským prostředím. Zvládnutí tohoto problému je kolektivní odpovědností společnosti, která v širokém měřítku utváří prostředí, které je nutné pro plnou účast osob s disability ve všech oblastech společenského života. Co je cílem hodnocení potřeb? Základem pro nás může být jednoduchá definice dle Belcourta a Wrighta: „Cílem je provést identifikaci rozdílu mezi

⁴¹ Kol.: *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. Praha, 2001. Str. 9.

tím, co je a tím, co je žádoucí.“⁴² Hodnocení potřeb je zaměřeno na získání maximálního množství relevantních informací přímo od uživatelů a případně i dalších osob. Je to analytický postup, jehož cílem je odhalit reálný rozsah disability klienta (případně i sociálního vyloučení u uživatelů jiných, než pobytových sociálních služeb) ve vztahu k prostředí a dalším lidem v oblastech, ve kterých je poskytována sociální služba.

Proč hodnotit míru reálné podpory u uživatelů sociálních služeb

První otázkou, když se začneme zabývat hodnocením míry nezbytné podpory uživatelů je hledání důvodů, proč se v tak nabitém programu poskytování sociální sužby jím vůbec zabývat. Pracovníci služby mnohdy vyslovují pochybnost, zda má hodnocení potřeb smysl, když vlastně své uživatele „dobře znají“, či to vnímají jako další administrativní zátěž. Hodnocení míry nezbytné podpory přesto přináší poskytovatelům výrazná pozitiva, díky kterým má smysl se dané problematice věnovat. Na prvním místě je nutné zmínit, že díky hodnocení potřeb je možné nastavit optimálně služby tak, aby vedli k maximálnímu rozvoji schopností uživatele bez ohledu na míru nezbytné podpory. Díky definici míry podpory je možné na jedné straně snížit míru přepečování o uživatele a mít k dispozici jasný podklad, proč některé činnosti nejsou některým uživatelům poskytovány. Například pokud si uživatel dokáže sám uklidit pokoj, není důvod, aby toto zajišťovali pracovníci, kteří poté mohou svoji uvolněnou kapacitu využít naopak směrem k uživatelům, u kterých je potřeba péče vyšší. Dochází tak k snižování míry nedostatečné péče a mnohdy i k snížení nákladů, protože personální kapacity pracovníků jsou efektivně využity směrem k reálným schopnostem uživatelů. Zároveň je k dispozici jasný argument pro uživatele, jejich rodiny a případně i zřizovatele, proč jsou vykonávány v rámci služby určité činnosti a zároveň jaké jsou nezbytné personální kapacity. Hodnocení potřeb může být zároveň jeden z klíčových podkladů individuálního plánování, kdy například uživatel nedokáže jasně formulovat svoje cíle, ale jsou takto identifikovány oblasti, které sice nyní nedokáže, ale mohl by se v nich rozvíjet. Nedílnou součástí efektivity hodnocení potřeb je implementace Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením do reálné praxe sociálních služeb.

⁴² BELCOURT, M., WRIGHT, P.C. *Vzdělávání pracovníků a řízení pracovního výkonu*. Praha: 1998.

Jak na hodnocení potřeb

Při hodnocení potřeb je možné vycházet z mechanismů metody case managementu, kdy pokud chceme aby bylo provedeno správně, je nutné aby bylo validní, reliabilní a účelné. Podle Stuchlíka⁴³ validní z pohledu hodnocení potřeb znamená získání pravdivého a reálné pohledu do uživateli situace, reliabilita znamená spolehlivost podobnosti výsledků bez ohledu na hodnotící osobu a účelnost je vnímána jako využitelnost ve prospěch uživatele takovým způsobem, aby docházelo k plánování i rozvoji služby a její optimalizaci pro uživatele.

Fáze procesu

Šetření provedené pouze v jednom časovém období nemůže být zobecněno napříč různými časovými obdobími, protože lidé (stejně jako jejich sociální sítě) se mohou během procesu údravy měnit.⁴⁴ Znamená to tedy, že hodnocení potřeb je vlastně nekončící proces a mělo by probíhat v celém průběhu poskytování sociální služby. Uživatel, který při hodnocení určuje svoje potřeby by měl mít možnost vyjádřit je kdykoli a zároveň je možné, že jeho situace se může průběžně měnit (např. hospitalizací). Je proto nutné realizovat hodnocení opakovaně, aby byl k dispozici aktuální přehled o potřebách uživatele a zároveň by bylo možné mapovat jejich vývoj. Pro praxi poskytování sociální služby můžeme identifikovat tři fáze, kdy je nutné přistoupit k ucelenému hodnocení potřeb. Jsou to fáze kontraktování služby, fáze plánování služby a fáze poskytování služby.

Fáze kontraktování služby

Při jednání se zájemcem o sociální služby poskytovatel monitoruje poptávku po službě ze strany zájemce a zároveň vyhodnocuje, zda poptávka koresponduje s tím, co v rámci své služby nabízí. Je proto vhodné přistoupit i ve fázi jednání se zájemcem k základním hodnocení potřeb, kdy zjišťuje, co uživatel potřebuje a zároveň co reálně dokáže. Toto musí zajistit takovým způsobem, aby získal základní informaci, zda je oblast vzniklou rozdílem výše uvedeného schopen pro uživatele zajistit. Jako vhodný nástroj se jeví dotazník, který je vyplňován spolu se zájemcem, případně také jeho rodinou, či v některých případech ve spolupráci s institucí, která zájemce vysílá, či lékařem. Vhodné je do metodiky jednání se zájemcem o službu zařadit základní core set /dotazník. Výstupem hodnocení této fázi je kontrakt (smlouva o poskytování sociální služby) kdy se na základě zjištěné potřebnosti rozhodne poskytovatel spolu

⁴³ STUHLÍK, J. *Asertivní komunitní léčba a case management*. 1. Praha: 2001.

⁴⁴ , SHANKAR, COLLYER, F. *Support needs of People with Mental Illness in Vocational Rehabilitation Programs – The Role of the Social work*. IN *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 2002

s uživatelem, zda smlouvu uzavřou, či nikoli. Ve vybraných případech se může stát, že služba uživateli nemůže poskytnout to, co potřebuje.

Služba, která se specializuje na podporu osob s nízkou mírou podpory a nemá bezbariérové zázemí po vyhodnocení základní míry podpory nepřijme plně imobilního zájemce s vysokou mírou podpory, protože k poskytování na jeho potřeby péče není vhodně uzpůsobena.

Fáze plánování poskytování služby

Po přijetí uživatele sociální služby poskytovatel vymezuje adaptační období, kdy se uživatel sžívá s poskytovanou službou a zároveň projevuje sám sebe a svoje potřeby, a to i ve vztahu k prostředí sociální služby. Během tohoto adaptačního období je vhodné přistoupit ke komplexnímu hodnocení potřeb uživatele, a to v návaznosti se započatím procesu individuálního plánování.

Úvodní hodnocení potřeb nezbytně realizuje spolu s uživatelem sociální pracovník s dostatečnou odbornou kvalifikací a znalostí metod hodnocení potřeb stejně jako metod individuálního plánování, které ve službě využívá. Dále je vhodné do procesu zapojit klíčového pracovníka (případně dalších pracovníků poskytujících službu), který disponuje znalostí toho, jak uživatel reálně funguje v rámci procesu poskytování služby, co požaduje od pracovníků, kde jsou jeho silné stránky i kde se projevuje jeho disabilita. Při souhlasu uživatele je vhodné zapojit i další osoby, které uživatele znají a mohou pomoci vytvořit vhodný obraz toho, co uživatel reálně dokáže i co reálně potřebuje. V centru hodnocení je samozřejmě uživatel služby. Různé metody hodnocení potřeb užívají různou míru zapojení uživatele. Existují sebehodnotící nástroje i nezávislé posuzovací mechanismy, ale vždy je nutné pracovat takovým způsobem, aby uživatel byl spolutvůrcem hodnocení potřeb. Vždy musí být zjišťována reálná zkušenost ze života uživatele a nezbytně nutné je zjišťovat jeho vlastní pohled na danou oblast života. Je možné, že rozsah výsledné míry podpory se bude rozcházet z pohledu uživatele a z pohledu pracovníka. Je nutné reflektovat, že se uživatel se může snažit ukázat svoje schopnosti v co nejlepší možné míře, ale reálně některé věci nedokáže, a naopak může požadovat co největší rozsah péče, i když vybrané činnosti dokáže. U uživatele s obtížemi v komunikaci (zejm. lidé s nejvyšší mírou podpory) je vhodné využít metod alternativní komunikace, referujících osob, ale je nepřijatelné hodnotit jejich potřeby bez nich. Jako vhodné se jeví vytvoření komplexního dotazníku / core setu , pro organizaci, kdy budou vyhodnocovány ty oblasti, které jsou pro konkrétního uživatele relevantní.

Fáze poskytování služby

Další fáze hodnocení služby nastává po určitém období, kdy se uživatel se službou již sžil a pobyt v zařízení sociální služby je pro něj normální. Protože se potřeby uživatele proměňují je nutné toto hodnocení provádět opakovaně a to v časových obdobích, které si poskytovatel definuje. U velkokapacitních pobytových sociálních služeb se jeví jako optimální hodnocení realizovat minimálně jednou ročně. Vždy je nutné ovšem vyhodnotit, zda není potřeba ho realizovat častěji. Proto v rámci individuálního plánování by klíčový pracovník měl mezi jednotlivými bloky zaměřenými na hodnocení potřeb průběžně monitorovat změny v životě uživatele a tyto průběžně zaznamenávat či iniciovat nové komplexní hodnocení potřeb. Místo hodnocení i složení týmu je obdobné jako při vstupním hodnocení, nicméně hodnocení je vhodné pojmout v rámci týmové spolupráce a reálnou potřebnost je vhodné zjišťovat spolu s pracovníky, kteří uživatele dobře znají.

Fáze kontraktování služby

- **Základní posouzení rozsahu potřebné podpory**
- Nástroje: základní hodnotící dotazník
- Zapojené osoby: Uživatel, sociální pracovník (rodina, lékař, vysílající instituce)
- Výstup: Jsou identifikovány základní potřeby a osobní cíle uživatele
- Vazba: Smlouva o poskytování sociální služby

Fáze plánování služby

- **Komplexní posouzení funkčních schopností a disability**
- Nástroje: komplexní hodnotící dotazník/core set
- Zapojené osoby: Uživatel, klíčový pracovník, další pracovníci, (rodina, blízké osoby)
- Výstup: Komplexní posouzení reálných potřeb
- Vazba: Individuální plán uživatele

Fáze poskytování služby

- **Průběžné posuzování reálných potřeb a funkčních schopností na základě rozvoje schopností uživatele**
- Nástroje: komplexní hodnotící dotazník/core set, nástroje individuálního plánování
- Zapojené osoby: Uživatel, klíčový pracovník, další pracovníci, (rodina, blízké osoby)
- Výstup: Průběžné komplexní posouzení reálných potřeb
- Vazba: Individuální plán uživatele

Identifikace oblastí podpory

Při identifikování míry nezbytné podpory je vždy nutné zohlednit odlišné úhly pohledu jak uživatele, tak pracovníků sociální služby.

Na prvním místě poskytovatel při vyhodnocování vychází z objektivních skutečností (např. *Uživatel nedokáže chodit – používá invalidní vozík*). Tyto oblasti je možné vyhodnotit bez subjektivní interpretace ze strany uživatele, pracovníků či dalších osob. V dané oblasti je následně nutné zjistit, co je pro uživatele v dané oblasti důležité (např. *klient dokonale ovládá invalidní vozík a nepotřebuje asistenci jiné osoby při jeho používání či přesunu z vozíku*). Na závěr je nutné přihlédnout k subjektivní interpretaci pracovníků a jiných osob (např. *uživatel zvládá přesun na lůžko sám, ale potřebuje podporu při přesunu na toaletu*). Tato objektivní definice odpovídá zákonným důvodům poskytování sociální služby, kdy je možné říci, že služba je poskytována osobám ohroženým sociálním vyloučením na základě zdravotního postižení (disability) či sociální situace). Podpora poskytovaná sociální službou (a hrazená z veřejných zdrojů) by se tak měla zaměřit na podporu uživatele v těch oblastech, které sám nedokáže zajistit. Pokud služba poskytuje uživateli činnosti, které sám dokáže (např. *pracovník stele uživateli lůžko, i když to sám dokáže*), nejen, že zvyšuje jeho závislost na službě a fakticky zneužívá veřejné zdroje, zároveň také z dlouhodobého hlediska působí na snižování jeho schopností a zvyšování míry sociálního vyloučení.

Zároveň tedy po vyhodnocení reálných potřeb by měl poskytovatel také vyhodnotit, kterým směrem dokáže za podpory služby svoje schopnosti uživatel prohloubit a zaměřit se na dané oblasti při poskytování péče a aktivizaci. U vybraných skupin uživatelů (např. *lidí s demencí*), kdy projevem disability je právě úpadek již nabytých schopností je nutné se zaměřit na to, jak zajistit posílení a setrvání těch schopností, které již uživatel má.

Nástroje k hodnocení potřeb

Při nastavování systémů hodnocení potřeb stojí poskytovatel před volbou, jaké nástroje využít a v jaké fázi procesu poskytování sociální služby je prakticky realizovat. Platná legislativa toto nedefinuje – je stanovena pouze povinnost poskytovat službu na základě individuálních potřeb uživatele. Hodnocení potřeb se tedy stává výzvou každého poskytovatele služby a je pouze na něm, jaké metody zvolí. Můžeme ovšem konstatovat, že již nyní existují nástroje, které je praktické využít a jsou na základě praxe identifikována období, kdy je vhodné hodnocení potřeb do praxe sociální služby zařadit.

Hodnocení potřeb za pomoci Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

V níže uvedeném textu máme zájem čtenáře seznámit s možností využití Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (dále jen „MKF“), která mu může pomoci nastavit si svůj optimální systém v rámci praxe organizace a jeví se jako vhodný nástroj pro identifikaci hodnocení potřeb.

MKF je revizí Mezinárodní klasifikace poruch, disabilit a handicapů (ICIDH), která byla publikována Světovou zdravotnickou organizací ke zkušebnímu použití v roce 1980. Po systematickém zkoušení se v roce 2007 v rámci projektu EU MHDIE (Measuring Health and Disability in Europe) Evropská komise, Rada Evropy, Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj (OECD), zástupci Světové zdravotnické organizace, Organizace spojených národů a zástupci dalších evropských organizací shodli, že MKF bude nadále využívána jako základní metodika k hodnocení potřeb osob s disabilitou. Tento dokument dlouhodobě odráží změnu přístupu odborníků, kteří již nevnímají člověka s disabilitou jako uzavřenou jednotku s přesně definovanou diagnózou, ale jako člověka, jemuž přináší obtíže i interakce s prostředím, ve kterém žije. Švestková (2001) hovoří o posunu od biopsychosociálního modelu k modelu občanskému. Cílem MKF je nabídnout jednotný a ucelený rámec pro popis zdraví a stavů, které se k disabilitě vztahují a také předložit standardizovaný jazyk, jímž je vhodné na danou problematiku pohlížet.

MKF identifikuje různé životní oblasti, které člověk dělá, nebo může dělat a zároveň v nich mít obtíž. Na tomto základě je pak možné vymezit určitý profil funkční schopnosti člověka a na jeho základě optimálně vyhodnotit jeho potřeby. Je nutné zdůraznit, že MKF lze použít nejen pro osoby s disabilitou, ale fakticky zdraví a oblasti zdraví se týkají všech lidí a je proto možné je využít prakticky pro všechny uživatele sociálních služeb. Zároveň je nutné podotknout, že MKF není jednotkou klasifikace, ale popisuje situace každé osoby v souvislosti ke zdraví a popis je tak vždy tvořen s ohledem na prostředí a individuální osobní faktory.

MKF se skládá ze dvou částí, která je tvořena vždy dvěma tzv. komponentami.

Část první se věnuje Funkční schopnosti a disabilitě zohledňující

a) Tělesné funkce a struktury

b) Aktivity a participace.

Druhá komponenta se věnuje Spolupůsobícím faktorům, kterými jsou

a) Faktory prostředí

b) Osobní faktory.

Každá komponenta se skládá z různých domén členěných na kategorie a může být vyhodnocena jak z pozitivního, tak negativního hlediska. Vliv prostředí pak může být jak facilitující (usnadňující), tak omezující (bariérové).

Z pohledu poskytování sociálních služeb je relevantní zohlednit oblast Aktivity a participace a oblast Prostedí při tvorbě hodnotících dotazníků /core setů. Poskytovatel tak může získat podrobný náhled na jednotlivé životní oblasti, kterými je vhodné se zabývat v rámci poskytování služby konkrétnímu uživateli.

Komponenta Aktivita a participace, která je relevantní pro poskytování sociální služby se skládá z jednotlivých domén:

- 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 např. dopravní značky, varovné symboly, apod.)
- 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)

Tyto jsou následně detailně rozpracovány a pro poskytovatele jsou velice návodné. V daných oblastech MKF vždy vyhodnocuje dva kvalifikátory, tj. stupně závažnosti problému, a to kvalifikátory kapacity a výkonu. Kvalifikátor výkonu se zaměřuje na to, co a jak uživatel dělá ve svém přirozeném prostředí. Při hodnocení potřeb v sociální službě je nutné vnímat, že při jednání se zájemcem o službu je s největší pravděpodobností přirozené prostředí domov zájemce a v následných hodnocení potřeb pravděpodobně sociální služba – vliv prostředí proto výrazně proměňuje oblast disability, která je konfrontována například přestěhováním do bezbariérového objektu. Kvalifikátor výkonu také může být viděn jako prožívání zkušenosti osoby či zapojení se do životní situace.

Kvalifikátor kapacity se věnuje schopnosti člověka provádět nějaký úkol nebo činnost. Vždy se zohledňuje nejvyšší pravděpodobný stupeň výkonnosti, kterou člověk dokáže v danou chvíli za konkrétních podmínek. Poskytovatel proto vyhodnocuje optimální stav ve vztahu ke konkrétní schopnosti uživatele.

Ucelené pozadí života člověka vyhodnocují spolupůsobící faktory, které MKF dělí na faktory prostředí a osobní faktory. Faktory prostředí sumarizují fyzické, sociální a postojové prostředí, ve kterém konkrétní člověk žije svůj život a tyto mohou mít pozitivní nebo negativní vliv na způsob provádění činností a jeho sociální začlenění. Osobní faktory se skládají z vlastností člověka a věnují se takovým oblastem, jako je pohlaví, rasa, věk, životní styl, způsob chování, vzdělání, povolání či například životní zkušenosti.

Výše uvedené oblasti mohou být podle MKF použity jako „stavební kameny“ pro tvorbu core setu /oblastí hodnocení uživatele.

Všechny oblasti definované MKF je možné vyhodnotit na stejné všeobecné škále v rozsahu:

- 0 Žádný problém (nepřítomen, zanedbatelný...)
- 1 Lehký problém (nepatrný, nízký...)
- 2 Středně těžký problém (střední, snesitelný...)
- 3 Těžký problém (vysoký, extrémní...)
- 4 Úplný problém (totální...)

8 nespecifický

9 nelze aplikovat

Pro hlubší znalost kódování doporučujeme vycházet přímo z MKF.

Užití MKF pro potřeby praxe poskytování dlouhodobé péče

Při tvorbě hodnotícího nástroje se v praxi ukazuje, že není vždy možné přijmout konkrétní validizovaný nástroj (z ekonomických, provozních či procesních důvodů) a ne vždy je daný nástroj pro danou cílovou skupinu k dispozici). Poskytovatel tedy často stojí před nelehkým úkolem vytvoření objektivního nástroje odpovídající potřebám jeho uživatelů a možnostem jeho organizace. MKF mu k tomu může pomoci tím, že předkládá k dispozici všechny relevantní oblasti, které v rámci vyhodnocování potřeb musí zohlednit. Samotná MKF umožňuje vytváření tzv. core setů – tedy dotazníků, z nichž je možné vycházet. K dispozici je již velké množství dotazníků v oblasti onemocnění, nicméně pro oblast sociálních služeb nejsou snadno dostupné. Před přípravou výběru či tvorby vhodného nástroje pro oblast sociální péče je vhodné zohlednit:

- Jaký druh služby poskytuje;
- Pro jaké uživatele je sociální služba poskytována;
- Jaké oblasti disability se mohou týkat konkrétních uživatelů;
- Jaká specifika má cílová skupina, které sociální službu poskytuje;
- Jaká specifika má samotná sociální služba;
- Jaké má poskytovatel kapacity (personální, provozní, ekonomické);

Po zodpovězení těchto otázek je pak otázka volby směrem k:

- Standardizovanému dotazníku /core set
- Tvorbě vlastního dotazníku /core setu při zohlednění potřeb sociální služby

Z praxe poskytování sociálních služeb můžeme níže nabídnout možnou inspiraci pro tvorbu dotazníku, který je následně možné využít i jako podklad pro individuální plánování a zároveň identifikaci rizik. Při definování jednotlivých „Možných oblastí podpory“ poskytovatel při tvorbě dotazníku využije právě jednotlivé detailně rozpracované komponenty MKF s ohledem

na cílovou skupinu uživatelů. Dále poskytovatel může zohlednit potřebnou podrobnost dotazníků (např. základní dotazník jako podklad pro jednání se zájemcem o službu a detailní dotazník pro další fáze hodnotícího procesu).

Oblékání	Používání veřejné dopravy								Vazba na osobní cíle	Sociální služba zajišťuje	Datum hodnocení /hodnotil	Datum plánované revize
	-	-	-	X	-	-	-	-				
-	-	-	-	X	-	-	-	Uživatel je schopen si obléknout volné triko as doprovodem. Má rád vlaky a nerad jezdí tepláky. Obtíže činí zapínání, autobusem. S oblibou sedí na místě u okna	Bližší specifikace	Sociální služba zajišťuje	Datum hodnocení /hodnotil	Datum plánované revize
-	-	-	X	-	-	-	-	Uživatel má zájem naučit se zapínat bundu a obouvat denních služeb sám	Vazba na osobní cíle	Rizika	Datum hodnocení /hodnotil	Datum plánované revize
-	-	-	-	-	-	-	-	Pomoc při oblékání v domluveném rozsahu (viz. individuální akční plán – cestování) Uživatel může v chladném počasí (mrazech) volit letní jistota orientace v dopravě a jízdních rádech	Sociální služba zajišťuje	Rizika	Datum hodnocení /hodnotil	Datum plánované revize
24.08.2014	24.08.2014	24.08.2014	24.08.2014	24.08.2014	24.08.2014	24.08.2014	24.08.2014	Nováková	Nováková	24/2/2014	24.08.2014	24.08.2014

Pro hodnocení potřeb je vhodné mít vypracovanou ucelenou metodiku navazující na proces individuálního plánování zaměřenou na metodu, kterou si poskytovatel zvolí. Tuto metodiku je vhodné provázat se systémem standardizace služby. Hodnocení potřeb by mělo probíhat v příjemném a bezpečném prostředí, které vyhovuje potřebám uživatele a kdy bude zajištěna anonymita. Samozřejmostí při realizaci hodnocení potřeb je respekt k jejich soukromí a citlivosti údajů, které jsou výstupem hodnocení potřeb. Je proto nutné zohlednit intimitu údajů, které jsou získávány a to zejména v oblasti přístupnosti osobám, které sociální služby poskytují. Jako žádoucí se jeví dostupnost údajů v oblasti hodnocení potřeb pro sociálního

uzavřenu mlčenlivost (pokud již součástí pracovní smlouvy není mlčenlivost o uživatelích či vnitřní dokumentaci služby), kterou je nutné důsledně dodržovat. Výstupy z komplexního hodnocení potřeb je vhodné zohlednit v rámci procesu dalšího plánování služby, kdy jednotlivé oblasti s definovanou obtíží jasně ukáží, které oblasti péče by pro konkrétního klienta měl poskytovatel zajistit. Zároveň je vhodné u daných oblastí rovnou vyhodnocovat rizika, která budou dále rozpracována při práci s rizikovými situacemi. Při tvorbě dotazníku je vhodné podrobně konkretizovat jednotlivé oblasti, jak již podrobně navádí MKF. Nedostatečná konkretizace může vést k vágní definici, která pro poskytovatele nebude mít praktické využití.

Nevhodně vydefinovaná oblast je např. „osobní hygiena“, kdy není přesně jasné, co konkrétně uživatel v této oblasti dokáže, oproti „čištění zubů / stříhání nehtů / koupání / sprchování / česání /apod.“ . V tomto případě je pak možné přímo vyhodnotit jednotlivé aspekty dané činnosti na jejichž základě je klientovi následně poskytována podpora.

Záver

Cieľom tejto štúdie bolo bližšie si ozrejmiť vybrané aspekty kvality dlhodobej starostlivosti. Dlhodobú starostlivosť vnímame predovšetkým ako súčasť integrovanej starostlivosti, ktorá má za cieľ podporovať užívateľov v tom, aby mohli viesť zmysluplný a čo najsamostatnejší život v čo najvyššej kvalite. Okrem samotnej kvality dlhodobej starostlivosti hrá v tejto oblasti veľkú úlohu aj posudzovanie odkázanosti na dlhodobú starostlivosť. Práve Medzinárodná klasifikácia funkčných schopností, dizability a zdravia môže priniesť výrazný posun v nastavení kvality dlhodobej starostlivosti už v začiatkoch jej prípravy, v príprave zákona o dlhodobej starostlivosti a zjednoteniu posudkovej činnosti.

Ako sme uviedli, dlhodobá starostlivosť je zároveň aj integrovanou starostlivosťou, a predovšetkým sociálno-zdravotnou starostlivosťou. Teoreticky a aj prirodzene uznávame to, že je potrebná spolupráca medzi rôznymi profesiami a systémami. Predpokladáme, že je to normálne práve v oblasti podpory zdravia a spolupráca medzi zdravotnou, sociálnou starostlivosťou, ale aj ďalšími službami by mala fungovať a existovať. No ak má táto spolupráca za cieľ to, aby sme zabezpečili čo najvyššiu možnú kvalitu jednotlivcov a populácie, ktorým sa tieto služby poskytujú, je potrebné zabezpečiť aj efektívnu koordináciu a komunikáciu medzi jednotlivými zložkami. To sa však nedá bez toho najkľúčovejšieho prvku, a to je samotný užívateľ služby a jeho rodina a blízke osoby.

Aj v oblasti dlhodobej starostlivosti hovoríme o prístupe orientovanom na človeka. Pre nastavenie kvalitnej dlhodobej starostlivosti, ktorá spĺňa uvádzané podmienky ako je dostupnosť služby, zohľadnenie potrieb, efektivita, spravodlivosť, sociálna akceptovateľnosť a účinnosť a ekonomická efektivita, je potrebné hovoriť aj o dôvodoch, prečo by sme mali tieto služby integrovať a koordinovať tak, aby bola kvalita zabezpečená. Miller⁴⁵ uvádza šesť dôvodov, prečo by mali vlády, partnerstvá a organizácie integrovať služby starostlivosti:

1. *Riešenie takzvaných „zlých otázok“.* „Zlé otázky“ sú problémy, ktoré v spoločnosti existujú dlhodobo a nie sú komplexne, systémovo riešené a odolávajú zmenám. Ide napríklad o oblasti, ako je kriminalita chudobných komunít, nárast obezity a kardiovaskulárnych chorôb, nárast duševných ochorení medzi mladými ľuďmi, nezamestnanosť ľudí so zdravotným postihnutím, absencia dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti a pod. Dôvodom často je, že neexistuje len jeden rezort, ktorý by dokázal čeliť týmto problémom izolovane. Ale aj z hľadiska náročnosti týchto problémov a potrebných zdrojov je nevyhnutné využiť kreatívny a komplexný prístup medzi viacerými rezortmi tak, aby sa tieto otázky a problémy riešili aj preventívne aj kuratívne.

⁴⁵ MILLER, R. BROWN, H., Mangan C. *Integrated care in Action. A practical guide for health, social care and housing support.* London. 2016.

2. *Zabezpečenie ochrany jednotlivcov pred ujmom a poškodením.* Problém fragmentácie služieb tak, ako sme to naznačili už aj pri posudkovom systéme, nám ukazuje množstvo príkladov, kde bolo jednotlivcom – deťom, alebo aj ohrozeným dospelým ublížené tým, že jeden rezort nedokázal vyriešiť ich komplexnú životnú situáciu, prípadne medzi sebou viaceré rezorty nedokázali spolupracovať. V praxi sa často stretávame s problémom predčasného prepustenia pacienta s potrebou dlhodobej starostlivosti z nemocnice bez toho, aby bola zabezpečená následná starostlivosť. Riešenie dlhodobej starostlivosti predovšetkým inštitucionálnou formou a nevytváranie alternatívnych komunitných služieb tak, aby mohol ostať človek žiť vo svojom prirodzenom domácom prostredí čo najdlhšie. Dôsledkom je potom nespokojnosť a subjektívne vnímaná nízka kvalita života užívateľov v službách dlhodobej starostlivosti. Vzniká tu vysoké riziko zneužívania a nezabezpečenia potrebnej starostlivosti miesto proaktívnej preventívnej podpory, včasnej intervencie a rýchlej reakcie na potreby jednotlivca alebo populácie. Integrácia služieb je veľmi úzko prepojená so zabezpečovaním kvality služieb a zabezpečením štandardnej starostlivosti tak, aby režimy, ktoré vedú k zneužívaniu, nevznikali. Podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby, definované v zákone o sociálnych službách, práve v jednom z procedurálnych kritérií⁴⁶ smerujú k potrebe integrovanej a komplexnej starostlivosti.
3. *Zvyšovanie dostupnosti starostlivosti v súlade s cieľmi a skúsenosťami užívateľov.* Ďalším dôležitým prvkom integrovanej dlhodobej starostlivosti je rešpekt a zabezpečovanie takej podpory, ktorej cieľom je zvyšovanie kvality života jednotlivca. To sa nedá bez toho, aby sa služby neorientovali na zabezpečenie potrieb a želaní užívateľov služieb a ich skúseností s poskytovaním služieb dlhodobej starostlivosti. Práve zlyhanie jednotlivých služieb často súvisí s tým, že nedostatočne počúvajú a reagujú na deklarované potreby užívateľa, prípadne nemajú dostatok kompetencií, skúseností alebo zdrojov na to, aby na tieto potreby dokázali reagovať. Ak by aj tieto veci boli na mieste, tak stále cez nedostatočnú komunikáciu a spoluprácu medzi sektormi sa nemusia dariť napĺňať ciele jednotlivcov. Napríklad neustály „boj“ medzi zdravotníckym a sociálnym personálom, boj o kompetencie a zodpovednosti môže viesť k tomu, že sa v konečnom dôsledku nenaplnia potreby a primeraná podpora pre jednotlivca. To potom môže viesť k extrémnej frustrácii jednotlivcov a nespokojnosti s kvalitou života a kvalitou dlhodobých služieb.
4. *Zabezpečenie dostatočných a dostupných zdrojov, ktoré sa využívajú efektívne.* Využívanie dostatočných a dostupných zdrojov čo najefektívnejšie je v pri aktuálnej

⁴⁶ 2.8 Kritérium: Podpora a pomoc prijímateľovi sociálnej služby pri sprostredkovaní a využívaní inej verejnej služby podľa jeho potrieb a schopností a cieľov

demografickej prognóze nevyhnutné a zásadné pre kvalitnú dlhodobú starostlivosť, ale aj zdravotnú starostlivosť, sociálnu starostlivosť, či sociálne bývanie. Práve efektívnosť využívania zdrojov je do budúcnosti jednou z výziev, prečo nastavovať dlhodobú starostlivosť ako integrovanú starostlivosť. Takto sa zabezpečí predchádzanie duplicitného financovania naskrz rôzne sektory, prepojenie a koordinácia medzi rôznymi sektormi a samozrejme podpora prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť a vytvorenie jednotného posudkového systému.

5. *Naplnenie zákonných povinností.* Okrem všeobecnej potreby spolupráce medzi sektormi, ale aj jednotlivcami tu je vždy aj zákonná potreba spolupráce medzi jednotlivými rezortmi a službami – už uvedené kritérium 2.8 podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby, ale aj ďalšie vzájomné prepojenia v rámci legislatívy. Práve tieto požiadavky, aj keď nepriamo, tlačia do potreby integrácie a koordinácie služieb dlhodobej starostlivosti.
6. *Zabezpečiť organizačný rast a prežitie.* Pre zabezpečenie kvalitnej dlhodobej starostlivosti, ktorá integruje vzájomné služby, je nevyhnutné podporovať organizačný rast a prežitie konkrétnych poskytovateľov sociálnych služieb. Práve aj tieto oblasti sú dôležité pre kvalitu danej služby. Ide nielen o to, aby boli zabezpečené finančné a priestorové zdroje, ale aj o to, aby služby neboli rezortne izolované a takto sa reagovalo na komplexné potreby jednotlivca.

Kvalita dlhodobej starostlivosti je pre nastavenie systému a zákona o dlhodobej starostlivosti kľúčová a mala by byť realizovaná a implementovaná hneď na začiatku vzniku systému. Podmienky kvality by mali presne určovať nevyhnutné podmienky, ktoré musia byť splnené a dodržiavané v rámci systému dlhodobej starostlivosti tak, aby bola zabezpečená dostatočná kvalita života občanov odkázaných na tieto služby. V rámci podmienok kvality dlhodobej starostlivosti bude nutné identifikovať základné oblasti kvality, nastaviť potrebné kritériá, štandardy a indikátory. Podmienky kvality budú musieť byť orientované na praktické vykonávanie dlhodobej starostlivosti v jednotlivých druhoch služieb. Systém hodnotenia kvality bude musieť byť nezávislý a realizovaný na úrovni národnej inštitúcie tak, aby sa zabezpečilo transparentné hodnotenie.



EAN 9788097255121