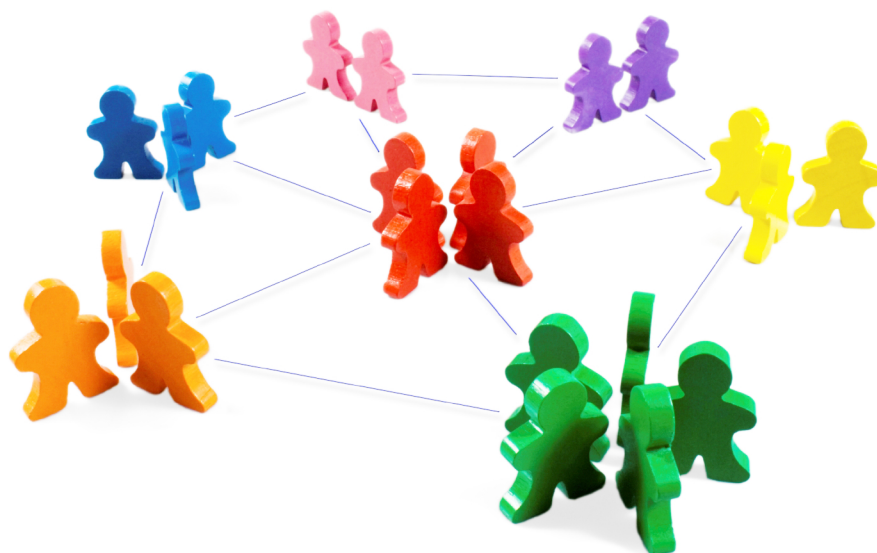




Inštitút pre výskum
práce a rodiny



**Zavádzanie podmienok kvality sociálnych služieb
– prieskum stavu implementácie
u poskytovateľov sociálnych služieb**

Kvetoslava Repková

Bratislava, 2019

Výskumná úloha

Zavádzanie podmienok kvality sociálnych služieb – prieskum stavu implementácie u poskytovateľov sociálnych služieb

(Introducing of the quality conditions in social services – a mapping survey on the state of implementation by providers of social services)

Zadávatel' úlohy

Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR, odbor hodnotenia podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby

Autorka

doc. PhDr. Kvetoslava Repková, CSc.

Uloženie výstupu

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

Rozsah: " =

Anotácia

Výskumná štúdia informuje o východiskách, metodologickom dizajne a výsledkoch mapujúceho prieskumu zameraného na zisťovanie stavu implementácie podmienok kvality u poskytovateľov sociálnych služieb podľa zákonom stanovených požiadaviek dekádu po zavedení týchto podmienok do národnej legislatívy. Autorka mapuje, koľko zapojených organizácií má aktívny a koľko zatiaľ pasívny implementačný status; aký majú organizácie postoj k systému kvality v sociálnych službách; čo jeho zavádzanie najviac limituje (sťažuje); a ako majú organizácie zabezpečený manažment kvality. Všetky tieto otázky skúma podľa druhu poskytovanej sociálnej služby, právneho statusu, príslušnosti k regiónu a veľkosti poskytovateľov. Na základe zistení autorka formuluje odporúčania pre implementáciu národného projektu „Kvalita sociálnych služieb“, najmä pre jeho časť zameranú na vzdelávanie a metodickú podporu poskytovateľov k otázkam kvality sociálnych služieb.

Kľúčové slová

Sociálne služby, kvalita sociálnych služieb, aktívny implementačný status, pasívny implementačný status

Summary

The mapping survey is focused to examine what is an implementation status of the social service providers in terms of introducing the quality system into their practice. The survey was conducted one decade after setting up the quality requirements by the Act on social services. The author examines how many involved organisations has the active implementation status (they either have already established and implement the quality system into their practice or are actively working on the progress) or have the passive implementation status (they either have still not started with the quality implementation or

are in a very early stage to do it). Moreover, attitudes of the providers to the quality system, even what are main barriers to implement it into the practice, and how the quality agenda is managed in their organisations, were under examination. All the aspects are analysed according a sort of provided social service, legal status, region and size of the provider. Based upon the mapping survey findings the author formulates recommendations for practical implementation of the national project „Quality of social services“, predominantly for its pillar focused on education and methodological support of social service providers in area of quality issues.

Key words

Social services, quality of social services, active implementation status, passive implementation status

Obsah

Úvod	4
1 Cieľ a predmet výskumnej štúdie.....	5
2 Inštitucionalizácia politiky kvality sociálnych služieb – sumarizácia kľúčových východísk. 5	
2.1 Prečo je inštitucionalizácia kvality v sociálnych službách dôležitá.....	6
2.2 Etapy inštitucionalizácie (štandardizácie) kvality sociálnych služieb v podmienkach Slovenska	6
3 Stav implementácie podmienok kvality u poskytovateľov sociálnych služieb – mapujúci prieskum	9
3.1 Výskumná kontinuita	9
3.2 Metodika prieskumu.....	10
3.2.1 Cieľ a predmet prieskumu	10
3.2.2 Hypotéza prieskumu.....	11
3.2.2 Metóda prieskumu.....	11
3.2.3 Prieskumná vzorka	12
3.2.4 Organizácia prieskumu a eticko-právne otázky	13
3.3 Výsledky prieskumu – charakteristiky vzorky.....	13
Zhrnutie zistení ohľadom prieskumnej vzorky a ich interpretácia.....	15
3.4 Výsledky prieskumu podľa jednotlivých blokov zisťovania	17
3.4.1 Implementačný status poskytovateľov	18
Zhrnutie čiastkových zistení k otázkam implementačného statusu	23
3.4.2 Názory na systém kvality	24
Zhrnutie čiastkových zistení k otázkam názorov poskytovateľov na systém kvality sociálnych služieb	28
3.4.3 Zabezpečenie manažmentu kvality v organizáciách	29
Zhrnutie čiastkových zistení k otázkam manažmentu kvality	31
3.5 Celková sumarizácia zistení, ich interpretácia a diskusia	31
4 Závery a odporúčania	35
Referencie.....	38
Príloha A	40

Úvod

Právne začiatky inštitucionalizácie problematiky kvality sociálnych služieb sa v podmienkach Slovenska viažu k 1. januáru 2009, kedy vstúpil do platnosti **zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách** a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon“). Opakovaná praktická skúsenosť naznačuje, že poskytovatelia sociálnych služieb od počiatku vzťahovali záväzky v oblasti kvality najmä k tomu, „aby dobre obstáli pred kontrolou“, t. j. pred zamestnancami a zamestnankyňami Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR (ďalej len „MPSVR SR“), ktoré má, podľa platného zákona, originálnu pôsobnosť k hodnoteniu podmienok kvality. Menej často bol/je systém kvality vnímaný ako podnet ku kritickej reflexii vlastnej práce a k aktívnej zmene (Repková, 2016a).

Na konci prvej dekády od prijatia právnych záväzkov v oblasti podmienok kvality sociálnych služieb prakticky nemáme ucelenejšiu predstavu o tom, do akej miery (a či vôbec) implementujú poskytovatelia systém kvality reálne do svojej bežnej praxe (nehovoriac o nejakých dopadových štúdiách). Môže to súvisieť s viacerými okolnosťami. Predovšetkým s opakovaným posúvaním účinnosti zákona o sociálnych službách v časti týkajúcej sa výkonu hodnotiteľskej činnosti (ustanovenie §104 zákona) na neskoršie obdobia, najnovšie na september 2019. Aj preto doposiaľ neexistoval zásadnejší dôvod „vstupovať na pôdu poskytovateľov“ a systematickejšie sa zaujímať o to, či a ako implementujú podmienky kvality do svojej praxe. Navyše v situácii, kedy boli poskytovatelia náchylní interpretovať časové posuny v hodnotení podmienok kvality aj ako „posuny“ v ich povinnosti vôbec sa do obdobia začiatku hodnotenia otázkami kvality zaoberať (ako tomu nasvedčujú aj naše početné skúsenosti). Domnievame sa, že významnú úlohu zohral aj fakt predĺžovania začiatku implementácie národného projektu „Kvalita sociálnych služieb“ (ďalej len „NPQ“), prostredníctvom ktorého sa plánuje zabezpečiť masívnu (celoplošnú) odbornú prípravu a metodickú podporu poskytovateľov k otázkam kvality sociálnych služieb podľa zákonom ustanovených požiadaviek.

Pre elimináciu tejto informačnej priepasti, no najmä v kontexte potreby kvalitného nastavenia vzdelávacích aktivít NPQ, sa dojednalo v rámci **Kontraktu medzi MPSVR SR a Inštitútom pre výskum práce a rodiny na rok 2019** spracovanie tejto výskumnej štúdie. Štúdia sa skladá zo štyroch častí. V *prvej* autorka predstavuje jej cieľ a predmet. Následne (v *druhej časti*) v krátkosti rekapituluje proces inštitucionalizácie politiky kvality sociálnych služieb v podmienkach Slovenska. Jadrový text spracovaný v *tretej časti* tvorí metodika prieskumu mapujúceho implementačný status poskytovateľov sociálnych služieb v zavádzaní podmienok kvality do svojej praxe (metodológia, výsledky a ich interpretácia). Sumarizáciu výsledkov mapujúceho prieskumu a formuláciu odporúčaní pre implementáciu procesu odbornej prípravy a metodickej podpory poskytovateľov sociálnych služieb v rámci NPQ ponúka autorka v *záverečnej časti* štúdie.

Štúdia má mapujúcu a komparatívnu povahu. Autorka v nej porovnáva získané zistenia s výskumnými zisteniami z podobne zameraného komplexnejšieho výskumu zo začiatku roka

2016, čo umožňuje usudzovať na vývoj v celkovej situácii implementácie podmienok kvality poskytovateľmi sociálnych služieb v priebehu ostatných troch rokov.

1 Cieľ a predmet výskumnej štúdie

Cieľom výskumnej štúdie je zlepšiť základnú informovanosť zainteresovaných aktérov (najmä MPSVR SR ako garanta politiky kvality sociálnych služieb a jej hodnotenia) o stave implementácie podmienok kvality u poskytovateľov sociálnych služieb k začiatku roka 2019 ako základu pre prijímanie ďalších rozhodnutí, najmä na úseku bližšieho obsahového nastavenia aktivít v rámci NPQ.

Predmetom výskumnej štúdie je stav implementácie systému kvality do praxe poskytovateľov sociálnych služieb, ich implementačná stratégia, názory na systém kvality ustanovený zákonom, kľúčové prekážky pri jeho zavádzaní a implementovaní do vlastnej praxe, a to všetko v kontexte podmieňujúcich faktorov ako druh poskytovanej sociálnej služby, regionálna príslušnosť poskytovateľa, jeho právny status a veľkosť.

2 Inštitucionalizácia politiky kvality sociálnych služieb – sumarizácia kľúčových východísk

Základom akejkoľvek **inštitucionalizácie** je habitualizácia ľudskej činnosti, jej typizácia, na základe čoho sa činnosť pripisuje určitému typu vykonávateľa a ľuďom, pre ktorých by mala byť dostupná (Berger a Luckman, 1999). Podľa Musila (2012) ide o kombináciu vedomého uznania problému (otázky) a spôsobu jeho riešenia s rutinnou, teda pravidelnosťou v poskytovaní výkonu a v jeho využívaní určitou cieľovou skupinou. Inštitucionalizácia je tak vždy spojená so spoločenským konsenzom uznania nejakej otázky ako verejného záujmu, s ustanovenou právnou reguláciou, zodpovedajúcou organizáciou s potrebnými kompetenciami a zdrojmi, najmä finančnými a ľudskými (Tomeš a kol., 2009; Konečný a Konečný, 2009; Repková, 2012).

V súlade s týmito všeobecnými atribútmi možno **inštitucionalizáciu politiky kvality sociálnych služieb** pracovne vymedziť ako *existenciu zdieľaného odborného postoja k významu problematiky kvality sociálnych služieb ako uznávanej súčasti celkovej politiky sociálnych služieb. Tento postoj je premietnutý do právneho rámca regulácie činnosti poskytovateľov sociálnych služieb ako vykonávateľov kvality a MPSVR SR ako hodnotiteľa podmienok kvality sociálnych služieb. Právny rámec je formulovaný v súlade s rozvojom spoločenského poznania a najnovšími poznatkami v oblasti spoločenských a iných relevantných vied.* Takéto pracovné vymedzenie pomáha v základnej orientácii, čo kvalita v sociálnych službách znamená, kto ju zabezpečuje a hodnotí, za akých podmienok a na základe akých zdrojov.

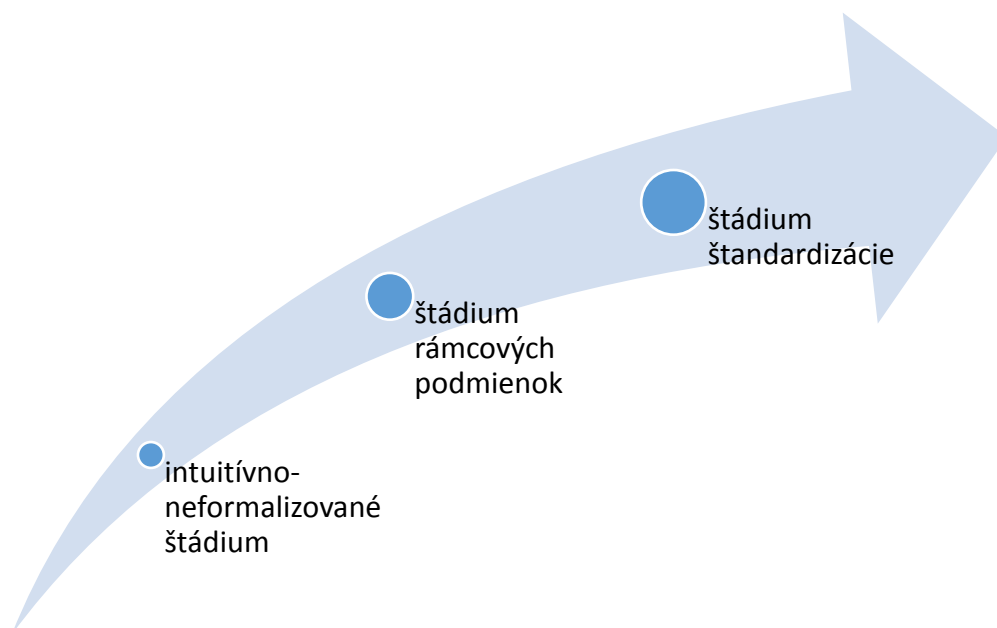
2.1 Prečo je inštitucionalizácia kvality v sociálnych službách dôležitá

Pre účely štúdie možno pojem „inštitucionalizácia“ politiky kvality sociálnych služieb považovať za synonymum pojmu „štandardizácia“ v otázkach kvality sociálnych služieb v zmysle „...uvádění, uvedení na standard, jednotnú úpravu neboli standardizování“ (Halásková, 2013, s. 42). Štandardizácia a štandardy slúžia pre organizácie, ktoré ich používajú, ako metodický nástroj kvality, pomáhajú im pri sebahodnotení, rovnako pri hodnotení inou organizáciou. Prijímateľom a prijímateľkám sociálnych služieb zasa majú poskytovať dôležité informácie pre výber poskytovateľa či pre hodnotenie kvality jeho služieb. Halásková (ibid) považuje štandardizáciu za základný nástroj nielen pre zvyšovanie kvality, ale aj pre zabezpečovanie ochrany prijímateľov a prijímateľiek sociálnych služieb v rámci trendu liberalizácie služieb ako takých. Zdôrazňuje, že pri službách verejného záujmu nevyhnutných pre život, zdravie a sociálne začlenenie potrebujú prijímatelia a prijímateľky určitý typ záruk. Preto je v uvedenom sektore služieb liberalizácia regulovaná predpismi a pravidlami, pomocou ktorých je možné zaistiť rešpektovanie ich práv a záujmov (viď aj Brichtová a Repková, 2014).

2.2 Etapy inštitucionalizácie (štandardizácie) kvality sociálnych služieb v podmienkach Slovenska

Brichtová a Repková (2014) pracovne identifikovali tri štádiá vo vývoji politiky kvality sociálnych služieb v národných podmienkach, definované podľa toho, z akého konceptu (chápania) sa ku kvalite v jednotlivých obdobiach pristupovalo. Štádiá sú znázornené v obrázku.¹

Obrázok: Vývojové štádiá prístupu ku kvalite sociálnych služieb na Slovensku



Zdroj: Brichtová a Repková, (2014, s. 52)

¹ V rámci prehľadu autorky začali obdobím, kedy sa sociálne služby inštitucionalizovali ako súčasť oficiálnej verejnej politiky (v roku 1988), aj keď nepopierateľne existovali v nejakej forme už aj predtým.

1 Intuitívno – neformalizované štádium (roky 1988-2008)

Súčasťou vyhlášky č. 151/1988 Zb., ktorou sa vykonával zákon č. 100/1980 Zb. o sociálnom zabezpečení v znení neskorších predpisov, bola aj oblasť sociálnych služieb. Upravoval ju aj následný zákon č. 195/1998 Z. z. o sociálnej pomoci v znení neskorších predpisov. Ani jedna z uvedených právnych noriem však explicitne nekodifikovala problematiku kvality v sociálnych službách. Ku kvalite sa pristupovalo skôr intuitívne, bez osobitného pomenovania, vychádzajúc z jej vnímania ako prirodzenej *vnútornej vlastnosti služby* (Nies et al., 2010). Kvalita sa tak presadzovala voči prijímateľom a prijímateľkám sociálnych služieb ich samotným poskytovaním, bez prepracovaného a záväzného systému hodnotenia ich spokojnosti s poskytnutými sociálnymi službami ako základu pre ich zlepšovanie. Potreba uplatňovania hodnotiaceho prvku smerom k spotrebiteľskému modelu kvality (Mateides, 2006) nebola „vynútená“, nakoľko chýbala základná podmienka pre jeho aplikáciu - odstránenie monopolu poskytovateľov sociálnych služieb. Tieto poskytoval takmer výlučne štát, neexistovalo reálne právo výberu poskytovateľa sociálnej služby.

Napriek absencii systematickej práce na úseku kvality nemožno generálne tvrdiť, že by sa neboli uplatňovali jej čiastkové inštitúty. Samotná právna úprava sociálnej pomoci obsahovala vo svojom východiskovom ustanovení vyjadrenie rešpektu k individualite osoby, ktorej sa poskytovala sociálna pomoc a snahu o jej aktivizáciu, t. j. prvky zohľadňujúce individualizovanú perspektívu prijímateľa a prijímateľky sociálnej pomoci. Ďalším inštitútom kvality bolo zavedenie osobitných kvalifikačných predpokladov pre vybraných zamestnancov a zamestnankyne zariadení sociálnych služieb a ich vzdelávanie. Snaha o rozbitie štátneho monopolu pri poskytovaní sociálnych služieb bola kodifikovaná možnosťou účasti neštátnych subjektov, ktoré museli preukazovať svoju spôsobilosť poskytovať sociálne služby a boli vedené v osobitnom registri. Navyše, už v tomto období fungoval systém štátneho dozoru (od roku 2009 dohľadu) nad poskytovaním sociálnych služieb, ktorý zabezpečovalo MPSVR SR.

2 Štádium formulácie rámcových podmienok (roky 2009-2013)

Prijatím zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách sa od roku 2009 stalo súčasťou právneho systému na Slovensku *hodnotenie podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby*. Prvýkrát sa tak v sociálnych službách inštitucionalizoval pojem „kvalita“. Porovnateľne ako v ČR² boli explicitne stanovené podmienky hodnotenia pre oblasť procedurálnu, personálnu a prevádzkovú. Implicitne sa naplňali aj prostredníctvom ďalších inštitútov, konkrétne cez pripravovanie individuálnych rozvojových plánov prijímateľov a prijímateľiek v rámci rezidenčných sociálnych služieb; systém kvalifikačných predpokladov pre výkon odborných činností na úseku sociálnych služieb; zabezpečovanie ďalšieho vzdelávania pre účely sociálnych služieb či cez inštitút akreditácie vzdelávacích programov a odborných činností.

² Zákonom č. 108/2006 Sb. o sociálnych službách boli do právneho poriadku ČR zavedené štandardy kvality v troch oblastiach: procedurálne štandardy, personálne štandardy a prevádzkové štandardy.

Rámcové podmienky hodnotenia kvality mali v systéme sociálnych služieb slúžiť dvojsmerne: (a) mali štandardizovať priamy výkon kvalitných sociálnych služieb ich poskytovateľmi (t. j. *výkon kvality*); (b) mali štandardizovať výkon hodnotenia podmienok kvality relevantnou verejnou autoritou - MPSVR SR (t. j. *hodnotenie výkonu kvality*). K napĺňaniu prvého menovaného účelu neexistovali pre poskytovateľov sociálnych služieb od januára 2009 prakticky žiadne právne prekážky, zatiaľ čo účinnosť uplatňovania hodnotiteľskej činnosti zo strany ministerstva bola na základe viacerých noviel zákona o sociálnych službách opakovane posúvaná.

Všeobecnosť (rámcová povaha) tejto fázy uplatňovania systému kvality mala však aj určité pozitíva. Vznikli viaceré „iniciatívy zdola“, kedy sa napr. vybrané regionálne samosprávy snažili o bližšiu špecifikáciu štandardov kvality v jednotlivých zákonom stanovených oblastiach, opierajúc sa o medzinárodné skúsenosti či skúsenosti domáceho mimovládneho sektora (napr. iniciatíva Bratislavského samosprávneho kraja). Súčasťou opatrení podporujúcich kvalitu bol aj pokračujúci výkon dohľadu nad poskytovaním sociálnych služieb. Za významný krok smerom ku kvalite bolo možné považovať aj prijatie strategických zámerov rezortu v oblasti deinštitucionalizácie sociálnych služieb³ a začiatok ich implementácie.

3 Štádium štandardizácie (od roku 2014)

Prijatím novely zákona o sociálnych službách účinnej od januára 2014 sa začalo obdobie, ktorým sa vytvorili všetky legislatívne predpoklady pre vymedzenie *kvality v sociálnych službách ako normy* (Nies et al., 2010), kedy sa dosiahnuté výsledky porovnávajú s očakávanými výsledkami stanovenými zákonom ako norma. Základom uplatňovania tohto prístupu sa stala formulácia 21 kritérií a štandardov pre jednotlivé podmienky kvality organizované do štyroch oblastí (základné ľudské práva a slobody, procedurálne podmienky, personálne podmienky a prevádzkové podmienky), následne premietnutých do súboru 21 zodpovedajúcich indikátorov na meranie týchto štandardov.

V rámci predmetného obdobia bol v roku 2015 za účelom podpory poskytovateľov pri výkone kvalitných sociálnych služieb spracovaný materiál „*Implementácia podmienok kvality v praxi poskytovateľov sociálnych služieb – metodické východiská*“ (Repková et al., 2015) a v roku 2016 následne materiál „*Hodnotenie podmienok kvality poskytovaných sociálnych služieb – metodické východiská (návrh)*“ (Repková, 2016b).

Za osobitnú zmienku v rámci tohto štádia stojí *NPQ*, ktorý má definitívne podporiť premostenie obdobia, kedy sa zaviedla politika kvality do legislatívy sociálnych služieb, s obdobím jej praktickej implementácie v činnosti poskytovateľov sociálnych služieb.

³ V novembri 2011 vláda SR schválila *Stratégiu deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike* a v decembri 2011 *Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012-2015*.

3 Stav implementácie podmienok kvality u poskytovateľov sociálnych služieb – mapujúci prieskum

Jadro výskumnej štúdie tvorí predstavenie metodiky a hlavných výsledkov mapujúceho prieskumu zameraného na zisťovanie stavu implementácie podmienok kvality u poskytovateľov sociálnych služieb (ďalej len „**implementačný status**“) na Slovensku k začiatku roka 2019.

3.1 Výskumná kontinuita

Prieskum nadväzuje na komplexnejšie výskumné zisťovanie, ktoré realizovala autorka (Repková, 2016a) začiatkom roka 2016 k vybraným otázkam kvality sociálnych služieb v kontexte ich transformácie, vrátane zisťovania implementačného statusu u vybranej vzorky poskytovateľov sociálnych služieb. Keďže v súčasnom prieskume k implementačnému statusu boli organizáciám kladené prevažne totožné otázky ako vo výskume z roku 2016, predstavíme niektoré **základné charakteristiky (metodologický dizajn) a výsledky výskumných zistení z roku 2016.**

Dizajn:

- výskumu sa v roku 2016 zúčastnilo celkovo *121 poskytovateľov* sociálnych služieb zo všetkých regiónov Slovenska, z toho bolo 52% neverejných a 48% verejných,
- vyše polovica zapojených poskytovateľov (58%) poskytovala druhové kombinácie sociálnych služieb, najčastejšie kombinácie rezidenčných sociálnych služieb dlhodobej starostlivosti; v prípade „jednodruhových“ poskytovateľov šlo najčastejšie o domovy sociálnych služieb,
- pre účely administrácie elektronického dotazníka boli ako *diseminačné kanály* využité najmä strešné organizácie poskytovateľov sociálnych služieb na Slovensku (napr. Asociácia poskytovateľov sociálnych služieb v SR a Zväz poskytovateľov sociálnych služieb v SR); pre zvýšenie účasti boli napokon do diseminácie dotazníka zaangažované aj samosprávne kraje;
- *zber údajov* prebiehal v mesiacoch január – apríl 2016, t. j. viac ako dva roky po prijatí novely zákona s podrobne rozpracovaným systémom kvality sociálnych služieb a jej merania a krátko po schválení a zverejnení metodického materiálu zameraného na implementáciu kvality v praxi poskytovateľov sociálnych služieb (Repková et al., 2015).

Najdôležitejšie zistenia:

- takmer 92% zapojených organizácií súhlasilo s *potrebou zásadnejšej transformácie* sociálnych služieb na Slovensku; potrebu transformačných zmien však vzťahovali primárne/najčastejšie (66%) k systémovej úrovni (potreba zmeny financovania, legislatívy, adresnosti, dostupnosti a udržateľnosti sociálnych služieb),
- takmer 80% organizácií uviedlo, že k poskytovaniu kvalitných sociálnych služieb nie sú potrebné na organizačnej úrovni zásadné (transformačné) zmeny; podľa 95%

zúčastnených poskytovali organizácie kvalitné sociálne služby už v čase výskumu, dôkazom čoho sú spokojní prijímatelia a prijímateľky a ich rodiny, pozitívne referencie na poskytovateľa, záujem o jeho službu, prospievanie prijímateľov a prijímateľiek, ale aj pozitívna spätná väzba externých odborníkov a nadriadených,

- dôveru zúčastnených organizácií v kvalitu vlastných služieb potvrdzovalo aj zistenie, že až podľa 80% z nich sa po komplexnom zavedení podmienok kvality v ich organizácii zásadnejšie nezmení to, ako budú poskytovať sociálnu službu, nakoľko ju poskytovali kvalitne aj doposiaľ,
- napriek dôvere vo vlastnú kvalitu považovala vyše polovica (52,5%) zúčastnených organizácií zákonne upravený systém podmienok kvality za výbornú príležitosť rekapitulovať svoje doterajšie postupy a transformovať činnosť vlastnej organizácie; podľa 39% je systém kvality dobrou myšlienkou, ale príliš náročnou na realizáciu; cca 8% považovalo systém podmienok kvality za zbytočnú administratívnu záťaž organizácie,
- vyše 70% zastúpených organizácií do roku 2016 už s implementáciou podmienok kvality podľa zákona začalo (mali aktívny implementačný status), z toho vyše 18% malo dokonca už systém zabehnutý. Pre proces implementácie najčastejšie využívali stratégiu „spoliehania sa na seba“ (36%), resp. spoluprácu s nejakou inou organizáciou s potrebnou skúsenosťou (31%),
- 17% zúčastnených organizácií malo zavedený systém manažérstva kvality (podľa ISO normy) a pracovnú pozíciu manažéra/manažérky kvality.

3.2 Metodika prieskumu

3.2.1 Cieľ a predmet prieskumu

Cieľom mapujúceho prieskumu bolo eliminovať informačné vákuum o stave implementácie podmienok kvality v činnosti poskytovateľov sociálnych služieb. Poznanie ich implementačného statusu pritom možno považovať za základ pre vyhodnocovanie efektívnosti doterajších nástrojov podpory poskytovateľov v zavádzaní systému kvality sociálnych služieb a pre plánovanie a implementáciu nových podporných opatrení (napr. v rámci NPQ). Podporné opatrenia sú dôležité z hľadiska zabezpečovania kvalitných sociálnych služieb ako nástroja podpory sociálnej inklúzie ich prijímateľov a prijímateľiek a zvyšovania kvality ich života.

Predmetom prieskumu boli otázky stavu implementácie systému kvality do praxe poskytovateľov sociálnych služieb, ich implementačná stratégia, názory na systém kvality ustanovený zákonom a kľúčové prekážky pri jeho zavádzaní a implementovaní do vlastnej praxe.

S ohľadom na povahu získaných dát a povahu respondenčnej základne, mapujúci prieskum neposkytuje dáta o reálnom obraze implementácie podmienok kvality do praxe poskytovateľov sociálnych služieb.

3.2.2 Hypotéza prieskumu

Formulujeme *hypotetický predpoklad*, že väčšina (vyše 50%) zapojených poskytovateľov sociálnych služieb bude uvádzať v čase prieskumného zisťovania aktívny implementačný status, zatiaľ čo minimálne jedna tretina (33%) zapojených poskytovateľov bude uvádzať pasívny implementačný status.

Operacionalizácia:

Za *aktívny implementačný status* sa považuje situácia, kedy organizácia v čase zisťovania uvádza, že má systém kvality kompletne zavedený alebo s jeho zavádzaním začali už dávnejšie, ale proces ešte nie je ukončený.

Za *pasívny implementačný status* sa považuje situácia, kedy organizácia v čase zisťovania uvádza, že s procesom zavádzania systému kvality ešte nezačala alebo sa len teraz začína touto otázkou postupne zaoberať na základe metodiky spracovanej pre celé Slovensko.

Ako je z formulovanej hypotézy zrejmé, v súčasnosti predpokladáme nepriaznivejšie výsledky v implementačnom statuse ako vo výskume z roku 2016. Výskumné zistenie, že v roku 2016 až vyše 70% zapojených poskytovateľov uvádzalo aktívny implementačný status a len 30% pasívny, interpretujeme v kontexte našich predchádzajúcich skúseností, že do výskumov takéhoto zamerania sa zapájajú predovšetkým všeobecne aktívni poskytovatelia (v tomto prípade poskytovatelia, ktorí boli už začiatkom roka 2016 na poli zavádzania kvality aktívni). Východisková situácia pre aktuálny prieskum bola však iná. Predovšetkým sme cielene oslovili druhovo veľmi variabilných poskytovateľov sociálnych služieb, teda aj takých, ktorí nemohli byť v roku 2016 vtiahnutí do spolupráce⁴ alebo nebolo vo vzťahu k nim bežné uvažovať o otázkach kvality podľa zákona (napr. v prípade poskytovateľov opatrovateľskej služby). Navyše, v súčasnom prieskume sme uplatnili motivačný prvok: že účasťou v prieskume môžu zapojení poskytovatelia ovplyvniť bližšie obsahové nastavenie NPQ, z ktorého by mali sami profitovať. Predpokladáme, že sa tým eliminovali prekážky zapojenia sa do prieskumného zisťovania z dôvodu, že organizácia s implementáciou kvality do začiatku roka 2019 ešte ani nezačala, resp. zásadnejším spôsobom v tejto oblasti nepokročila.

3.2.2 Metóda prieskumu

S ohľadom na mapujúcu povahu prieskumu bol na jeho účel vyvinutý krátky dotazník pod názvom **Q-I-S dotazník** (viď príloha A štúdie), ktorý sa skladal z *troch častí*:

- *Časť A*: pozostávala z piatich uzatvorených otázok explicitne viazaných k zisťovaniu stavu implementácie podmienok kvality v organizácii,
- *Časť B*: pozostávala z troch uzatvorených otázok týkajúcich sa názorov poskytovateľov na systém kvality a na zabezpečenie manažmentu kvality v organizácii,

⁴ Napr. v roku 2016 nebola ešte v zákone o sociálnych službách upravená sociálna služba „zariadenie starostlivosti o deti do troch rokov veku dieťaťa“.

- *Časť C*: obsahovala päť identifikačných otázok (druh poskytovanej sociálnej služby, právny status poskytovateľa, región, kde poskytovateľ pôsobí a veľkosť poskytovateľa).

Väčšina otázok dotazníka sa opakovala z dotazníka použitého vo výskumu z roku 2016 tak, aby bola možná komparácia zistení v čase.

3.2.3 Prieskumná vzorka

V snahe zabezpečiť druhovú rôznorodosť zapojených poskytovateľov sociálnych služieb, zároveň zvýšiť pravdepodobnosť oslovenia tých, ktorí aktuálne fungujú, sme sa po konzultácii so zadávateľom prieskumu (MPSVR SR) spoliehali predovšetkým na tieto kontaktné zdroje:

- mailové adresy poskytovateľov sociálnych služieb angažovaných v nedávno ukončených alebo prebiehajúcich národných projektoch zameraných na sociálne služby; takto bol využitý zoznam poskytovateľov sociálnych služieb zapojených do nedávno ukončeného národného projektu „Podpora opatrovateľskej služby“ (*spolu 276 zapojených poskytovateľov*) a do národného projektu „Podpora vybraných sociálnych služieb krízovej intervencie na komunitnej úrovni“ prebiehajúceho v čase realizácie prieskumu (*spolu 96 zapojených poskytovateľov*)⁵; cez tento zdroj bola zachytená vzorka poskytovateľov domácej opatrovateľskej služby a poskytovateľov vybraných sociálnych služieb krízovej intervencie (komunitné centrá, nízkoprahové denné centrá, nízkoprahová sociálna služba pre deti a rodinu),
- mailové adresy poskytovateľov sociálnych služieb, ktorí požiadali MPSVR SR o poskytnutie finančného príspevku na poskytovanie sociálnej služby v zariadeniach podmienených odkázanosťou a finančného príspevku na poskytovanie sociálnej služby v zariadeniach krízovej intervencie na rok 2019; cez tento zdroj bola zachytená významná vzorka poskytovateľov dlhodobej rezidenčnej starostlivosti o odkázané osoby, poskytovateľov krízovej intervencie organizovanej v zariadeniach (napr. nocľahárne či útulky) či poskytovateľov zariadenia dočasnej starostlivosti o deti (*spolu 450 poskytovateľov*).

Z Centrálného registra poskytovateľov sociálnych služieb sme vygenerovali mailový zoznam poskytovateľov sociálnej služby zariadenia starostlivosti o deti do troch rokov veku dieťaťa (*spolu 160 registrovaných poskytovateľov*) a poskytovateľov služby včasnej intervencie (*spolu 33 registrovaných poskytovateľov*).

Celkovo bol dotazník mailovo zaslaný *1 015 poskytovateľom* rozličných druhov sociálnych služieb. Až v 40 prípadoch sa vrátila správa ako nedoručiteľná a traja poskytovatelia oznámili, že sociálnu službu v období oslovenia už neposkytujú. Východiskovú *dostupnú vzorku* pre účely prieskumu tak tvorilo 972 poskytovateľov sociálnych služieb.

⁵ S ohľadom na nízku mieru aktualizácie údajov o poskytovateľoch uvádzaných v Centrálnom registri poskytovateľov sociálnych služieb sme sa snažili obmedziť tento zdroj kontaktných informácií na nevyhnutné minimum. Hromadné mailing listy z oboch zmienených národných projektov sme obdržali z IA MPSVR SR v rámci žiadosti podľa zákona č. 211/2000 Z. z. o slobodnom prístupe k informáciám a o zmene a doplnení niektorých zákonov (zákon o slobode informácií), v znení neskorších predpisov.

3.2.4 Organizácia prieskumu a eticko-právne otázky

V záujme zachovania anonymity pre odpovedajúce organizácie, príp. pre ich zástupcov a zástupkyne a ochrany osobných (citlivých) údajov v súlade s pravidlami GDPR, boli prijaté tieto opatrenia:

- dotazník bol administrovaný na serveri MPSVR SR (vrátane jeho predbežného testovania),
- boli zabezpečené prístupové práva pre oslovené organizácie,
- mailové adresy oslovených organizácií boli administrované v „skrytom režime“, čo zabezpečovalo, že oslovená organizácia nemala možnosť zistiť, ktoré ďalšie organizácie boli oslovené k spolupráci.

Dotazník bol administrovaný elektronicky začiatkom februára 2019. Na základe priebežného vyhodnocovania návratnosti vyplnených dotazníkov boli poskytovatelia opätovne kontaktovaní k vyplneniu v polovici februára 2019. Zber dotazníkov sa uzatvoril začiatkom marca 2019.

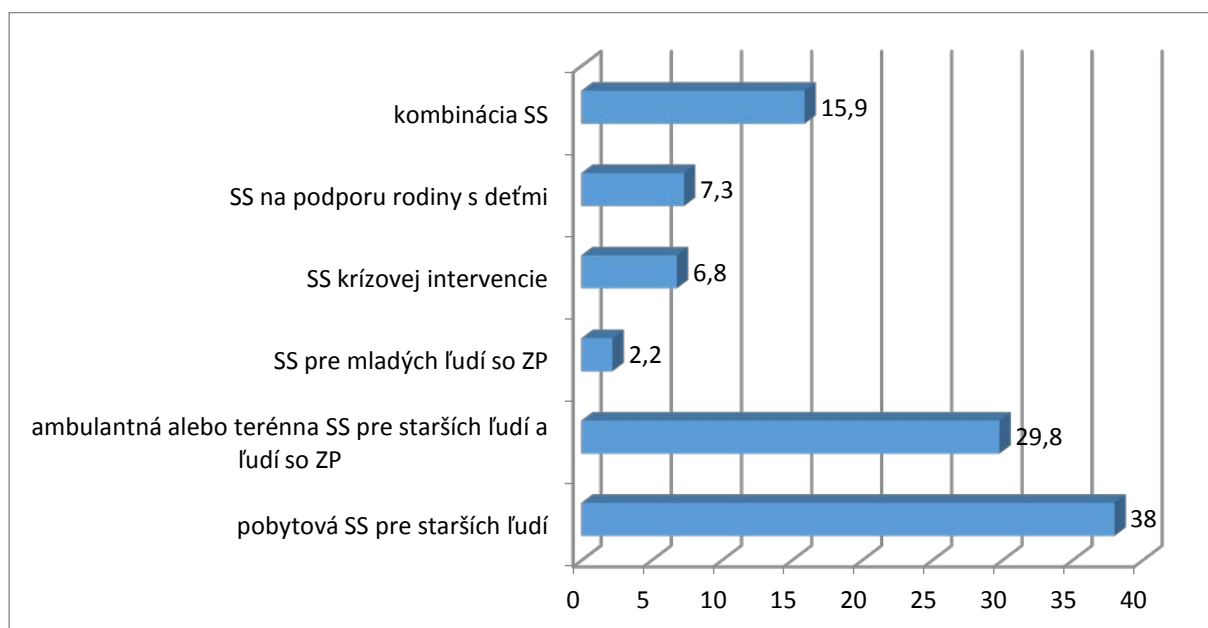
3.3 Výsledky prieskumu – charakteristiky vzorky

Do prieskumu sa zapojilo celkovo **416 poskytovateľov sociálnych služieb**, čo predstavovalo **42,8%** z dostupnej vzorky.

Z hľadiska **právneho statusu** boli majoritne zastúpení neverejní poskytovatelia, ktorí tvorili 61% zo vzorky (N=250) oproti 39%-nému zastúpeniu verejných poskytovateľov (N=160). Šesť poskytovateľov neuviedlo svoj právny status. Výrazne nižšie zastúpenie neverejných poskytovateľov bolo v banskobystričskom (50%) a žilinskom (46%) regióne.

Rozloženie poskytovateľov z hľadiska **druhu poskytovanej sociálnej služby** znázorňuje graf.

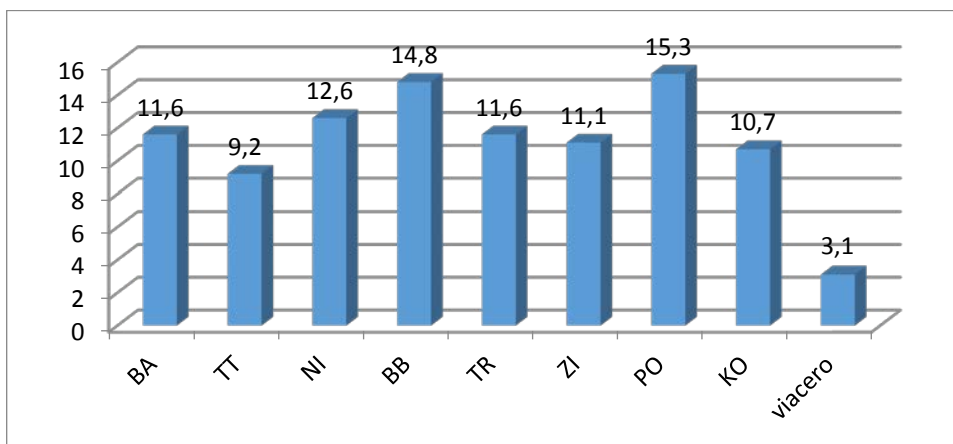
Graf1: Poskytovatelia podľa druhu sociálnej služby (v %)



Najčastejšie boli zastúpení poskytovatelia pobytových sociálnych služieb pre staršie osoby (38%), s najsilnejším zastúpením v trenčianskom (54,2%) a košickom (46,5%) regióne. Pobytoví poskytovatelia, spoločne s poskytovateľmi pre ambulantné a terénne sociálne služby pre staršie osoby a osoby so zdravotným postihnutím (celkovo 29,3%), ktorí boli najčastejšie zastúpení v prešovskom regióne (40%), tvorili dve tretiny celého súboru (spolu 67,3%). Takmer v 16% boli zastúpení poskytovatelia kombinujúci rozličné druhy sociálnych služieb. Zvyšných niečo vyše 16% tvorili poskytovatelia sociálnych služieb krízovej intervencie, sociálnych služieb na podporu rodiny s deťmi a sociálnych služieb pre mladých ľudí so zdravotným postihnutím.

Ďalší graf znázorňuje rozloženie vzorky podľa **príslušnosti k regiónom**.

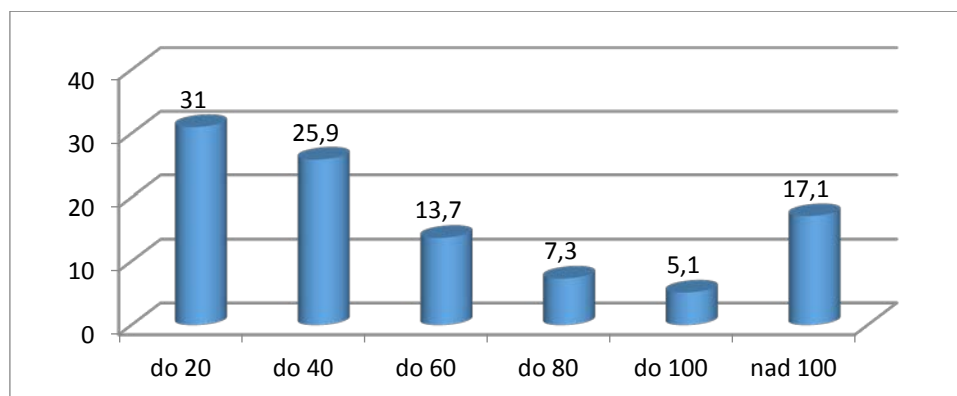
Graf2: Poskytovatelia podľa príslušnosti k regiónu (v %)



Najviac boli zastúpení poskytovatelia z prešovského (15,3%) a banskobystrického regiónu (14,8%). Pomerne vyrovnané (10,7% - 12,6%) boli zastúpení poskytovatelia z nitrianskeho, bratislavského, trenčianskeho, žilinského a košického regiónu a najmenej boli zastúpení poskytovatelia z trnavského regiónu (9,2%). 13 poskytovateľov (3,1%) uviedlo, že poskytujú sociálne služby súčasne vo viacerých regiónoch Slovenska.

Z hľadiska deliacich znakov sme sa napokon zaujímali o **veľkostný typ** poskytovateľa. Výsledky znázorňuje graf.

Graf3: Poskytovatelia podľa veľkostného typu (počtu klientely) (v %)



Najčastejšie boli zastúpení poskytovatelia do 20 (31%) a do 40 (25,9%) prijímateľov/prijímateľiek sociálnej služby, ktorí spoločne tvorili väčšinu celej vzorky (56,9%). Vyše pätinu (22,2%) tvorili poskytovatelia s klientelou nad 80 osôb a pätinu poskytovatelia strednej veľkostnej pozície – od 60 do 80 prijímateľov a prijímateľiek sociálnej služby. Čo sa týka kombinácie s *právnym statusom*: kým u verejných poskytovateľov bolo veľkostné rozloženie extrémnejšie – väčšinovo šlo o poskytovateľov buď do 20 osôb (35%) alebo nad 100 osôb (25%), u neverejných poskytovateľov boli veľkostné typy rozložené pravidelnejšie. Extrémne veľkostné typy tvorili len 40% z ich celkového zastúpenia – 28% do 20 osôb a 12% nad 100 osôb.

Pre účely popisovania vzorky podľa veľkostného typu v kombinácii s druhom sociálnej služby či regiónu sme vzorku rekatégorizovali na tri veľkostné typy – do 40, do 80 a nad 80 prijímateľov a prijímateľiek sociálnej služby. U väčšiny poskytovateľov podľa *druhu sociálnej služby* prevládalo zastúpenie do 40 prijímateľov a prijímateľiek. Výnimku tvorili len sociálne služby krízovej intervencie (67% poskytovateľov s klientelou nad 80 osôb) a kombinované sociálne služby (51% poskytovateľov s klientelou nad 80 osôb). Čo sa týka kombinácie veľkostného typu a *regiónu*, najviac poskytovateľov veľkostného typu do 40 osôb bolo z košického (65%) a prešovského regiónu (63,5%), a naopak, najmenej z trenčianskeho regiónu (52%), pri súčasne najvyššom zastúpení veľkostného typu nad 80 osôb (25%).

Zhrnutie zistení ohľadom prieskumnej vzorky a ich interpretácia

Mapujúceho prieskum sa zúčastnilo 416 poskytovateľov sociálnych služieb (42,8% z dostupnej vzorky tvorenej 972 poskytovateľmi sociálnych služieb).

Z hľadiska **právneho statusu** boli v prieskume *neverejní poskytovatelia* zastúpení výrazne častejšie ako verejní (61% : 39%). Vzorka sa podľa tohto kritéria líšila od vzorky z roku 2016, kedy bol pomer medzi nimi takmer vyrovnaný (52% neverejných : 48% verejných), rovnako od rozloženia celkového počtu verejných a neverejných poskytovateľov sociálnych služieb zaregistrovaných v Centrálnom registri poskytovateľov sociálnych služieb k začiatku marca 2019 (55,2% verejných a 44,8% neverejných poskytovateľov (on-line [05-03-2019])). Aj keď sme pri interpretácii týchto zistení opatrní pre opakované registrácie poskytovateľov v Centrálnom registri, rovnako pre povahu vzorky poskytovateľov dostupnej pre tento prieskum, opakovane sa potvrdila tendencia vyššej účasti neverejných poskytovateľov v sociálnych zisťovaniach tohto typu. Na inom mieste (Repková, 2016a) sme ju pracovne interpretovali aj v kontexte „existenčných otázok“, kedy vplyv právnych podmienok rozlične nastavených pre financovanie verejných a neverejných poskytovateľov sociálnych služieb môže podmieňovať intenzívnejší záujem neverejných poskytovateľov podporovať zmeny v týchto podmienkach, a to aj cestou vyjadrovania svojich odborných stanovísk v rámci rozličných sociálnych prieskumov.

Z hľadiska **druhu sociálnej služby** šlo v dvoch tretinách zapojených organizácií o poskytovateľov sociálnych služieb *dlhodobej starostlivosti pre staršie osoby a/alebo osoby so zdravotným postihnutím* odkázané na pomoc inej osoby, ktorí sú dlhodobo a tradične

najzastúpenejšou skupinou poskytovateľov reprezentujúcou najzastúpenejšie cieľové skupiny sociálnych služieb. Zároveň boli najvyššie zastúpení poskytovatelia rezidenčne organizovaných sociálnych služieb, ku ktorým sa v odbornom i laickom povedomí a diskurze kvalita sociálnych služieb najčastejšie vzťahuje (Repková, 2016a). Do kontextu takýchto skúseností zapadol aj telefonický dotaz organizácie poskytujúcej opatrovateľskú službu po elektronickom obdržaní dotazníka s požiadavkou na jeho vyplnenie:

„My poskytujeme opatrovateľskú službu. Aj nás sa to týka?“

Nízko boli zastúpení poskytovatelia *sociálnych služieb krízovej intervencie* (N=28, 6,8% zo vzorky), ak vychádzame zo skutočnosti, že bolo oslovených všetkých 96 poskytovateľov vybraných sociálnych služieb krízovej intervencie angažovaných v národnom projekte zameranom na ich podporu. Tento druh poskytovateľov mohol byť rovnako obsiahnutý medzi oslovenými organizáciami, ktoré požiadali MPSVR SR o príspevok na rok 2019. Ďalší mohli byť subsumovaní do skupiny 65 poskytovateľov (takmer 16% vzorky), ktorí sa prihlásili ku kombinácii rozličných druhov sociálnych služieb⁶. Zastúpenie *kombinovaných poskytovateľov* bolo ale výrazne nižšie ako vo výskume z roku 2016, kedy predstavovali väčšinu (58%) z celkovej vzorky. Predpokladáme, že ich podielovo nižšie zastúpenie v súčasnom prieskume bolo spôsobené zapojením poskytovateľov *sociálnych služieb na podporu rodiny s deťmi* (celkovo 30 poskytovateľov, 7,3% zo vzorky), u ktorých doposiaľ nebola natoľko prítomná skúsenosť prepájania sa s inými druhmi sociálnych služieb či skúsenosť systematickejšieho vťahovania do sociálnych zisťovaní tohto typu. Nižšie podielové zastúpenie kombinovaných poskytovateľov možno rovnako pripísať intenzívnejšiemu zastúpeniu poskytovateľov domácej opatrovateľskej služby v rámci kategórie ambulatných a terénnych sociálnych služieb pre staršie osoby a osoby so zdravotným postihnutím. Títo, ako sme vyššie ilustrovali, doposiaľ neboli veľmi spájaní s otázkami kvality sociálnych služieb.

Z hľadiska **príslušnosti k regiónu**, najčastejšie boli zastúpení poskytovatelia z *prešovského* (15,3%) a *banskobystrického regiónu* (14,8%), najmenej často šlo o poskytovateľov z *trnavského* (9,2%) a *košického regiónu* (10,7%). Zistenia majú istú logickú paralelu k celkovému rozloženiu poskytovateľov sociálnych služieb podľa regionálneho hľadiska, kde prešovský a banskobystrický región patria na Slovensku k regiónom s najvyšším podielom poskytovateľov sociálnych služieb (17% prešovský a 12,5% banskobystrický), zatiaľ čo trnavský región má najmenej (8%) registrovaných poskytovateľov sociálnych služieb (nesporne aj pre najnižší celkový počet ľudí žijúcich v tomto regióne). Logické paralely rozloženia poskytovateľov prieskumu podľa príslušnosti k regiónu však už nenachádzame natoľko vo vzťahu k predchádzajúcemu výskumu z roku 2016. V ňom patrili napr. poskytovatelia z prešovského regiónu k najmenej zastúpeným, zatiaľ čo poskytovatelia

⁶ Aj vo výskume z roku 2016 boli zapojení poskytovatelia kombinujúci sociálne služby dlhodobej starostlivosti so sociálnymi službami krízovej intervencie, napr. nocľahárňami, domovmi na polceste či komunitnými centrami (Repková, 2016a).

z bratislavského regiónu k najviac zastúpeným. Aj z toho možno usudzovať, že podielová účasť poskytovateľov sociálnych služieb v sociálnych zisťovaniach tohto typu nemusí byť priamoúmerná celkovej sile (podielu) zastúpenia jednotlivého regiónu v celoslovenskom meradle, ale že úlohu zohrávajú aj iné faktory (napr. situačne motivovaná účasť; ne/skúsenosť s vyplňaním sociálnych dotazníkov; nedostatok personálu k vyplňaniu; ne/atraktívnosť témy sociálneho zisťovania).

Čo sa týka **veľkostného typu**, prekvapujúce bolo takmer 60%-né zastúpenie poskytovateľov s počtom prijímateľov a prijímateľiek do 40, dokonca najčastejšie zastúpenie poskytovateľov do 20 osôb (31%). Naopak, klientela vyše pätiny poskytovateľov (22,2%) dosahovala počet nad 80 osôb, v 17% dokonca nad 100 osôb. Zistenia interpretujeme v kontexte účasti poskytovateľov „nových“ druhov sociálnych služieb (služby včasnej intervencie, služby zariadenia starostlivosti o deti do troch rokov veku), ktoré zo svojej povahy fungujú spravidla ako nízkokapacitné (vyše 73% takto druhovo orientovaných poskytovateľov malo do 40 prijímateľov/prijímateľiek svojich služieb; dokonca 63% do 20). Aj keď by sa bolo možno očakávalo, že s ohľadom na zaostávanie procesu deinštitucionalizácie budú medzi veľkokapacitnými poskytovateľmi najmä tí, ktorí poskytujú tradičné pobytové služby dlhodobej starostlivosti pre staršie osoby a osoby so zdravotným postihnutím, zistenia boli iné. Takmer 60% zapojených poskytovateľov tohto druhového profilu patrilo do veľkostného typu do 40 osôb a len 16% z nich do veľkostného typu nad 80 osôb. Na strane druhej, až takmer 67% zapojených poskytovateľov sociálnych služieb krízovej intervencie uviedlo, že poskytujú svoje služby viac ako 80 osobám, pričom predpokladáme, že šlo najmä o poskytovateľov sociálnej služby komunitného centra. 51%-né zapojenie tohto veľkostného typu sme zaznamenali aj u kombinovaných poskytovateľov, kde mohlo ísť o kombináciu sociálnych služieb krízovej intervencie s tradičnými pobytovými poskytovateľmi dlhodobej starostlivosti. Bližšiu informáciu o kombináciách jednotlivých druhoch sociálnych služieb prieskum neposkytol.

Sumarizujúco je možné oceniť vysoké zastúpenie poskytovateľov menšieho kapacitného typu. S ohľadom na veľkosť vzorky však zostáva otázkou, či sa najmä zo sektora dlhodobej starostlivosti nezapojili práve tí, ktorí sú aktívni na poli humanizácie sociálnych služieb, zatiaľ čo tí, ktorí reprezentujú tradičné veľkokapacitné formáty sociálnych služieb, zostali opätovne mimo výskumného dosahu.

3.4 Výsledky prieskumu podľa jednotlivých blokov zisťovania

V súlade so štruktúrou dotazníka budú jednotlivé výskumné zistenia usporiadané do troch vecných blokov:

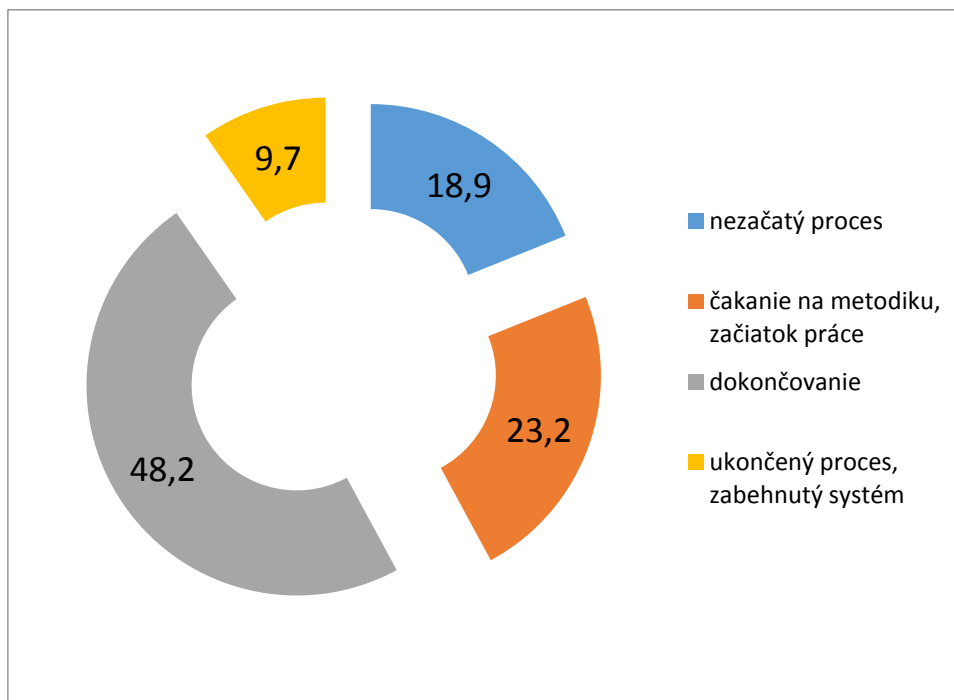
- A) Implementačný status poskytovateľov;
- B) Názory poskytovateľov na systém kvality;
- C) Zabezpečenie manažmentu kvality v organizácii.

3.4.1 Implementačný status poskytovateľov

V otázke č. 1 dotazníka sme sa všeobecne zaujímali o to, ako sú na tom organizácie s implementáciou podmienok kvality.

Zistenia sú uvedené v grafe.

Graf4: Implementačný status poskytovateľov v implementácii podmienok kvality (v%)



V súlade s prijatou operacionalizáciou malo **57,9% zapojených poskytovateľov aktívny implementačný status**. Najčastejšie, takmer v polovici prípadov (48,2%), uviedli, že s implementáciou začali už dávnejšie, pričom proces ešte nie je ukončený. Necelá desatina (9,7%) poskytovateľov dokonca reportovala, že podmienky kvality podľa zákona má komplexne zavedené⁷. Na strane druhej, **viac ako 40% zapojených poskytovateľov** vykazovalo **pasívny implementačný status** (42,1%), keď uviedli, že buď s celým procesom ešte ani nezačali (18,9%), alebo, že čakali na celoslovenskú metodiku a len teraz sa začínajú postupne otázkam kvality venovať (23,2%).

Z hľadiska *druhu sociálnej služby* bolo rozloženie aktívneho a pasívneho implementačného statusu medzi poskytovateľmi podobné (cca 60% - 70% aktívny status : 30% - 40% pasívny status), s výnimkou terénnych a ambulantných sociálnych služieb pre staršie osoby a osoby so zdravotným postihnutím, kde bol pomer opačný (39% aktívny status : 61% pasívny status). Úplne zavedený systém najčastejšie uvádzali poskytovatelia sociálnych služieb na podporu

⁷ Ak sa v grafe a vo výsledkoch uvádza možnosť „ukončený proces, zabehnutý systém“, neznamená to, že organizácia sa dostala do štádia, kedy sa už problematikou a záväzkami kvality nemusí zaoberať, nakoľko „má už všetko hotové“. Napĺňanie požiadaviek v oblasti kvality nemožno považovať za stav, ale za proces, ktorý nikdy nie je ukončený, v súlade s konceptom kvality ako neustáleho zlepšovania organizácie (Nies et al., 2010)

rodiny s deťmi (23%), naopak, ešte nezačatý proces uvádzali najčastejšie poskytovatelia terénnych a ambulantných sociálnych služieb pre staršie osoby a osoby so zdravotným postihnutím (31%) a poskytovatelia sociálnych služieb na podporu rodiny s deťmi (30%). K „dokončovaciemu“ statusu sa hlásili najčastejšie poskytovatelia pobytových sociálnych služieb pre staršie osoby (takmer 61%).

Z hľadiska *právneho statusu* vyzneli výsledky priaznivejšie pre neverejných poskytovateľov. Až 64% z nich reportovalo aktívny implementačný status, zatiaľ čo u verejných poskytovateľov to bola necelá polovica (49%). Aj krajné statusy boli zastúpené priaznivejšie u neverejných poskytovateľov: takmer 12% z nich uviedlo, že systém kvality má už kompletne zavedený a 12% ešte ani nezačalo; u verejných poskytovateľov bol reportovaný komplexne zavedený systém len u 6%, zatiaľ čo so zavádzaním ešte ani nezačalo takmer 29% z nich.

V nitrianskom, prešovskom, košickom a trenčianskom *regióne* uvádzalo viac ako 60% (61% - 67%) zapojených poskytovateľov aktívny implementačný status. V bratislavskom, trnavskom a žilinskom *regióne* uvádzala takýto status približne polovica zapojených poskytovateľov (51% - 56%) a v banskobystrickom *regióne* len približne štyria z desiatich zapojených poskytovateľov (42,3%). Naopak, v banskobystrickom a žilinskom *regióne*, kde bolo zastúpenie aktívneho implementačného statusu najnižšie, poskytovatelia najčastejšie uvádzali krajnú situáciu, že so zavádzaním systému kvality ešte ani nezačali (33% v žilinskom *regióne* a 28% v banskobystrickom).

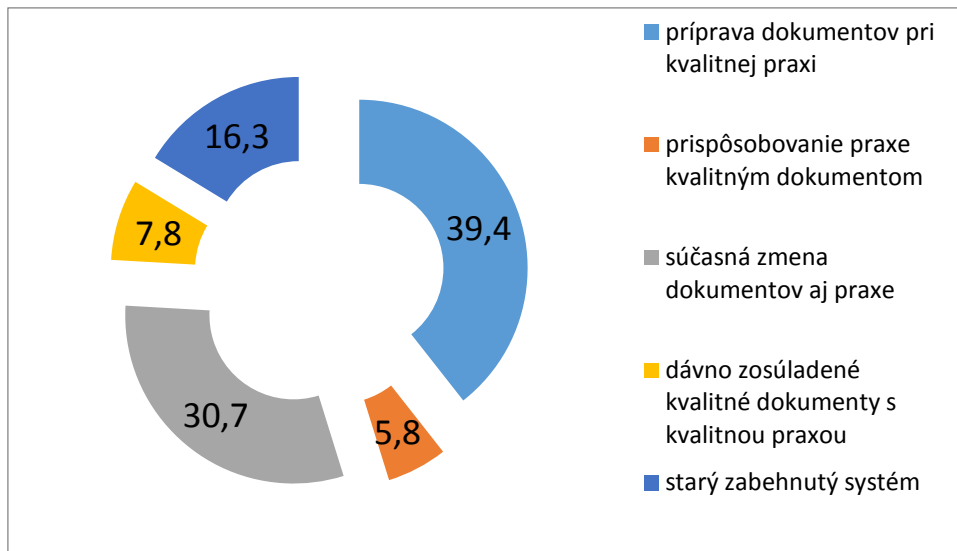
Z hľadiska *veľkostného typu* bol aktívny implementačný status vyššie zastúpený u väčších poskytovateľov – uvádzalo ho 70% poskytovateľov nad 80 osôb, 65% poskytovateľov do 80 osôb a len polovica (51%) poskytovateľov do 40 osôb. Veľkostne najmenší poskytovatelia aj najčastejšie uvádzali krajný status ešte nezačatého procesu zavádzania kvality (vyše 23%), zatiaľ čo opačná situácia – kompletne zavedený systém - bola najčastejšie uvádzaná poskytovateľmi do 80 osôb (14%).

Na rozloženie odpovedí k celkovému implementačnému statusu mali štatisticky významný vplyv druh poskytovanej sociálnej služby ($\chi^2 (15)=47,753$, $p<0,001$), právny status poskytovateľa ($\chi^2 (3)=18,110$, $p<0,001$) a jeho veľkostný typ ($\chi^2 (6)=15,791$, $p<0,05$).

V otázke č. 2 nás zaujímalo, ako sú na tom organizácie z hľadiska naplňovania požiadaviek na potrebnú dokumentáciu a požiadaviek na potrebnú prax v oblasti kvality.

Zákonom ustanovené požiadavky na kvalitu sociálnych služieb sa rovnovážne týkajú požiadaviek na spracovanie potrebnej dokumentácie a požiadaviek na prax zodpovedajúcu tejto dokumentácii. Zistenia k otázke rovnováhy naplňania záväzkov v oblastiach dokumentácie a praxe sú uvedené v grafe.

Graf5: Napĺňanie požiadaviek na potrebnú dokumentáciu a prax v oblasti kvality (v%)



Najčastejšie zastúpenou (39,4%) bola odpoveď, že organizácia sa v súčasnosti upriamuje na **prípravu potrebnej dokumentácie** k otázkam kvality tak, aby bola zosúladená s kvalitnou praxou, ktorú podľa požiadaviek zákona zabezpečuje už dlhšie. Ďalšia necelá tretina odpovedí (30,7%) zachytávala situáciu, kedy organizácia pracuje súčasne na požiadavkách v oblasti potrebnej dokumentácie, s ktorou zosúladzuje aj vlastnú prax. Vyše 16% odpovedí reprezentovalo situáciu práce podľa zabehnutého systému, nakoľko organizácia sa otázkam kvality doposiaľ nevenovala. Necelých 8% zapojených poskytovateľov považovalo vlastnú situáciu za takú, kedy potrebné dokumenty a s nimi zosúladenú prax majú už dávnejšie zavedené. Najmenej často (necelých 6%) sa poskytovatelia identifikovali so situáciou, kedy sa v súčasnosti prax nastavuje na už predtým vypracované dokumenty.

Z hľadiska *druhu sociálnej služby* uvádzali dôraz na prípravu potrebnej dokumentácie (pri už existujúcej kvalitnej praxi) najčastejšie poskytovatelia sociálnych služieb krízovej intervencie (46%) a poskytovatelia pobytových sociálnych služieb pre starších ľudí (45%). Väčšinou (37%) ju uvádzali aj kombinovaní poskytovatelia. Druhú situáciu, kedy sa súčasne nastavuje dokumentácia aj prax, najčastejšie uvádzali kombinovaní poskytovatelia (37%) a poskytovatelia pobytových sociálnych služieb pre starších ľudí (34%). Až 26% poskytovateľov ambulantných a terénnych sociálnych služieb pre staršie osoby a osoby so zdravotným postihnutím uviedlo, že sa príprave dokumentácie, ani nastavovaniu novej praxe zatiaľ nezačali venovať a idú podľa zabehnutého systému.

Z hľadiska *právneho statusu*, práce súvisiace s prípravou potrebnej dokumentácie (pri súčasne kvalitnej praxi) uvádzalo 45% neverejných poskytovateľov a 31% verejných. Rozdiel bol medzi nimi ešte v tom, že pokiaľ až štvrtina (25%) verejných poskytovateľov uvádzala, že idú podľa starého (zabehnutého) systému a požiadavkám na prípravu novej dokumentácie a zodpovedajúcej praxe sa nevenujú, takúto krajinú možnosť uvádzalo len 11% neverejných poskytovateľov.

Primárny dôraz na prípravu zodpovedajúcej dokumentácie (pri už existujúcej kvalitnej praxi) uvádzali poskytovatelia všetkých *regiónov*, s výnimkou košického, kde bola najviac zastúpená situácia, kedy sa súčasne venujú príprave dokumentácie aj zodpovedajúcej praxe (41%). Fungovanie podľa starého (zabehnutého) systému, nevenovanie sa príprave dokumentácie a zmene praxe, najčastejšie uvádzali poskytovatelia zo žilinského (31%) a banskobystrického regiónu (21%).

Z hľadiska *veľkostného typu* neboli v zisteniach výraznejšie rozdiely. Príprave dokumentácie (pri kvalitnej praxi) sa venovali o niečo častejšie poskytovatelia do 40 a do 80 osôb ako poskytovatelia nad 80 osôb. Rozdiely však boli nepatrné: 40-41% u menších : 37% u veľkých poskytovateľov. Naopak, veľkí poskytovatelia pracovali častejšie súčasne na dokumentácii i zmene praxe (35%), čo sa u menších vyskytovalo v nižšom rozsahu (29-30%). Neprítomnosť zmeny a práca v zabehnutom systéme sa uvádzali tým častejšie, čím bol poskytovateľ menší (19% u poskytovateľov do 40 osôb, 15% do 80 osôb, 8% nad 80 osôb).

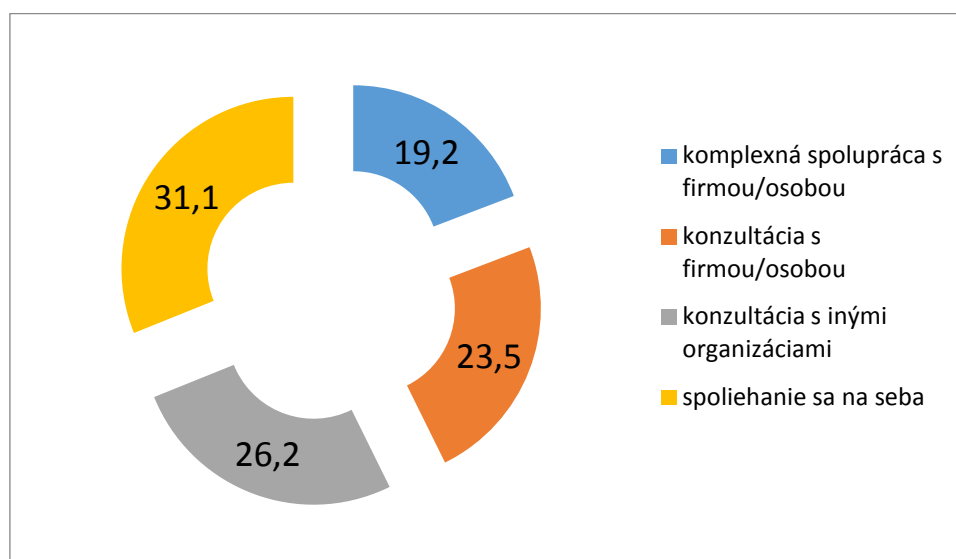
Na rozloženie odpovedí k zosúladeniu procesu prípravy dokumentácie a zodpovedajúcej praxe mali štatisticky významný vplyv faktory ako druh poskytovanej sociálnej služby ($\chi^2(20)=33,248, p<0,05$) a právny status poskytovateľa ($\chi^2(4)=16,076, p<0,01$).

V otázke č. 3 nás zaujímalo, akým spôsobom poskytovatelia, ktorí už začali so zavádzaním systému kvality alebo ho už majú zavedený, k tejto úlohe pristupovali.

Otázka bezprostredne nadväzovala na predchádzajúcu a týkala sa stratégie zavádzania systému kvality. Na túto otázku mali samozrejme odpovedať len tí, ktorí s procesom implementácie už začali alebo ho majú už ukončený. Vyplnilo ju celkovo 328 poskytovateľov. 21,2% celkovej vzorky (88 poskytovateľov) ju nevyplnilo, hoci v otázke č. 1 k implementačnému statusu menej z nich uviedlo, že s procesom ešte nezačali (18,9%).

Zistenia k stratégii (spôsobu) naplňovania záväzkov kvality znázorňuje graf.

Graf6: Spôsob zavádzania a implementácie záväzkov kvality (v%)



Pri zavádzaní systému kvality zvolila takmer tretina zapojených poskytovateľov (31,1%) stratégiu „**spoliehania sa na seba**“. Pomerne vyrovnané výsledky boli pri dvoch ďalších stratégiách, kedy buď organizácia konzultovala prípravu potrebnej dokumentácie aj zavádzanie nových praktických postupov s inou organizáciou, ktorá už mala podmienky zavedené (26,2%) alebo konzultovala tieto otázky s externou firmou/fyzickou osobou za účelom následného zavedenia systému vlastnými silami (23,2%). Najmenej často, v rozsahu necelej pätiny (19,2%), volili organizácie stratégiu zverenia prípravy potrebnej dokumentácie externej firme alebo odborníkovi/odborníčke, ktorá im zároveň poskytla konzultáciu, ako dokumentáciu premietnuť do praxe.

Z hľadiska *druhu sociálnej služby*, stratégiu spoliehania sa na seba volili najmä poskytovatelia sociálnych služieb pre mladých ľudí so zdravotným postihnutím (66,7%), sociálnych služieb pre rodiny s deťmi (46,6%) a ambulantných a terénnych sociálnych služieb pre staršie osoby a osoby so zdravotným postihnutím (42,2%). Bola to najviac zastúpená stratégia aj u poskytovateľov sociálnych služieb krízovej intervencie (37,5%). V prípade najviac zastúpených pobytových sociálnych služieb pre staršie osoby boli jednotlivé stratégie rozložené takmer rovnomerne s najvyšším podielom stratégie konzultácie s firmou alebo fyzickou osobou ako základu pre vlastný ďalší postup (30%).

Rozdiely medzi poskytovateľmi pri voľbe stratégie sme zaznamenali v závislosti od ich *právneho statusu*. Vyše 38% verejných poskytovateľov volilo stratégiu spoliehania sa na seba, naopak štvrtina (24,8%) spravidla zverila túto úlohu externej firme alebo fyzickej osobe. U neverejných poskytovateľov bola pomerne vyrovnané volená stratégia konzultácie s inými organizáciami (31%) a stratégia spoliehania sa na seba (27%).

Podľa *regiónov* boli jednotlivé stratégie poskytovateľov rozložené rozlične. Priemerne najčastejšie sa vyskytujúcu stratégiu spoliehania sa na seba výrazne najčastejšie uvádzali poskytovatelia nitrianskeho regiónu (až 56%), zatiaľ čo v banskobystrickom regióne ju uvádzalo len 19%. V tomto regióne boli rovnomerne rozložené všetky ostatné stratégie, vrátane takmer 28%-ného zastúpenia stratégie zverenia prípravy inej firme/fyzickej osobe. Za pozornosť stojí zistenie z trnavského regiónu, kde vyše 62% poskytovateľov buď zverilo prácu inej firme/fyzickej osobe alebo s inou firmou/fyzickou osobou konzultovali, zatiaľ čo napr. v prešovskom regióne poskytovatelia volili takéto možnosti len v štvrtine prípadov (26,4%) a vo zvyšných troch štvrtinách sa buď spoliehali na seba alebo konzultovali s inými organizáciami sociálnych služieb.

Pokiaľ ide o *veľkostný typ*, poskytovatelia do 40 prijímateľov a prijímateľiek výrazne najčastejšie volili stratégiu spoliehania sa na seba (39%), pri súčasne najnižšom zastúpení zverenia úlohy inej firme/fyzickej osobe (18%). U väčších poskytovateľov bola situácia iná. 54% poskytovateľov do 80 osôb využívalo stratégiu zverenia úlohy alebo konzultácie s firmou/fyzickou osobou, so súčasne najnižším zastúpením stratégie spoliehania sa na seba (18%). U najväčších poskytovateľov boli všetky stratégie rozložené najrovnomernejšie.

Na rozloženie odpovedí k stratégii zavádzania systému kvality mali štatisticky významný vplyv všetky sledované faktory: druh poskytovanej sociálnej služby ($\chi^2 (15)=42,863$, $p<0,001$), právny status poskytovateľa ($\chi^2 (3)=11,671$, $p<0,01$), región ($\chi^2 (24)=37,833$, $p<0,05$) aj veľkostný typ poskytovateľa ($\chi^2 (6)=13,782$, $p<0,05$).

Zhrnutie čiastkových zistení k otázkam implementačného statusu

Potvrdila sa naša hypotéza, že väčšina zapojených poskytovateľov sociálnych služieb mala aktívny *implementačný status* a minimálne jedna tretina zostávala v otázkach zavádzania systému kvality zatiaľ skôr pasívna. Aktívny implementačný status malo takmer 58% zapojených poskytovateľov, pričom vo vyše 48% šlo o dávnejšie začatý, ale stále neukončený proces. Až 42,1% zapojených poskytovateľov reportovalo pasívny implementačný status, pričom krajnú situáciu „že s procesom ešte ani nezažali“ uviedla až pätina z celkového počtu zapojených poskytovateľských organizácií. Pasívny implementačný status mali najčastejšie poskytovatelia terénnych a ambulantných sociálnych služieb pre staršie osoby a osoby so zdravotným postihnutím, poskytovatelia z banskobystričského a žilinského regiónu, menší poskytovatelia do 40 prijímateľov a prijímateľiek sociálnych služieb a častejšie verejní ako neverejní poskytovatelia. Na rozloženie odpovedí k otázke všeobecného implementačného statusu mali štatisticky významný vplyv tri premenné, konkrétne druh sociálnej služby, právny status a veľkostný typ poskytovateľa. Podiel poskytovateľov s aktívnym implementačným statusom bol v tomto prieskume napriek trojročnému časovému posunu nižší ako vo výskume z roku 2016. Vtedy až vyše 70% poskytovateľov bolo v procese zavádzania systému kvality alebo ho už mali zavedený. Predpokladáme, že pokles bol v aktuálnom prieskume spôsobený najmä intenzívnejším zaangažovaním poskytovateľov terénnych a ambulantných sociálnych služieb pre odkázané osoby (najmä poskytovateľov opatrovateľskej služby), ktorí najčastejšie uvádzali, že s procesom ešte nezačali alebo sa len postupne začínajú touto otázkou zaoberať.

Zapojené organizácie najčastejšie (40%) uvádzali, že v rámci *procesu* zavádzania systému kvality sa venujú najmä príprave potrebnej dokumentácie podľa požiadaviek zákona tak, aby ju zosúlادili s už existujúcou kvalitnou praxou. Takýto postup uvádzali najmä poskytovatelia sociálnych služieb krízovej intervencie a pobytových sociálnych služieb pre starších ľudí, menší poskytovatelia a častejšie neverejní ako verejní poskytovatelia. Sústredenosť na prípravu potrebnej dokumentácie bola najviac zastúpená u poskytovateľov všetkých regiónov, okrem košického. Na rozloženie odpovedí týkajúcich sa jadra súčasných prác na úseku kvality mali štatisticky významný vplyv premenné ako druh poskytovanej sociálnej služby a právny status poskytovateľa.

Z hľadiska *stratégie* zavádzania podmienok kvality sa u poskytovateľov všetkých druhov sociálnych služieb, okrem poskytovateľov pobytových sociálnych služieb pre staršie osoby, najčastejšie (takmer v tretine prípadov, 31%) vyskytovala stratégia „spoliehania sa na seba“. Podobné výsledky sme zaznamenali aj vo výskume z roku 2016, kedy viac ako tretina zapojených subjektov (36%) volila stratégiu spoliehania sa na seba, a naopak, len nevýrazne

menej ako v aktuálnom prieskume stratégiu externého zaobstarania či konzultácie s externou firmou/fyzickou osobou (17% v roku 2016 a 19,2% v súčasnom prieskume). Stratégie súčasných poskytovateľov sa líšili podľa regiónov. Príkladom na porovnanie: od takmer dvojtretinového (62%) zastúpenia stratégie externého zverenia prác a externej konzultácie s inou firmou v trnavskom regióne, až po len približne štvrtinové zastúpenie takejto stratégie v prešovskom regióne, kde sa naopak najmä spoliehali na seba, príp. na spoluprácu s inými poskytovateľskými organizáciami. Stratégia spoliehania sa na seba bola častejšie aplikovaná u verejných a menších poskytovateľov ako u neverejných a väčších poskytovateľov. Na rozloženie odpovedí k otázke stratégie zavádzania systému kvality v organizáciách mali štatisticky významný vplyv všetky sledované premenné (druh sociálnej služby, právny status, región i veľkostný typ).

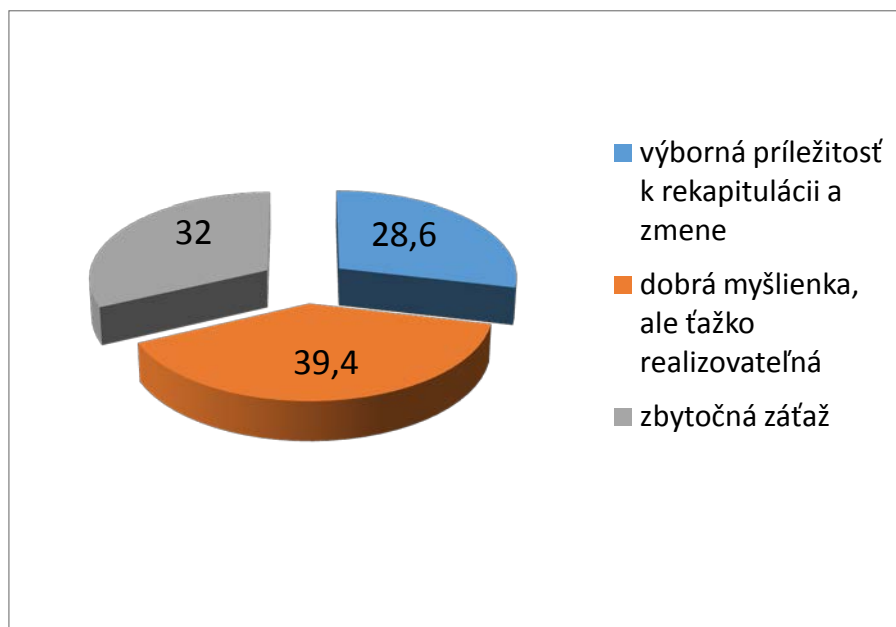
3.4.2 Názory na systém kvality

V tomto bloku sme sa zaujímali o celkové názory poskytovateľov na systém kvality sociálnych služieb a o to, čo je podľa nich najväčšou prekážkou (komplikaáciou) pri jeho implementácii do poskytovateľskej (organizačnej) praxe.

V otázke č. 4 dotazníka sme sa zamerali na to, aký majú poskytovatelia názor na systém zákonom upravených podmienok kvality, za čo ho považujú.

Výsledky sú predstavené v grafe.

Graf7: Názory poskytovateľov na systém kvality sociálnych služieb (v%)



Odpovede na otázku boli pomerne rovnovážne rozložené medzi ponúknuté možnosti. Zapojení poskytovateľa najčastejšie považovali systém zákonom upravených podmienok kvality za **dobrá myšlienku, ktorá je však tak náročná na uskutočnenie, že ju bude ťažké úplne implementovať** (39,4%). Necelá tretina (32%) považovala systém za zbytočnú

administratívnu záťaž pre organizácie, ktoré majú aj bez toho dosť problémov. Najmenej často (28,6%) sa vyskytovala odpoveď, že systém kvality je výbornou príležitosťou k rekapitulácii toho, čo organizácia robí dobre a v čom potrebuje zmenu.

Z hľadiska *druhu sociálnej služby* považovali systém kvality za výbornú príležitosť najčastejšie kombinovaní poskytovatelia (40,6%), naopak, len pätina poskytovateľov sociálnych služieb pre rodiny s deťmi (20%) či poskytovateľov terénnych a ambulantných sociálnych služieb pre staršie osoby a osoby so zdravotným postihnutím (19,2%). Títo naopak najčastejšie označovali systém za zbytočnú administratívnu záťaž (47% poskytovateľov sociálnych služieb pre rodiny s deťmi a 37% poskytovateľov terénnych a ambulantných služieb pre staršie osoby a osoby so zdravotným postihnutím). Jednotlivé možnosti boli najrovnomernejšie rozložené u poskytovateľov pobytových sociálnych služieb pre staršie osoby s najčastejším označením systému ako dobrej, avšak ťažko realizovateľnej myšlienky (39%).

Z hľadiska *právneho statusu* neboli medzi poskytovateľmi výraznejšie rozdiely. Jednotlivé stanoviská boli u verejných poskytovateľov zastúpené takmer rovnomerne, zatiaľ čo u neverejných bol systém hodnotený negatívnejšie – až 74% z nich ho považovalo za síce dobrú, ale ťažko realizovateľnú myšlienku, či za zbytočnú administratívnu záťaž.

Z hľadiska *príslušnosti k regiónu* si zaslúžia osobitnú pozornosť napr. stanoviská poskytovateľov v trenčianskeho regiónu. Títo najčastejšie považovali systém za zbytočnú administratívnu záťaž (44%) pri súčasne najnižšom zastúpení odpovedí, že ide o výbornú príležitosť k rekapitulácii a zmene (21%), na rozdiel napr. od košického regiónu, kde sa k označeniu „výborná príležitosť“ prihlásilo až 42% poskytovateľov, súčasne pri necelých 10% tých, ktorí hovorili o zbytočnej administratívnej záťaži.

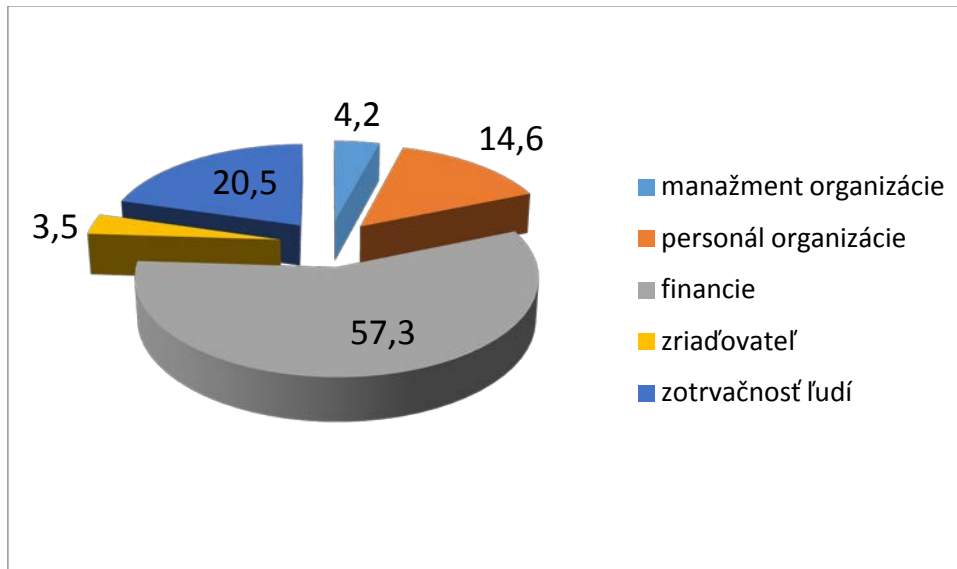
Z hľadiska *veľkostného typu* platilo, že čím bola organizácia väčšia, tým častejšie považovala systém za výbornú príležitosť k rekapitulácii a zmene pri súčasne najnižšom zastúpení stanovisk o zbytočnej administratívnej záťaži (37% : 26%). Naopak, najmenšie organizácie sa prikláňali k hodnoteniu systému ako zbytočnej administratívnej záťaži oveľa častejšie ako k jeho hodnoteniu ako pozitívnej príležitosti (36% : 23%).

Faktory právneho statusu, druhu sociálnej služby, príslušnosti k regiónu či veľkostného typu nemali ani štatisticky významný vplyv na distribúciu odpovedí týkajúcich sa názorov poskytovateľov sociálnych služieb na systém kvality.

V otázke č. 5 dotazníka sme sa zamerali na to, čo považujú poskytovatelia sociálnych služieb za najväčšiu prekážku (komplikáciu) v zavádzaní systému kvality.

Výsledky sú znázornené v grafe.

Graf8: Najväčšia prekážka (komplikácia) v zavádzaní systému kvality (v%)



Vyššie polovica zapojených poskytovateľov (57,3%) identifikovala ako hlavnú prekážku (komplikáciu) v zavádzaní systému kvality **nedostatok finančných zdrojov k potrebným zmenám**. Jedna pätina (20,5%) za takúto prekážku považovala tendenciu (preferenciu) ľudí zotrvať v zabehnutom systéme. Ďalších necelých 15% videlo prekážku v nedostatočne vzdelanom a motivovanom personáli poskytovateľa. Bariéry na strane slabej vzdelanosti a motivovanosti manažmentu organizácie smerom k otázkam kvality či nedostatku podpory zo strany zriaďovateľa sa vyskytovali minimálne (4,2% manažment a 3,5% zriaďovateľ).

Aj keď bol nedostatok finančných prostriedkov označený ako hlavná prekážka k zavádzaniu systému kvality väčšinou zapojených poskytovateľov, najčastejšie to z hľadiska *druhu sociálnej služby* bolo u poskytovateľov sociálnych služieb na podporu rodiny s deťmi (viššie 73%) a najmenej často u poskytovateľov pobytových sociálnych služieb pre starších ľudí (51%). Naopak, títo poskytovatelia takmer v štvrtine (23,2%) hovorili o zotrvačnosti ľudí ako o hlavnej prekážke, čo poskytovatelia sociálnych služieb na podporu rodiny s deťmi uvádzali zasa v najnižšom rozsahu (necelých 17%). Podobne to bolo aj v prípade personálu, ktorého slabú pripravenosť a motivovanosť uvádzalo ako prekážku vyššie 18% poskytovateľov pobytových služieb, ale len 3% tých, ktorí poskytujú sociálne služby na podporu rodiny s deťmi.

Z hľadiska *právneho statusu* boli výsledky pomerne vyrovnané. Okrem väčšinového zdôrazňovania nedostatku finančných prostriedkov u zapojených verejných aj neverejných poskytovateľov, sa u verejných nevýrazne častejšie poukazovalo na nepriaznivý vplyv manažmentu, zriaďovateľa a na vplyv zotrvačnosti ľudí, zatiaľ čo u neverejných šlo skôr o vplyv málo motivovaného personálu.

Z hľadiska *príslušnosti k regiónu* sa stotožnili s nedostatkom financií ako hlavnou prekážkou k zavádzaniu systému kvality najčastejšie poskytovatelia z trnavského (65%) a košického regiónu (63%), najmenej často, aj keď stále väčšinovo, poskytovatelia z banskobystričského

regiónu (51%). Zotrvačnosť ľudí bola ako prekážka zasa najčastejšie identifikovaná poskytovateľmi z bratislavského regiónu (28,3%) a najmenej často poskytovateľmi z trnavského regiónu (necelých 11%).

Z hľadiska *veľkostného typu* opätovne platilo, že čím šlo o menšieho poskytovateľa, tým častejšie bol ako hlavná prekážka identifikovaný faktor nedostatku finančných prostriedkov k zmene (64% do 40 osôb, 50% do 80 osôb, 47% nad 80 osôb). Naopak, menší poskytovatelia menej často než väčší uvádzali zotrvačnosť ľudí ako prekážku (16% do 40 osôb a 26% do 80 osôb a nad 80 osôb). Menší aj menej často uvádzali ako prekážku nemotivovaný personál (vzostupne podľa veľkosti 13,6% : 15,5% : 16,5%).

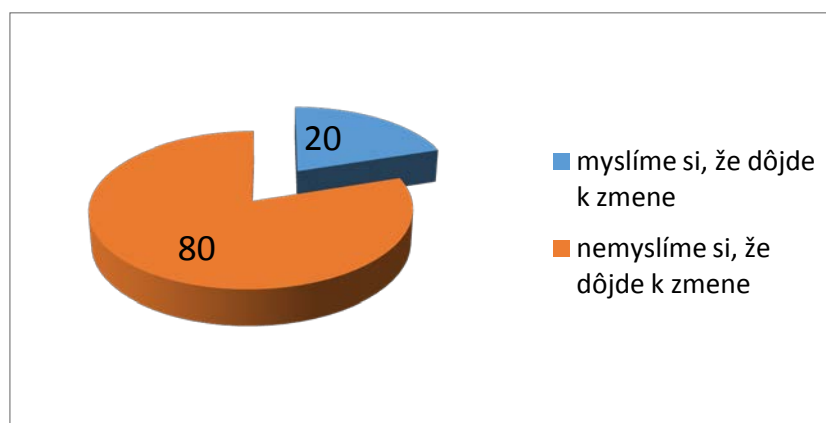
Na rozloženie odpovedí týkajúcich sa identifikácie hlavnej prekážky (komplikácie) k zavádzaniu systému kvality nemal štatisticky významný vplyv žiaden sledovaný faktor. Nedostatok finančných prostriedkov ako hlavná prekážka zavádzania systému kvality bola u poskytovateľov najdominantnejšia, napriek nevýrazným rozdielom v ich stanoviskách týkajúcich sa vplyvu iných typov prekážok.

V rámci zisťovania stanovísk poskytovateľov k systému kvality sme napokon projektovali vplyv tohto systému na ich budúcu poskytovateľskú prax.

V otázke č. 6 dotazníka sme sa zaujímali o to, či si poskytovatelia myslia, že po komplexnom zavedení podmienok kvality do ich bežnej činnosti sa zmení to, ako budú poskytovať svoju sociálnu službu klientom a klientkam.

Výsledky sú znázornené v grafe.

Graf9: Predpoklad zmeny bežnej praxe po zavedení systému kvality (v%)



Osem z desiatich organizácií (80%) sa priklonilo k možnosti, že **takúto zmenu neočakávajú**. Nemyslia si, že po komplexnom zavedení systému kvality sa zmení to, ako budú poskytovať svoje služby ich prijímateľom a prijímateľkám, nakoľko zákonom stanovené podmienky dodržiavali už dávno, bez ohľadu na to, či to ustanovuje zákon alebo nie. Len pätina zapojených poskytovateľov (20%) predpokladá takúto zásadnú zmenu svojej praxe pod vplyvom systému kvality.

Ak sa zmena očakávala, tak podľa *druhu sociálnej služby* to bolo častejšie u poskytovateľov terénnych a ambulantných sociálnych služieb pre odkázané osoby (26,2%) a u kombinovaných poskytovateľov (23,1%); podľa *právneho statusu* nevýrazne častejšie u verejných ako neverejných poskytovateľov (21,3% : 19,3%); podľa *príslušnosti k regiónu* najčastejšie u poskytovateľov z košického (30,2%) a prešovského regiónu (23,8%); a z hľadiska *veľkostného typu* zmenu očakávali skôr väčší poskytovatelia (po vyše 24%) než menší (16,3%).

Na rozloženie odpovedí týkajúcich sa predpokladu vplyvu systému kvality na budúcu prax organizácií v poskytovaní sociálnych služieb nemal štatisticky významný vplyv žiaden sledovaný faktor. Odpovede poskytovateľov spájala dominantná dôvera v súčasnú vlastnú prax, ktorú je len potrebné „podoprieť“ zodpovedajúcou dokumentáciou.

Zhrnutie čiastkových zistení k otázkam názorov poskytovateľov na systém kvality sociálnych služieb

Zapojení poskytovatelia sa najčastejšie (takmer 40%) prikláňali k *názoru*, že systém kvality sociálnych služieb podľa zákona je dobrá myšlienka, ale náročná na implementovanie. Až takmer tretina (32%) však systém považovala za zbytočnú administratívnu záťaž. Najmenej často (necelých 29%) bol systém kvality považovaný za výbornú príležitosť k rekapitulácii vlastnej praxe a identifikáciu toho, čo potrebuje zmenu, k čomu sa najčastejšie prikláňali kombinovaní poskytovatelia (takmer 41%). Za ťažko realizovateľnú ideu či zbytočnú administratívnu záťaž považovali systém častejšie menší poskytovatelia a z hľadiska druhu sociálnej služby poskytovatelia terénnych a ambulantných sociálnych služieb pre odkázané osoby, ktorí mali častejšie ako ostatní pasívny implementačný status či poskytovatelia sociálnych služieb na podporu rodiny s deťmi. Napriek tomu, že neverejní poskytovatelia mali častejšie aktívny implementačný status ako verejní, častejšie považovali systém kvality za ťažko naplniteľnú ideu alebo za administratívnu záťaž pre poskytovateľa. Výsledky prieskumu v tejto časti vyzneli nepriaznivejšie ako výsledky výskumu z roku 2016 k tej istej otázke. Vtedy vyše polovica zapojených organizácií (takmer 53%) považovala tento systém za výbornú príležitosť k rekapitulácii vlastnej praxe a základ k možným zmenám. Naopak, len necelá desatina (8%) pristupovala k tomuto systému ako k zbytočnej administratívnej záťaži. Rozdiely opätovne interpretujeme najmä v kontexte rozličnej druhovej kompozície vzoriek v rámci oboch sledovaní. Ide predovšetkým o výraznejšie zastúpenie poskytovateľov opatrovateľskej služby či sociálnych služieb na podporu rodiny s deťmi v aktuálnom prieskume, ktorí, ako prieskum ukázal, sú všeobecne negatívnejšie naladení k systému kvality sociálnych služieb.

Za hlavnú *prekážku (komplikáciu) implementácie* systému kvality považovala väčšina všetkých zapojených poskytovateľov (vyše 57%) nedostatok finančných zdrojov k potrebným zmenám. V päťtinovom rozsahu bola za takúto prekážku identifikovaná tendencia (preferencia) ľudí zotrvať v zabehnutom systéme. Nedostatok finančných prostriedkov bol ako hlavná prekážka uvádzaný častejšie u menších poskytovateľov a poskytovateľov nových druhov sociálnych služieb (najmä sociálnych služieb na podporu rodiny s deťmi), teda

u poskytovateľov, ktorí zároveň najčastejšie považovali systém kvality za zbytočnú administratívnu záťaž. Možno predpokladať, že práve z finančných dôvodov volili tieto organizácie pri zavádzaní systému kvality najčastejšie stratégiu spoliehania sa na seba, na rozdiel napr. od tých, ktorí považovali systém kvality za výbornú príležitosť svojho ďalšieho rozvoja a volili pri jeho zavádzaní najčastejšie stratégiu konzultácií s externými firmami/odborníkmi. Z hľadiska právneho statusu poskytovateľov boli výsledky k identifikácii hlavnej komplikácie zavádzania systému kvality pomerne vyrovnané. Aj keď vo výskume z roku 2016 nebola poskytovateľom kladená otázka týkajúca sa identifikácie hlavnej prekážky implementácie systému kvality, súčasné výsledky k tejto otázke korešpondovali s iným výsledkom z predchádzajúceho výskumu. Išlo o vysoký príklon poskytovateľov k potrebe transformácie sociálnych služieb na Slovensku, ktorá by sa mala týkať predovšetkým transformácie externých (systémových) podmienok ich fungovania, najmä zlepšenia podmienok ich financovania.

V prieskume sme predpokladali, že celkový názor poskytovateľov na systém kvality sociálnych služieb bude ovplyvňovať aj to, či pripustia *vplyv jeho zavedenia* na vlastnú budúcu prax. Až 80% zapojených poskytovateľov takéto vplyv neočakávalo, nakoľko, podľa ich vyjadrení, vo svojej praktickej činnosti dodržiavajú stanovené podmienky kvality už dávnejšie, bez ohľadu na to, či ich zákon ustanovuje alebo nie. Častejšie zmenu pod vplyvom systému pripúšťali poskytovatelia terénnych a ambulantných sociálnych služieb pre odkázané osoby a väčší poskytovatelia. Výsledky k tejto otázke boli podobné výsledkom z výskumu z roku 2016. Aj vtedy sa len necelých 19% zapojených organizácií vyjadrilo, že zavedením systému kvality dôjde k zmenám toho, ako budú ďalej vykonávať svoju bežnú prax. Takmer 70% vtedajšej vzorky takéto zmeny nepredpokladalo, a ak zmeny pripúšťali, tak len drobné, nie zásadnej povahy (napr. zlepšenie vybavenia priestorov poskytovateľa, zlepšenie spolupráce s obcou, VUC, MPSVR SR).

V názoroch na systém kvality sociálnych služieb boli zapojení poskytovatelia oveľa homogénnejší ako v otázkach týkajúcich sa ich implementačného statusu, nakoľko žiaden sledovaný faktor nemal štatisticky významný vplyv na distribúciu ich odpovedí v rámci tohto vecného bloku.

3.4.3 Zabezpečenie manažmentu kvality v organizáciách

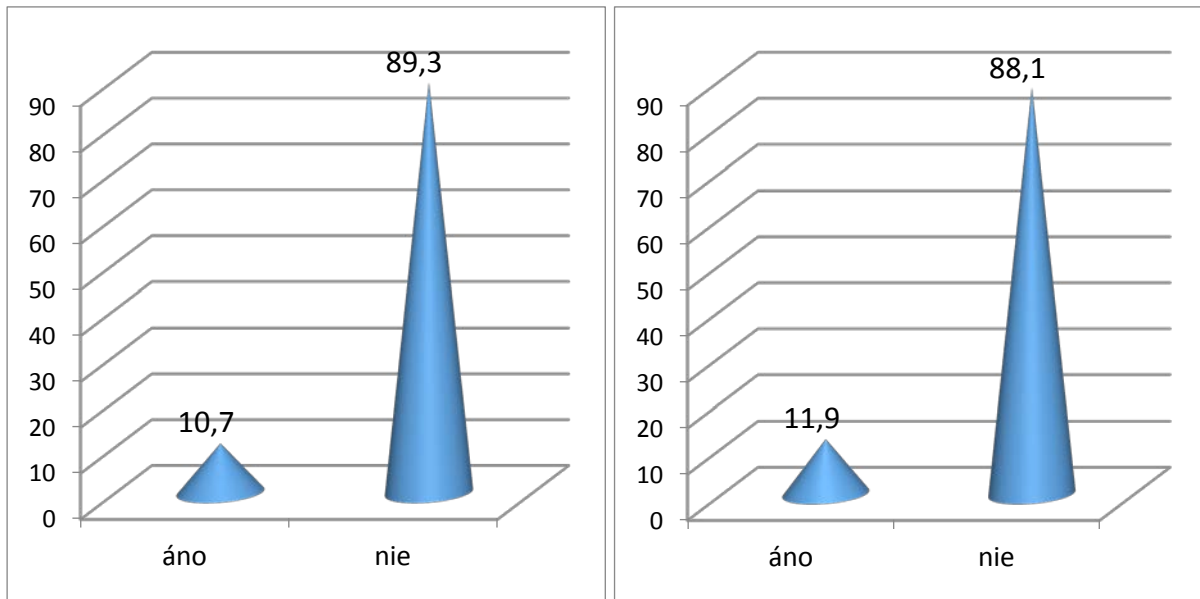
Napokon nás zaujímalo, ako majú poskytovatelia vo svojich organizáciách zabezpečený systém manažérstva kvality.

V otázke č. 7 dotazníka sme zisťovali, či má organizácia zavedený systém manažérstva kvality (napr. podľa ISO normy alebo systému CAF).

V poslednej otázke (č. 8) sme následne zisťovali, či má organizácia zavedenú pracovnú pozíciu manažéra/manažérky kvality.

Výsledky k obom otázkam sú znázornené v grafe.

Graf10: Existencia systému manažérstva kvality v organizácii (v%) a pozície manažéra/manažérky kvality v organizácii (v%)



Iba **jedna desatina** zapojených poskytovateľov (N=44, 10,7%) uviedla, že **má zavedený systém manažérstva kvality** a v porovnateľnom rozsahu bola u nich prítomná **pracovná pozícia manažéra/manažérky kvality** (N=49, 11,9%). Z výsledkov je zrejmé, že päť zapojených poskytovateľov síce nemalo zavedený systém manažérstva kvality, ale zamestnávali osobu, ktorá mala otázky manažmentu kvality vo svojej pracovnej náplni (pre účely prieskumu sme ju pomenovali ako manažéra/manažérku kvality). Je teda možné, že systém manažérstva kvality a pracovná pozícia „manažéra/manažérky“ kvality môžu v organizáciách sociálnych služieb fungovať nezávisle od seba.

Čo sa týka **systému manažérstva kvality**: z hľadiska *druhu poskytovanej sociálnej služby* mali najčastejšie zavedený systém manažérstva kvality poskytovatelia pobytových sociálnych služieb pre starších ľudí (19,5%), ale napr. žiaden poskytovateľ sociálnej služby krízovej intervencie; z hľadiska *právneho statusu* bol medzi verejnými a neverejnými poskytovateľmi v tejto otázke len 1%-ný rozdiel (11,4% verejných : 10,4% neverejných); z *regionálneho hľadiska* malo systém manažérstva kvality zavedených najviac poskytovateľov z trnavského regiónu (21%) a najmenej zo žilinského (6,7%); a z hľadiska *veľkostného typu* najviac poskytovatelia do 80 prijímateľov a prijímateľiek (22,4%) v porovnaní so 4,7%-tami poskytovateľov do 40 osôb.

Výsledky ohľadom systému manažérstva kvality podľa sledovaných faktorov sa premietali aj do výsledkov ohľadom **pracovnej pozície manažéra/manažérky kvality** v organizácii. Za osobitnú zmienku stojí len vyššie zastúpenie tejto pracovnej pozície u neverejných poskytovateľov oproti zastúpeniu u verejných (13,6% : 9,4% v prospech neverejných).

Na rozloženie odpovedí k tomu, či majú zapojené organizácie zavedený systém manažérstva kvality, mali štatisticky významný vplyv faktory druhu poskytovanej sociálnej služby (χ^2

(5)=22,816, $p < 0,001$) a veľkosti organizácie ($\chi^2 (2)=22,631$, $p < 0,001$). Rovnako v prípade pracovnej pozície manažéra/manažérky kvality v organizácii sa výsledky štatisticky významne líšili podľa druhu poskytovanej sociálnej služby ($\chi^2 (5)=18,806$, $p < 0,01$) a veľkostného typu organizácie ($\chi^2 (2)=9,250$, $p < 0,01$).

Zhrnutie čiastkových zistení k otázkam manažmentu kvality

Len približne desatina zapojených poskytovateľov sociálnych služieb mala zavedený nejaký systém *manažerstva kvality* a pracovnú pozíciu manažéra/manažérky kvality. Častejšie šlo pritom o väčších a tradičných pobytových poskytovateľov sociálnych služieb. Toto zistenie čiastočne vysvetľuje aj rozdiel so zisteniami z výskumu v roku 2016. Vtedy 17,5% zapojených poskytovateľov uviedlo, že má zavedený systém manažerstva kvality (podľa ISO normy alebo dokumentačného systému pre opatrovatelky podľa M. Krohnwinkel) spolu s pracovnou pozíciou manažéra/manažérky kvality alebo hlavného metodika pre sociálne služby. Nižšie zastúpenie systému manažmentu kvality v aktuálnom prieskume pripisujeme zapojeniu nových (z hľadiska druhu sociálnej služby i registrácie) a menších poskytovateľských subjektov. Títo, ako sa opakovane ukázalo, majú doposiaľ k otázkam kvality sociálnych služieb zdržanlivejší postoj ako tradiční poskytovatelia a považujú ich systémové riešenie častejšie za zbytočnú administratívnu záťaž. Napokon, boli to práve faktory druhu sociálnej služby a veľkostného typu poskytovateľa, ktoré mali štatisticky významný vplyv na distribúciu odpovedí zapojených poskytovateľov k otázkam zabezpečenia manažmentu kvality vo svojich organizáciách.

3.5 Celková sumarizácia zistení, ich interpretácia a diskusia

V mapujúcom prieskume sme sa venovali otázkam stavu implementácie podmienok kvality sociálnych služieb ustanovených podľa zákona o sociálnych službách u poskytovateľov rozličných druhov sociálnych služieb na celom území Slovenska. Pod *implementačným statusom* sme rozumeli reflexiu poskytovateľa, či sa vôbec v súčasnosti zaoberá požiadavkami kvality ustanovenými podľa zákona, nie priame hodnotenie spôsobu a rozsahu napĺňania týchto požiadaviek. Ako súvisiacim sme sa venovali otázkam názoru poskytovateľov na systém kvality sociálnych služieb a tomu, či majú vo svojich organizáciách zavedený systém manažerstva kvality.

Elektronického prieskumu organizovaného v priebehu februára 2019 sa zúčastnila *dostupná vzorka* celkovo 416 poskytovateľov sociálnych služieb zo všetkých regiónov Slovenska. Najčastejšie šlo o poskytovateľov pobytových sociálnych služieb pre staršie osoby, poskytovateľov z prešovského a banskobystrického regiónu, poskytovateľov do 40 prijímateľov a prijímateľiek sociálnych služieb a takmer v dvoch tretinách o neverejných poskytovateľov.

Otázky prieskumu boli rozdelené do troch *vecných blokov*: a) implementačný status poskytovateľa; b) názory poskytovateľa na systém kvality; c) zabezpečenie manažmentu kvality v organizácii. Poskytovatelia sa vo svojich odpovediach na otázky kladené v rámci jednotlivých vecných blokov najviac líšili v rámci prvého bloku, kde distribúcia odpovedí bola

štatisticky významne ovplyvnená kombináciami sledovaných premenných – právnym statusom, druhom poskytovanej sociálnej služby, príslušnosťou poskytovateľa k regiónu i veľkostným typom poskytovateľa. Naopak, na odpovede v rámci bloku zameraného na názory poskytovateľov na systém kvality nemala štatisticky významný vplyv žiadna zvolená premenná, čo znamenalo, že poskytovatelia sociálnych služieb boli v tejto oblasti vo svojich odpovediach homogénnejší ako v prípade otázok k ich implementačnému statusu. Napokon, na odpovede týkajúce sa manažmentu kvality v organizáciách mali štatisticky významný vplyv premenné druhu poskytovanej sociálnej služby a veľkostného typu poskytovateľa. Osobitne sa pristavíme pri niektorých zisteniach, ktoré si zasluhujú podrobnejšiu pozornosť a interpretáciu.

Implementačný status poskytovateľov v roku 2016 a 2019

V mapujúcom prieskume väčšina (58%) zapojených poskytovateľov prezentovala začiatkom roka 2019 svoj aktívny implementačný status, kedy mali systém kvality už zavedený alebo najčastejšie – kedy boli v aktívnom procese jeho zavádzania a implementácie. Naopak, 42% poskytovateľov v tomto období ešte s procesom ani nezačalo alebo len postupne k nemu začínajú pristupovať na základe odporúčanej celoslovenskej metodiky z roku 2015. Tieto zistenia vyznievajú nepriaznivejšie ako zistenia z výskumu z roku 2016, kedy sa viac ako 70% zapojených poskytovateľov identifikovalo s aktívnym implementačným statusom. Rozdiely interpretujeme predovšetkým v kontexte rozličného druhového profilu zapojených poskytovateľov sociálnych služieb v jednotlivých výskumných obdobiach. V roku 2016 sa výskumu zúčastnili predovšetkým poskytovatelia pobytových sociálnych služieb pre staršie osoby a osoby so zdravotným postihnutím, teda tí, ku ktorým sa problematika kvality zvykne v odbornom i laickom diskurze tradične vzťahovať (porovnaj Repková, 2016a; 2017; 2018). Do súčasného prieskumu boli cielene vtiahnutí aj poskytovatelia ambulantných a terénnych sociálnych služieb pre odkázané osoby (osobitne poskytovatelia opatrovateľskej služby), rovnako poskytovatelia nových druhoch sociálnych služieb, osobitne sociálnych služieb na podporu rodiny s deťmi, o ktorých sa tradične nezvykne uvažovať v intenciách podmienok kvality. Možno práve to je dôvod, pre ktorý sa ich stanoviská k problematike kvality sociálnych služieb profilujú inak, ako u tradičných pobytových poskytovateľov sociálnych služieb dlhodobej starostlivosti, ako ukážeme ďalej.

Vysoká dôvera poskytovateľov v kvalitu vlastnej sociálnej služby

To, čo najväčšmi spájalo zapojených poskytovateľov sociálnych služieb naprieč ich charakteristikám ako právny status, príslušnosť k regiónu, druh poskytovanej sociálnej služby či veľkostný typ, bolo ich stanovisko k možnému vplyvu systému kvality sociálnych služieb na ich budúcu poskytovateľskú prax. Až 80% zúčastnených poskytovateľov nepredpokladalo (neočakávalo), že pod vplyvom systému sa zmení ich bežná činnosť a to, ako budú poskytovať svoje sociálne služby klientom a klientkam, pretože už v súčasnosti svoju prax považujú za súladnú s požiadavkami zákona. Zistenie je porovnateľné so zistením vo výskume z roku 2016, kde taktiež len 19% zapojených poskytovateľov očakávalo zásadnejšiu

zmenu ich praxe pod vplyvom nového systému kvality. Ak niektorí súčasní poskytovatelia takúto zmenu pripúšťali, tak to boli o niečo častejšie poskytovatelia ambulantných a terénnych sociálnych služieb pre odkázané osoby (najmä poskytovatelia opatrovateľskej služby a kombinovaní poskytovatelia) a menší poskytovatelia.

Zistenie, že poskytovatelia dôverujú svojej súčasnej praxi, že ju považujú prevažne za takú, ktorá zodpovedá kvalitatívnym podmienkam zákona, korešpondovalo aj so zistením, že organizácie sa v súčasnosti sústreďujú najmä na prípravu potrebnej dokumentácie zameranej na jednotlivé kritériá a štandardy kvality tak, aby ju zosúladi s už prebiehajúcou kvalitnou praxou. Na tento aspekt zavádzania systému kvality sa podľa výsledkov prieskumu upriamujú najmä poskytovatelia sociálnych služieb krízovej intervencie a poskytovatelia pobytových sociálnych služieb pre staršie osoby. Tento poznatok považujeme za zásadný, nakoľko napovedá tomu, ako reflektujú poskytovatelia svoju vlastnú prácu a jej kvalitu, od čoho sa následne môže odvodzovať ich ne/pripravenosť na aktívnejšiu formáciu smerom ku kvalitnejším sociálnym službám.

Dichotómie v pozíciách poskytovateľov k otázkam kvality

Napriek vyššie uvedeným zisteniam, ktoré poskytovateľov sociálnych služieb spájali, poskytol prieskum aj mnohé ďalšie, ktoré súviseli skôr s určitými dichotómiami v ich pozíciách k otázkam kvality sociálnych služieb. V prvom diskusnom bloku sme už naznačili dichotómiu „tradiční vs. netradiční“ poskytovatelia. Teda tí, u ktorých sa o kvalite tradične uvažuje, nakoľko ich doterajšia prax sa mohla vyvinúť v rozpore s požiadavkami kvality podľa zákona (najmä poskytovatelia rezidenčných sociálnych služieb pre odkázané osoby), vs. tí, u ktorých sa v intenciách kvality nezvykne tradične uvažovať. Možno preto, že existuje celková spoločenská predstava, že v ich prípade nemôže byť inštitučná prax prítomná (napr. domáca opatrovateľská služba) alebo preto, že ide o nové druhy sociálnych služieb, ktoré vznikali v nových spoločenských podmienkach a od počiatku stavajú na nových hodnotách a požiadavkách kvality (napr. sociálne služby na podporu rodiny s deťmi, sociálne služby krízovej intervencie). Aj tieto okolnosti mohli ovplyvniť to, že tradiční poskytovatelia častejšie ako ostatní považovali systém kvality za výbornú príležitosť k rekapitulácii a k zmene vlastnej praxe. V odbornom diskurze k otázkam kvality sa totiž doposiaľ zvykla kritizovať primárne inštitučná prax pobytových poskytovateľov, od ktorých sa očakáva proces deinštitucionalizácie. Netradiční – noví poskytovatelia najčastejšie pristupovali k systému kvality ako k zbytočnej administratívnej záťaži, možno aj z dôvodu, že kritické reflexie na tieto podsektory sociálnych služieb v odbornom diskurze doposiaľ prakticky absentovali, čo môže byť pre ich ďalšie smerovanie a rozvoj rizikové (porovnaj Buzala a Kovaľová, 2015; Vávrová a Doričáková, 2016; Repková, 2016a; 2017; 2018).

Výsledky prieskumu indikovali aj dichotómiu *malých vs. veľkých* poskytovateľov. Naznačili, že rozličné pozície poskytovateľov sociálnych služieb k otázkam kvality neboli priamočiaro a výlučne odvodené od poskytovaného druhu sociálnej služby, ale že významnú úlohu zohrával aj veľkostný typ poskytovateľa. Čím boli totiž zapojení poskytovatelia menší, tým častejšie mali pasívny implementačný status a systém kvality považovali za zbytočnú administratívnu

záťaž. A ak systém kvality už implementovali (postupne implementujú), tak k tomu využívali zo všetkých veľkostných typov najčastejšie stratégiu „spoliehania sa na seba“. Zrejme aj v kontexte toho, že nedostatok finančných zdrojov na potrebné zmeny označovali výrazne najčastejšie ako hlavnú prekážku (komplikačnú) zavádzania systému kvality do organizačnej praxe.

Rozdielne boli aj zistenia prieskumu v rámci dichotómie *verejní vs. neverejní* poskytovatelia sociálnych služieb. Nielenže sa prieskumu zúčastnilo výrazne viac neverejných ako verejných poskytovateľov (61% neverejných : 39% verejných), ale u neverejných poskytovateľov sme aj výrazne častejšie zaznamenali aktívny implementačný status (64% neverejní : 49% verejní). Zistené rozdiely v implementačnom statuse verejných a neverejných poskytovateľov pracovne interpretujeme ako možný efekt rozdielných podmienok ich financovania najmä z predchádzajúceho obdobia. Teda ako existenčnú otázku, ktorá vedie neverejných poskytovateľov fungujúcich v neistejších podmienkach k snahe udržať sa na trhu poskytovateľov sociálnych služieb aj vďaka dôslednému a včasnemu plneniu povinností kladených na poskytovateľov sociálnych služieb podľa zákona.

Kombinované dichotómie a vplyvy

Ako sme uviedli, zistenia prieskumu založené na dichotómii malých a veľkých poskytovateľov sa v rozličnej miere vzájomne prelínali so zisteniami založenými na dichotómii tradičných a netradičných poskytovateľov (viď vyššie), keďže malí poskytovatelia patrili z hľadiska otázok kvality najčastejšie súčasne k netradičným poskytovateľom sociálnych služieb (poskytovatelia opatrovateľskej služby, sociálnych služieb na podporu rodiny s deťmi). Zároveň, len necelých 5% malých a netradičných poskytovateľov uviedlo, že má zavedený systém manažérstva kvality a/alebo pracovnú pozíciu manažéra/manažérky kvality, v porovnaní s vyše 22%-tami organizácií do 80 prijímateľov a prijímateľiek sociálnych služieb, ktoré takúto pozíciu v prieskume uvádzali. Ukazuje sa teda, že prítomnosť nástrojov riadenia kvality v organizácii súvisí s veľkostným typom organizácie, ktorý sa premieta do veľkosti jej personálu a tým do reálnej možnosti delegovať na zamestnancov/zamestnankyne agendu kvality a jej riadenia. Menšie organizácie môžu byť z tohto hľadiska rizikovejšie ako väčšie.

Na druhej strane je otázne, nakoľko aktuálne a motivujúce bude pre poskytovateľov sociálnych služieb do budúcnosti zavádzať alebo udržiavať nejaký fakultatívny systém manažérstva kvality (napr. podľa ISO normy či systému CAF), pokiaľ sú viazaní obligatórnym systémom kvality podľa zákona o sociálnych službách. Nakoľko to bude motivujúce najmä pre menších a netradičných/nových poskytovateľov, ktorí už v súčasnosti vnímajú záväzky podobného druhu ako administratívne zaťažujúce, ako niečo, na čo nemajú dostatočné finančné zdroje. Je dokonca možné, že záujem o fakultatívne systémy manažmentu kvality v organizáciách sociálnych služieb v budúcnosti poklesne. K takémuto záveru nás posmeľuje napr. obsah telefonického rozhovoru s jedným poskytovateľom v čase elektronického zberu dát, ktorý sa zaujímal, či je povinný udržiavať v organizácii systém podľa normy ISO, keď má

nové povinnosti podľa zákonom ustanoveného systému⁸. Hypotéza o možnom znížení záujmu zavádzať fakultatívne systémy manažérstva kvality by sa ale nemala týkať pozície manažéra/manažérky kvality, bez ktorej je prakticky len ťažko možné pristupovať k otázkam kvality ako k systematickej stratégii neustáleho zlepšovania organizácie (tak, ako k tomu viažu organizácie aj záväzky podľa zákona o sociálnych službách, napr. podľa kritéria a štandardu č. 2.10).

4 Odporúčania

Realizovaný prieskum, v kombinácii s predchádzajúcim výskumom z roku 2016, ponúkol viacero *zaujímavých indícií a poznatkov*, ktoré by nemali zostať bez povšimnutia pri nastavovaní procesu a obsahu odbornej prípravy a metodologickej podpory poskytovateľov sociálnych služieb v rámci štartujúceho NPQ. Uvedieme niektoré, na ktoré naviažeme aj zodpovedajúce projektové odporúčania.

- Odbornej prípravy a metodologickej podpory v rámci NPQ sa budú zúčastňovať poskytovatelia s rozličným implementačným statusom, čo však nemusí automaticky znamenať zásadný rozdiel v obraze reálnej situácie v organizáciách. Môže ísť skôr o rozdielnosť výkladu, čo znamená zaviesť a implementovať systém kvality v organizácii. Takáto otázka nebola doposiaľ predmetom bližšieho zisťovania.

Odporúčanie: *Zjednotiť výklad, čo znamená zavedenie a implementácia systému kvality v organizácii; prezentovať rozličné obrazy aktívneho a pasívneho implementačného statusu; porovnávať situácie/obrazy v organizáciách, ktoré uvádzajú, že fungujú podľa zabehnutého systému (majú pasívny implementačný status) s organizáciami, ktoré uvádzajú, že majú kompletne zavedený systém kvality (v čom je medzi nimi skutočný rozdiel?).*

- Východisková motivácia poskytovateľov k účasti na odbornej príprave a metodologickej podpore poskytovanej v rámci NPQ môže byť rôzna v závislosti od mnohých faktorov. Nemusí ísť pritom len o vplyv druhu sociálnej služby, veľkostného typu poskytovateľa, príslušnosti k regiónu či právneho statusu tak, ako to ukázal prieskum. Môže ísť aj o jednosmerne orientovaný verejný a odborný tlak vyvíjaný na niektoré podsektory sociálnych služieb k zmene (k deinštitucionalizácii) pri nedoceňovaní potreby zmeny v iných podsektoroch (napr. v opatrovateľskej službe).

Odporúčanie: *Venovať vyrovnanú pozornosť všetkým podsektorom sociálnych služieb cestou vysvetľovania a praktických ukážok vzniku a fungovania inštitučnej praxe v rozličných druhoch a formách sociálnych služieb pre rozličné cieľové skupiny.*

⁸ Aj keď časť dokumentácie zo systému manažérstva kvality podľa ISO normy je využiteľná aj v rámci systému kvality podľa zákona, určité rozdiely v oboch systémoch zostávajú. Preto ich fungovanie „vedľa seba“ vnímajú niekedy poskytovatelia ako „prácu navyše“.

- Poskytovatelia sociálnych služieb môžu vstúpiť do odbornej prípravy a metodologickej podpory primárne s očakávaniami zameranými na prípravu potrebnej dokumentácie, pri súčasnom podceňovaní potreby kritickej reflexie vlastnej (zabehnutej) praxe.

Odporúčanie: *Zvyšovať odborné povedomie poskytovateľov o rovnovážnosti záväzkov zameraných na dokumentačnú a konatívnu stránku kvality a rozličnými metódami zvyšovať ich pripravenosť kriticky reflektovať a vyhodnocovať vlastnú prax.*

- Aktuálny prieskum, aj prechádzajúci výskum poukázali na finančné súvislosti zavádzania a implementácie systému kvality v organizáciách. Absencia analýzy týchto súvislostí v poskytovateľských organizáciách rozličného druhu môže viesť k pretrvávajúcemu strachu, neochoty až dešpektu systematicky sa venovať otázkam kvality, najmä v prípade menších organizácií.

Odporúčanie: *Učiť/Viesť organizácie k tomu, ako realisticky vyhodnocovať finančné nároky (dodatočné finančné náklady) súvisiace so zavádzaním a implementáciou jednotlivých štandardov kvality do vlastnej praxe; využívať metódu sprostredkovávania príkladov dobrej praxe.*

5 Záver

Na základe výsledkov prieskumu a ich kombináciou (porovnávaním) s výskumnými zisteniami z roku 2016 by sa mohlo zdať, že niekoľkoročné obdobie, ktoré poskytovatelia získali od zavedenia systému kvality do zákona po súčasnosť, nebolo pre ich aktuálnu situáciu samo o sebe dostatočne nápomocné. A teda, že sa situácia poskytovateľov na poli zavádzania systému kvality sociálnych služieb v priebehu rokov systematicky nezlepšovala, skôr zhoršovala. Takýto záver by bol však zjednodušujúci, najmä v prípade, ak mapujúci kvantitatívny prieskum nebol kombinovaný s hlbšími kvalitatívnymi sondami a prípadovými štúdiami, vďaka ktorým by sa bližšie spredmetnil obraz organizácie s aktívnym a pasívnym implementačným statusom. Rovnako by bol takýto záver nekorektný, najmä v prípade, ak nebola zabezpečená jednotnosť a reprezentatívnosť vzorky skúmaných subjektov v oboch zisťovaniach.

Pre najbližší výskum kvality sociálnych služieb preto odporúčame aplikáciu kombinovaného kvantitatívno-kvalitatívneho výskumného dizajnu, k čomu poskytne aj samotný národný projekt zameraný na otázky kvality sociálnych služieb určite dostatok príležitostí. Na základe doterajších výskumných poznatkov sa okrem toho ukazuje ako nevyhnutné venovať výskumnú pozornosť finančným súvislostiam implementácie podmienok kvality do praxe poskytovateľov sociálnych služieb. Uvedenej otázke nebola doposiaľ venovaná prakticky žiadna osobitná pozornosť. Jednoducho sa predpokladalo, že organizácie budú schopné zabezpečiť svoje úlohy na úseku kvality v rámci plnenia svojich bežných úloh, bez akejkoľvek finančnej alebo inej verejnej podpory. Výskum z roku 2016, no najmä aktuálny prieskum

naznačili, že takéto východisko nemusí byť pre implementáciu podmienok kvality na organizačnej úrovni realistické, čím sa môže ohroziť úprimná snaha zákonodarcu postaviť sociálne služby na ľudsko-právnom základe, ktorý je jadrom celého konceptu kvality sociálnych služieb vykonávaného vo verejnom záujme.

Referencie

- Berger, P. L. a Luckmann, T. (1999). *Sociální konstrukce reality. Pojednání o sociologickém vědení*. Plzeň: Centrum pro studium demokracie a kultury.
- Brichtová, L. a Repková, K. (2014). *Sociálne služby: zacielené na kvalitu*. Bratislava: IVPR. https://www.ceit.sk/IVPR/images/pdf/2014/socialne_sluzby_kvalita.pdf
- Buzala, O. a Kovaľová, M. (2015). *Kvalita sociálnych služieb v kocke-I*. Štefanov: Tabita.
- Halásková, R. (2013) *Význam standardizace sociálních služeb v době jejich liberalizace*. Praha: VÚPSV, v.v.i.
- Konečný, S. a Konečný, B. (2009). *Otvorená komunálna politika. Teória a prax*. Bratislava: Mayor, s.r.o.
- Mateides, A. a kol. (2006) *Manažérstvo kvality. História, koncepty, metódy*. EPOS : Bratislava.
- Musil, L. (2012) Postmoderní institucionalizace SPR a výzvy pro vzdělávání v oboru. Prednesené na konferencii *Výzvy a trendy vo vzdelávaní v sociálnej práci*. Prešov: FF PU v Prešove, 26.-27.4.2012.
- Nies, H. et al. (2010) Manažment kvality a zabezpečenie kvality v dlhodobej starostlivosti. Európska správa. In Repková, K. a autorský kolektív. (2010) *Dlhodobá starostlivosť a o starších ľudí na Slovensku a v Európe (I). Neformálna starostlivosť. Kvalita*. Bratislava: IVPR.
- Repková, K. (2018). *Sociálna práca v sociálnych službách*. Bratislava: IVPR. Dostupné on-line: https://www.ceit.sk/IVPR/images/IVPR/2018/sp_v_soc_sluzbach.pdf
- Repková, K. (2017). *Sociálne služby. Podpora zmyslupnej každodennosti v ľudsko-právnej perspektíve*. Bratislava: IVPR. Dostupné on-line: https://www.ceit.sk/IVPR/images/IVPR/2017/kniha_socialne_sluzby_podpora_zmyslupnej_kazdodennosti.pdf
- Repková, K. (2016a). *Kvalita v kontexte transformácie sociálnych služieb*. Bratislava: IVPR. Dostupné on-line: https://www.ceit.sk/IVPR/images/pdf/2016/socialne_sluzby_web.pdf
- Repková, K. (2016b). *Hodnotenie podmienok kvality poskytovaných sociálnych služieb – metodické východiská (návrh)*. Bratislava: IVPR. Dostupné on-line: <https://www.employment.gov.sk/files/rodina-soc-pomoc/hodnotenie-podmienok-kvality-poskytovanych-socialnych-sluzieb-metodicke-vychodiska.pdf>
- Repková, K. et al. (2015). *Implementácia podmienok kvality v praxi poskytovateľov sociálnych služieb – metodické východiská*. Bratislava: IVPR. Dostupné on-line: <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/metodika-verzia-3.12-komplet.pdf>
- Repková, K. (2012). *Sociálne služby v kontexte komunálnej sociálnej politiky*. Bratislava: IVPR. Dostupné on-line:

https://www.ceit.sk/IVPR/images/IVPR/2012/socialne_sluzby_v_kontexte_komunalnej_socialnej_politiky.pdf

Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike. (2011). Dostupné on-line: <http://www.employment.gov.sk/strategia-deinstitucionalizacie-systemu-socialnych-sluzieb-a-nahradnej-starostlivosti-v-sr.html>

Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012-2015. (2011). Dostupné on-line: https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/nap_di.pdf

Tomeš, I. (2009). *Sociální správa. Úvod do teorie a praxe.* Praha: Portál.

Vávrová, S. a Doričáková, Š. (2016). Pseudosociální služby pro seniory v České republice. Výpomoc nebo biznis. In *Sociální práce/Sociálna práca*, Vol. 16, č. 6, s. 109-125.

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálních službách a o změně a doplnění zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikání (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.

Q-I-S dotazník

Autorka: Kvetoslava Repková

Vážená respondentka, vážený respondent,

Už takmer dekádu ste ako poskytovatelia sociálnych služieb viazaní požiadavkami naplňaním zákonom ustanovené **štandardy kvality sociálnych služieb** ustanovené v prílohe č. 2 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách (v platnom znení). Keďže ide o pomerne náročnú úlohu, rezort práce, sociálnych vecí a rodiny SR má záujem podporiť Vás pri jej naplňaní poskytnutím odbornej a metodologickej podpory v rámci štartujúceho národného projektu „Kvalita sociálnych služieb“. K plánovaniu odborných aktivít národného projektu je však prospešné poznať, v akom štádiu ste ako poskytovatelia sociálnych služieb pri zavádzaní a implementácii štandardov kvality do svojej praxe (aký majú **Q - implementačný status**).

Pripravili sme pre Vás niekoľko orientačných otázok, ktoré by nám takéto poznanie mohli sprostredkovať. Prosíme Vás o ich zodpovedanie vyplnením tohto dotazníka, ktoré Vám nezaberie viac ako 15 minút. Dotazník sa administruje elektronicky a je pri ňom plne zaručená Vaša anonymita. Niet preto dôvodu pre akékoľvek prikrášľovanie, či naopak podceňovanie situácie vo Vašej organizácii.

A. Niekoľko otázok k Vášmu implementačnému statusu

1. *Ako je na tom Vaša organizácia s implementáciou podmienok kvality? (označte jednu možnosť, ktorá najlepšie zodpovedá Vašej súčasnej situácii)*
 - Čakali sme na metodiku, ktorá bola spracovaná pre celé Slovensko a na jej základe sa teraz začíname postupne zaoberať implementáciou podmienok kvality.
 - S implementáciou sme začali už dávnejšie, proces však ešte nie je ukončený.
 - Podmienky kvality podľa zákona máme komplexne zavedené.
 - Ešte sme s procesom implementácie nezačali, riadime sa stále zabehnutým systémom.
2. *Ako je na tom Vaša organizácia z hľadiska naplňania požiadaviek na potrebnú dokumentáciu a požiadaviek na potrebnú prax v oblasti kvality? (označte jednu možnosť, ktorá najlepšie zodpovedá Vašej súčasnej situácii)*
 - Zameriavame sa najmä na prípravu potrebných dokumentov, nakoľko prax u nás už dávnejšie zodpovedá požiadavkám podľa zákona.
 - Zameriavame sa najmä na zmenu praxe, nakoľko potrebné dokumenty máme už dávnejšie pripravené.
 - Prípravu potrebných dokumentov sa snažíme časovo zosúladiť so zmenami v oblasti praxe.
 - Potrebné dokumenty a z nich vyplývajúcu prax máme už dávnejšie komplexne zavedené.
 - Požiadavkami na dokumenty a prax podľa zákona sa zatiaľ nezaobráame, riadime sa stále zabehnutým systémom.
3. *Ak ste s procesom implementácie podmienok kvality už začali alebo ho už máte zavedený, akým spôsobom ste k tomu pristupovali? (označte jednu možnosť, ktorá najlepšie zodpovedá Vášmu postupu)*

*Tí, ktorí s procesom implementácie ešte nezačali, prejdú na otázku č. 4.

- Spolupracovali sme s firmou/alebo s nejakou fyzickou osobou, ktorá nám pripravila potrebnú dokumentáciu a poskytla nám konzultáciu, ako ju uplatňovať v praxi.
 - Spolupracovali sme s firmou/alebo s nejakou fyzickou osobou, ktorá nám poskytla konzultáciu, ako vlastnými silami pripraviť potrebnú dokumentáciu a následne ju implementovať do praxe.
 - Pri príprave dokumentácie, rovnako pri zavádzaní nových postupov do praxe, sme sa radili s inými organizáciami, ktoré už majú podmienky kvality zavedené.
 - Pri príprave dokumentácie, rovnako pri zavádzaní nových postupov do praxe, sme sa spoliehali a dodnes sa spoliehame predovšetkým na seba.
4. *Systém zákonom upravených podmienok kvality sociálnych služieb považujete za (označte jednu možnosť, ktorá najlepšie zodpovedá Vášmu stanovisku):*
- Výbornú príležitosť rekapitulovať to, čo v organizácii robíte dobre a identifikovať to, čo potrebuje zmenu.
 - Dobrú myšlienku, ktorá je však tak náročná na uskutočnenie, že ju bude ťažké úplne implementovať.
 - Zbytočnú administratívnu záťaž organizácií sociálnych služieb, ktoré majú aj bez toho dosť problémov.
5. *Čo považujete všeobecne pre poskytovateľa sociálnych služieb za najväčšiu prekážku (komplikáciu) v zavádzaní systému kvality? (označte jednu možnosť, ktorá najlepšie zodpovedá Vášmu stanovisku):*
- nedostatočne vzdelaný a motivovaný manažment organizácie,
 - nedostatočne vzdelaný a motivovaný personál organizácie,
 - nedostatok finančných zdrojov k potrebným zmenám,
 - nedostatok podpory zo strany zriaďovateľa,
 - preferencia ľudí zotrvať v zabehnutom systéme.

B. Ešte niekoľko doplňujúcich otázok ku kvalite Vašich sociálnych služieb

6. *Myslíte si, že po komplexnom zavedení podmienok kvality do Vašej bežnej činnosti sa zmení to, ako budete poskytovať sociálnu službu svojim klientom a klientkam?*

- Myslíme si to.
- Nemyslíme si, že dôjde k výraznejším zmenám, nakoľko my sme stanovené podmienky kvality dodržiavali už dávno, bez ohľadu na to, či to ustanovuje zákon alebo nie.

7. *Má Vaša organizácia zavedený systém manažérstva kvality (napr. podľa ISO normy alebo systému CAF)?*

- Áno
- Nie

8. *Máte v organizácii zavedenú pracovnú pozíciu „manažéra/manažérky kvality“?*

- Áno
- Nie

C. Na záver niekoľko základných informácií o Vašej organizácii

9. Aké zameranie má sociálna služba, ktorú poskytujete? (pozor, delenie úplne nezodpovedá deleniu podľa zákona, skôr zodpovedá nastaveniu národného projektu)

- pobytová sociálna služba pre starších ľudí,
- ambulantná alebo terénna sociálna služba pre starších ľudí a/alebo ľudí so zdravotným postihnutím,
- sociálna služba pre deti a mladých ľudí so zdravotným postihnutím,
- sociálna služba krízovej intervencie,
- sociálna služba na podporu rodiny s deťmi,
- kombinácia sociálnych služieb s vyššie uvedeným zameraním.

10. Aký je Váš právny status?

- verejný poskytovateľ
- neverejný poskytovateľ

11. V ktorom regióne poskytujete svoju sociálnu službu?

- bratislavskom,
- trnavskom,
- nitrianskom,
- banskobystrickom,
- trenčianskom,
- žilinskom,
- prešovskom,
- košickom,
- vo viacerých regiónoch súčasne.

12. Akému počtu klientov a klientok poskytujete svoju sociálnu službu?

- do 20
- do 40
- do 60
- do 80
- do 100
- nad 100

Ďakujeme!