

Bakalářská práce

2010

Brejcha Tomáš

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra praktické teologie

Bakalářská práce

Komparace standardů kvality RVKPP a MPSV v drogových službách

Vedoucí práce: Mgr. Markéta Elichová, Ph.D.

Autor práce: Tomáš Brejcha, DiS.

Studijní obor: sociální a charitativní práce

Ročník: 4.roč.

2010

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 21. února 2010

.....
Tomáš Brejcha, DiS.

PODĚKOVÁNÍ:

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Markétě Elichová, Ph.D.
za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce a Mgr. Daně Šedivé za
odbornou konzultaci.

Úvod:

Při přemýšlení o tématu bakalářské práce jsem se rozhodl, že bych rád porovnal oba procesy standardů, protože je to aktuální téma, se kterým se setkávám v praxi a které řešíme v naší organizaci (o.s. Prevent). Též mě vedla vize toho, že by práce mohla být užitečná pro jiné kolegy z adiktologických služeb, kteří se s tímto tématem taktéž potýkají.

V teoretické části je nastíněno teoretické pozadí Standardů odborné způsobilosti (SOZ) Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) a Standardů kvality sociálních služeb (SQSS) Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (MPSV), jejich cíle a rozdíly ve filosofii a zacílení standardů. Krátce je představeno zařízení Drogová poradna PREVENT (DPP).

V praktické části je obsaženo již samotné srovnávání. Vždy uveden Standard kvality sociálních služeb a k němu odpovídající Standard odborné způsobilosti, popř. více standardů, pokud se kritéria objevují i jinde. Oba doplněny o kritéria, která se k nim vztahují. Následují komentáře, kde je porovnání obou standardů, v čem se podobají, v čem se liší a v který je vhodnější pro poskytování služeb klientům v DPP.

Z použité literatury jsem nejvíce čerpal ze samotných Standardů kvality sociálních služeb a Standardů odborné způsobilosti, Zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách. Další použité zdroje jsou uvedeny na konci práce.

Cílem této bakalářské práce je porovnáním standardů MPSV a RVKPP zjistit, které **standardsy jsou** pro praxi v Drogové poradně PREVENT **vhodnější a v čem**.

Z pohledu sociálních služeb poskytuje Drogová poradna PREVENT (DPP) službu dle § 39 Z. 108/2006 Sb. *odborné sociální poradenství*. Z pohledu adiktologických služeb je to služba *ambulantní léčba*. Domnívám se, že již z tohoto úhlu pohledu se zde setkávají dva ne-li protichůdné, tak odlišné přístupy.

Mám zkušenost jednak z procesu certifikací odborné způsobilosti jako účastník, kterou jsme absolvovali v roce 2009 a jednak i jako certifikátor

odborných služeb pro uživatele drog. Zároveň s přípravou na certifikace jsme se připravovali (a stále připravujeme) na inspekce sociálních služeb dle Zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách. V průběhu příprav na certifikace a inspekce jsem došel k závěru, že jsou tyto dva procesy odlišné v požadavcích a východiscích (zdravotně-sociální vs. sociální). Tato zkušenost mě přivedla k rozhodnutí napsat bakalářskou práci na toto téma.

Jako **metodu** jsem zvolil srovnávací **analýzu standardů MPSV a SOZ** a následném porovnání obsahu standardů s praxí poskytování služeb v Drogové poradně PREVENT.

Kritériem celého procesu porovnávání by měla být EFEKTIVITA pro danou službu. Jaké konkrétní standardy a v čem jsou vhodné. Domnívám se, že je možné vzít z obou standardů to nejlepší a že oboje by si mohly být navzájem inspirací a podněcovat nové uvažování o standardizaci jak v sociálních, tak v oblasti služeb prevence a léčby drogových závislostí. Zároveň jsem si vědom toho, že práce bude subjektivním hodnocením obou procesů z pozice „reflektujícího pozorovatele“. Ačkoli standardy jsou psané, záleží též na výkladu inspektorů a certifikátorů a pochopení poskytovatelů služeb. Ty mohou být odlišné.

Doufám, že tato práce bude přínosná kolegům z oboru. Rád bych také výsledky, ke kterým dojdou v závěru práce, prezentoval v odborných kruzích např. na Jihočeské konferenci protidrogových profesionálů nebo na AT konferenci a snažil se tak více propojit oba systémy tam, kde je to možné např. formou připomínek a návrhů v rámci procesu revize standardů.

1. Teoretická východiska a cíle standardů

1.1 Teoretická východiska RVKPP

Východiskem těchto standardů jsou “Minimální standardy” dle WHO, vydané MPK¹ v r. 1995, dále Metodické opatření č. 9 MZ² ČR (Věstník MZ ČR, částka 7, červen 1998), standardy SCODA z Velké Británie a základní manuál kvality doporučený Evropskou unií.

Návrh (první verze, červen 1999) byl připomínkován v 1.kole připomínkového řízení. Druhá verze (září 1999) zohlednila připomínky, doplňky a náměty 1. kola připomínkového řízení. Třetí verze (listopad 1999) přinesla návrh hodnotícího schématu a bodového hodnocení. Čtvrtá verze (únor 2000) zapracovala a zohlednila připomínky členů Pracovní skupiny pro substituční léčbu návykových nemocí při MZ. Pátá verze (červen 2001, verze 5., srpen 2001) byla výsledkem úprav vzniklých na základě pilotního ověřování akreditačních standardů. V této etapě (1999-2001, verze 1-5) nesly tyto standardy název Akreditační standardy a počínaje čtvrtou verzí byly prakticky ověřeny při místním šetření celkem v 15 zařízeních.

Šestá verze představovala zásadnější revizi, která vzala v úvahu politiku kvality MZ a MPSV.

a) Politika kvality MZ: podle doporučení Centra pro rozvoj kvality (MZ) jsou zohledněny na příslušné úrovni požadavky ISQua a ALPHA International Principles for Standards. Dále se upustilo od pojmu „akreditace“ a „akreditační standardy“ s tím, že tento pojem má být vyhrazen pro proces vyššího stupně, zahrnující i hlubší hodnocení organizačního, personálního a finančního managementu, hodnocení účinnosti odborné péče a ekonomickou evaluaci (hodnocení nákladové efektivity). I na úrovni procesu certifikace odborné způsobilosti však byla zachována dosavadní kritéria organizačního, personálního a finančního managementu (standardy A4, A5, A7 a A8), protože jimi

¹ Meziresortní protidrogová komise – předchůdce Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky

² Ministerstvo zdravotnictví České republiky

hodnocené faktory vytvářejí příznivé okolí pro kvalitu poskytovaných odborných služeb, jejich udržitelnost a životaschopnost.

b) Byla zajištěna harmonizace se standardy sociálních služeb, které byly vypracovány na MPSV v období 2000-2001.

Sedmá (a zatím poslední) verze (2.revize) přináší další strukturální i obsahové úpravy. Zejména v obecné části (část A) je dodržována shoda se standardy kvality sociálních služeb („registrační standardy“) v publikované verzi z r. 2001.³

1.2 Teoretická východiska MPSV

V současném pojetí sociálních služeb v České republice je kladen důraz na poskytování takových sociálních služeb, které dbají na dodržování lidských práv osob při individuálním poskytování služeb. Respektují svobodnou vůli osob a zajišťují jejich důstojný život a v neposlední řadě směřují k sociálnímu začleňování klientů.

Naplňováním principů sociálního začleňování je podporován běžný způsob života osob, jsou vyrovnávány jejich příležitosti na uplatnění ve společnosti. Poskytovatelé vytvářejí pro uživatele podmínky, aby mohli žít život obvyklého rytmu a způsobu jako jejich vrstevníci, kteří sociální služby nevyužívají.⁴

Standardy kvality sociálních služeb doporučené MPSV od roku 2002 se staly právním předpisem závazným od 1.1.2007. Znění kritérií Standardů je obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.⁵

³ Standardy odborné způsobilosti Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. *Standardy odborné způsobilosti*. Praha: Úřad vlády ČR, 30.10.2003. 68 s. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/evaluace/certifikace_odborne_zpusobilosti_poskytovatelu_sluzeb_pro_uzivatele_om_amnych_a_psychootropnich_latek>.

⁴ ČERMÁKOVÁ, K., HOLEČKOVÁ K. M. et al. *Standardy kvality sociálních služeb : Výkladový sborník pro poskytovatele*. 1. vydání. [s.l.] : TIGIS PRINT, s.r.o, 2008. 187 s. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/5966/4_vykladovy_sbornik.pdf>.

⁵ Vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. *Standardy kvality sociálních služeb*. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 1.1.2007. 3 s. Dostupné z WWW:

1.3 Cíle standardů RVKPP

1. Cílem standardů je stanovit ve veřejném zájmu kritéria péče o problémové uživatele drog, drogově závislé, která se stanou závazná pro všechny poskytovatele odborných služeb
2. Standardy jsou základním nástrojem pro zabezpečení kvality a účinnosti poskytované péče, nenahrazují však diagnostické a léčebné standardy a postupy dobré praxe u jednotlivých metod.
3. Standardy umožňují poskytovatelům trvalé a systematické zaměření na kvalitu vlastní práce, její udržení a rozvoj.
4. Standardy jsou v rámci procesu certifikace odborné způsobilosti nástrojem pro odborné posouzení poskytovatele, který se k certifikaci přihlásil. Získání certifikace je známkou kvality pro uživatele péče, veřejnost a správní orgány.
5. Standardy poskytují orgánům státní správy a veřejné správy, veřejným zdravotním pojišťovnám a jiným institucím poskytujícím finanční prostředky nástroj pro dohled na úroveň služeb poskytovaných veřejnosti a kontrolu efektivity vynakládání poskytnutých finančních prostředků.
6. Standardy jsou jedním z prostředků k zabezpečení širší dostupnosti komplexní a kontinuální léčebné péče o problémové uživatele drog a osoby závislé na drogách.⁶

Certifikace odborné způsobilosti služby je posouzení a formální uznání, že daná služba odpovídá stanoveným kritériím kvality a komplexnosti, jak jsou stanoveny v Certifikačních standardech. Základními principy certifikací je jejich dobrovolnost, transparentnost celého procesu, nezávislé odborné šetření, jednotnost kritérií a jejich mezioborový a meziresortní charakter.⁷

⁶ Standardy odborné způsobilosti, 2003, s. 1

⁷ www.drogy-info.cz : *Informační portál o ilegálních a legálních drogách* [online]. Praha : Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 11.12.2003, 15.03.2007 [cit. 2010-03-17]. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/evaluace/certifikace_odborne_zpusobilosti_poskytovatelu_sluzeb_pro_uzivatele_omamnych_a_psychotropnich_latek>

1.4 Cíle standardů MPSV

Obecným cílem sociálních služeb je zajistit takovou míru podpory, která vede k samostatnému a důstojnému životu.⁸

Ministerstvo práce a sociálních věcí se v posledních letech velmi zabývalo oblastí sociálních služeb, zejména prevencí sociálního vyloučení zranitelných skupin obyvatelstva, podporou jejich života v přirozeném společenství a ochranou jejich občanských práv před neodborným poskytováním služeb. Aby tyto požadavky mohly být splněny, rozhodlo MPSV již v roce 2002 stanovit požadavky na kvalitu poskytování sociálních služeb v podobě standardů kvality.

Touto problematikou se zabýval tým expertů, který vytvořil metodiku pro zpracování Standardů kvality sociálních služeb a jejich zavedení do praxe. Současně byli vyškoleni takzvaní inspektoři kvality, odborníci na poskytování sociálních služeb.⁹

Cílem služeb bývá mimo jiné

- podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu
- rozvíjet schopnosti uživatelů služeb a umožnit jim, pokud toho mohou být schopni, vést samostatný život
- snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života uživatelů¹⁰

2. Drogová poradna PREVENT

Drogová poradna PREVENT (dále jen DPP) vznikla v roce 2008. Zřizovatelem DPP je občanské sdružení PREVENT, které je zastřešující organizací pro několik dalších projektů zaměřených na primární, sekundární i terciární prevenci.

⁸ ČERMÁKOVÁ, K., HOLEČKOVÁ K. M. et al. *Standardy kvality sociálních služeb : Výkladový sborník pro poskytovatele.*, s. 5

⁹Pečovatelská služba Chropyně : organizační složka Města Chropyně infromuje. In *Zpravodaj města Chropyně*. květen 2008. Chropyně : Město Chropyně, 2008. s. 20. Dostupné z WWW: <http://www.muchropyne.cz/Soubory/zpravodaj/2008_05.pdf>.

¹⁰ MPSV.CZ : *Sociální služby - způsoby pomoci* [online]. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2007 [cit. 2010-03-17]. Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/9#sszp>>.

Impulsem pro vznik DPP byl požadavek a potřeba Oddělení sociálně právní ochrany dětí na odboru sociálních věcí Magistrátu města České Budějovice po zániku Poradny drogových závislostí zřizované Zdravotním ústavem v ČB na zřízení ambulantní péče pro klienty a klientky s drogovým problémem a pro jejich rodiny. Po předběžných jednáních se Statutárním městem České Budějovice a Krajským úřadem JČK projekt je realizován v prostorách Doléčovacího centra PREVENT.¹¹

Impulsem byl též požadavek Krajského úřadu Jihočeského kraje v rámci Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb na území kraje, kde jedním z výstupů byl vznik specializovaného ambulantního poradenského zařízení, které by se zaměřovalo na psychosociální práci s danými cílovými skupinami. Cíl projektu je rovněž v souladu s Akčním plánem Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje na období 2005 až 2009, schváleným usnesením číslo 166/2006/ZK ze dne 20.6.2006.¹²

3. Rozdíly ve filosofii a zacílení standardů RVKPP a MPSV

Oba systémy prošly dlouhodobým vývojem a Standardy RVKPP byly tvořeny tak, aby se standardy MPSV korespondovaly. Odlišnosti ve struktuře, obsahu a výkladu standardů jsou způsobeny zejména zacílením, kdy Standardy MPSV měly pojmut všechny sociální služby obecně a Standardy RVKPP se zaměřily na služby orientované na sekundární a terciární prevenci a léčbu drogových závislostí, kde systém a typy služeb včetně zacílení, rozsahu a filosofie služeb byl již konkrétně dán.

V modelu standardů RVKPP jsou zahrnuty všechny základní tzv. drogové služby, tedy i služby přesahující rámec služeb sociálních (např. substituční léčba

¹¹ KOTYZOVÁ, M., BREJCHA, T. *Operační manuál Drogové poradny PREVENT* České Budějovice, 2009. s. 80

¹² *OBČANSKÉ SDRUŽENÍ PREVENT : Drogová poradna PREVENT* [online]. České Budějovice : 2008 [cit. 2010-03-17]. Dostupné z WWW: <<http://www.os-prevent.cz/dpp/index.html>>.

či detoxifikace), což reflektuje akcentaci mezioborového přístupu v těchto typech služeb.

Standardy MPSV jsou cíleny na služby sociální a mezioborovými přesahy toliko v personálním zajištění služeb.

Ve Standardech RVKPP je kladen důraz na odbornost služeb z hlediska propracovanosti řídicích mechanismů v organizaci poskytovatele služeb a materiálně technickém zabezpečení, zajištění odbornosti týmu, propracování metodiky práce v rámci multidisciplinárního přístupu v souladu s bio-psycho-sociálním modelem závislosti. Důraz je kladen primárně na odbornost služby.

Ve Standardech MPSV je důraz kladen na dodržování práv a svobod uživatele služeb, doložitelnou provázanost deklarovaných podmínek, obsahu a jiných aspektů služby s realitou jejich poskytování včetně jejího průběžného vyhodnocování. Akcent je primárně kladen na prospěch uživatele služby.¹³

4. Procedurální rozdíly procesů certifikací a inspekcí

Procedurální rozdíly vycházejí z legislativního rámce a dále z návazné metodiky šetření.

Systém certifikací odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog byl schválen Vládou ČR 16. března 2005 usnesením č. 300/2005 a následně 8. června 2005 Vláda ČR rozhodla ve svém usnesení č. 700/2005, že poskytování finančních prostředků na protidrogovou politiku v oblasti sekundární a terciární prevence bude vázána na získání certifikace.

Inspekce jsou aktuálně zákonným nástrojem pro kontrolu kvality sociálních služeb a plnění povinností poskytovatelů sociálních služeb dle zákona

¹³ ŠEDIVÁ, D., KRUTILOVÁ, D., ŽÁK, J., HERZOG, A., SYROVÝ, J., STANÍČEK, J., SKLENÁŘ, V. *Orientační vodítka pro poskytovatele drogových služeb v působnosti zákona o sociálních službách*. Měříň, 2009, Prezentace příspěvku, XII. AT konference

č. 106/2008 Sb. Nedodržení zákonem daných povinností může znamenat ztrátu registrace služby a její ukončení.¹⁴

5. Odborné sociální poradenství vs. Ambulantní léčba

Odborné sociální poradenství – dle Z. 108/2006 Sb. §37 „je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností. „

Ambulantní léčba - dle představ EMCDDA se ambulantní péče o závislé poskytuje především v ambulantních léčebných střediscích, která odpovídají našim ordinacím AT pro prevenci a léčbu závislostí...“¹⁵

Filosofický rámec:

Ambulantní léčba (zejm. v AT ordinacích)– stojí na přístupu „expertnosti“. *Odborník ví, co je pro pacienta dobré. Pacient přijímá odborníkovo hledisko. Pacient je objektem pomáhání. Zaměřením na ne-moc pacienta.*

Odborné sociální poradenství - stojí na principech sociální práce. *Odborník neví, co je pro klienta dobré. Odborník přijímá klientovo hledisko. Pacient je subjektem pomáhání. Zaměřením na moc klienta.*¹⁶

¹⁴ ŠEDIVÁ, D., KRUTILOVÁ, D., ŽÁK, J., HERZOG, A., SYROVÝ, J., STANIČEK, J., SKLENÁŘ, V. *Orientační vodítka pro poskytovatele drogových služeb v působnosti zákona o sociálních službách.* s. 3

¹⁵ KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : Mezioborový přístup.* 1. vydání. Praha : Úřad vlády ČR, 2002. 336 s. ISBN 80-86734-05-6.

¹⁶ BREJCHA, T., KOTYZOVÁ, M. *Ambulantní léčba vs. Odborné sociální poradenství.* České Budějovice, 2009, Prezentace příspěvku, III. Jihočeská konference protidrogových profesionálů, 2009 Dostupné z WWW: <[http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?par\[id_v\]=346&par\[lang\]=CS](http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?par[id_v]=346&par[lang]=CS)>.

6. Komparace standardů odborné způsobilosti (SOZ) RVKPP a standardů kvality sociálních služeb (SQSS) MPSV

6.1 STANDARD Č. 1

SQSS - Standard č. 1 Cíle a způsoby poskytování soc. služeb

(Poskytovatel má písemně definováno a zveřejněno poslání, cíle a zásady poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena, a to v souladu se zákonem stanovenými základními zásadami poskytování sociálních služeb, druhem sociální služby a individuálně určenými potřebami osob, kterým je sociální služba poskytována; Poskytovatel vytváří podmínky, aby osoby, kterým poskytuje sociální službu, mohly uplatňovat vlastní vůli při řešení své nepříznivé sociální situace; Poskytovatel má písemně zpracovány pracovní postupy zaručující řádný průběh poskytování sociální služby a podle nich postupuje;)

SOZ – Standard č. 1. Přístupnost a cíle odborných služeb

(Poslání a cíle služby jsou definovány v písemné podobě a odpovídají odborným a humanistickým principům., Pro službu je definována cílová skupina., Poskytované služby odpovídají deklarovaným cílům a poslání a jsou poskytovány pacientům/klientům, kteří odpovídají stanovené cílové skupině.)

+ 4. Spektrum služeb a zásady jejich poskytování

(Vhodný typ a forma odborné péče (dále „program“) se stanoví na základě diagnózy, typu užívané návykové látky, rozsahu užívání, stupni závislosti, fyzickém a psychickém stavu pacienta/klienta (přitom se bere v úvahu případná somatická či psychiatrická komorbidita), Zvolený program je komplexní se zaměřením na bio-psycho-sociální podstatu problému., Podávané či předepisované léky musí být řádně uvedeny v dokumentaci pacienta/klienta. Farmakoterapie musí odpovídat specifickým potřebám pacienta/klienta, typu užívané návykové látky, uznané praxi, aktuálním vědeckým poznatkům a příslušným metodickým opatřením MZ., Každý pacient/klient má zajištěný přístup k následujícímu spektru odborné péče....)

Komentář:

Oboje standardy požadují písemné definování poslání, cílů a okruh osob, kterým je služba určena (cílová skupina). SQSS navíc požadují zásady poskytované sociální služby, což odpovídá SOZ č. 4. *Spektrum služeb a zásady jejich poskytování*. Z tohoto standardu je patrný především medicínský přístup k fenoménu užívání omamných a psychotropních látek s možnými důsledky rozvoje syndromu závislosti.

Dále je ve standardech MPSV kladen akcent na lidskou důstojnost, individuální potřeby, podporu a motivaci k nezávislosti na službách, posilování sociálního začleňování, dodržování lidských práv a svobod. Jde o vytváření podmínek a mechanismů na ochranu před předsudky a uplatňování vlastní vůle. To může v ambulantní léčbě omezovat roli pracovníka jako experta na klientův

život a přenášení zodpovědnosti a kompetencí směrem ke klientovi. Klient ví, co je pro něj dobré, popř. to konzultuje s pracovníkem, který se snaží být respektující a pomáhající klientovi najít jeho způsoby řešení.¹⁷

Ve SOZ by tedy měly být promítnuty i opatření uplatňování vlastní vůle při řešení své nepříznivé sociální situace a ochrana před předsudky a negativním hodnocením, ke kterému by mohlo dojít v důsledku poskytování služby.

Domnívám se, že z hlediska efektivity je v DPP vhodnější SQSS č. 1. Je více propracovanější a pro službu zásadnější. Přináší jasný systém veřejného závazku, který je kontrolovatelný a zaměřený na respekt ke klientovi a k jeho lidské důstojnosti. Ačkoli by se dalo předpokládat, že v terénních programech a ambulantních službách by nemuselo docházet k diskriminaci a omezování vlastní vůle. Standard poukazuje na to, že poskytovatel tyto aspekty služby má brát v potaz a zabývat se jimi, přestože „humanistické“ principy ve SOZ vychází více z Etického kodexu a do jisté míry s ním více pracují a vycházejí z něj.

6.2 STANDARD Č. 2

SQSS Standard č. 2 – Ochrana práv osob

(Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro předcházení situacím, v nichž by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod osob, a pro postup, pokud k porušení těchto práv osob dojde; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje; Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, ve kterých vymezuje situace, kdy by mohlo dojít ke střetu jeho zájmů se zájmy osob, kterým poskytuje sociální službu, včetně pravidel pro řešení těchto situací; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje; Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání darů; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje)

SOZ Standard č. 2 – Práva pacientů/klientů

(při poskytování odborné péče jsou respektována práva pacientů/klientů. Poskytovatel zkoumá a definuje specifické situace, při kterých by k porušování práv mohlo dojít, a vytváří taková pravidla, která by práva pacientů, klientů zajistila – zařízení dodržuje kodex práv a zveřejňuje jej pro Kl./Pac., má právo se PŘIMĚŘENÝM způsobem SEZNÁMIT, jak je dokumentace vedena, omezení s informovaným souhlasem, postup přijímání, vyřizování a dokumentování stížností, diskriminace a zneužívání, porušení práv, pravidla proti zneužití moci, střety zájmů, vnitřní pravidla pro předcházení situacím porušování práv a střety zájmů, vymezení situací, kdy by k tomu mohlo dojít a pravidla pro řešení, vnitřní pravidla pro přijímání darů /i nefinančních/, může NAHLÍŽET do své dokumentace)

Komentář:

¹⁷ BREJCHA, T., KOTYZOVÁ, M. *Ambulantní léčba vs. Odborné sociální poradenství*. České Budějovice, 2009, Prezentace příspěvku, III. Jihočeská konference protidrogových profesionálů, Červená nad Vltavou, 2009 Dostupné z WWW: <[http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?par\[id_v\]=346&par\[lang\]=CS](http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?par[id_v]=346&par[lang]=CS)>.

SOZ i SQSS požadují, aby organizace (poskytovatel) zkoumala a definovala situace, při kterých by v souvislosti s poskytováním služby mohlo dojít porušení práv uživatelů služby.

SQSS požadují, aby poskytovatel měl písemně zpracována pravidla pro *předcházení* situacím, v nichž by mohlo dojít k porušení základních lidských práv a stanovený postup, pokud k tomuto dojde. To znamená, že řeší situace, které ještě nenastaly. Je požadováno, aby se na pracovníci preventivně těmto situacím věnovali a zkoumali, ve kterých oblastech k porušování práv může docházet, aby těmto situacím předcházeli a přijímali taková opatření, která tomu účinně zamezují. V případě, že k tomu dojde musí mít poskytovatel stanoven postup, jak se situací naložit. Ve SOZ jsou požadavky na definici situací, při kterých by mohlo dojít k porušení práv (preventivně) a teprve na základě toho vytváří pravidla, která porušení mají zabránit. Jde v zásadě pouze o 2 druhy postupů – induktivní či deduktivní se stejnými výsledky, smyslem i důsledky.

SQSS jsou v tomto standardu více zaměřeny na klienta, na ochranu jeho základních práv, svobod a oprávněných zájmů. Jak je uvedeno v Průvodci poskytovatele z r. 2002: *Případné omezení základních práv a svobod je možné pouze na základě zákona. Ani tak nesmí být ohrožena podstata a smysl těchto práv. Mimo zákonnou úpravu nelze základní lidská práva omezit vůbec!*¹⁸

Z hlediska SOZ je opět patrné, že vychází více z medicínského modelu. Omezování pacientů/klientů na jejich právech (viz. SOZ 2.5 s odkazem na § 23 Zákona č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu) pramení z pozice expertnosti – privilegovanějšího vědění toho, kdo je držitelem moci (lékař, terapeut) nad vědění toho, kdo je držitelem ne-moci (pacient, klient). To však nemusí vždy být na škodu, pokud lékař/terapeut citlivě používá svou moc a reflektuje to, co dělá. Ostatně i v sociální práci se používá pojmů pomoc a kontrola jako profesionální způsoby práce.

¹⁸ Procedurální standardy. In *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe : Průvodce poskytovatele*. 1. vydání. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 202. s. 112. Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/files/clanky/5964/pruvodce.pdf>>. ISBN 80-86552-45-4.

SOZ navíc požadují, aby pacienti/klienti byli informováni o případných zákonných omezeních zde uvedených práv a o důsledcích, které tato omezení mají pro něj a pro zařízení. Jedná se např. o nezletilé osoby, osoby v soudní ochranné léčbě.

SQSS požadují opět písemně zpracována vnitřní pravidla ve kterých situacích by mohlo dojít ke střetu zájmů poskytovatele a osob, kterým se služba poskytuje, vč. řešení a doložení toho, že se podle těchto pravidel postupuje. Střety zájmů se netýkají tedy jenom jednotlivých pracovníků, ale i celé organizace resp. poskytovatele. Ve SOZ jsou vyjma definování postupu přijímání, vyřizování a dokumentování stížností zahrnuty i případy diskriminace a fyzického, psychického a ekonomického či sexuálního zneužívání pacientů/klientů ze strany personálu. To vše může být zahrnuto pod pojmem porušování základních lidských práv. Stížnostem na kvalitu služby se věnuje samostatný SQSS č. 7.

SQSS dále požadují písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání darů a podle těchto praktik pak poskytovatel postupuje. Tento bod se nachází ve SOZ č. 9.7 – *Organizace stanoví a dodržuje pravidla pro přijímání darů*. Nejsou zde vymezeny přímo dary nefinančního charakteru tak, jak tomu je ve SQSS. Z hlediska práva je dar „nelukrativní (bezúplatný) převod vlastnictví a má formu smlouvy“.¹⁹

Domnívám se, že z hlediska efektivity pro službu odborné sociální poradenství i ambulantní léčba je vhodnější SQSS č. 2. Ten se skutečně týká především práv klientů. Zároveň je dostatečně obecný pro všechny služby. Z druhé strany pravidla týkající se služeb sociální prevence jsou nezbytná pro řádný průběh poskytování služeb a mohou být součástí dohody a klienti o nich vědí. Např. pravidlo zákazu donášení drog a zbraní do zařízení nijak klienty neomezuje na osobní svobodě a je důležité jak pro pracovníky (z hlediska jejich bezpečí), tak pro klienty (dávání hranic). Otázku, zda můžeme klienty v něčem omezovat – dávat jim hranice – je v kompetenci každého zařízení a není v rozporu s omezováním práv klientů. I pracovníci mají jako lidé stejná práva jako klienti.

¹⁹ *Wikipedia - otevřená encyklopedie* [online]. Spojené státy americké : 15. 1. 2001, 24. 3. 2010 [cit. 2010-03-29]. Dar. Dostupné z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Dar>>.

6.3 STANDARD Č. 3

SQSS Standard č. 3 – *Jednání se zájemcem o službu*

(Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, podle kterých informuje zájemce o sociální službu srozumitelným způsobem o možnostech a podmínkách poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje; Poskytovatel projednává se zájemcem o sociální službu jeho požadavky, očekávání a osobní cíle, které by vzhledem k jeho možnostem a schopnostem bylo možné realizovat prostřednictvím sociální služby; Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro postup při odmítnutí zájemce o sociální službu z důvodů stanovených zákonem; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.)

SOZ Standard č. 3 – *Příjem a úvodní zhodnocení pacienta/klienta, individuální plán a dohoda o poskytování odborné péče*

(každý pacient/klient je na počátku využívání odborné péče individuálně zhodnocen /vyšetřen/. Zhodnocení zahrnuje anamnézu i současný stav, příjem a úvodní zhodnocení slouží ke stanovení optimální intervence a koordinovaného plánu péče, součástí úvodního zhodnocení je zhodnocení PSYCHOSOCIÁLNÍHO FUNGOVÁNÍ – pracovní, rodinná anamnéza, rodinné zázemí, na závěr úvodního zhodnocení stavu klienta JE STANOVEN individuální plán péče, je uzavírána dohoda /kontrakt/ o poskytování odborné péče...)

Komentář:

Jednání se zájemcem o službu ve SQSS je samostatný standard, který je zaměřený především na to, jak se osoba dostane do služby. V terminologii adiktologických služeb je tento úkon nazván „úvodní zhodnocení stavu pacienta/klienta“ a jedná se o popis prvního kontaktu. Ve SOZ je však doplněn o dohodu o poskytování odborné péče a individuální plánování, což jsou ve SQSS samostatně rozvedené standardy.

To, v čem je SQSS č. 3 stejný s tou částí SOZ, které mluví o úvodním příjmu je, že poskytovatel:

- Má definována pravidla pro informování zájemce o službě, o podmínkách, rozsahu, typu a formě péče tak, aby to zájemce pochopil a mohl se tak rozhodnout, zda službu využije.
- Zjišťuje cíle, potřeby, očekávání a požadavky zájemce s (jeho aktivní účastí), které by bylo možné realizovat prostřednictvím služby (odborné péče).

To, v čem se standardy rozcházejí, je ta část, která vychází více z medicínského přístupu. Tím je ve SOZ úvodní zhodnocení, kde expertnost přebírá pracovník.

SOZ - 3.1 – *Odborná zařízení mají standardní formu a proceduru příjmu a úvodního zhodnocení (vyšetření) pacienta/klienta.* Pojmem „příjem a úvodní zhodnocení pacienta/klienta (vyšetření)“ je jazykem medicínským a způsobu fungování vztahu pacient vs. lékař. Odborník ví, co je pro pacienta dobré a pacient přijímá odborníkovo hledisko. Pacient se stává objektem pomáhání. Zaměření pozornosti je zde především na ne-moc pacienta. Na počátku zhodnocení stojí stanovení diagnózy, sebrání anamnestických údajů a stanovení léčebného plánu.

Dále SOZ 3.1.3 – *Organizace zjišťuje potřeby a zájmy zájemce o odbornou péči s aktivní účastí uživatele, aby mohla posoudit, zda nabízená péče může tyto potřeby uspokojit.* Zde je z mého pohledu nesoulad v tom, že standard č. 3.1 říká, že: „odborná zařízení mají standardní formu...“ a v tomto podstandardu „Organizace zajišťuje...“ Zde jde spíše o zmatené použití 3 pojmů: poskytovatel, odborné zařízení, organizace.

SQSS naopak vycházejí z principů sociální práce. Odborník neví, co je pro klienta dobré – ve smyslu, že není expertem na klientův život. Odborník přijímá klientovo hledisko. Pacient je subjektem pomáhání. Zaměření pomoci je na moc klienta. Na počátku zhodnocení stojí rozhovor a vyjasňování očekávání a možností obou stran, informování o službě, aby se zájemce sám rozhodl, zda bude chtít službu využít či nikoli. To úzce souvisí se SQSS č. 12 *Informovanost o poskytované sociální službě.* Jednání se zájemcem o službu směřuje k uzavření smlouvy. Ta, vzhledem k povaze zařízení – ambulantní, poradenské může být jak písemná, tak ústní.

To, co není ve SOZ je *odmítnutí zájemce o službu.* SQSS – 3 c) požadují zpracování vnitřních pravidel pro postup při odmítnutí zájemce o službu, která jsou stanovena zákonem. SOZ tuto situaci řeší tím, že pacienta/klienta odkazují do jiného zařízení, pokud službu nemohou poskytnout. (SOZ 3.11)

SQSS uvádějí, že: „Osobní cíl v souvislosti se smlouvou má víceméně význam „důvodu, účelu“ s jakým klient do služby přichází. Více je pak specifikován v procesu individuálního plánování.“²⁰

Jazykem systemické terapie a poradenství jde o klientovu objednávku. Jde o to, co si klient přeje. Klient s pracovníkem dojednávají konkrétní cíle. To, na čem se oba dohodnou je zakázka. Osobní cíle však bývají zaměňovány za přání klientů nebo za cíle v oblastech, které se netýkají sociálních služeb.

„Zákon výslovně stanovuje, že služby musí vycházet z individuálně určených potřeb a osobních cílů jednotlivců, tedy smyslem je naplnit cíle člověka, který služby využívá, nikoli odborné cíle poskytovatele služeb, jak se tradičně děje.“²¹ „Osobní cíl nemusí být v adiktologických službách vnímán jako osobní cíl klienta, ale jako intervenční plán pracovníka/organizace, což je v rozporu se zákonem o sociálních službách.“²²

V Drogové poradně PREVENT probíhá jednání v souladu s požadavky obou standardů tak, aby byla naplněna kritéria obou procesů. Dostáváme se však do situace, že v procesu jednání a zhodnocování stavu klienta kombinujeme oba přístupy – medicínský i sociální. Zatím co SQSS mají požadavky na sbírání pouze těch údajů, které jsou NEZBYTNÉ pro poskytování služby, ve SOZ jsou sbírány informace, které nejsou nezbytné pro poskytování služby. Díky tomu si klademe otázku: Jsou anamnestické údaje, které sbírají zdravotničtí pracovníci té povahy, že je potřebujeme ke kvalitnímu poskytnutí služby? Nesbíráme od klientů údaje, které se po nás chtějí jenom proto, že se po nás chtějí a se kterými pak stejně pracovat nebudeme?

Z tohoto úhlu pohledu se nám jeví jako optimální systém SQSS, který klienty tolik nezatěžuje tím, co chce pracovník, ale zajímají se, co chtějí oni.

²⁰ DEVEROVÁ, L., PETROVÁ, P., VEŠKRNOVÁ, B., DOLEJSKÁ, B. et al. *Standardy kvality sociálních služeb* : Výkladový sborník pro poskytovatele. 1. vydání. [s.l.] : TIGIS PRINT, s.r.o, 2008. s. 56 Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/5966/4_vykladovy_sbornik.pdf>.

²¹ JOHNOVÁ, M., HAIFO, M., KLÍMA, P., CHÁBOVÁ, A., BROŽOVÁ, E. et al. *Standardy kvality sociálních služeb* : Výkladový sborník pro poskytovatele. s. 76

²² ŠEDIVÁ, D., KRUTILOVÁ, D., ŽÁK, J., HERZOG, A., SYROVÝ, J., STANIČEK, J., SKLENÁŘ, V. *Orientační vodítka pro poskytovatele drogových služeb v působnosti zákona o sociálních službách*. Měřín, 2009, Prezentace příspěvku, XII. AT konference

6.4 STANDARD Č. 4

SQSS Standard č. 4 Smlouva o poskytování SS

(Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby s ohledem na druh poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje; při uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby postupuje tak, aby osoba rozuměla obsahu a účelu smlouvy; sjednává s osobou rozsah a průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíl závislý na možnostech, schopnostech a přání osoby;)

SOZ Standard č. 3. – *Příjem a úvodní zhodnocení pacienta/klienta, individuální plán a dohoda o poskytování odborné péče*

3.10 – S ohledem na charakter služby uzavírá poskytovatel s pacientem/klientem (nebo se zákonným zástupcem) srozumitelnou písemnou nebo ústní dohodu (kontrakt) o poskytování odborné péče, která stanoví všechny důležité aspekty jejího poskytování/využívání včetně podmínek pro ukončení – (Poskytovatel usiluje, aby pacient/klient porozuměl obsahu a účelu dohody, a to i tehdy, je-li zastupován zákonným zástupcem. Dohoda obsahuje podle charakteru odborné péče zkušební dobu, v jejímž rámci mají obě strany možnost odstoupit. Dohoda jednoznačně vymezuje cíl, obsah, rozsah a podmínky poskytování odborné péče, postupy při nedodržování dohodnutých podmínek, způsob a podmínky pro ukončení a způsob, jakým lze dohodu měnit.)

Komentář:

Dohoda o poskytnutí služby (kontrakt) vs. smlouva o poskytnutí sociální služby.

Požadavky SQSS na uzavírání smlouvy o poskytování SS jsou přísnější. Smlouvu musí obsahovat jasně stanovená kritéria, která jsou též uvedena v Zákoně 108/2006 Sb. (smluvní strany, druh služby, místo a čas poskytování, rozsah, výpovědní lhůty, platby...) a další ujednání mezi poskytovatelem a zájemcem. SOZ nechávají volnost v tom, jakým způsobem bude kontrakt uzavřen – záleží na typu služby viz. 3.9 SOZ *S ohledem na charakter služby uzavírá poskytovatel s pacientem/klientem (nebo se zákonným zástupcem) srozumitelnou písemnou nebo ústní dohodu (kontrakt) o poskytování odborné péče, která stanoví všechny důležité aspekty jejího poskytování/využívání včetně podmínek pro ukončení.* Jinou formu bude mít terénní program a jinou formu terapeutická komunita. Pobytové služby MUSÍ mít smlouvu vždy. To, že požadavky na uzavření smlouvy, jsou pro všechny typy služeb stejné, má dopad na služby sociální prevence a to zejména terénní programy, kde je obtížné naplnit požadavky zákona a tedy i standardů.

Kontrakt, aby byl v procesu inspekce uznán jako platný doklad dohody mezi klientem a organizací zastoupeným pracovníkem, musí uzavřít pracovník organizace, který může podepisovat za organizaci smlouvy. V přímé práci to pak může být sociální pracovník, který s klientem dále spolupracuje. (dle § 110 Z. 108/2006 Sb. musí mít pověřený pracovník odpovídající vzdělání). V některých typech drogových služeb pracuje multidisciplinární tým (viz SOZ 6.9 *Multidisciplinární týmy jsou sestaveny a vedeny s ohledem na kompetentní poskytování dané služby, je jasně definováno jejich fungování, odpovědnost jednotlivých členů a mechanismy komunikace.* Podobnost se SQSS 6 a)) takže kontrakt nesjednává pouze sociální pracovník dle požadavků Zákona, ale často i pracovníci v sociálních službách. Navíc v adiktologických službách není požadováno vzdělání pouze podle § 110 Zákona.

SOZ 3.9.2 *Dohoda obsahuje podle charakteru odborné péče zkušební dobu, v jejímž rámci mají obě strany možnost odstoupit.* Nelze aplikovat na ambulantní služby. V DPP žádné takové podmínky nejsou.

SOZ 3.9.4 – *Dohoda umožňuje uživateli i poskytovateli ukončit využívanou službu.* To už je však předmětem dohody (smlouvy), ale není stanoveno, za jakých podmínek lze odmítnout zájemce.

Znamená to, že ve SOZ je možné odstoupit ze strany poskytovatele i za jiných podmínek než jsou uvedené ve SQSS. Tyto podmínky jsou zejména nedodržení dohodnutých pravidel, jako např. zákaz donášení zbraní a drog do zařízení, agrese, nespolupráce atd.

Poskytovatel by měl mít možnost mít v rukou nástroje, jak poskytování služby ukončit. V tomto světle se zdá vhodnější SOZ a dojednání podmínek ve smlouvě.

„Odpovědný pracovník poskytovatele vypracuje závěrečné doporučení, jehož součástí je doporučení dalšího postupu uživateli, popř. nabídka jiných služeb, které by pomohly řešit situaci uživatele. Závěrečné doporučení založí do

spisu uživatele.²³ Závěrečné doporučení je možné vypracovat v zařízeních ambulantních nebo pobytových. Obtížné je toto pro terénní programy. Tam však může být doporučení ústní nebo písemné, pokud terénní pracovník např. vyřizuje klientovi pobytovou léčbu.

Z hlediska poradenské činnosti je v zařízení sociální prevence, kterým je i Drogová poradna PREVENT, lepší ústní dohoda, zejména jedná-li se o krátkodobé poradenství. Fáze uzavírání smlouvy plynule navazuje na jednání se zájemcem, dohadují se podmínky, rozsah, délka, intervaly konzultací atd. Písemná smlouva se uzavírá na žádost klienta nebo pokud je klient poslán jinou institucí, která požaduje docházení klienta do programu. Jedná se zejména o sociální kontrolu (soudně nařízená ambulantní léčba, dohled probačního úředníka či oddělení sociálně právní ochrany dětí). Je-li s poslaným klientem domluvena dlouhodobá spolupráce, pracovníci uzavírají trojstrannou písemnou dohodu.

Pro poradenskou činnost v Drogové poradně PREVENT jsou vhodnější ujednání ve znění SOZ. Klienti nejsou zbytečně zatěžováni administrativou obzvláště tam, kde se jedná o krátkodobé poradenství nebo krizovou intervenci.

Smlouvy podle Z.108/2006 Sb. o sociálních službách jsou vhodnější pro zařízení sociální péče a především pro pobytové služby.

6.5 STANDARD Č. 5

SQSS Standard č. 5 – *Individuální plánování průběhu SS*

(Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje; Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby; Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní cíle; Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance; Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám)

SOZ Standard č. 3 – *Příjem a úvodní zhodnocení pacienta/klienta, individuální plán a dohoda o poskytování odborné péče*

²³ DEVEROVÁ, L., PETROVÁ, P., VEŠKRNŮVÁ, B., DOLEJSKÁ, B. et al. *Standardy kvality sociálních služeb : Vykkladový sborník pro poskytovatele*. 1. vydání. [s.l.] : TIGIS PRINT, s.r.o, 2008. s. 56 Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/5966/4_vykkladovy_sbornik.pdf>.

(na závěr úvodního zhodnocení stavu pacienta, klienta je stanoven individuální plán odborné péče, reflektuje potřeby a cíle, kterých chce P/K dosáhnout, rozsahem, obsahem a formou odpovídá charakteru poskytované služby, součástí jsou cíle, prostředky, odpovědnost konkrétních osob a termíny hodnocení a revize plánu)

Komentář:

Ačkoli je ve SQSS Individuální plánování jako samostatný standard, nelze jej oddělit od zbytku procesu, který je souhrnně popsán v SOZ. Zde by se dalo polemizovat, zda by dohoda neměla předcházet individuálnímu plánu tak, jak je tomu ve SQSS. Důležitý je celý proces. Klient který přichází do služby je přijat (zhodnocen – SOZ) a je s ním zahájeno jednání (SQSS). Výsledkem tohoto procesu je kontrakt (SOZ) nebo smlouva o poskytnutí sociální služby (SQSS). Na základě toho se pracovník s pacientem/klientem (uživatel) domlouvá, co by mělo být výsledkem jejich spolupráce a vzniká individuální plán péče. V obou procesech je to do jisté míry smluvní kontrakt. Ten vychází z charakteru odborné péče (SOZ) nebo druhu poskytované sociální služby (SQSS). U SQSS vychází ještě z poslání služby. SQSS požadují písemně zpracovaná vnitřní pravidla, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu SS. Poskytovatel SPOLEČNĚ s osobou plánuje průběh poskytování SS s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby. Jsou brány v potaz klientovy možnosti a schopnosti. Ve SOZ 3.9 je uvedeno, že je *stanoven* individuální plán odborné péče. Zda se jedná o expertní pozici, kdy poskytovatel stanoví plán nebo se jedná o partnerskou pozici není zcela jasné. SOZ 4.4 a 4.5 se odkazují na podporu v dosahování potřeb, pravidelně se služby hodnotí a modifikují se zapojením klienta a jeho informovaným souhlasem. Ve zdravotnických zařízeních typu AT ambulancí však bývá vztah pacient – lékař postaven na jiném přístupu než v zařízeních sociálně-terapeutických typu odborných poradenských pracovišť. Vztah klient – terapeut je více partnerský. Jsem si vědom tohoto silného předpokladu, ale taková je zkušenost nejen moje, ale i klientů.

SQSS říkají, že „*Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní cíle*“. Je tedy na domluvě obou, kdy plán budou hodnotit. Tento způsob je orientovaný více na aktuální potřeby klienta. Ve SOZ je proces více strukturovanější – jsou zde kromě uvedených cílů i prostředky,

odpovědnost konkrétních osob a termíny hodnocení a revize plánu. Tento způsob je orientovaný více na úkoly a kontrolu. Revize plánu je obtížná u terénních programů a kontaktních center, kde plánování provádí pracovník aktuálně vykonávající službu.

SQSS – poskytovatel má pro každou osobu určeného zaměstnance. V sociálních službách se jedná tedy o statut tzv. klíčového pracovníka, který provází klienta službou. Ve SOZ taková funkce požadována není, ale v praxi drogových služeb je realizována garantem, terapeutem či case managerem a to převážně ve službách s vyšším prahem – ambulantní léčba, ústavní či rezidentní léčba či doléčování. Je vhodné tuto pozici do SOZ zařadit u těchto programů s ohledem na typ služby.

V DPP je dobrou praxí přidělit klientovi pracovníka dle jeho preferencí pohlaví. Omezení je v případě, že pracovník má naplněnou kapacitu. S pozicí „klíčového pracovníka“ a procesem individuálního plánování, tak jak je požadováno v SQSS, úzce souvisí se získávání a předávání informací mezi zaměstnanci. Tento poslední bod 5 e) SQSS – *Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám.* Souvisí se standardem 8.2 SOZ *Pro zabezpečení pružného rozvoje poskytovaných služeb má zařízení vytvořené příslušné vnitřní mechanismy a nástroje (např. provozní porady, porady a konzultace o pacientech/klientech, plány rozvoje a systematického zvyšování kvality a efektivity péče, plány vzdělávání apod.)*

Domnívám se, že z hlediska efektivity pro službu poradenství v DPP je vhodnější SQSS č. 5. V DPP vždy nejde o léčbu. SOZ více odráží realitu poradenského procesu. SOZ je více spojen s medicínským pojednáním.

6.6 STANDARD Č. 6

SQSS Standard č. 6 – Dokumentace o poskytování SS

(Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zpracování, vedení a evidenci dokumentace o osobách, kterým je sociální služba poskytována, včetně pravidel pro nahlížení do dokumentace; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje; vede anonymní evidenci jednotlivých osob v případech, kdy to vyžaduje charakter sociální služby nebo na

žádost osoby; Poskytovatel má stanovenou dobu pro uchování dokumentace o osobě po ukončení poskytování sociální služby)

SOZ Standard: č. 2 Práva pacientů/klientů

(2.9 dokumentace obsahující osobní údaje je zabezpečena proti zneužití, zejména 2.2 Jmenovité informace o pacientovi/klientovi a jeho zdravotním stavu jsou důvěrné a nejsou poskytovány bez jeho souhlasu, případně bez jeho vědomí, jestliže je organizace povinna je poskytnout, 2.3 Je respektováno právo pacienta/klienta seznámit se přiměřeným způsobem s tím, jak je v zařízení vedena, uchovávána a zabezpečena dokumentace obsahující jeho osobní údaje.)

+ **standard č. 4 Spektrum služeb a zásady jejich poskytování** (4.11 o průběhu programu vede zařízení podrobnou dokumentaci, 4.12 v dokumentaci musí být řádně uvedeny podávané a předepisované léky)

+ **standard č. 8 Organizační aspekty** (8.7 Zařízení má stanoveny, jaké údaje potřebuje pro bezpečné a kvalitní poskytování odborné péče. Vedená dokumentace je ve stanoveném rozsahu a je přehledná. Jsou vytvořeny podmínky, které umožňují dodržovat platné právní normy a interní předpisy týkající se shromažďování a ochrany osobních údajů, 8.5 a) – s) + částečně **standard č. 10. Prostředí a materiálně-technické zázemí** (10.1

Organizace má přehled obecně závazných norem, které musí splňovat, a vytváří takové podmínky, aby byly vyjmenované normy plněny., 10.2 Tam, kde nestačí platné obecně závazné právní předpisy, má organizace stanovená a uplatňovaná pravidla zabezpečení a užívání materiálně – technického zázemí v písemné podobě. Organizace současně zajistí, aby s nimi byli patřičným způsobem seznámeni uživatelé, personál, případně veřejnost.) + **standard č. 11 Mimořádné události** (11.3 o průběhu a řešení nouzových a havarijních situací a mimořádných událostí je vedena přiměřená dokumentace.)

Komentář :

Zákon v § 88 ukládá poskytovateli sociálních služeb tyto povinnosti:

písm. d) zpracovat vnitřní pravidla zajištění poskytované sociální služby, včetně stanovení pravidel pro uplatnění oprávněných zájmů osob, a to ve formě srozumitelné pro všechny osoby²⁴

Tyto podmínky však nejsou uvedeny přímo ve SQSS č. 6. Ten se týká dokumentace o poskytování sociální služby a to především klientské dokumentace. Dříve se tento standard týkal pouze osobních údajů. Nyní se týká veškeré klientské dokumentace.

Je požadováno zpracování vnitřních pravidel pro zpracování, vedení a evidenci dokumentace o osobách, kterým je sociální služba poskytována včetně pravidel pro nahlížení do dokumentace – jakým způsobem, kdo a v jakém rozsahu zpracovává osobní a citlivé údaje, jaké údaje poskytovatel potřebuje pro kvalitní

²⁴ *Sbírka zákonů. Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách*, [online]. Ostrava: 2009 [cit. 2010-03-16]. Dostupné na WWW: <<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?typ=r&zdroj=sb06108&cd=76>>

poskytování služby, uživatelův souhlas s vedením dokumentace, poskytování informací třetím subjektům, pravidla pro odvolání souhlasu, nahlížení do dokumentace atd. Co se týká práce s osobními údaji, je tento standard detailně propracován. Vnitřní předpisy musí být v souladu s legislativou ČR.

SOZ mají požadavky na dokumentaci v několika standardech – č. 2, č. 4, č. 8, č. 10 a č. 11. Požadavek archivace vychází ze Zákona 499/2004 Sb. o archivnictví a spisové službě.

Ačkoli je SQSS obecný ve smyslu požadavku na dokumentaci o poskytování sociální služby, zahrnuje ve své podstatě všechny standardy, protože ve všech je: „poskytovatel má písemně zpracovány vnitřní předpisy....“ To vše je dokumentace služby.

Který standard je z hlediska efektivity vhodnější není zcela jasné. Ve SOZ jsou požadavky na dokumentaci tam, kde se to očekává. SQSS mají požadavky na dokumentaci v jednom standardu. To však nemusí znamenat, že tento standard nebude inspektory hodnocen z hlediska celistvosti poskytování služby.

6.7 STANDARD Č. 7

SQSS Standard č. 7 – *Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby*

(Poskytovatel písemně zpracovává vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby, a to ve formě srozumitelné osobám; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje, Poskytovatel informuje osoby o možnosti podat stížnost, jakou formou stížnost podat, na koho je možno se obracet, kdo bude stížnost vyřizovat a jakým způsobem a o možnosti zvolit si zástupce pro podání a vyřizování stížnosti; s těmito postupy jsou rovněž prokazatelně seznámeni zaměstnanci poskytovatele; Poskytovatel stížnosti eviduje a vyřizuje je písemně v přiměřené lhůtě; Poskytovatel informuje osoby o možnosti obrátit se v případě nespokojenosti s vyřízením stížnosti na nadřízený orgán poskytovatele nebo na instituci sledující dodržování lidských práv s podnětem na prošetření postupu při vyřizování stížnosti)

SOZ Standard č. 2.8 – *Je definován postup přijímání, vyřizování a dokumentování stížností, případů diskriminace a fyzického, psychického, ekonomického či sexuálního zneužívání pacientů/klientů ze strany personálu.*

(Pacienti/klienti i personál jsou s postupem seznámeni, Pacienti/klienti mohou bez ohrožení využívat podání stížnosti a žádat informace jejím vyřízením., Na základě stížností a rozboru případů diskriminace či zneužívání jsou přijímána opatření, směřující k vyšší odborné i etické úrovni práce personálu.)

Komentář:

SQSS mají jako samostatný standard stížnosti na kvalitu nebo poskytování sociální služby. Stejně jako předchozí standard vychází ze Zákona - § 88 písm. e) *zpracovat vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob, kterým poskytují sociální služby, na úroveň služeb, a to ve formě srozumitelné pro všechny osoby*²⁵

Opět je tento standard podrobně rozpracován. V obou systémech je nutné, aby byla definována pravidla pro podávání stížnosti, evidence, vyřizování a dokumentování. SQSS operují s pojmem „stížnost“ a „připomínka či podnět“. Určit, zda jde o připomínku či stížnost je v kompetenci každého poskytovatele. Např. dle Výkladového sborníku pro poskytovatele MPSV je uvedeno toto: *Poskytovatel stanoví, v jakém případě lze nějaké vyjádření klienta či jiné osoby považovat za stížnost, a kdy se jedná např. o podnět nebo připomínku.*²⁶ Základní vymezení stížnosti přináší již standardy MPSV, protože se v nich hovoří o stížnostech „na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby“.

SQSS dále požadují důkazy o tom, že byli klienti informováni o stížnostech (komu, jak, kdo ji vyřizuje a kdy...). Opět je třeba rozlišovat v jaké službě a kdy k tomu dochází. Jiný postup bude u terénních programů kdy se kontakty odehrávají rychle a jiný v pobytových službách, kde je více času a prostoru. Např. v Drogové poradně PREVENT je postup popsán v Informačním listu pro zájemce/uživitele o formě a způsobu poskytovaných služeb (viz. příloha č. 1)

Dále je rozdíl v tom, že SQSS umožňují, aby si klient zvolil zástupce pro podávání stížnosti a je stanoveno, že se klient může odvolat proti rozhodnutí a v případě nespokojenosti s vyřízením stížnosti se obrátit na nadřízený orgán poskytovatele nebo na instituci sledující dodržování lidských práv. Tuto možnost SOZ nezohledňují.

Co se týká informování je uživatele o zpracování jeho stížnosti, je požadováno opakované a průběžné poskytování informací ve věci stížnosti ve SQSS. Zde je tedy pracovník aktivní v tom, aby klienta informoval o procesu,

²⁵ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů

²⁶ KOŘÍNKOVÁ, D., ROSENBERGER, R., PILAŘOVÁ, E., ROVNÁ, E., SYROVÝ, J. et al. *Standardy kvality sociálních služeb : Výkladový sborník pro poskytovatele.*, s. 108

který v souvislosti s podáním stížnosti běží. Ve SOZ je na klientovi/pacientovi, zda využije možnosti podat stížnost a požadovat informace o jejím vyřízení či nikoli. Zde hrozí to, že klienti pak informace žádat nebudou a stížnost nebude projednána dostatečně.

SOZ se dále zabývají případy diskriminace, fyzického, ekonomického či sexuálního zneužívání pacientů/klientů ze strany personálu, kterými se zabývají SQSS ve standardu č. 2 – ochrana práv uživatelů.

SQSS se zaměřují více na klienta a jeho práva. Proto i tento standard je propracovaný tak, aby klienti mohli využívat svého práva podat stížnost bez obav. V historii sociálních služeb jsme se setkávali (a někde stále setkáváme) s tím, že potřeby klientů nejsou brány vážně, jsou porušována jejich práva a důstojnost. Klienti, kteří jsou odkázáni na péči pracovníků, pak nemohou, nechtějí nebo neumějí svá práva prosadit nebo vyjádřit nespokojenost se službami. Nejohroženější skupinou tak jsou lidé s postižením tělesným, mentálním, duševním, smyslovým nebo kombinovaným, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby. Tím se stávají zranitelní.

Uživatelé drog a osoby z jejich sociálního okolí tolik ohroženou skupinou nejsou. Avšak přijmutím těchto zásad do praxe má i preventivní charakter. Z toho úhlu pohledu je tento standard lépe ošetřený ve SQSS a pro praxi vhodnější. Nejen pro klienty, ale i pro uživatele služby.

6.8 STANDARD Č. 8

SQSS Standard č. 8 *Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje*

(Poskytovatel nenahrazuje běžně dostupné veřejné služby a vytváří příležitosti, aby osoba mohla takové služby využívat; spolupracuje s právníckými a fyzickými osobami, které osoba označí, v zájmu dosahování jejích osobních cílů; Poskytovatel zprostředkovává osobě služby jiných fyzických a právníckých osob podle jejich individuálně určených potřeb; podporuje osoby v kontaktech a vztazích s přirozeným sociálním prostředím.)

SOZ Standard č. 4 – *Spektrum služeb a zásady jejich poskytování*

(4.14 Zařízení vytváří podmínky pro zapojení členů rodiny nebo jiných důležitých osob blízkých pacientovi/klientovi dle individuálních podmínek a potřeb., 4.16 Pro zabezpečení komplexní a kontinuální péče zařízení aktivně vytváří a udržuje vztahy s dalšími poskytovateli služeb. 4.17 Zařízení aktivně podporuje pacienta/klienta při využívání služeb běžných systémů a neformálních přirozených zdrojů podle jeho potřeb. Pomáhá pacientovi/klientovi kontaktovat a využívat tyto služby a zdroje podle jeho potřeb a přání)

Komentář:

SQSS č. 8 je obdobný jako 4.14, 4.16 a 4.17 SOZ. Cílem je to, aby klienti mohli zůstat ve svém přirozeném prostředí. Jedna rovina je tedy snaha zařízení nebo poskytovatele, aby „aktivně vytvářeli a udržovali vztahy s dalšími poskytovateli služeb“ tak, aby delegace do jiných služeb byla bezproblémová. Druhá rovina je to, že poskytovatel *nenahrazuje* dostupné veřejné služby, ale vytváří příležitosti, aby osoba mohla takové služby využívat. V odborném sociálním poradenství (MPSV) nebo ambulantní léčbě (RVKPP) jsou tyto principy plně zastoupeny. Klienti zůstávají ve svém přirozeném prostředí. V ambulantní léčbě (nebo možná obecně klientům v zařízeních sociální prevence) se však klientům **doporučuje** „přirozené“ prostředí změnit nebo opustit, protože je to pro ně bezpečné. Málokterý uživatel dokáže přestat s bráním drog, pokud neopustí pro něj aktuálně „přirozené prostředí“, které je přirozené patologickému jednání osoby ve fázi užívání drogy a závislosti nikoli však osobě jako takové.

SOZ 4.17 - Zařízení aktivně podporuje pacienta/klienta při využívání služeb běžných systémů a neformálních přirozených zdrojů podle jeho potřeb. Pomáhá pacientovi/klientovi kontaktovat a využívat tyto služby a zdroje podle jeho potřeb a přání vs. SQSS 8 c) Poskytovatel zprostředkovává osobě služby jiných fyzických a právnických osob podle jejich individuálně určených potřeb.

Porovnáním těchto dvou standardů se nabízí, že SOZ nechávají aktivitu na klientovi ve využívání běžných systémů a zdrojů. Zatímco ve SQSS je to poskytovatel, který je více aktivní ve zprostředkování dalších služeb. Domnívám se, že se toto opět více vztahuje na služby sociální péče, zejména pak pobytové služby. Avšak v obou systémech lze pracovat s tím, že osoby, které mohou vyvíjet aktivitu a nejsou omezeni fyzicky či mentálně, aby dosáhly určité změny, je užitečné předávat kompetence a rozhodování těmto osobám. V případě, že nejsou ve stavu, kdy toto mohou zvládnout, teprve pak pracovník přebírá kontrolu a iniciativu.

Podle interpretace psaných standardů se zdá, že pro ambulantní zařízení DPP je vhodnější SOZ, přestože interpretace může být podobná.

6.9 STANDARD Č. 9

SQSS Standard č. 9 *Personální a organizační zajištění sociální služby*

(Poskytovatel má písemně stanovenou strukturu a počet pracovních míst, pracovní profily, kvalifikační požadavky a osobnostní předpoklady zaměstnanců; organizační struktura a počty zaměstnanců jsou přiměřené druhu poskytované sociální služby, její kapacitě a počtu a potřebám osob, kterým je poskytována; Poskytovatel má písemně zpracovává vnitřní organizační strukturu, ve které jsou stanoveny oprávnění a povinnosti jednotlivých zaměstnanců; Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání a zaškolování nových zaměstnanců a fyzických osob, které nejsou v pracovním vztahu s poskytovatelem; Poskytovatel, pro kterého vykonávají činnost fyzické osoby, které nejsou s poskytovatelem v pracovním vztahu, má písemně zpracována vnitřní pravidla pro působení těchto osob při poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.)

SOZ Standard č. 5 – *Personální práce*

(5.1 Organizace má vypracovaný systém, který zajišťuje, že způsob výběru, přijímání a zaškolování pracovníků odpovídá platným právním normám a stanoveným interním pravidlům, 5.3 Je definována struktura a řízení organizace, ze které jsou patrné kompetence na jednotlivých pozicích. 5.4 Organizace má stanovenou strukturu a počet pracovních míst, pracovní profily, kvalifikační požadavky a předpoklady osobní a morální. Struktura i počet personálu zohledňuje potřeby a aktuální počet uživatelů služeb a jejich potřeby i provoz organizace. Složení a doplňování pracovního týmu odpovídá těmto potřebám 5.7 Existují a fungují pravidla pro pracovníky, se kterými není poskytovatel v pracovním vztahu – např. forma uzavírání dohod o vykonávání práce a zajištění odpovídajících pracovních podmínek (pojištění, zodpovědnost atd.) pro dobrovolníky atd. 5.14 Organizace má písemně zpracovaný postup při přijímání a zácviku nového zaměstnance včetně zajištění jeho vzdělávání v rozsahu potřebném pro kvalifikovaný pracovní výkon. Zvláštní pozornost je při zaškolování věnována principům, které organizace uplatňuje v oblasti ochrany práv pacientů/klientů, eliminace negativních dopadů poskytovaných služeb na jejich život a také způsobům naplňování specifických potřeb jednotlivých pacientů/klientů, se kterými má pracovník pracovat.)

Komentář:

Tyto dva standardy jsou si podobné. SQSS 9 a) a SOZ 5.4 – v obou jsou požadavky na strukturu, pracovní místa a profily, kvalifikační požadavky, osobnostní (v SOZ i morální) předpoklady. Je zohledněn druh služby, potřeby osob, kterým jsou služby poskytovány.

Obsahově shodné jsou i SQSS 9 b) a SOZ 5.3 týkající se struktury a počtu pracovních míst a SQSS 9 c) a SOZ 5.1 o systému výběru, přijímání a zaškolování nových pracovníků jsou podobné.

SQSS 9 d) a SOZ 5.7 o pravidlech pro osoby, se kterými poskytovatel není v pracovním vztahu (dobrovolní pracovníci, stážisté a externisté).

Zákon 108/2006 Sb. §115 stanovuje požadavky na výkon práce pracovníků v zařízeních sociálních služeb. Jedná se především o sociální pracovníky. SOZ požadují multidisciplinární tým (SOZ 6.9) a též možnost

zaměstnávat osoby s předchozími nebo současnými problémy s drogami a alkoholem. Tímto specifickým tématem se Zákon 108/2006 Sb. samostatně nezabývá. Vzhledem k tomu, že je „kvalifikovaného“ personálu málo, zaměstnávají se v adiktologických službách i zájemci, kteří nesplňují kritéria SQSS, což je ale v rozporu se zákonem a poskytovatel pak nesplňuje registrační podmínky. Jiné odborníky je možné zaměstnávat, ale jejich mzdy nelze financovat ze zdrojů MPSV. Zde opět vyvstává otázka, jsou služby pro uživatele drog službami pouze sociálními?

V oblasti personálního zajištění jsou podmínky téměř totožné. Rozdíl je v požadavcích na personál. Jak bylo již zmíněno, kvůli nízkému statutu sociálních pracovníků a nedostatku kvalifikovanému personálu je někdy obtížné najít vhodné pracovníky. Důvodem jsou nízké tabulkové mzdy, malá prestiž sociální práce a velké nároky na psychiku sociálních pracovníků a s tím spojený častý syndrom vyhoření.

Z hlediska profesionalizace a odborného zajištění služeb jsou SQSS lepší v tom, že požadují určité formální vzdělání, které ale ne vždy zohledňuje skutečné potřeby služby. Naštěstí existuje možnost doplnění vzdělání akreditovanými kurzy, které však často také neodpovídají potřebám organizace. Zde Zákon mluví jasně a služby pro uživatele drog, které jsou registrované musí splňovat požadavky Z. 108/2006 Sb.

Z hlediska dobré praxe je vhodnější, aby pracovníci měli požadované vzdělání. Domnívám se, že by bylo vhodné nastavit požadavky jakýmsi kompromisem. To znamená, aby pracovníci měli minimálně středoškolské, lépe vysokoškolské nebo vyšší odborné vzdělání humanitního směru (ne jen sociální). Tím by se otevřel prostor pro další uchazeče.

Nelze říci, které standardy jsou vhodnější. Oboje mají svá pozitiva i omezení.

6.10 STANDARD Č. 10

SQSS Standard č. 10 *Profesní rozvoj zaměstnanců*

(Poskytovatel má písemně zpracován postup pro pravidelné hodnocení zaměstnanců, který obsahuje zejména stanovení, vývoj a naplňování osobních profesních cílů a potřeby další odborné kvalifikace; Poskytovatel má písemně zpracován program dalšího vzdělávání zaměstnanců; Poskytovatel má písemně zpracován systém výměny informací mezi zaměstnanci o poskytované sociální službě; Poskytovatel má písemně zpracován systém finančního a morálního oceňování zaměstnanců; Poskytovatel zajišťuje pro zaměstnance podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka.)

SOZ Standard č. 6 Odborné vedení a rozvoj pracovníků a týmů

(6.3 Organizace má zavedený a respektovaný postup pro pravidelné hodnocení pracovníků a týmů, jež zahrnuje stanovení, vývoj a naplňování osobních a týmových cílů, úkolů a potřeby další odborné kvalifikace., 6.6 Organizace má vypracovaný a uplatňovaný systém oceňování pracovníků a to nejenom finanční odměnou, ale i jinými faktory (možnost zvyšování kvalifikace atd.), 6.14 Zaměstnanci mají rovný přístup k vnější supervizi. Vnější supervize se realizuje na základě smlouvy se supervizorem, kterým je kvalifikovaný a uznávaný odborník, pracující mimo organizaci., 6.7 Zaměstnanci mají rovný přístup k dalšímu vzdělávání.)

Komentář:

Tyto standardy jsou opět velmi podobné. Oboje požadují pravidelné hodnocení pracovníků (týmů) zahrnuje jejich rozvoj, osobní cíle, úkoly a potřeby další kvalifikace. SQSS 10 a) je totožný se SOZ 6.3. s tím rozdílem, že ve SOZ se mluví i o hodnocení týmů. Při hodnocení se začíná tím, že si management stanoví oblasti, ve kterých bude hodnotit a metody, kterými bude hodnocení dělat.²⁷

SQSS 10 b) stejně jako SOZ 6.7 – 6.11 se zaměřují na další vzdělávání pracovníků. SOZ nechávají volnost, jak si pravidla organizace či poskytovatel nastaví. V novele Zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách v § 111 je požadavek na další vzdělávání v rozsahu minimálně 24 hodin za rok.²⁸ To je podle mého názoru požadavek velmi minimální.

SQSS 10 c) hovoří o zpracování systému výměny informací o poskytování služby mezi zaměstnanci. SOZ jdou ještě dál a požadují ve standardu 6.5 vypracování systému obousměrné komunikace vedení s pracovníky a týmy, se kterým jsou pracovníci a týmy spokojeni. To je velmi naprosto stěžejní z hlediska rozdílů ve SQSS a SOZ. Ačkoliv SQSS dříve obsahovaly kritérium 11.3:

²⁷ KRUTILOVÁ, D. Profesionální rozvoj zaměstnanců. *Sociální služby : Odborný časopis*. 2010, roč. 12, č. 1/2010, s. 23. ISSN 1803-7348

²⁸ *Sbírka zákonů. Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách*, [online]. Ostrava: 2009 [cit. 2010-03-16]. Dostupné na WWW: <<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?typ=r&zdroj=sb06108&cd=76>>

V zařízení je uplatňován systém obousměrné komunikace mezi vedením a pracovníky,²⁹ aktuální standardy toto již neobsahují.

SQSS 10 d) hovoří o zpracování systému finančního a *morálního* oceňování zaměstnanců je opět velmi podobný SOZ 6.6, který kromě finančního požaduje i *jiné* faktory. To mohou být různé benefity – vzdělávání, individuální supervize, příspěvek na sportovní vyžití, jazykové kurzy, zapůjčení z majetku organizace, příspěvek na sportovní vyžití, masáže, stravenky atd.³⁰ Problém zůstává, že veškeré tyto benefity donátoři neuznávají jako oprávněné čerpání finančních prostředků.

SQSS 10 e) požaduje zajištění podpory nezávislého kvalifikovaného odborníka pro zaměstnance. Tím může být jak supervizor, tak externí odborník na určité oblasti (psychiatr, právník, psycholog..) V řeči SOZ je tím myšlena především supervize, která je upravena standardy 6.13 – 6.15. Adiktologické služby jsou v ČR oproti ostatním sociálním službám celkem nové. Před rokem 1989 neexistovaly sociální služby pro uživatele drog, pouze zdravotnické služby. Díky tomu bylo požadováno v předkládaných žádostech, aby zařízení měla jak odborného garanta (který dnes již není povinný), tak i supervizi. Dá se říci, že supervize je u drogových služeb standardní záležitost, což se nedá říci o některých ostatních „kamenných“ sociálních službách typu – domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem nebo domovy pro osoby se zdravotním postižením.

Z porovnání standardů usuzuji, že jsou SOZ vhodnější nejen pro službu DPP, ale obecně i pro ostatní služby určené pro osoby užívající drogy nebo na drogách závislé. Jsou propracovanější s vyššími nároky na management z hlediska zajištění kvalitního a cíleného vzdělávání pracovníků a týmů.

6.11 STANDARD Č. 11

SQSS Standard č. 11 Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby

(Poskytovatel určuje místo a dobu poskytování sociální služby podle druhu sociální služby, okruhu osob, kterým je poskytována, a podle jejich potřeb.)

²⁹ Procedurální standardy. In *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe : Průvodce poskytovatele*, 202. s. 78.

³⁰ KRUTILOVÁ, D. Profesionální rozvoj zaměstnanců. *Sociální služby : Odborný časopis* s. 23.

SOZ Standard č. 1 přístupnost a cíle odborných služeb + SOZ Standard č. 7 Dostupnost a vnější vztahy (zejména 7.1, 7.2, 7.3)

(Určené místo a denní doba, během níž je služba poskytována, odpovídají cílům a charakteru služby a potřebám cílové skupiny., Poskytovaná služba je na uváděné adrese přiměřeně dostupná místně (v závislosti na charakteru služby např. veřejnou dopravou, pěšky) pro klientelu ze spádové oblasti., Zařízení je dostupné časově a dodržuje stanovenou a uváděnou provozní dobu pro uživatele.)

Komentář:

SQSS č. 11 jsou více obecné a jsou kombinací SOZ č. 1 a 7 (zejména 7.1, 7.2, 7.3). SOZ požadují kromě určení místa a doby poskytování služby též přiměřenou **dostupnost** fyzickou (např. veřejnou dopravou, pěšky) a časovou (stanovenou uváděnou provozní dobu zařízení dodržuje). To je důležité např. u kontaktního centra, substitučního centra a terénních programů. V terapeutických komunitách je s klientem domluven nástup do komunity předem a v ambulantních centrech např. v Drogové poradně PREVENT je termín domlouván předem telefonicky. Zájemce o službu může do DPP přijít kdykoliv během provozní doby, ale vzhledem k tomu, že zařízení není nízkoprahové a pracovníci se domlouvají s klienty na konkrétní datum a čas konzultace. Může se stát, že neobjednaní zájemci přijdou v době konzultace. V takovém případě je s nimi domluven termín konzultace. Dostupnost ve SOZ je míněna i ve smyslu *zbytečných odkladů, které by mohly zhoršit aktuální stav pacienta/klienta a typu a způsobu užívané návykové látky* (1.2 a 1.3 SOZ).

Jako vhodnější pro praxi v DPP se jeví SOZ, protože poukazují na veškerou šíři dostupnosti (filosofickou, fyzickou i časovou). Přestože ve staré verzi Průvodce poskytovatele z roku 2002 je ve standardu 12. Místní a časová dostupnost služby v kritériu 12.1 uvedeno, že : *Určené místo a doba, během níž je služba poskytována, odpovídají potřebám cílové skupiny uživatelů služby a v kritériu 12.2 - Poskytovaná služba je pro uživatele ze stanovené oblasti působnosti v uvedenou dobu a na uvedeném místě.*³¹ V aktuálních standardech MPSV se toto také neobjevuje.

³¹ Procedurální standardy. In *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe : Průvodce poskytovatele*. 1. vydání. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002. s. 82. Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/files/clanky/5964/pruvodce.pdf>>. ISBN 80-86552-45-4.

6.12 STANDARD Č. 12

SQSS Standard č. 12 *Informovanost o poskytované sociální službě*

(Poskytovatel má zpracován soubor informací o poskytované sociální službě, a to ve formě srozumitelné okruhu osob, kterým je služba určena.)

SOZ Standard č. 7 *Dostupnost a vnější vztahy (zejména 7.6 -7.10)*

(Poskytovatel má zpracovaný soubor srozumitelných informací o své službě, který je dostupný veřejnosti a to v přiměřené formě (písemná podoba, audio nebo video záznam, webové stránky atd.),. Poskytovatel vydává a zveřejňuje výroční zprávu o své činnosti., Zveřejňované informace odpovídají skutečnosti a jsou aktualizovány., Organizace má vypracovanou a uplatňovanou informační strategii, jejímž prostřednictvím je schopna oslovit stanovené skupiny lidí.)

Komentář:

SQSS č. 12 je totožný se standardem 7.6 SOZ. Navíc do určité míry souvisí se SQSS č. 3 „Jednání se zájemcem o službu“.

Ve SOZ je navíc požadováno, aby tyto informace byly dostupné veřejnosti. Nejčastější jsou webové stránky, kde jsou informace o službě dostupné. Dalším požadavkem je zveřejňování výroční zprávy a vypracování informační strategie, jak oslovit stanovenou cílovou skupinu lidí.

Znovu se dostávám ke srovnání s dřívějšími standardy kvality, kde je v SQSS č. 13 uvedeno, že: *„Zařízení má zpracován soubor informací o své službě, který je dostupný veřejnosti a to ve formě odpovídající potřebám a možnostem cílové skupiny (písemná podoba, audio nebo video záznam, webové stránky, speciální podoby dokumentů pro lidi se speciálními potřebami v oblasti komunikace a porozumění). Veřejně přístupný soubor informací obsahuje zejména následující informace: oficiální název zařízení nebo poskytovatele, právní formu, IČO, statutárního zástupce a zodpovědného pracovníka, adresu sídla poskytovatele a místo poskytování služby, telefonické spojení, poslání, cíle služby a principy jejich dosahování, označení cílové skupiny uživatelů, podmínky pro poskytování služby, kapacitu zařízení, cenu služby pro uživatele., **Zařízení vydává a zveřejňuje výroční zprávu o své činnosti**“³². Tato všechna kritéria jsou shodná se SOZ č. 7. A znovu se tato kritéria již neobjevují v aktuálních SQSS.*

³² Procedurální standardy. In *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe : Průvodce poskytovatele*, 202. s. 84.

Nelze říci, který standard je vhodnější. SQSS je velmi obecný, což z jedné strany může být dobře, z druhé strany přináší polemiku na tím, zda „tato forma je srozumitelná okruhu osob“. SOZ obsahují konkrétní údaje, které musí informace o službě obsahovat.

6.13 STANDARD Č. 13

SQSS Standard č. 13 *Prostředí a podmínky*

(Poskytovatel zajišťuje materiální, technické a hygienické podmínky přiměřené druhu poskytované sociální služby a její kapacitě, okruhu osob a individuálně určeným potřebám osob; Poskytovatel poskytuje pobytové nebo ambulantní sociální služby v takovém prostředí, které je důstojné a odpovídá okruhu osob a jejich individuálně určeným potřebám.)

SOZ Standard č. 10 *Prostředí a materiálně – technické zázemí*

(Prostředí a materiálně – technické zázemí pro poskytování služby odpovídá kapacitě a charakteru služby a potřebám pacientů/klientů, jejich rodin či blízkých osob., Budovy, respektive prostory, kde je služba poskytována, splňují hygienické požadavky jsou čisté, upravené, bez biologických či chemických zápachů., Místnosti, kde se provádí odborná péče, jsou vybaveny podle příslušných předpisů a náležitě udržovány...)

Komentář:

Požadavky na zajištění materiálně–technického zázemí jsou totožné v obou systémech. SOZ navíc požadují mít zpracované interní postupy tam, kde jsou obecně závazné právní normy příliš obecné. Např. užívání služebního automobilu, užívání materiálně–technického zázemí, atd. Podobnost je také v požadavku, aby prostředí odpovídalo kapacitě, charakteru služby a okruhu osob (cílové skupině). Co se týká hygienických podmínek SQSS požadují takové podmínky, které by odpovídali přiměřeně druhu poskytované služby. Je tedy na inspektorech (a též klientech), jak zhodnotí, zda prostředí, kde je poskytována pobytová nebo ambulantní služba, odpovídá požadavkům. Není nutné mít provozní řád schválený hygienickou službou. SOZ však požadují, aby zařízení, která provádějí speciální úkony (např. výměna stříkaček, testování na infekční choroby), měla takové podmínky, které odpovídají hygienickým a dalším předpisům. Zde se již jedná o zdravotnické úkony, které podléhají požadavkům např. zdravotnických zařízení (vybavení, udržování).

SQSS dávají akcent více na to, aby prostředí, kde je služba poskytována bylo důstojné a odpovídalo individuálním potřebám klientů. SOZ spíše poukazuje na čistotu, bez biologických a chemických zápachů.

SOZ 10. 9 poukazuje též na citlivé postupy vůči životnímu prostředí (např. třídění odpadu). Tato část byla též ve starém znění SQSS č. 16 Zajištění kvality služeb, kritérium 16.5: *Zařízení vytváří podmínky pro šetrný přístup k životnímu prostředí, zacházení s globálními zdroji a plněním obecně závazných norem v této oblasti.*

SQSS je dostatečně použitelný pro všechny sociální služby. Ideální by bylo, kdyby byl doplněn o SOZ 10.2 a 10.9. Ve SOZ č. 10 je obsaženo i zdravotnické hledisko.

6.14 STANDARD Č. 14

SQSS Standard č. 14 *Nouzové a havarijní situace*

(Poskytovatel má písemně definovány nouzové a havarijní situace, které mohou nastat v souvislosti s poskytováním sociální služby, a postup při jejich řešení; Poskytovatel prokazatelně seznámí zaměstnance a osoby, kterým poskytuje sociální službu, s postupem při nouzových a havarijních situacích a vytváří podmínky, aby zaměstnanci a osoby byli schopni stanovené postupy použít; Poskytovatel vede dokumentaci o průběhu a řešení nouzových a havarijních situací.)

SOZ Standard č. 11 *Minimální bezpečí*

(Havarijní a nouzové situace a mimořádné události, stejně jako způsoby jejich řešení, jsou jasně definovány., Pacienti/klienti i pracovníci jsou přiměřeně a srozumitelně seznámeni s postupem při havarijních a nouzových situacích a mimořádných událostech., O průběhu a řešení nouzových a havarijních situací a mimořádných událostí je vedena přiměřená dokumentace.)

Komentář:

Definice havarijních a nouzových situací a postup řešení a dokumentování jsou požadovány v obou typech standardů. SOZ definují ještě mimořádné události. Sem patří např. agrese vůči pracovníkovi ze strany klienta, úmrtí, HIV pozitivní klient či klient se sebevražednými pokusy atd. Vesměs všechny „nestandardní“ situace.

SQSS dále požadují, aby poskytovatel *prokazatelně* seznámil zaměstnance a osoby, kterým poskytuje sociální službu s postupem při nouzových a havarijních situacích. Nabízí se však otázka, jakým způsobem poskytovatel doloží, že klienty informoval o VŠECH havarijních a nouzových situacích? To je možné si představit

v pobytových službách, kde klienti žijí, ale v ambulantních a terénních službách je toto na hraně byrokratické šikany.

Domnívám se, že zde jsou použitelnější SOZ a to hlavně v ambulantních a terénních službách. Stanovují že *Pacienti/klienti i pracovníci jsou přiměřeně a srozumitelně seznámeni s postupem při havarijních a nouzových situacích a mimořádných událostech.* Tím se dá předejít zbytečnému zatěžování klientů administrativou.

6.15 STANDARD Č. 15

SQSS Standard č. 15 Zvyšování kvality sociální služby

(Poskytovatel průběžně kontroluje a hodnotí, zda je způsob poskytování sociální služby v souladu s definovaným posláním, cíly a zásadami sociální služby a osobními cíly jednotlivých osob; Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zjišťování spokojenosti osob se způsobem poskytování sociální služby; Poskytovatel zapojuje do hodnocení poskytované sociální služby také zaměstnance a další zainteresované fyzické a právnické osoby; Poskytovatel využívá stížností na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby jako podnět pro rozvoj a zvyšování kvality sociální služby.)

SOZ Standard č. 12 Hodnocení kvality a efektivity služeb

(Zařízení kontroluje a hodnotí, zda naplňování poslání a cílů a způsoby jejich dosahování jsou v souladu s deklaracemi, a z případného nesouladu či rozporu vyvozuje potřebná opatření., Zařízení má pravidla pro zjišťování spokojenosti uživatelů se službami, prostředím, kde jsou poskytovány, atd. a zpětnou vazbu zapracovává do plánů na zlepšení služby., Z hodnocení kvality a efektivity poskytované péče jsou vyvozována příslušná opatření.) + **Standard č. 8.5**

(Zařízení má jednoznačně písemně definované postupy v následujících oblastech: g) Sledování spokojenosti pacientů/klientů a jejich zapojení do dalšího rozvoje služeb)

Komentář:

Oba standardy požadují, aby se poskytovatel nebo organizace zabývala kvalitou poskytovaných služeb. SQSS mluví o *Zvyšování kvality sociální služby* a SOZ *Hodnocení kvality a efektivity služeb*. Dá se říci, že je to kombinace obojího – hodnocení a jako další krok zvyšování kvality služeb.

SQSS 15 a) je podobný se SOZ 12.1. V obou standardech jsou požadavky na kontrolu a hodnocení kvality zda jsou v souladu s posláním a cíli a poskytovanými službami. SOZ navíc požadují, aby byla vyvozována opatření v případě nesouladu a SQSS požadují i porovnávání s osobními cíli osob.

Taktéž sledování spokojenosti je obsaženo v obou procesech standardizace. SQSS tyto pravidla požadují písemně.

Dále je stejný požadavek na zjišťování kvality nejen u uživatelů. SOZ zapojují do hodnocení pracovníky na všech úrovních, SQSS zapojují i další zainteresované fyzické a právnické osoby. To znamená např. spolupracující instituce, donátory atd.

SQSS obsahují i využívání stížnosti jako podnět pro rozvoj a zvyšování kvality sociální služby. SOZ využívají výstupů z hodnocení kvality a efektivity (nejen stížností) k zvyšování kvality služby.

Porovnáním těchto standardů nelze říci, který je vhodnější.

6.16 SOZ č. 9 Finance

(Hospodaření s finančními prostředky se řídí obecně závaznými předpisy včetně vedení jasného a průhledného účetnictví. Organizace má zavedený systém, který umožňuje naplňování obecně závazných předpisů i interních směrnic. Je stanoven rozpočet programu/zařízení na příslušný kalendářní rok a odpovědnost za jeho kontrolu. V rozpočtu je vyčleněna položka na řízení a administrativní zajištění činnosti organizace. V rozpočtu je vyčleněna položka na další vzdělávání pracovníků a na vnější supervizi. O hospodaření a výsledcích poskytovaných služeb je zpracována výroční nebo závěrečná zpráva. Organizace stanoví a dodržuje pravidla pro přijímání darů.)

Komentář:

Standard, který se týká financí je pouze ve SOZ. Přestože v dřívější verzi byl ve SQSS standard č. 17 *Ekonomika* – kde bylo požadováno zajištění zdrojů pro poskytování služeb, transparentní hospodaření, rozpočet a zveřejňování výroční zprávy, v nové verzi se už neobjevuje. Lze se dohadovat z jakého důvodu. Jestli je to tak, že finance nejsou měřítkem kvality služby nebo je tento standard zbytečný kvůli tomu, že kontrola zacházení s přidělenými finančními zdroji podléhá finanční kontrole a kontrole účetnictví a nepřísluší inspektorům nebo certifikátorům. Z druhé strany by měla být kontrola toho, zda poskytovatel má vyčleněnou částku na vzdělávání, supervizi, řízení a vydává výroční zprávu o hospodaření s přidělenými prostředky.

Kvůli absenci SQSS, které by se věnovaly finančnímu zabezpečení, hospodaření a rozpočtu se domnívám, že jsou vhodnější SOZ.

ZÁVĚR:

SOZ jsou specificky zaměřeny na drogové (též adiktologické) služby. Jsou složeny z obecných a specifických standardů. Obecné standardy se týkají všech služeb pro uživatele drog. Specifické pak obsahují konkrétní požadavky na službu. SQSS žádné specifické standardy pro jednotlivé druhy sociálních služeb nemají. Jsou stejné pro všechny služby bez rozdílu. Přestože cílem sociálních služeb je zabránit exkluzi, je v praxi viditelný rozdíl v poskytování služeb sociální péče a sociální prevence. Na to by měl být při inspekcích brán zřetel.

SQSS mají tzv. výkladový sborník pro poskytovatele. Zde je možné nahlédnout do toho, co jednotlivé standardy chtějí, jaká jsou kritéria. SOZ takový slovník nemají. Výklad záleží na odbornosti, zkušenosti a předpokladech certifikátorů, které mohou být rozdílné. Výhodou může (ale nemusí) být to, že certifikátoři jsou z řad odborných pracovníků pohybujících se v praxi. Inspektoři jsou často úředníci krajských úřadů, jimž někdy chybí tzv. dobrá praxe.

Nyní bych se tedy rád věnoval závěrům, ke kterým jsem dospěl v průběhu samotné komparace. Při porovnávání standardů, které se potkávají v našem zařízení jsem narážel často na rozdíly v terminologii i filosofii a toho, co si pod tím jednotlivé standardy představují. Např. to byly zejména pojmy „služby sociální péče“ vs. „služby sociální prevence“ v terminologii Zákona 108/2006 Sb. A dále pak „odborné sociální poradenství“ vs. „ambulanti léčba“ jako terminologie Zákona 108/2006 Sb. a RVKPP.

Cílem této bakalářské práce bylo porovnáním standardů MPSV a RVKPP zjistit, které **standardy jsou** pro praxi adiktologických službách a především v Drogové poradně PREVENT **vhodnější a v čem**.

Porovnáním standardů jsem došel k tomu, že SQSS jsou vhodnější pro praxi v Drogové poradně PREVENT v těchto standardech: 1, 2, 3, 5 a 7.

Standard č. 1 přináší kromě veřejného závazku i další podmínky, které předcházejí diskriminaci a posilování lidské důstojnosti, uplatňují vlastní vůli uživatele při využívání služby. Přestože jsou z tohoto hlediska rizikovější pobytové služby, měli by se těmito tématy zabývat i terénní a ambulantní služby.

SQSS č. 2 se daleko více než SOZ věnují ochraně práv uživatelů a předcházení jejich porušování. Opět z hlediska porušování práv jsou rizikovější pobytové služby, kde k tomu může dojít snadněji. Nicméně i v ostatních službách (i ambulantních) je třeba se těmto tématům věnovat.

SQSS č. 3, 4 a 5 obsahují to co SOZ č. 3. Kromě SQSS č. 4, jsou tyto standardy věnující se jednání se zájemcem o službu a individuálnímu plánování opět dopodrobna propracována. Možná až moc a vše je požadováno písemně. Důraz je kladen na přímé jednání se zájemcem. Není požadováno diagnostikování klientů, jako je tomu ve SOZ. SQSS č. 4 je spíše určen pro pobytové služby, ale není vhodný pro terénní a částečně i ambulantní služby, kde stačí ústní kontrakt zapsaný v klientské dokumentaci.

SQSS č. 7 týkající se stížností je, na rozdíl od SOZ, kde je součástí standardu týkajícího se práv klientů, samostatný. Je přirozené, že se stížnostem věnuje více pozornosti, protože v minulosti se klienti pobytových sociálních služeb někdy jen těžko dovolali svých práv. Stížnostem nebyla věnována pozornost, byly přecházeny a nedocházelo k nápravě. SOZ sice též vyžadují, aby se jimi organizace zabývala (je to též hvězdičkový, tj. zásadní standard), ale ne tak podrobně, jako tomu je ve SQSS.

Jako výtku bych zmínil to, že v těchto standardech se po poskytovatelích požaduje téměř ve všech bodech „písemné zpracování“. Domnívám se, že tyto požadavky neodpovídají poměru času, který pracovníci stráví zpracováváním standardů a přínosem pro službu. Poskytovatelé jsou mnohdy zbytečně zatěžováni administrativou. Ti pak tráví více času nad dokumenty než-li v přímé práci s klienty. Otázka je potom, co inspekce a certifikace hodnotí – Existenci dokumentu nebo jeho kvalitu? Znalost dokumentu? Praktickou realizaci napsaného? Jak o tématu přemýšlíme? Jenom to co viděli na vlastní oči nebo to, co říkají pracovníci nebo to, co nám říkají klienti? Jaký máme pocit ze služby? Co jsme četli? Jaké jsou váhy, toho co je důležitější? Kvalitu? Dostupnost? Výkonnost? Potřebnost?

Jako pozitivum bych hodnotil existenci dokumentů, které vysvětlují, popisují a tím poskytovatelům přinášejí porozumění tomu, co se od nich chce.

Jedná se o starší verzi Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe – průvodce poskytovatel a Standardy kvality sociálních služeb – Výkladový sborník pro poskytovatel. Tyto mohou sloužit jako společný jazyk jak pro inspektory, tak pro poskytovatele. SOZ žádný takový dokument nemají a je na certifikátorech, zda se shodnou v tom, co daný standard vyžaduje. Problém u obou je to, že nikde není psáno, co je dost. Jak poznáme, že takto „písemně zpracované“ dokumenty projdou inspekcí a certifikací? Když takto zpracované stačí nám, stačí také kontrole?

SOZ, které se ukázaly jako vhodnější nejsou pro službu tak zásadní. Tedy až na SQSS č. 4, který se ukázal pro službu odborné sociální poradenství vhodnější. Z pohledu ambulantní léčby též, protože pro dojednání kontraktu stačí ujednání ústní, které je zapsané v osobní dokumentaci klienta. Ostatní standardy, které se ukázaly být vhodnější jsou SQSS 4, 8, 10, 11 a 14. Jsou to především provozní standardy – dostupnost a informovanost o službě, návaznost, prostředí, profesní rozvoj zaměstnanců a havarijní a nouzové situace.

U zbylých standardů 6, 9, 12, 13 a 15 nelze jednoznačně určit, který je vhodnější. Jsou to standardy, které jsou se SOZ velmi podobné, jen se liší v názvosloví.

SQSS jsou dostatečně obecné, ale některá kritéria nelze napasovat na všechny sociální služby a zvláště na odborné služby problémovým uživatelům drog a závislým. Standardy jsou zpracovávány hlavně pro pobytové služby. Terénní a ambulantní služby a zejména služby sociální prevence mohou mít problémy s tím, aby vyhověly všem SQSS.

SOZ nechtějí vše písemně a jsou určena především pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům drog a závislým na návykových látkách.

Místo jednoznačně definovaného závěru bych rád předložil několik otázek, které spíše otevírají možnosti nového přemýšlení než-li ho uzavírají. Došel jsem k nim v průběhu psaní práce.

Není třeba provést revizi obou procesů standardizace? Mohou se od sebe navzájem inspirovat a doplňovat? Jak se dále budou profilovat tzv. drogové

služby? Jsou službami sociálními nebo i zdravotními? A nejsou to pak i ostatní služby sociální péče a sociální prevence – např. azylové domy, terénní programy pro osoby ohrožené komerčním sexem nebo sociálním vyloučením? Stojí drogové služby nějak „mimo“ jenom proto, že jeden z pohledů na závislost je medicínský? Asi nejvíce zdravotnickou službou jsou detoxifikace, substituční léčba, ústavní léčba v psychiatrické léčebně nebo ambulantní léčba v AT ordinacích. Ale co ostatní služby? Tyto a další otázky je třeba dále diskutovat v odborných kruzích.

Závěry ze srovnávání v této bakalářské práci jsou šita na míru poskytovaným službám v DPP a tedy nejsou poplatné pro všechny ostatní služby dle definice Z. 108/2006 Sb. a SOZ RVKPP

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:

Sbírka zákonů. Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách, [online]. Ostrava: 2009 [cit. 2010-03-16]. Dostupné na WWW: <<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?typ=r&zdroj=sb06108&cd=76>>

Sbírka zákonů. Vyhláška č. 505/2006 Sb., [online]. Ostrava: 2009 [cit. 2010-03-16]. Dostupné na WWW: http://www.sagit.cz/pages/uztxt.asp?tema_id=1145&cd=160&typ=r&refresh=yes&det=&levelid=590950&datumakt=01.08.2009&full=y

Vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. *Standardy kvality sociálních služeb*. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 1.1.2007. 3 s. Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/5963>>.

Standardy odborné způsobilosti Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. *Standardy odborné způsobilosti*. Praha : Úřad vlády ČR, 30.10.2003. 68 s. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/evaluace/certifikace_odborne_zpusobilosti_poskytovatelu_sluzeb_pro_uzivatele_omamnych_a_psychotropnich_latek>.

KOTYZOVÁ, M., BREJCHA, T. *Operační manuál Drogové poradny PREVENT* České Budějovice, 2009. s. 80

KLOUČKOVÁ, T. Standard č. 2 : Ochrana práv uživatelů sociálních služeb. In . České Budějovice : [s.n.], 2008. s. 7.

SÝKOROVÁ, J., et al. *Standardy kvality sociálních služeb : Výkladový sborník pro poskytovatele*. 1. vydání. [s.l.] : TIGIS PRINT, s.r.o, 2008. 187 s. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/5966/4_vykladovy_sbornik.pdf>.

ŠEDIVÁ, D., KRUTILOVÁ, D., ŽÁK, J., HERZOG, A., SYROVÝ, J., STANÍČEK, J., SKLENÁŘ, V. *Orientační vodítka pro poskytovatele drogových služeb v působnosti zákona o sociálních službách*. Měříň, 2009, Prezentace příspěvku, XV. AT konference

ŠEDIVÁ, D. *Hlavní rozdíly Standardů MPSV a RVKPP z hlediska obsahu*, Prezentace příspěvku, IV. konference o prevenci a léčbě závislostí v Plzni, Plzeň, 2008

Parlament České republiky : Poslanecká sněmovna [online]. Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. 16. 12. 1992 [cit. 2010-03-16]. Dostupné z WWW: <<http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>>.

KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : Mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha : Úřad vlády ČR, 2002. 336 s. ISBN 80-86734-05-6.

BREJCHA, T., KOTYZOVÁ, M. *Ambulantní léčba vs. Odborné sociální poradenství*. České Budějovice, 2009, Prezentace příspěvku, III. Jihočeská konference protidrogových profesionálů, 2009 Dostupné z WWW: <[http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?par\[id_v\]=346&par\[lang\]=CS](http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?par[id_v]=346&par[lang]=CS)>.

KRUTILOVÁ, D. Profesionální rozvoj zaměstnanců. *Sociální služby : Odborný časopis*. 2010,

roč. 12, č. 1/2010, s. 23. ISSN 1803-7348.

ČÁMSKÝ, P. K novele zákona o sociálních službách. *Odborný časopis Sociální služby*, 2010, roč. 12, č. 1/2010, s. 28 – 29., ISSN 1803-7348

Procedurální standardy. In *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe : Průvodce poskytovatele*. 1. vydání. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 202. s. 112. Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/files/clanky/5964/pruvodce.pdf>>. ISBN 80-86552-45-4.

Pečovatelská služba Chropyně : organizační složka Města Chropyně infomuje. In *Zpravodaj města Chropyně*. květen 2008. Chropyně : Město Chropyně, 2008. s. 20. Dostupné z WWW: <http://www.muchropyne.cz/Soubory/zpravodaj/2008_05.pdf>.

ČERMÁKOVÁ, K., HOLEČKOVÁ K. M. et al. *Standardy kvality sociálních služeb : Výkladový sborník pro poskytovatele*. 1. vydání. [s.l.] : TIGIS PRINT, s.r.o, 2008. 187 s. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/5966/4_vykladovy_sbornik.pdf>.

www.drogy-info.cz : Informační portál o ilegálních a legálních drogách [online]. Praha : Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 11.12.2003, 15.03.2007 [cit. 2010-03-17]. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/evaluace/certifikace_odborne_zpusobilosti_poskytovatele_sluze_b_pro_uzivatele_omamnych_a_psychotropnich_latek> (7)

MPSV.CZ : Sociální služby - způsoby pomoci [online]. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2007 [cit. 2010-03-17]. Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/9#sszp>>.

OBČANSKÉ SDRUŽENÍ PREVENT : Drogová poradna PREVENT [online]. České Budějovice : 2008 [cit. 2010-03-17]. Dostupné z WWW: <<http://www.os-prevent.cz/dpp/index.html>>.

DEVEROVÁ, L., PETROVÁ, P., VEŠKRNOVÁ, B., DOLEJSKÁ, B. et al. *Standardy kvality sociálních služeb : Výkladový sborník pro poskytovatele*. 1. vydání. [s.l.] : TIGIS PRINT, s.r.o, 2008. s. 56 Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/5966/4_vykladovy_sbornik.pdf>.

Wikipedia - otevřená encyklopedie [online]. Spojené státy americké : 15. 1. 2001, 24. 3. 2010 [cit. 2010-03-29]. Dar. Dostupné z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Dar>>.

Seznam použitých zkratk:

RVKPP = Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, poradní orgán při Úřadu vlády ČR

SOZ = Standardy odborné způsobilosti

MPSV = Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR

SQSS = Standardy kvality sociálních služeb

DPP = Drogová poradna PREVENT

EMCDDA = Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost

OSPOD = Oddělení sociálně právní ochrany dětí