

# INTEGRÁCIA

Interdisciplinárny odborný časopis o inováciách v riešení nepriaznivých sociálnych situácií občanov



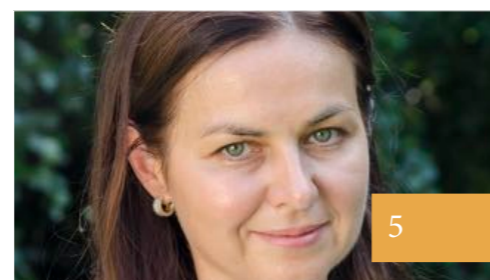
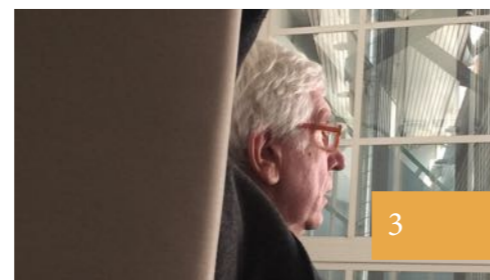
**Aktuálna situácia v odbore psychiatria na Slovensku**

**WHO QualityRights Toolkit**  
nástroj pre hodnotenie duševného zdravia

**Ľudské práva,**  
ako na to – príklady dobrej praxe

**Schizofrénia,**  
ako utrpenie a výzva: o segregácii a integrácii

- 3 Úvodník
- 5 Aktuálna situácia v odbore psychiatria na Slovensku
- 9 Schizofrénia, ako utrpenie a výzva: o segregácii a integrácii
- 14 Preventívno-podporný program o duševnom zdraví pre školy „Šialený? No a!“
- 16 Komunitní péče v kontextu recovery z pohľadu psychiatra
- 17 Návčik sociálnych zručností pre podporu dobrého duševného zdravia detí
- 22 WHO QualityRights Toolkit nástroj pre hodnotenie kvality služieb v oblasti duševného zdravia
- 33 Ludské práva ako na to – príklady dobrej praxe



vydala a spracovala: Rada pre poradenstvo v sociálnej práci, Františkánska 2, 811 01 Bratislava. IČO: 30812682 Tel./ Fax: 02/54418243; e-mail: radaba@rsp.sk redakčná rada: Šéfredaktorka: Lucia Cangárová Členovia: PhDr. Miroslav Cangár, Ph.D. PhDr. Soňa Holúbková, Mgr. Eva Krššáková, Doc. PhDr. Slavomír Krupa Ph.D., – odborný garant PhDr. Judita Varcholová. Grafická Úprava: Alexander Weiner .Tlač: Copygraf s.r.o., Domkárska 15, 821 05 Bratislava objednávky zasielajte na adresu: Rada pre poradenstvo v sociálnej práci, Františkánska 2, 811 01 Bratislava. Časopis Integrácia je zapísaný v zozname periodickej tlače MK SR. pod ev. číslom 4432/11. Cena výtlačku: 4 €. Elektronické predplatné: 1,5 €. Vychádza 2x ročne. Fotka titulnej strany: PhDr. Miroslav Cangár, Ph.D. Časopis Integrácia (1-2/2018) vyšiel za finančnej podpory MPSVaR. ISSN 1336-2011



**N**a stránkach tohoto vydania Integrácie otvárame tému reformy psychiatrickej starostlivosti. Iste, táto téma by mala byť prezentovaná predovšetkým na pôde zdravotníctva a komunikovaná cez odborné medicínske publikácie. Predchádzajúce roky existencie nášho časopisu ale poukazujú na objektívny dôvod zaoberať sa tak dôležitou témou na stránkach nášho odborného časopisu, ktorého dominantnou témou je sociálna starostlivosť.

Uvediem niektoré z nich: Prvým je skutočnosť, že dlhodobo sledujeme potrebu reformy v sociálnych službách, ktorú nie je možné realizovať bol spolupráce s príbuznými odborníkmi zdravotníctva a školstva. Ako sa zdá k dosiahnutiu zmeny nepomáha zdôrazňovanie interdisciplinárnej a multidisciplinárnej spolupráce, ale vytváranie otvorených platforiem, okrúhlych stolov rôznych odborníkov, expertov (pacientov, prijímateľov sociálnych služieb), v ktorých centre úvah je a bude osoba, ktorá je v situácii sa meniacich životných roliach niekedy prijímateľom sociálnej služby, inokedy pacientom zdravotnickej, psychiatrickej starostlivosti. Dosiachnutie reformných zmien, ako sa zdá je možné len v synergii síl, ktoré uznávajú potrebu riešenie problémov človeka za dôležitejšiu ako udržanie existujúceho a často už prekonaného systému starostlivosti (crossdisciplinárny prístup).

Druhým dôvodom pre uvedenie témy reformy psychiatrie je náš dlhodobý záujem o riešenie starostlivosti o ľudí so zdravotným znevýhodnením a špeciálne s duševnými poruchami, ktorý sa viaže na začiatky komunitných sociálnych služieb v Slovenskej republike poskytovaných v denných stacionároch v 80-tich rokoch minulého storočia. Denné poskytovanie sociálnej starostlivosti pre osoby s mentálnym postihnutím bolo oproti tradičným pobytovým ústavom s inštitucionálnou organizačnou kultúrou, novou inovatívnou formou sociálnej služby. Denný kontakt s rodinou a ich deťmi so zdravotným postihnutím otvoril priestor pre úplne iný typ služieb. Tieto služby posilňovali a otvárali možnosti pre deti a mládež so zdravotným postihnutím v integrácii vo vzdelávaní a v zamestnávaní.

Bolo pre nás mimoriadnou ctou, že sme mohli spolupracovať pri poskytovaní sociálnej starostlivosti pre osoby so zdravotným postihnutím v prostredí denných, ambulantných zariadení sociálnych služieb s nestorom psychiatrie a neurológie na Slovensku Prof. MUDr. Karolom Matulayom (1906-1998). Popri nesmierne intenzívnom nastavení pána profesora pre medicínske, psychiatrické a vedecké štúdium mentálneho postihnutia, to bol tiež dlhodobý záujem o reformu v psychiatrii a ocenenie každého progresívneho, reformného procesu v poskytovaní starostlivosti o osoby a ich rodiny, ktoré si vyžadova-

li odbornú pomoc. Prakticky na všetkých miestach, kde pán profesor Matulay pôsobil zanechal reformné zmeny, nie len v liečbe, ale tiež v reforme systému poskytovania zdravotnickej starostlivosti. Bolo tomu tak aj v jeho dôchodkových rokoch, keď každý týždeň prichádzal ako dobrovoľník do ústavu na Lipského ulici a poskytoval nám dôležité a potrebné odborné konzultácie a supervíziu pri zabezpečovaní sociálnej a zdravotnickej starostlivosti. Profesor pracoval ako tímový hráč, vťahoval do riešenia problémov osôb s mentálnym postihnutím a ich rodín odborníkov z rôznych medicínskych, pedagogických, psychologických, sociálnych odborov. Prostredníctvom profesorových, neustávajúcich aktivít, nás vtiahol do spolupráce s ďalšími významnými odborníkmi z odboru neurológie (MUDr. J. Benko), downologie (Prof. MUDr. Šustrová, CSc., Doc. MUDr. Černay, CSc.), vtedy tiež s profesorovými mladšími kolegami (MUDr. J. Pečeňák, MUDr. M. Sýkorová, MUDr. P. Nawka a ďalší). V čase v ktorej sme mali možnosť spolupracovať s pánom profesorom Matulayom vydal v spolupráci s ďalšími domácimi a zahraničnými autormi významné odborné publikácie, ako monografiu Mentálna retardácia (1986), Ošetrovanie mentálne poškodených (1989). V roku 1990 bol denný stacionár na Lipského ulici v Bratislave, na žiadosť vedenia a zamestnancov ústavu, premenovaný na Ústav prof. Karola Matulaya. Profesor Matulay sa tak pre nás viacerých stal mostom, ktorý prepájal často nepreniknuteľné bariéry medzi sociálnou prácou, sociálnymi službami, zdravotníctvom a psychiatrickou starostlivosťou.

Tretím dôvodom uvedenia a podpory témy reformy psychiatrickej starostlivosti na stránkach Integrácie je fakt nášho osobného a profesionálneho stotožnenia s tým, že zmena okolo nás vždy nastáva vtedy, keď sa menia naše postoje, hodnoty, pocity, názory, pohľady, keď opúšťame často dobré myslenie, ale tradičné, dlhodobo zafixované, zabetónované pragmatické kolaje v snahe udržať samých seba. Preto si myslím, že si určite, milí čitatelia, so záujmom prečítate výborné odborné články autorov P. Nawku, J. Hurovej, L. Izákovéj, A. Bražinovej, J. Beneša, M. Matiaška a M. Cangára.

Slavomír Krupa

# Aktuálna situácia

## v odbore psychiatria na Slovensku



**P**sychiatrická starostlivosť na Slovensku sa realizuje ústavným a ambulantným spôsobom. Obidva sektory sú prepojené dennými psychiatrickými stacionármi, kde je poskytovaná denná psychiatrická starostlivosť zameraná najmä na rehabilitáciu a resocializáciu pacientov, ktorí trpia chronickými príznakmi duševných porúch a uľahčuje im návrat do bežného fungovania.

Podľa informácií Národného centra zdravotníckych informácií (NCZI) v roku 2016 sa na Slovensku uskutočnilo cca 1,8 milióna psychiatrických vyšetrení dospelých ľudí v 375 psychiatrických ambulanciách. Počet vyšetrených sa pohyboval okolo 375 000, z nich asi 19% vyhľadalo psychiatra po prvýkrát. Približne 12% z vyšetrených pacientov bolo aj psychiatricky hospitalizovaných. Najčastejšie boli ambulantne vyšetrení pacienti s diagnózou afektívnych porúch, neurotických, stresom podmienených a somatoformných porúch (t. j. prevažne ide o úzkostné poruchy) a tiež organických a symptomatických duševných porúch (t. j. najmä demencie). Na 4. mieste sa umiestnila schizofrénia a jej príbuzné psychotické poruchy. O tom, že je sieť ambulantných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti preťažená, svedčia údaje Asociácie na ochranu práv pacienta (AOPP), z ktorých vyplýva, že priemerná čakacia lehota u ambulantného psychiatra je 7,3 týždňa, pričom v závislosti od zdroja (MZ SR, AOPP) jeden psychiater denne realizuje 25 až 29 vyšetrení. Jedno vyšetrenie teda trvá priemerne 15 minút. O tom, že reálna situácia je ešte vážnejšia, svedčí kvalifikovaný štatistický odhad, ktorý v roku 2017 realizovala doc. Bražinová. Z jeho výsledkov vyplýva, že na Slovensku sa pre depresívne poruchy skutočne lieči iba cca 1/3 chorých. V prípade závislosti od psychoaktívnych látok je situácia podobná (lieči sa iba 32%), pre úzkostné poruchy vyhľadajú odbornú pomoc iba 16% ľudí. Ak by títo chorí skutočne vyhľadali psychiatrickú

pomoc, systém by pravdepodobne skolaboval.

Preťaženie ambulantnej psychiatrickej siete sa začalo v ostatných rokoch riešiť aj trhovo. Vo väčších mestách, najmä v Bratislave, vznikli psychiatrické ambulancie, kde je poskytovaná zdravotná starostlivosť bez zmlúv so zdravotnými poisťovňami. Dôsledkom pre pacienta je platiť si nielen za poskytovanú zdravotnú starostlivosť, ale aj za predpísané lieky. Vzhľadom k tomu, ako je systém psychiatrickej starostlivosti na Slovensku nastavený, aké sú dlhé čakacie lehoty a aký vzácny je čas, ktorý môže psychiater venovať svojmu pacientovi, takéto ambulancie v trhovom systéme nielenže prežívajú, ale sa otvárajú aj ďalšie.

Kritická je tiež situácia s dennými psychiatrickými stacionármi, ktorých máme na Slovensku celkovo 15 a väčšina z nich bojuje o svoje prežitie kvôli nedostatku financií. Pritom sú neoddeliteľnou a nenahraditeľnou súčasťou psychiatrickej starostlivosti v kontexte modernej európskej koncepcie komunitnej psychiatrie. Predstavujú prepojavací článok medzi ústavnou a ambulantnou starostlivosťou, kde sa pacientom naďalej poskytuje komplexná psychiatrická liečba, predovšetkým zameraná na psychoterapiu, psychiatrickú a psychosociálnu rehabilitáciu. Zámerom je dosiahnuť taký stupeň uzdravenia, ktorý umožňuje čo najúplnejšiu pracovnú a/alebo sociálnu reintegráciu chorých do spoločnosti. Cieľom je tiež prevencia, prípadne skrátenie hospitalizácie.

Uvedené údaje reflektujú, že psychiatrická starostlivosť na Slovensku je potrebná a vyžaduje si, aby jej bola venovaná zvýšená pozornosť.

Napriek tomu však politika Mental Health je na Slovensku málo aktívna. Ak sa zamyslíme nad psychiatrickou starostlivosťou na Slovensku v súčasnosti, musíme sa pozrieť do minulosti, približne 25 - 30 rokov dozadu. V roku 1991 bol kolektívom Jozef Hašto, Peter Breier, Pavol Černák, Alojz Rakús a ďalších autorít v odbore sformulovaný veľmi dôležitý

dokument, ktorý v roku 1999 vydalo Vydavateľstvo F pod názvom Reforma psychiatrickej starostlivosti v SR. Obsahoval plán, ako zmeniť psychiatrickú starostlivosť na Slovensku podľa požiadaviek modernej doby.

Keďže starostlivosť o duševné zdravie sa týka celej populácie, v roku 2004 bol na odporúčenie WHO vládou SR prijatý Národný program duševného zdravia (NPDZ). Ide o komplexný program starostlivosti o duševné zdravie na Slovensku, ktorým sa problematika duševného zdravia stala politickou prioritou v celej jej komplexnosti. Základom je multisektorová spolupráca. Za jeden stôl si sadá zdravotníctvo, sociálne veci, kultúra, školstvo, vnútro, financie, spravodlivosť, atď. Cieľom jeho realizácie je zlepšenie duševného zdravia slovenskej populácie. Za jeho spravovanie je zodpovedná Rada duševného zdravia MZ SR. NPDZ - napriek jeho aktualizácii v roku 2017 - a činnosť Rady duševného zdravia dnes predstavujú pasívny článok v realizácii zmien. Oslabuje ich nedostatok politickej vôle vnímať duševné zdravie ako politickú prioritu.

Ďalším dôležitým míľnikom v histórii odboru psychiatria bolo uverejnenie Koncepcie zdravotnej starostlivosti v odbore psychiatria v SR vo Vestníku MZ SR v roku 2006.

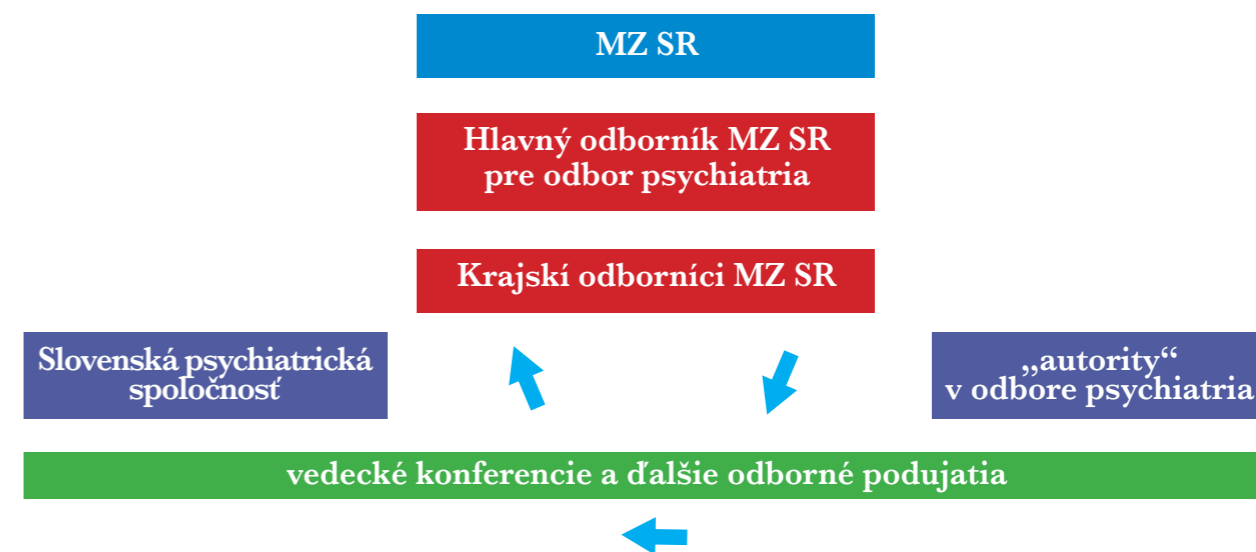
V čase, kedy boli uvedené dokumenty sformulované, sme sa stali v Európe lídrom v iniciácii reformných zmien. Dovolím si tvrdiť, že v prípade, ak by plán zmien, ktoré sa v psychiatrii mali udiť, bol skutočne realizovaný, dnes by sme patrili ku krajinám Európskej únie s najlepšou psychiatrickou starostlivosťou. Nestalo sa tak a aj zmeny, ktoré sa začali, sa postupne vrátili k počiatočnému stavu.

Ako som už uviedla, posledných viac ako 10 rokov je politika Mental Health na Slovensku nedostatočne aktívna. Pre jej rozvoj je nevyhnutné investovať čas, energiu, odbornosť a financie, a tým dosiahnuť systémové zmeny. Bojujeme však so situáciou, ktorá

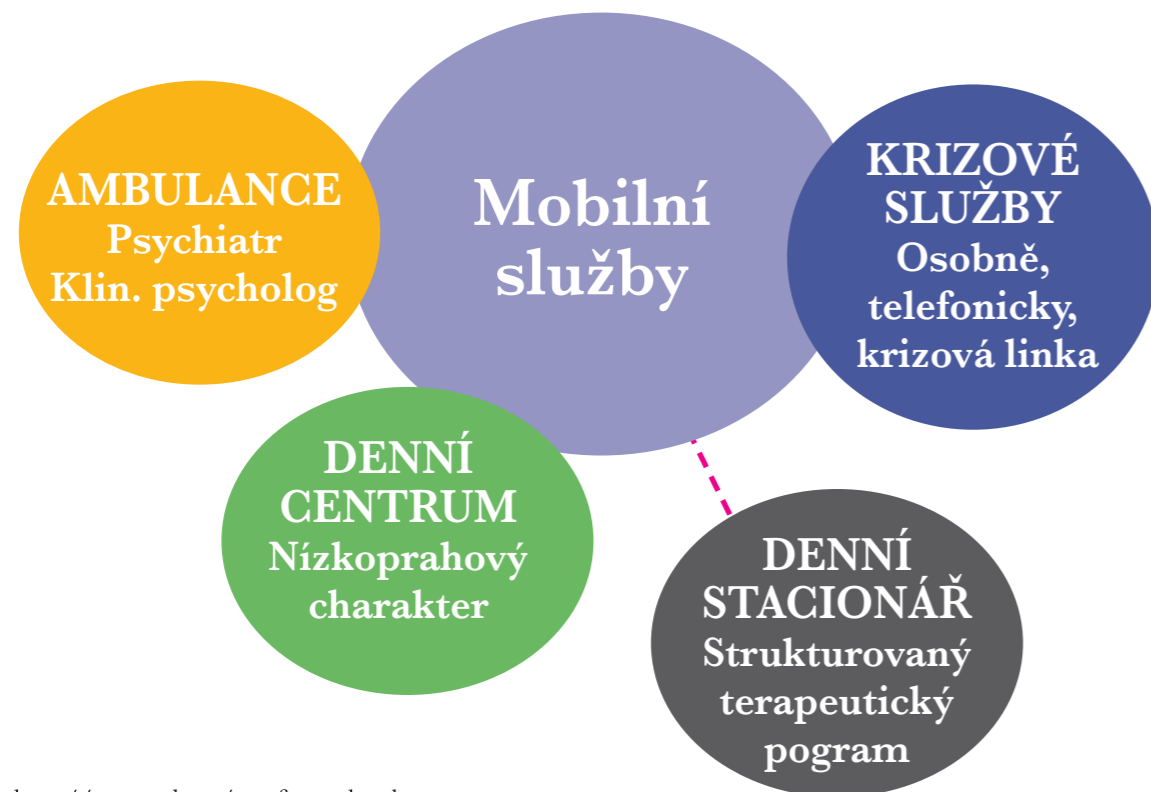


je odlišná od tej, kedy boli formulované strategické dokumenty. Nadšenie zainteresovaných vystriedala skepsa z dlhodobého neriešenia nepriaznivej situácie. Kde by sme mali začať? Odborno-metodické usmernenie starostlivosti v odbore psychiatria je riadené MZ SR, ktorého poradným orgánom sú hlavní odborníci MZ SR pre odbor psychiatria, detská psychiatria a medicína drogových závislostí. Títo experti sú menovaní ministrom zdravotníctva na funkčné obdobie 5 rokov. Návrhy na tieto posty prichádzajú nezávisle z dvoch inštitúcií - Slovenskej psychiatrickej spoločnosti, o. z. SLS a Slovenskej lekárskej komory. Hlavní odborníci majú tiež svoj poradný orgán, pretože v jednotlivých krajoch Slovenska majú možnosť mať krajských odborníkov, ktorí lepšie rozumejú lokálnym špecifikám a potrebám. Tu však odborný dialóg nekončí. Ako dôležitá sa javí úloha odbornej spoločnosti, Slovenskej psychiatrickej spoločnosti (SPsS), organizačnej zložky SLS, ktorá združuje medicínskych odborníkov z radov psychiatrov a príbuzných odborov. Ide o dobrovoľnú, politicky nezávislú organizáciu. Aktuálne, v roku 2018, eviduje 577 členov. Riadiacim a výkonným

### Odborno-metodické usmernenie starostlivosti v odbore psychiatria



# Funkce Centra duševního zdraví (CDZ)



<http://www.pdz.cz/o-reforme.html>

orgánom je výbor spoločnosti na čele s prezidentom, vice-prezidentom a vedeckým sekretárom. SPsS tvorí 11 odborných sekcií, ktoré sa špecificky venujú jednotlivým témam širokospektrálneho odboru, akým je psychiatria. Samozrejme, veľmi dôležitý vplyv na odbornú-metodické usmernenie majú tiež vedecké a akademické „autority“. Dôležitý dialóg medzi jednotlivými vyššie vymenovanými zložkami prebieha najmä na konferenciách a odborných podujatiach, kde riešia nielen odborný prístup zameraný na kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti, ale aj nastavenie systému psychiatrickej starostlivosti ako takej.

Ak hľadáme začiatok, neurobíme chybu, ak ho zhmotníme do prevencie. Základnú zložku primárnej prevencie tvorí edukácia o duševnom zdraví, zvlášť o psychohygienických opatreniach. Táto by mala začať v rodine a rovnako by sa na ňu nemalo zabúdať v procese vzdelávania. Tak ako sa deti v materských školách učia umývať si zuby a ruky, aby predišli zubnému kazu a infekčným chorobám, mali by sa učiť neprepínať svoje sily, či vhodným spôsobom zvládať stres. Pre nás na Slovensku je však psychohygienu zatiaľ neznámy pojem. Ďalším krokom je skorá diagnostika a liečba duševných porúch, ktorá prináša svoje benefity v podobe očakávania lepšieho ovplyvnenia poruchy a nižšieho rizika jej nepriaznivého chronického priebehu. Ako ju však dosiahnuť v spoločnosti, ktorá

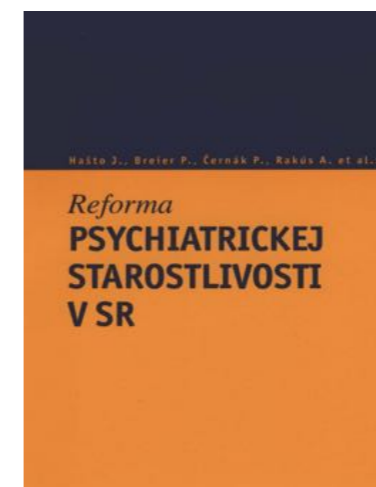
nemá vedomosti o tom, ako sa duševné poruchy prejavujú, ani kde vyhľadať pomoc pri obavách, že nimi trpím? Navyše, ak súčasne bojujem s obavami zo stigmy, diskriminácie, predsudkami, ale tiež s dlhými čakacími lehotami u psychiatra. Len málokto napríklad vie, že na psychiatrické vyšetrenie nie sú potrebné žiadne odporúčania, že psychiater je lekár prvého kontaktu a na jeho dostupnosť nemá vplyv žiadna rajonizácia. Takéto výhody v psychiatrickej starostlivosti na Slovensku máme!

Potrebné je teda začať edukáciou slovenského obyvateľstva o duševnom zdraví, prevencii psychických porúch, poznání príznakov duševných porúch a tiež informovanosti o tom, kde hľadať odbornú pomoc. Rovnako dôležité je zabezpečiť dostatočnú sieť zdravotnej starostlivosti, na ktorú má vplyv aj vzdelávanie odborníkov. Podľa úrovne rozvinutia psychiatrickej starostlivosti rozhodujú sa noví lekári o smerovaní svojej špecializácie. Pokiaľ bude psychiatrii venovaná v medicíne a spoločnosti len okrajová pozornosť, bude viaznuť aj záujem o vzdelávanie sa v tejto oblasti. Najviac je to dnes vidieť v oblasti pedopsychiatrie. Kým v psychiatrii pre dospelých sme v roku 2016 evidovali na Slovensku 651 špecialistov s priemerným vekom 47 rokov, teda dostatočne vzdelaných a s dostatočnou praxou, v detskej psychiatrii ich bolo na celé Slovensko iba 45. Z nich 20 ich pôsobilo v Bratislavskom a 7 v Košickom samosprávnom kraji, ich priemerný vek bol 46 rokov.

Iná situácia bola však na zvyšku Slovenska. Nielenže ich priemerný vek bol 59 rokov, ale v Trnavskom a Prešovskom kraji nebol evidovaný ani jeden pedopsychiater. Na túto situáciu už museli zareagovať kompetentní. MZ SR sa rozhodlo pedopsychiatriu zaradiť do rezidentského programu, a tak podporiť vzdelávanie v tejto špecializácii. Ďalšou ponukou je dozvedanie sa psychiatrov pre dospelých aj v oblasti pedopsychiatrie a rozšírenie si kompetencií. Krátka budúcnosť ukáže, či tieto opatrenia našli uplatnenie. Iným problémom, ktorý čaká na riešenie, je nastavenie minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, a to ústavnej aj ambulantnej. V porovnaní s rozvinutými európskymi krajinami máme stále veľa ústavných lôžok. Nemôžeme si však dovoliť ich redukovať, lebo nie je vyriešená následná starostlivosť o psychiatrických pacientov. Keď na konci minulého a začiatku tohto storočia prebehli zmeny, ktorých výsledkom bola redukcia chronických lôžok, bol to iba začiatok vyššie spomínanej reformy. Potrebné bolo týmto chronicky chorým pacientom ponúknuť inú alternatívu starostlivosti. Plánovalo sa reintegrovať ich späť do spoločnosti, do komunity, v ktorej pôvodne žili. Nestalo sa tak a namiesto toho boli inštitucionalizovaní, väčšinou umiestnení do domovov sociálnej starostlivosti (DSS), kde im je poskytovaná v podstate bežná psychiatrická starostlivosť ako všetkým ostatným obyvateľom SR. Integrácia do komunity tak nadobudla opäť iba akúsi pokrivenú štruktúru. Dnes sa tento omyl napráva a aj v DSS sa postupne rozbieha transformácia a deinštitucionalizácia.

Starostlivosť o dlhodobo chorých nie je na Slovensku uspokojivo zvládnutá a je veľmi dôležitou otázkou, ktorá nevyhnutne potrebuje riešenie.

Veľkým vzorom je nám v tejto oblasti Psychiatrická spoločnosť ČLS JEP, naši českí kolegovia, ktorí po ceste Reformy psychiatrickej starostlivosti v SR, Vydavateľstvo F, Trenčín, 1999



J. Hašto, P. Breier, P. Černák, A. Rakús et al: *Reforma psychiatrickej starostlivosti v SR*, Vydavateľstvo F, Trenčín, 1999

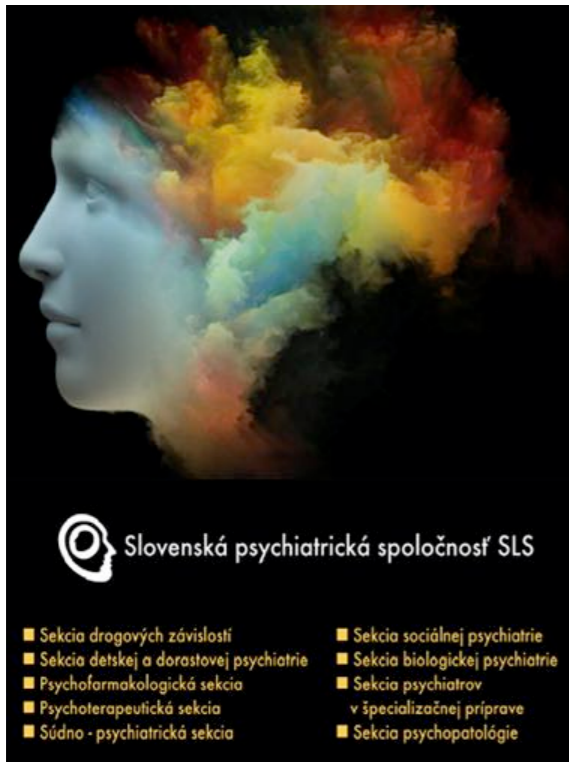
zdravia ako základ komunitnej psychiatrie. Ide o nízkoprahové zariadenia, v ktorých sa poskytujú zdravotné a sociálne služby. Tvoria medzičlánok medzi primárnou a špecializovanou psychiatrickou starostlivosťou a rozširujú doterajší systém starostlivosti o duševné zdravie tým, že poskytujú individualizovanú starostlivosť chorým so závažnými duševnými poruchami. Ich funkciami sú včasná diagnostika, včasná intervencia, rehabilitácia a resocializácia, psychoterapia a koordinácia vzájomne prepojených zdravotných a sociálnych služieb s ohľadom na individualizované potreby klientov/pacientov bez čakacej lehoty v ich prirodzenom prostredí tak, aby mohli žiť ako ostatní (väčšina spoločnosti) v podmienkach bežného života. Cieľom je teda predísť rozvoju psychickej poruchy alebo dekompenzácie stavu, predísť potrebe hospitalizácie, resp. ju skrátiť na minimum, udržať chorého v jeho prirodzenom prostredí a reintegrovať chorých do bežnej spoločnosti. Pre prácu v nich je potrebné vytvoriť multidisciplinárne tímy zložené z psychiatrov, sestier, klinických psychológov, sociálnych pracovníkov, peer konzultantov, pracovných konzultantov a špeciálnych pedagógov. Kľúčová je spolupráca s ambulantnými psychiatrami a praktickými lekármi, ale aj s lôžkovými zariadeniami. Iba takýmto spôsobom je možné dosiahnuť zníženie počtu psychiatrických lôžok či skrátenie dĺžky hospitalizácie.

Bohužiaľ na Slovensku je dlhodobým problémom prepojenie zdravotného a sociálneho sektoru.

Čo rieši súčasná psychiatria? Okrem problémov vyplývajúcich z nerealizácie reformy psychiatrickej starostlivosti a absentujúcej komunitnej psychiatrickej starostlivosti, teda potreby nového nastavenia systému starostlivosti v odbore psychiatria, rieši aj hroziaci zánik DPS, zastarané vybavenie ústavných zariadení, nedostatočnú rozvinutosť siete psychiatrických ambulancií, absenciu diagnostických a liečebných



Konceptia zdravotnej starostlivosti v odbore psychiatria v Slovenskej republike, Vestník MZ SR, 54, 2006



štandardov, rezervy v oblasti detskej psychiatrie, nastavenie legislatívy pre E-health, vytvorenie siete psychoterapeutickej starostlivosti a zlepšenie prístupu k nej, chýbajúce centrá krízovej intervencie, ktoré vedú k zbytočnému „prepsychiatrivaní“ slovenskej populácie a mnohé ďalšie problémy. Pri ich riešení sa snaží spolupracovať so zahraničím a byť súčasťou svetovej psychiatrie. Poučiť sa z chýb iných a realizovať overené zmeny. Jednou veľmi dôležitou zmenou, ktorá sa v súčasnosti rieši, je príprava štandardných diagnostických a terapeutických postupov (ŠDTP) a tiež postupov prevencie. Ide o projekt MZ SR a MPSVaR, ktorý sľubuje definíciu jasných pravidiel poskytovania zdravotnej starostlivosti, štandardizáciu a zosúladienie postupov diagnostiky, liečby a prevencie, špecifikáciu kompetencií jednotlivých poskytovateľov na celom území Slovenska. Psychiatrické otázky riešia tri odborné pracovné skupiny: pre psychiatriu pre dospelých, detskú psychiatriu a medicínu drogových závislostí. Prvá z nich už aktívne pracuje

a bez nadsadenia možno povedať, že je jednou z najaktívnejších OPS v projekte ŠDTP. V súčasnosti vytvorila asi 20 štandardov, z ktorých väčšina prešla schvalovacím procesom MZ SR a čaká na podpis ministerky zdravotníctva. Ich uvedenie do platnosti bude riešiť mnohé nedostatky psychiatrickej starostlivosti, pre ktoré je v nich jasne definované riešenie. Zostáva iba veriť, že MZ SR zvládne aj ich implementačnú fázu, ktorá však ešte vyžaduje aj legislatívne zmeny.

Ako veľmi dôležitú zmenu v psychiatrii vnímam rozvoj aktívnej spolupráce SPsS s patientskymi organizáciami (PO), združujúcimi ľudí so skúsenosťou s psychickou poruchou a ich blízkych. V priebehu roka SPsS zorganizovala podujatia, kde sa riešili aktuálne témy, týkajúce sa PO aj odbornej spoločnosti. Počas odborného okrúhleho stola v októbri 2017 a okrúhleho stola v máji 2018 boli definované témy, ktoré je potrebné prioritne riešiť. Nasledovali dva workshopy. Témou prvého z nich bolo „Ako bojovať so stigmou duševných ochorení“. Konal sa v júni 2018 ako súčasť XIII. Slovenského psychiatrického zjazdu v Žiline. V priebehu workshopu zúčastnené PO sformulovali Memorandum, ktoré zaslali ministerke zdravotníctva Andrei Kalavskej a apelovali v ňom na riešenie 7 kľúčových priorít pre zlepšenie zdravotnej starostlivosti o pacientov s psychickými poruchami. Workshop „Ako sa zlepšovať vo finančnom a strategickom plánovaní“ sa uskutočnil v októbri 2018 a riešil otázku, ako zabezpečiť prežitie PO.

Kam teda bude smerovať psychiatria v nasledujúcom období? Samozrejme, začaté zmeny budú pokračovať a bude potrebné na ne nadviazať. Oveľa intenzívnejšie si však uvedomujem, že na ich presadenie potrebujeme byť silnejší a jednotnejší. Dosiagnutie tejto dimenzie je možné iba spoluprácou a vzájomným konsenzom viacerých – členov odbornej spoločnosti, psychiatrov, pedopsychiatrov, adiktológov, neuropsychiatrov a ďalších spolupracujúcich partnerov, ako sú Slovenská lekárska komora, ostatné odborné spoločnosti, patientske organizácie a ďalší zainteresovaní jednotlivci. Ak sa nám podarí spojiť sily, budeme na ceste za lepšie fungovanie nášho odboru úspešnejšími a na konci nášho snaženia bude komplexne a adekvátne postarané o každého pacienta.



### MUDr. Lubomíra Izáková, PhD.

Slovenská psychiatrická spoločnosť SLS  
lubomira.izakova@gmail.com

Lubomíra Izáková pracuje na Psychiatrickej klinike LFUK a UN Bratislava ako odborná asistentka a zároveň vedie Akútne ženské oddelenie kliniky. Od roku 2018 je tiež zástupkyňou prednostu pre pedagogickú činnosť. Vyučuje aj na Filozofickej fakulte a na Právnickej fakulte UK v Bratislave. V minulosti pôsobila ako externý pedagóg na Akadémii policajného zboru. Od roku 2007 je súdnou znalkyňou v odvetví psychiatria. Prezidentkou SPsS SLS je od roku 2015 a od júna 2018 je aj hlavnou odborníčkou MZ SR pre odbor psychiatria.

# Schizofrénia, ako utrpenie a výzva: o segregácii a integrácii

## 1. Dedičstvo hlboko zakorenenej segregácie

Nachádzame sa na prahu 30. výročia zamatovej revolúcie. Našťastie, sociálna psychiatria sa už predtým venovala otázkam vzťahu medzi spoločnosťou a jednotlivcom. Pohľad očami sociálne orientovaného psychiatra zahŕňa aj hľadisko pacienta a jeho rodiny, v ktorej žije a/alebo v ktorej vyrástol. Podobne je to aj vo vzťahu k spoločnosti, ktorá ovplyvňuje nielen rodinný život, ale aj osobný. Pravidelnou reflexiou v

ňom priebehu dialóg týchto štyroch strán, takzvaný tetralóg.

Do roku 1989 v spoločnosti vládla diktatúra jednej strany. Nedokázala sa správať k svojim občanom dôstojne ako k slobodným ľudským bytostiam, ktoré majú právo byť a žiť si svoj život, ale ako k objektom, ktoré vlastnia. Privlastniť si však človeka a jeho myslenie je niečo iné, ako mať nejaký majetok. Stratili tým svoju dôveryhodnosť. Napriek tomu, že to nedávalo zmysel, neprekázalo, prvoradé bolo mať (držať



v závislosti) a nie byť (slobodný a zároveň schopný dôstojných medziludských vzťahov).

To sa prejavovalo m.i. v názore, „kto nie je za nás, je proti nám“. Takéto delenia na „my“ a „oni“ malo ďalekosiahle následky, Tí, ktorí nemali privilégium, byť súčasťou „nás (t.j. samozrejme tých vlastných, dobrých, priateľov)“, boli automaticky opečiatkovaní ako „oni (tí cudzí, zlí, nepriatelia)“. To zase vy

## 2. Obrat k integrácii

Je možné pochopiť situáciu, v ktorej sa nachádzali jedni z najslabších členov spoločnosti? Už dosť chorobou poznačení si zaslúžili predovšetkým pochopenie, pomoc a podporu namiesto ignorácie, alebo dokonca opovrhnutia, či násilia.

Nevidieť tu súvislosť medzi zodpovednosťou celej spoločnosti voči separovaným menšinám a zodpovednosťou rezortu zdravotníctva voči takto segregovaným, ktorí liečbu a rehabilitáciu najviac potrebujú? To je výzva, ktorá predpokladá prekonanie fragmentácie a separácie medzi jednotlivými inštitúciami tak, aby mohli účinne kooperovať medzi sebou. Tým by zároveň integrovali svoj potenciál v prospech tých, ktorým majú slúžiť. Legislatíva, vládne nariadenia, tok informácií a prostriedkov majú byť v prospech konkrétnych jednotlivcov, aby sa k nim konečne dostalo to, čo im má spoločnosť dať.

Je to však aj výzva pre ľudí so schizofréniou, prísť na slobodu a zdôveriť sa neznámym ľuďom, ktorí ich chcú pri tom podporovať. Veď je známe, že dokonca zdraví jedinci, ktorí boli dlhodobo uväznení sa do určitej miery obávajú návratu na slobodu, keď nepoznajú nikoho, s kým by sa o ňu mohli podeliť. Tak radšej spáchajú nejaký malý zločin iba preto, aby sa mohli zase vrátiť tam, kde nájdu nielen strechu nad hlavou, teplo, jedlo a vypraté prádlo, ale možno aj nejakú živú dušu, ktorá s nimi zdieľa podobný osud. Združenie pre duševné zdravie Integra sa na takúto výzvu tešilo. Veď nikdy predtým neexistovali na také mimoriadne priaznivé podmienky. Popri vzniku demokratického usporiadania štátu, vrátane slobodných volieb, vytvárala sa aj občianska spoločnosť so svojim tretím sektorom, občianskymi združeniami. Ďalej schválilo už v roku 1991 MZ SR „Reformu psychiatrickej starostlivosti v SR“.

Keďže sa MZ neujalo jej realizácie tak, ako bolo schválené, založili sme v roku 1994 Integru. Na rozdiel od MZ sme boli na tvári miesta a tak sme vedeli, že prispôbiť služby konkrétnym potrebám nie je až také ťažké. Neodradili nás ani upozornenia, že sa tým otvára pandorína skrinka plná nástrah a neprekonateľných prekážok, pretože sa tým narušia mnohé privilégia tých, ktorým vyhovuje takýto stav. Príznačne bol výstižný popis úradníka, ktorý povedal „všetci radi hovoríme o nevyhnutnej zmene, ale robíme všetko preto, aby všetko zostalo, ako je, pretože v tom sa vyznáme, a to nám dáva pocit istoty a bezpečia“.

Rozpor medzi peknými slovami a inými skutkami nám však bol dostatočne známy z bývalého režimu, a tak nebol dôvod, podľahnúť takýmto hlaskam.

Išlo jednoducho o to, začať a konať podľa hesla „learning by doing“. Bolo nám jasné, že ako združenie sme oveľa flexibilnejší ako zariadenia pohybujúce sa v zabehnutých koľajoch. Bolo pre nás totiž rozhodujúce, aby sme u každého jednotlivca mohli individuálne na akékoľvek nové situácie pružne reagovať.

Dozvedeli sme sa napr. že aj vo vyspelých štátoch s už dlhodobo vytvoreným komunitným systémom nebolo ľahké ich pôvodný reťazový model, podľa ktorého sa napr. užívateľ služby musí podľa stupňa svojej samostatnosti presťahovať do iného typu bývania, prejsť na funkčný model, kde sa naopak služba prispôbi jej užívateľovi. Ten má potom aj možnosť meniť svoje priority. K nim sa môže napríklad pomocou svojho individuálneho plánu dopracovať. Ani sa nemusí obávať, že jeho casemanažér sa na neho bude hnevať, keď sa dlho na niečom pracovalo a naraz sa zistí, že to nevedlo tam, kam bolo potrebné. Veď ani my, casemanažéri, nie sme proroci, pretože tiež nevieme predpovedať budúcnosť.

Prakticky, ako na zelenej lúke, sa mohla Integra zamerať na potreby tých ľudí, ktorí chceli žiť ako rovnocenní členovia spoločnosti, nemali však na to vytvorené potrebné komunitné zdravotnícke a sociálne služby. Skeptici síce tvrdili, že ak nie sú na to zabezpečené finančné prostriedky, je zbytočné sa pustiť do takéhoto komplexného problému.

Avšak nič sa nezačína financiami, ale záujmom a s tým spojenou víziou. K tomu prispelo zistenie, aké základné ľudské potreby nie sú uspokojené. Tie je možné zistiť vzájomnou komunikáciou, dialógom na výške očí. Táto skúsenosť osmelila pacientov natoľko, že si vytvorili svoje samostatné združenie PO-ZDRAV, kde si mohli medzi sebou vyjasniť, o čo im ide a čo najskôr potrebujú. To zase inšpirovalo ich príbuzných, aby si založili svoju Oporu v Michalovciach. Tým sa aj vytvoril trialóg rovnocenných partnerov – pacientov, ich príbuzných a profesionálov. Všetko ďalšie sa vyvíjalo predovšetkým z tohto dôvodu rýchlo, že mnohí pacienti bez komunitných služieb sa nechtiac vracali po ich prepustení pomerne skoro zase do novovzniknutej Psychiatrickej nemocnice v Michalovciach.

Keďže Michalovce boli popri Bratislave a Trenčíne jeden z modelových regiónov reformy, nebolo ťažké presvedčiť EÚ o tom, aby v rámci pilotného projektu Phare LIEN „Reintegrácia psychosociálne postihnutých osôb do spoločnosti“ podporila vytvorenie komunitných služieb, konkrétne bývanie, rehabilitáciu, prácu a voľnočasové aktivity.

Rozhodujúce pre schválenie tohto projektu bolo, že vychádzal zo samotných potrieb ľudí, motivovaných oslobodiť sa od závislosti od viacročnej, a tým pádom, aj finančne veľmi nákladnej liečby v liečebni alebo nemocnici, ktorá paradoxne viedla namiesto k



zlepšeniu zdravotného stavu k ďalšiemu zhoršeniu v dôsledku pasivizujúcej a demoralizujúcej inštitucionalizácie. Nedávalo zmysel, aby prostriedky tiekli do zariadení, ktorým išlo skôr o to, aby mohli naďalej zamestnávať ľudí v takých profesijných činnostiach, na ktoré boli zvyknutí robiť. Tam sa ani nemuseli pýtať pacientov, čo vlastne potrebujú. Buď boli po odznení akútnej psychózy schopní na prepustenie, a ak nie, jednoducho zostali a zaplňali lôžka, za ktoré bolo zaplatené.

Ako názorný príklad, že to môže byť aj inak, slúži už dlho známy čínsky model, zameraný na potreby pacienta a nie poskytovateľa služieb. Podľa neho sa má lekár o to lepšie, čím zdravší sú jeho pacienti. Naopak, čím viac su chorí, o to je chudobnejší.

Aby pacienti, zdravotné sestry a lekári z michalovského regiónu videli alternatívy k tomu, na čo boli zvyknutí, navštívili spolu s delegáciami z Bratislavy a Trenčína v roku 1995 komunitné zariadenia v Linzi (Rakúsko) a Görlitzi (bývalá východonemecká NDR). Tieto úspešné zariadenia sa stali aj partnermi v už spomenutom pilotnom projekte, ktorý bol na medzinárodnej konferencii v Bratislave v termíne 9.- 11.9.1996 pod mottom „Tetralóg ako nástroj pomoci k svojpomoci“ predstavený a realizoval sa do roku 1999. Vďaka legislatívnym zmenám sa za ten čas vytvorili podmienky na to, aby komunitné služby mohli ďalej z prostriedkov krajskej správy sa rozvíjať. Medzitým sa vyvinula sieť miestnych patientskych a príbuzenských organizácií po Slovensku a navyiac si

vytvorili aj svoje celoslovenské združenia. Tak vznikol trialóg na viacerých miestach a rozšíril sa tam na tetralóg, kde sa podarila aj spolupráca s miestnou alebo krajskou samosprávou. Pravidelné národné konferencie zase umožnili rozvoj celoslovenského tetralógu. Cieľom bolo, aby každý región mohol poskytnúť komunitné služby. K tomu však boli potrebné rozsiahlejšie aktivity. Napríklad, pomohla medzinárodná spolupráca predišť „zvouobjaveniu kola“ a zároveň ponaučeniu z chýb pri prevádzkovaní takýchto služieb. Navyiac, bolo stále zreteľnejšie, že sa nestačí zamerať iba na liečbu a rehabilitáciu, ale aj na podporu duševného zdravia u zdravého obyvateľstva.

Preto Integra, spolu s ďalšími mimovládnyimi organizáciami a inštitúciami miestnej a krajskej samosprávy, ako aj štátnej správy, realizovala v rokoch 2002 – 2005 3-ročný medzinárodný projekt „Transformácia na integrovaný systém starostlivosti o duševné zdravie“. Jeho cieľom bolo vytvoriť predpoklady, aby transformácia v oblasti duševného zdravia bola v súlade s potrebou obyvateľstva. Projekt bol v roku 2005 predstavený na konferencii ministrov zdravotníctva v Helsinkách.

V tom istom období bol na Slovensku vypracovaný a Vládou SR v októbri 2004 schválený Národný program duševného zdravia (ďalej NPDZ). Tento dokument bol vytvorený v súlade so schválenou Deklaráciou a Akčným plánom o duševnom zdraví WHO pre Európu, ktorú vtedy podpísali všetci mi



nistri zdravotníctva na uz spominanej konferencii v Helsinkach a ktory vychádzal z materiálov WHO v oblasti duševného zdravia. V novembri 2005 bol Vládou SR schválený i Akčný plán NPDZ. V ňom boli Michalovce určené ako modelový región komunitnej starostlivosti o duševné zdravie. V júni 2006 Integra spolu s MZ a WHO usporiadali v Bratislave medzinárodnú konferenciu o duševnom zdraví, kde bol NPDZ predstavený.

### 3. Rozšírenie liečby a rehabilitácie na podporu duševného zdravia

Kto by si pri založení Integry myslel, že sa jej činnosť rozšíri takým spôsobom, že samotní ľudia so schizofréniou preberú iniciatívu a dokazujú verejnosti, že sú presvedčivými expertmi, ktorí sú schopní aj zdravým ľuďom ozrejmiť význam duševného zdravia pre ich vlastný život? Uvedieme dva príklady. V rámci kampane WPA „Schizophrenia open the Doors“ bola Integra v roku 1999 poverená zastupovať Slovensko. Za tým účelom založila združenie „Otvorme dvere, otvorme srdcia“, ktoré na rozdiel od iných štátov v rámci tejto kampane celú svoju činnosť odvíjalo od aktivít ľudí so schizofréniou. Založili si Klub ľudí so schizofréniou, patientske dovernictvo, mediálnu skupinu, ktorá článkami v slovenských médiách, pomocou vlastného časopisu a filmami oslovila presvedčivým spôsobom verejnosť nielen o tom, že sa nejedná o nebezpečných ľudí, ale že svoj potenciál uzdravenia používajú na to, aby sprostredkovali verejnosti, že zaujímať sa o vlastné duševné zdravie prispieva k posilneniu celkového zdravia. Keďže takmer pre každého človeka zdravie

patrí medzi jeho životné priority, je na nezaplatenie mať takýchto autentických poslov zdravia. Nielen, že sa integrujú, ale vystupujú z anonymity, pretože sa uz nehanbia za niečo, za čo sa ani netreba hanbiť. Ale kým v spoločnosti sú stále ešte vysoké predsudky a stigma, je ľahšie sa v skupine ľudí s podobnými skúsenosťami navzájom osmelovať. To sa čím ďalej, tým viac aj darí. Dalším pokrokom bolo zapojenie sa Integry do programu Irrsinnig Menschlich z Lipska „Verrückt? Na und!“ („Šialený? No a!“). Pritom sú žiaci stále zase prekvapení, že nie ich sprievod, ale samotní experti vo vlastnej veci su tými, ktorí ochoreli schizofréniou. To predstavuje skutočný obrat. Znamená to otočenie rolí. Zvyk, že takzvaní zdraví ľudia majú pomáhať tým, ktorí ochoreli, patrí do minulosti. Dokonca, môže byť výhodou mať skúsenosti s duševnou chorobou. Vďaka nej pochopia zdraví ľudia skôr, aký význam má doteraz podcenené duševné zdravie v živote každého človeka. Veď poznáme paralelu, keď si zlomíme nohu alebo ruku. Až vtedy si uvedomujeme dar priamej chôdze alebo vzatia si svojho života do vlastných rúk. Nie je lepšie predchádzať ochoreniu, ako sa z neho zase dostať? Presne v tom je rozdiel medzi podporou duševného zdravia a prevenciou. Tvorcovia školského projektu „Šialený? No a!“ zo združenia Irrsinnig Menschlich (v preklade: bláznivo ľudský) sa Integre čudujú, odkiaľ majú toľko ochotných ľudí so schizofréniou, aby išli medzi žiakov a sa s nimi rozprávali o duševnom zdraví. Ich odpoveďou je, že sa uz dlhšie navzájom poznajú a osmelujú, a tak nemusia, ako osamelí pionieri, vystupovať zoči voči neznámym žiakom.

### 4. Záver

V temríne 5.-7.9.2019 oslávi Integra 25. výročie svojho vzniku v Bratislave konferenciou „Duševné zdravie a zmysluplný život“. Aj keď tam pôjde predovšetkým o NPDZ, nie je v tom žiaden protiklad. Veď udržateľnosť doterajšieho vývoja činnosti Integry závisí predovšetkým od toho, či sa naplní duch NPDZ alebo nie. Už vzniklo mnoho užitočných združení. Avšak tak, ako zamilovaní nemôžu večne žiť iba vo vzduchu a lásky, tak ani združenia nemôžu žiť dlho iba zo svojho nadšenia. „Bottom up“ bez „Top down“ je ako raj na zemi alebo virtuálna realita bez reality. Tak, ako su vízie, sny a zamilovania potrebné pre zmenu života, tak je vzájomná podpora predpokladom udržateľnosti zmysluplných zmien. Duševné zdravie je vecou celej spoločnosti. Ak bude dostatočne jasná stratégia a z nej vyplývajúci akčný plán, ako to vidíme napríklad u našich susedov v Českej republike, tak sa ďalší vývoj v tejto oblasti podporí aj potrebným spôsobom zo strany tých zariadení, ktorí sú na to vytvorené. Nech slúžia svojmu poslaniu tak, aby sa „videl zase les napriek množstvu stromov“. Mnohí máme sklon stratiť sa v detailoch a v stále hlbšej špecializácii. Hrozí však, že potom stratíme zo zretela to, o čo nám vlastne ide. O človeka. Všetci nesieme svoj kríž, avšak ako s ním zaobchádzame? Ak nariekame nad svojím osudom, nič tým nedosiahneme. Skôr si svoj kríž prifažíme ako

všetci, ktorí sa sťažujú nad toľkými nedostatkami. Už Konfucius vedel, že je lepšie rozsvietiť, hoci len malú sviečku, ako preklínať veľkú tmu. Život nás neustále vyzýva postaviť sa zoči voči rôznym situáciám. Ak sa im snažíme vyhýbať, alebo ich popierať, bolesť a utrpenie tým neprekonáme, skôr naopak. Aj keď sa nám môžu Nietzscheho slová zdať prehnané, ale čo ťa nezabije, to ťa posilní. Koho nezlomili také utrpenia, akými sú stigmatizácia, separácia a segregácia, od toho sa dá učiť. Napríklad, ako prijať výzvy života a oslobodiť sa od nadvlády vlastných sklamaní a rezignácií, ale aj od závidosti a hnevu, až nenávisti. Či niečo ostáva utrpením, alebo sa mení na výzvu, závisí od vlastného postoja k tomu. Inak povedané, keby nebola tma, nebolo by svetlo. Bez smrti niet života. Neraz až vtedy, keď sa niečo javí byť nezmyselným, si uvedomíme, čo všetko dáva životu zmysel. Ak chceme radšej byť ako mať, zmerime sa so sebou a zistíme, že naším nepriateľom nie je neexistujúci schizofrenik, ale náš predsudok a pohrdanie nad človekom, voči ktorému život nebol až taký štedrý, za to však možno poučnejší. Napríklad, získaním schopnosti vnímať výzvy ako dary života. Veď bez nich by nebola ani evolúcia, ani ľudský, ani vlastný vývoj. Čiže život vo vlastnom vnútri sa podobá životu, ktorý vnímame navonok. A tak je na mieste končiť citátom od Senecu „ak chceš byť milovaný, miluj.“

#### Pavol Butkovský

*Som dlhoročným klientom Integry, o. z. V rokoch 2005 - 2012 som pôsobil ako patientsky dôverník spolu s členkami patientskej organizácie POZDRAV. Túto činnosť sme vykonávali v psychiatrickej nemocnici a boli sme v priamom kontakte s pacientmi. Robili sme to vo voľnom čase, na základe dôvery oboch strán, bez ktorej by nefungovala. Pacienti sa nám zdôverovali so svojimi problémami a my naopak, sme im dávali nádej, že každý problém je riešiteľný, aby neupadali do smútku a beznádeje. Povzbudzovali sme ich, aby sa so svojimi zdravotnými ťažkosťami, respektíve problémami obracali na ošetrojúceho lekára, psychológa a na zdravotnícky personál. V prípade právnických problémov sme im sprostredkovali právniku, s ktorým sme spolupracovali a ktorý im dobre rozumel. Bol by som rád, aby sa patientske dôvernictvo šírilo v rámci programu NPDZ po celom Slovensku.*

#### Martina Džarová

*Školský projekt mi dáva veľa, lebo pomáham sebe a môžem zároveň pomôcť aj iným. Spätne sa vraciam k tomu, ako som ochorela, rozmýšľam a triedim si zážitky z minulosti a snažím sa teraz žiť plnohodnotným životom. Svoju ochoreniu predchádzam tým, že nerobím tie veci, čo som robila ako napr., že sa bojím veľkých očí a ľudí, že mi ublížia zabitím, že som bola nekludná. Teraz vidím, že žijem oveľa hodnotnejším životom. To, že môžem pomáhať iným, ma naplňuje. Môj životný príbeh sa páči viacerým ľuďom. Zo začiatku to bolo veľmi ťažké. Za tých 26 rokov, od kedy som ochorela, sa veľa zmenilo. Teraz to je úplne iné, oveľa lepšie. Posledných 16 rokov som už nebola hospitalizovaná, mám dobrú ambulatnú lekárku, priateľov v Integre, s ktorými si navzájom pomáhame, vypočujeme sa, veľa sa rozprávame a myslím, že ma majú radi. Personál ma zase podporí a poradí napr. v praktických veciach, a môžem im dôverovať. V súkromnom živote som tiež šťastná, lebo som už 12 rokov vydatá a mám veľmi dobrú a milujúcu rodinu.*



### MUDr. Petr Nawka

psychiater a psychoterapeut, pracuje v ambulatnej praxi v Drážďanoch v Nemecku od roku 2006. Je predsedom Integry o.z. od jej založenia v roku 1994. Od roku 1990 do 2005 pracoval ako primár akútneho oddelenia Psychiatrickej nemocnice v Michalovciach. Podieľal sa na príprave a realizácii reformy psychiatrickej starostlivosti SR a na príprave Národného programu duševného zdravia Slovenskej republiky.



### Ing. Jana Hurová, PhD.

je absolventkou Ekonomickej univerzity v Bratislave, od roku 2002 pracuje v Združení pre duševné zdravie - Integra, o. z., podpredsedníčka, od roku 2006 ako riaditeľka združenia. Je členkou Rady duševného zdravia zriadenej na Ministerstve zdravotníctva SR za účelom aplikácie Národného programu duševného zdravia SR a členkou Rady zástupcov zdravotne postihnutých zriadenej v Meste Michalovce.

# Preventívno-podporný program o duševnom zdraví pre školy „Šialený? No a!“

V roku 2005 sa Michalovce zapojili do programu *Európskej únie: Podpora aktívneho občianstva s názvom Vybudovanie siete pre sociálnu integráciu ľudí s duševným postihnutím a ich príbuzných – proti diskriminácii a vylúčeniu alebo skrátene „Šialený? No a!“*.

Integra v spolupráci s organizáciou Irsinnig Menschlich z Nemecka a Fokus Praha z Českej republiky v rámci pilotného projektu začala realizovať priame stretnutia študentov stredných škôl s ľuďmi, ktorí zažili duševnú chorobu. Tento program trvá dodnes.

Vo fáze mladosti sa stanovuje smer pre nasledujúci život. Vitalita, zvedavosť, radosť z experimentovania. Asi v žiadnom veku to nie je také výrazné ako v adolescencii. Avšak žiadny vek nie je taký náchylný na problémy, ktoré presahujú vlastné možnosti riešenia: psychické zdravotné problémy, nadmerné užívanie alkoholu a iných látok, sebaškodujúce správanie alebo kriminalita, nezačínajú v žiadnej životnej fáze

tak často, ako práve v adolescencii. Práve preto, že mladí ľudia v tomto období testujú riskantné vzory správania, ktoré sa nie zriedka stanú návykom, a potom, v dospelosti, pokračujú, je táto časť života významná pre zasahujúce, preventívne opatrenia.

Osobné stretnutia študentov v škole s ľuďmi, ktorí zažili duševnú chorobu a liečbu na vlastnej koži, robí zdanlivo nepochopiteľné pochopiteľnejším, odbúra strach a predsudky. Cieľom je sprostredkovať mladým ľuďom kompetencie, namiesto zakazovania, t. j. nadviazať na ich životný svet a životný štýl, dať lásku a s rešpektom do centra ich životné skúsenosti, sny a nádeje do budúcnosti.

Zaoberať sa v škole duševným zdravím je užitočné, pretože:  
- cca 40 % študentov a žiakov sa trápia tým, že v škole urobí veľa chýb alebo, že zlyhá,

- približne 20 % – 30 % dospelých je náchylných na duševné ochorenie,
- veľa detí žije s duševne chorými alebo závislými rodičmi,
- chronické duševné choroby u dospelých v porovnaní s chronickými telesnými chorobami narastajú vyššou váhou,
- problémy s duševným zdravím pribúdajú u študentov, ale i u učiteľov,
- duševné krízy dospelých sa často po prvýkrát prejavujú v škole,
- pretože sa za problémami akými sú drogy, alkohol, mobing a násilie väčšinou skrývajú duševné problémy,
- duševné krízy predstavujú vážny problém v triedach a nie sú známe možnosti, ako sa dá pomôcť, potom je vyhľadaná pomoc príliš neskoro,
- ľudia, ktorých postihli duševné problémy, sú často stigmatizovaní, diskriminovaní a sociálne vylučovaní.

Preventívny program „Šialený? No a!“ trvá jeden vyučovací deň a realizuje sa v škole alebo v psychiatrickom zariadení. Je vhodný pre uzavretú skupinu študentov (triedu a jej učiteľa). Obsahovo je rozdelený do troch častí. Prvá časť je úvodná, prítomní sa oboznamujú s problematikou duševného zdravia, študenti sa vciťujú do témy. V druhej časti študenti pracujú v skupinách, pričom si pripravujú vystúpenie z vlastných skúseností pre zvyšnú časť triedy. Práca je koncipovaná tak, aby sa čo najviac zamysleli nad duševným zdravím, duševnou chorobou, nad ľuďmi, ktorí sa im zdajú byť iní, či náročnými situáciami v rodine a ich okolí. V poslednej časti sú predstavení prítomným experti s vlastnou skúsenosťou (ľudia, ktorí zažili duševnú chorobu) a študenti sa majú možnosť pýtať, čo by ich zaujímalo. Tu sa vytvára nový pohľad na duševnú chorobu: „Kto je šialený?“

Program „Šialený? No a!“ dodáva mladým ľuďom odvahu vysporiadať sa s komplexnosťou ľudského života, rozmýšľať a hovoriť o vlastných problémoch, vnímať, preskúmať a lepšie pochopiť predsudky a výhrady, viac sa dozvedieť o duševnom zdraví a ochorení, mať kritické otázky k médiám, rešpektovať odlišnosť, uplatňovať otvorenosť, porozumenie a korektné správanie v medziľudských vzťahoch.

Do programu už bolo zapojených na Slovensku 81 tried, 1621 mladých ľudí vo veku 16 -18 rokov, 53 učiteľov. Viaceré dni boli spojené aj s návštevou zariadení pre psychiatrických pacientov. Projekt bol rozšírený do viacerých regiónov Slovenska – Košice, Bratislava, Rimavská Sobota, Žilina, Zvolen. Realizujú ho 3 tímy (2 tímy v Michalovciach, 1 tím v Bratislave), pozostávajúci z 11 expertov a 3 moderátorov. „Šialený? No a!“ predstavuje prevenciu pred duševnými chorobami a napomáha včasnému rozpoznaní týchto chorôb. Spája dve skupiny ľudí – ľudí s problémami duševného zdravia (expertov s vlastnou skú-

senosťou) a mladých ľudí, čím prináša pozitíva pre obidve zúčastnené strany. Študentom dáva možnosť dozvedieť sa neskrešlené informácie o duševnom zdraví a duševných chorobách. Expertom pomáha pri budovaní si svojho sebavedomia, cítiť sa užitoční a predovšetkým vidia, že môžu pomôcť iným, keďže viacerí z nich sa s prvými psychickými problémami stretli práve v mladom veku, keď boli študentmi, Existujú dve dôležité stratégie: edukácia a kontakt. Edukácia sa snaží zmierniť stigma cez informácie. Prostredníctvom kníh, filmov a špeciálnych vyučovacích programov sa tieto nové informácie dostávajú k určitým cieľovým skupinám ako: k žiakom, študentom, a pod. Výskumy ukazujú, že takéto programy sú najúčinnější pre tých zúčastnených, ktorí už mali vedomosti o duševných chorobách, alebo boli v kontakte s človekom s duševnou chorobou. Kontakt s ľuďmi, ktorí duševne ochoreli, pomáha zosilniť účinnosť vzdelávania a informovania pre zmiernenie stigmatizácie. Kontakt s ľuďmi, ktorí mali skúsenosť s duševnými chorobami, viac prispieva k zmierneniu negatívneho vnímania duševných chorôb ako samotná edukácia. Partnerské zaobchádzanie a rovnocenný status medzi účastníkmi a kooperatívna interakcia uľahčujú kontakt. Program „Šialený? No a!“ zmiernuje diskriminačné správanie sa pozitívne ovplyvňuje postoje mládeže v oblasti psychiatrie.

Vyjadrenie študenta, ktorý sa programu zúčastnil: „Dozvedieť sa niečo o duševných krízach je úplne ok. Napokon sa to môže stať každému z nás. Väčšinou poznáme „šialencov“ iba z televízie. Tam sú vždy sprostí alebo násilníci. Teraz boli u nás. Skutočne cool ľudia. Zrazu je všetko inak. Hučali sme do nich. Aké to je, keď človek počuje hlasy, keď je strach obrovský. Ako to prebieha na psychiatrii, kto mu pomôhol, ako žije dnes. Či majú sny. Prečo je tak ťažké získať prácu pre ľudí, ako sú oni? Sú snáď horší ako ostatní? Považujeme týchto ľudí za veľmi odvážnych za to, že tak otvorene hovoria o svojom živote s chorobou.“

Vyjadrenie experta s vlastnou skúsenosťou s duševnou chorobou, ktorý sa programu zúčastňuje: „Stretnutie s mládežou v rámci programu „Šialený? No a!“ mi dodáva odvahu ku vzpriamenej chôdzi. Pred 10 rokmi som ochorel: schizofrénia vyvolaná drogami. Už 4 roky sa mám lepšie. Ale musím si dávať veľký pozor. Mám sa preto skrývať? Tie časy sú už preč. Chcem už teraz konečne žiť! Rozprávať so žiakmi je namáhavé ale aj výborné. Žiaci sú veľmi otvorení, nemajú takmer žiaden strach zo spoločenského kontaktu. To najkrajšie pre mňa: objavujú, že máme viac spoločného ako rozdielov, že ich predstavy o „šialenoch“ nie sú pravdivé. Považujem za veľmi dobré pre seba, že môžem prispieť k tomu, aby sme mohli konečne otvorene hovoriť o duševných poruchách, aby sa za to nikto nemusel hanbiť alebo skrývať.“

Predchádzať je lepšie ako liečiť.



# Komunitní péče v kontextu recovery z pohledu psychiatra

**Z**ačleňování recovery principů do systému péče duševního zdraví je dlouhodobý proces, který se odehrává na mnoha úrovních. Na jedné straně spektra nacházíme konkrétní pracovníky ve službách, kteří se snaží tyto principy uplatňovat ve své praxi, na straně druhé existují federace zemí usilující o implementaci klíčových hodnot recovery do směrnic pro zdravotní služby.

V ČR pojem recovery rezonuje nejvíce mezi organizacemi neziskového sektoru, konkrétně pak ve službách majících charakter terénních komunitních týmů poskytujících péči osobám trpících závažným duševním onemocněním. Motivací ke vzniku těchto služeb bylo vymezení se vůči dosavadním poměrům (první polovina devadesátých let). Kontakt s těmito službami vedl k tomu, že jsem se o recovery pojetí dozvěděl. Na druhou stranu to byly i mé osobní hodnoty, díky kterým jsem se začal o komunitní péči zajímat v době, kdy jsem jako začínající lékař pracoval v psychiatrické léčebně. A právě hodnoty jsou alfa a omegou celého konceptu.

Od počátku bylo zřejmé, že naplňování těchto hodnot v prostředí poměrně rigidního léčebenského systému je jen obtížně realizovatelné. Ale právě tyto instituce jsou pro drtivou většinu začínajících psychiatrů vstupní branou do světa duševního zdraví. I osoby, které mají hodnotový rámec nastavený dobrým způsobem, jsou do velké míry formovány stigmatizujícími, paternalistickými a naději postrádajícími postoji, které jsou přenášeny transgeneračně skrze tradiční a již překonané léčebně-režimové postupy. Tedy si kladu otázku, jak lze změnit běh událostí? Jak se mladí lékaři či další pracovníci dozvědí, že něco jako recovery existuje? Že se dá péče dělat i jinak?

A je třeba uvážit, jak obtížné je udržet „recovery nastavení“ v komunitních týmech samotných, jejichž pracovníci jsou s konceptem vždy alespoň rámcově seznámeni a kteří mají ve zvyku se účastnit odbor-

ných akcí, majících recovery a související témata jako klíčové motivy. Mluvím zde především o přijetí rizika a nastavení hranice odpovědnosti za klienta. Právě přijetí rizika je nezbytné k uplatňování recovery v praxi. Není výjimečné, že i v komunitních službách mohou jednotliví pracovníci „ztrácet naději“ a přeměňovat činnost k více ochrannému a protektivnímu přístupu, čímž, sice v dobré víře, ale mohou klienta připravit o možnost cesty ke zotavení nalézt. Pokud budu mluvit o svých zkušenostech, pozice týmového psychiatra může být pro udržení správného týmového nastavení taktéž velmi důležitá. Psychiatr je považován za silnou figuru. Ač nemusí být přímo leadrem týmu, jeho slovo má vždy velkou váhu, zvláště v krizových situacích a v otázkách psychofarmakoterapie. Musí umět pracovat multidisciplinárně týmově a ve vztahu k pacientům partnersky. To někdy znamená, že musí dělat ústupky kolegům s „nižším vzděláním“ a přáním pacienta. A na to, z tradičního pojetí jeho pozice, nemusí být zvyklý. Dále, na podkladě důkazů z dlouhodobých longitudinálních studií, které ukazují, že komplexního zotavení člověk dosahuje lépe s nižšími celkovými dávkami medikace, někdy musí podstupovat riziko ve smyslu výraznější změny medikace mimo nemocniční prostředí. V podobném duchu nemůže ignorovat též výsledky některých studií z poslední doby naznačujících, že nejen nemoc, ale i samotná farmakoterapie může pacienty poškozovat ve smyslu úbytku šedé hmoty. Je ale třeba ponechat si naději. Cestu vidím v intenzivnější komunikaci mezi nemocničním, ambulantním a komunitním prostorem – to se v posledních letech děje stále více. V ČR se konečně rozběhl proces reformy péče o duševní zdraví, který se věnuje i destigmatizačním aktivitám a pevně doufám, že povede i ke změně vzdělávacích koncepcí na všech úrovních (počínaje mateřskými školami), což je dle mého názoru možná nejdůležitější aspekt vedoucí ke změně paradigmatu vůbec.

## MUDr. Jan Beneš

vyštudoval 2 Lékársku fakultu Univerzity Karlovy a následně od roku 2011 do roku 2017 pracoval jako psychiatr v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Od roku 2016 pracuje s terénním týmem Fokusu Mladá Boleslav ve funkci konzultanta a též pracuje jako ambulantní psychiatr. Zaujímá se o témy spojené s reformou psychiatrické starostlivosti a předovšetkým o transformaci psychiatrické starostlivosti, deinstitucionalizaci, komunitní starostlivosti, multidisciplinární týmy, vznik Centrii duševního zdraví a implementaci recovery principů do starostlivosti o duševné zdraví. Aktuálně absoluuje výcvik v Inštitúte pre vzdelávanie psychoterapeutov SUR.

# Nácvik sociálnych zručností pre podporu dobrého duševného zdravia detí

**D**uševné zdravie je pevnou a nevyhnutnou súčasťou celkového zdravia. Vieme však, ako sa oň máme správne starať? O tom, čo máme robiť pre uchovanie či prinavrátenie dobrého telesného zdravia už ako spoločnosť vieme veľa. Vieme, aké sú zásady správnej výživy, životosprávy, pohybovej aktivity. Vieme, čo všetko nášmu organizmu škodí, čoho by sme sa mali vyvarovať, keď nechceme, aby naše telo ochorelo. Tieto všetky informácie máme vďaka rozsiahlemu výskumu, ktorý prebieha v mnohých krajinách najmä od druhej polovice 20. storočia, a ktorý prináša dôkazy pre účinnú prevenciu a

podporu telesného zdravia. Na týchto dôkazov sú postavené vzdelávacie aktivity pre verejnosť či užšie cieľové skupiny, intervenčné aktivity v kolektívoch a komunitách, publikované odborné odporúčania. Čo však s našou duševnou stránkou? Čo robiť, či nerobiť, aby sme si ju uchovali zdravú, či odvrátili negatívne dôsledky v prípade jej narušenia? Výskum posledných desaťročí sa intenzívne venuje aj týmto otázkam, jeho zisteniam však ešte nevenujeme dostatočnú pozornosť. Najmä o podpore dobrého duševného zdravia a prevencii porúch je povedomie verejnosti veľmi nízke. Ako sa máme správať či nesprávať, ak si chceme chrániť svoju psychickú



pohodu? Pre zachovanie a podporu dobrého duševného zdravia sú dôležité viaceré zručnosti, ktoré nám pomáhajú v každodennom živote „vychádzať“ sám so sebou a s druhými ľuďmi a zvládať záťažové situácie. Súhrn týchto zručností sa označuje emocionálna inteligencia (EI).

Emocionálnu inteligenciu prvýkrát popísali viacerí americkí psychológovia v 80. rokoch minulého storočia. Definovali ju Peter Salovey a John Mayer ako „schopnosť sledovať svoje pocity a pocity druhých, vedieť rozlišovať medzi jednotlivými pocitmi a pomenovať ich a použiť emocionálne informácie pre smerovanie vlastného správania a rozmýšľania“ (Elias-Weissberg, 2000).

Mnohí odborníci sa zhodujú, že emocionálna inteligencia je pre spokojný a úspešný život dôležitejšia ako rozumovaná inteligencia, označovaná ako IQ. Tento argument bol hlavným dôvodom pre vytvorenie školských programov sociálneho a emocionálneho učenia (z angl. social and emotional learning, SEL). Je to proces, v ktorom deti či dospelí účastníci získajú vedomosti a naučia sa postoj a zručnosti potrebné pre chápanie a zvládanie emócií, precitňovanie a preukazovanie empatie iným, tvorbu a udržiavanie pozitívnych vzťahov a uskutočňovanie zodpovedných rozhodnutí (Greenberg et al., 2003).

Za posledné dve desaťročia boli v mnohých krajinách sveta vytvorené programy SEL a realizujú sa v rôznej forme najmä v základných a stredných školách. V týchto programoch sa deti učia zručnosti pre svoj život najdôležitejšie, zručnosti, ktoré používame každý deň, v rôznych situáciách. Dôsledky nadobudnutia takýchto zručností sú ďalekosiahle – zvyšujú psychickú odolnosť voči záťaži, zlepšujú sebavedomie a empatiu, posilnením duševného zdravia zlepšujú celkové zdravie človeka. To má dlhodobý význam pre jednotlivca ako aj pre celú spoločnosť.

Niektoré štáty majú špecializované organizácie, ktoré sa systematicky venujú sociálnemu a emocionálnemu učeniu. Vplyvnou medzinárodnou organizáciou tohto typu je Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning (CASEL) (z angl. Spoločenstvo pre akademické, sociálne a emocionálne učenie). CASEL predstavil a presadzuje rámec pre systematické sociálne a emocionálne učenie, ktorý identifikuje päť základných kompetencií: seba-vedenie (z angl. self-awareness), seba-riadenie (z angl. self-management), zodpovedné rozhodovanie, vzťahové zručnosti, sociálne povedomie (Lawson et al., 2018).

Jedným z programov sociálneho a emocionálneho učenia je program Zippyho kamaráti určený deťom vo veku 5-7 rokov, ktorý pred vyše 20 rokmi vytvorila britská mimovládna organizácia Partnership for Children. Tento program

sa realizuje vo viac ako 30 krajinách sveta, celosvetovo ním prešlo už viac ako milión detí. Na Slovensku sa v súčasnosti realizuje šiesty školský rok. Prvých päť rokov ho zastrešovala mimovládna organizácia Liga za duševné zdravie a od mája 2018 má jeho koordináciu a organizáciu na starosti novovzniknuté občianske združenie (OZ) Zippy. Od školského roka 2018/2019 bol zahájený na Slovensku aj program Kamaráti Jablčka, ktorý je voľným pokračovaním programu Zippyho kamaráti a je zameraný na deti vo veku 8-10 rokov. Obidva programy pozostávajú zo šiestich modulov a každý modul zo štyroch lekcí. Týchto 24 lekcí sa realizuje formou priemerne 1 lekcii na týždeň, celý program sa absolvuje za jeden školský rok. Lekcie sú robené hravou formou, deti v nich hľadajú riešenia rôznych pre ne bežných situácií formou hrania scénok a iných interaktívnych spôsobov.

Program obsahuje nasledovných šesť modulov (tém): Pocity, Komunikácia, Vzťahy, Riešenie konfliktov, Vysporiadanie sa so zmenou a stratou, Zvládanie nových situácií.

V téme Pocity sa deti učia a rozvíjajú schopnosť uvedomiť si ako sa cítim, schopnosť slovne vyjadriť ako sa cítim, schopnosť nájsť spôsob ako sa cítiť lepšie, učia sa zvládať pocity hnevu, strachu, žiarlivosti, nervozity. V module Komunikácia je preberaná schopnosť počúvať, keď mi niekto chce niečo povedať, schopnosť povedať to, čo chcem povedať. Ďalší modul Vzťahy je zameraný na nadviazovanie a udržiavanie priateľských vzťahov, deti si tu rozvíjajú schopnosť povedať niekomu, že chcem s ním byť kamarát, schopnosť udržať si kamaráta, učia sa a navrhujú rôzne spôsoby, ako byť dobrý kamarát. V ďalšej téme Riešenie konfliktov je preberaná a rozvíjaná schopnosť riešiť konflikt tak, aby riešenie neublížilo ani mne ani druhému a aby som sa cítil lepšie. Taktiež sa v tejto téme preberá šikana, ako sa jej brániť. V module Vysporiadanie sa so zmenou a stratou si deti rozvíjajú schopnosť nájsť riešenie v ťažkej situácii, ktoré mi pomôže cítiť sa lepšie a neublíži ani mne ani nikomu inému. V tomto module sa preberá aj téma smrti – z pohľadu „čo sa deje s ľudským telom, keď človek zomrie“ a tiež sa deti učia, ako si môžu pomôcť, keď im je smutno a ľúto, že im niekto blízky zomrel. V záverečnom module Zvládanie nových situácií si deti zopakujú všetko, čo sa naučili a ako im to môže pomôcť prekonávať prekážky v živote.

Medzi základné princípy programu Zippyho kamaráti a Kamaráti Jablčka patrí, že deti v lekciiach hravou formou samy hľadajú možné riešenia bežných situácií. Snažia sa vymyslieť čo najviac možností a potom vybrať tú najvhodnejšiu pre danú situáciu. Pomáhajú si navzájom, radia a podporujú sa. Učiteľ programu je len moderátor a povzbudzuje deti, aby hľadali ďalšie možnosti





riešení. Učiteľ deti nevyvoláva, hovorí len to dieťa, ktoré chce. Keď nechce, nemusí dieťa povedať nič. Všetky riešenia však musia spĺňať dve základné pravidlá – musia dieťaťu pomôcť v danej situácii cítiť sa lepšie a nesmú ublížiť ani jemu, ani nikomu druhému.

Od učiteľov a rodičov detí zapojených v týchto programoch na Slovensku, ako aj v iných krajinách vieme, že prinášajú veľmi pozitívne výsledky. Deti, ktoré absolvovali tieto programy, sú komunikatívnejšie, lepšie vedia vyjadrovať svoje pocity, zvládať záťažové situácie, riešiť konflikty, lepšie sa brániť pred šikanou, a pod. Programy výrazne zlepšujú aj celkovú atmosféru v kolektíve a upevňujú vzťah medzi učiteľom a deťmi. Neočakávaným „vedľajším účinkom“ programov Zippyho kamaráti a Kamaráti Jabĺčka je zlepšenie prospechu detí, čo úzko súvisí so zlepšenou celkovou atmosférou v triede a s upevnenými vzťahmi medzi spolužiakmi. Medzi najdôležitejšie vyjadrenia patria komentáre rodičov týchto detí, ktorí uvádzajú, že deti sú omnoho empatickejšie aj mimo školy a vedia samostatnejšie riešiť konflikty.

Programy Zippyho kamaráti a Kamaráti Jabĺčka sa v súčasnosti realizujú na základe záujmu vyjadreného zo strany učiteľa či riaditeľa školy. Program Zippyho kamaráti, nakoľko je pre vekovú skupinu päť až sedem ročných detí, sa realizuje buď v triedach predškolskej prípravy materských škôl

alebo v prvých či druhých triedach základných škôl. Program Kamaráti Jabĺčka sa realizuje v tretích alebo štvrtých triedach základných škôl (je určený osem až desať ročným deťom).

Cieľom OZ Zippy je realizovať tieto dva programy na celom prvom stupni základných škôl. Obidva programy fungujú tak, že lektori OZ Zippy vyškolia v jednodňovom školení učiteľov, ktorí majú záujem programy realizovať a oni ich potom robia počas jedného školského roka s deťmi. OZ Zippy poskytuje vyškoleným učiteľom kontinuálnu podporu a pre kontrolu kvality robí supervíziu na vybraných lekciami. V polovici školského roka a na jeho konci prebieha ešte jedno niekoľkohodinové stretnutie s učiteľmi, pre kontrolu priebehu programu. Program Zippyho kamaráti je akreditovaný Ministerstvom školstva pre učiteľov predprimárneho a primárneho vzdelávania a vychovávateľov. Obidva programy môžu robiť aj ostatní odborní pracovníci v školstve, ako školskí psychológovia, špeciálni pedagógovia a ďalší. Pre tieto kategórie pracovníkov zatiaľ program nie je akreditovaný, ale OZ Zippy intenzívne pracuje na získaní akreditácie.

Opakovane sme sa stretli s názorom, že životné zručnosti, ako je komunikácia, empatia, budovanie medziludských vzťahov a ďalšie by mala dieťa naučiť rodina. Samozrejme, fungujúca rodina poskytne dieťaťu základ pre vybudovanie si psychickej odolnosti. Nie všetky deti však

vyrastajú v optimálne fungujúcich rodinách a nie všetci rodičia či opatrovníci dokážu dieťaťu takéto zručnosti odovzdať. Je preto výborné, že existujú tak prepracované programy na výčbu sociálnych a emocionálnych zručností, akým je aj program Zippyho kamaráti a Kamaráti Jabĺčka. Sú krajiny, ktoré začlenili sociálne a emocionálne učenie do vzdelávacieho programu škôl, pretože pochopili, že posilnenie duševného a tým aj celkového zdravia

detí do ich celého ďalšieho života je výhodné po všetkých stránkach pre celú spoločnosť. Ambíciou OZ Zippy je, aby sa Slovensko stalo jednou z týchto krajín.

Doc.MUDr.Alexandra Bražinová, PhD., MPH, Ústav epidemiológie, Lekárska fakulta, Univerzita Komenského Bratislava

#### Použitá literatúra

- Elias, M. J., & Weissberg, R. P. (2000). Primary prevention: educational approaches to enhance social and emotional learning. *J Sch Health*, 70(5), 186-190.
- Greenberg, M. T., Weissberg, R. P., O'Brien, M. U., Zins, J. E., Fredericks, L., Resnik, H., & Elias, M. J. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *Am Psychol*, 58(6-7), 466-474.
- Lawson, G. M., McKenzie, M. E., Becker, K. D., Selby, L., & Hoover, S. A. (2018). The Core Components of Evidence-Based Social Emotional Learning Programs. *Prev Sci*. doi: 10.1007/s11121-018-0953-y



#### doc. MUDr. Alexandra Bražinová, PhD., MPH

je zástupkyňa prednostky na Ústave epidemiológie Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave. Vo výskume sa venuje najmä epidemiológii neprenosných chorôb. Dlhodobo sleduje a skúma epidemiológiu duševných porúch – prevalenciu ochorení, využívanie zdravotníckych a sociálnych služieb starostlivosti, bariéry a medzery vo využívaní týchto služieb. Doc.Bražinová je taktiež koordinátorkou medzinárodných programov Zippyho kamaráti a Kamaráti Jabĺčka na rozvoj sociálnych zručností u 5-10 ročných detí.

# WHO QualityRights Toolkit nástroj pre hodnotenie kvality služieb v oblasti duševného zdravia

Regionálna kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie pre Európu vydala v roku 2018 publikáciu *Mental health, human rights and standards of care* (Duševné zdravie, ľudské práva a štandardy starostlivosti). Táto publikácia je výsledkom projektu Svetovej zdravotníckej organizácie zameraného na osoby so zdravotným postihnutím (duševným aj mentálnym) žijúcich v inštitúciách v krajinách spadajúcich do európskeho regiónu Svetovej zdravotníckej organizácie. Tento projekt sa orientuje na vysoko marginalizované a ohrozené skupiny ľudí so zdravotným postihnutím, ktorých kvalita života je výrazne ovplyvnená inštitucionálnou kultúrou prostredia, v ktorom sú nútení žiť. Cieľom projektu bolo a je podporovať a facilitovať procesy deinštitucionalizácie v Európe. Špecifické ciele projektu sú orientované na zmapovanie medzier v našich vedomostiach o počte a charaktere dlhodobej inštitucionalizácie a identifikovať nedostatky aktuálnych štandardov starostlivosti v kontexte Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím. Táto publikácia, ktorá je dostupná v angličtine<sup>1</sup>, prináša prehľad o vyhodnotení kvality inštitucionálnej starostlivosti pre dospelých ľudí s duševným alebo mentálnym postihnutím naprieč viac ako 20 krajinami. Pre hodnotenie kvality starostlivosti v týchto krajinách bola použitá metodika Svetovej zdravotníckej organizácie s názvom WHO QualityRights Toolkit, ktorej sa budeme podrobnejšie venovať v tomto článku.

Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím (ďalej len Dohovor) je v súčasnosti vnímaný ako jeden z najvýznamnejších ľudsko-právnych medzinárodných dokumentov, ktoré významne ovplyvňujú okrem iného aj poskytovanie zdravotnej starostlivosti a sociálnych služieb na Slovensku. Slovenská republika Dohovor ratifikovala v roku 2010 a prebrala tým na seba záväzky, aby starostlivosť a podporné služby boli poskytované v súlade s medzinárodnými ľudsko-právnymi štandardmi s orientáciou na čo najvyššiu kvalitu života ľudí so zdravotným postihnutím. Toto nás privádza k otázke – Ako hodnotiť štandardy kvality v kontexte Dohovoru. Alebo inak povedané, ako sa dá hodnotiť napĺňanie

a zvyšovanie kvality a ľudsko-právnych štandardov v oblasti duševného zdravia a sociálnych služieb? Odpoveď na tieto otázky vieme nájsť v dokumente Svetovej zdravotníckej organizácie *WHO QualityRights Toolkit*, ktorý predstavuje efektívny nástroj pre hodnotenie kvality v kontexte Dohovoru. Svetová zdravotnícka organizácia ho predstavila v roku 2012 a v rokoch 2016 – 2017 overovala už v rámci vyššie uvedeného projektu. WHO QualityRights Toolkit poskytuje praktický manuál pre implementovanie ľudských-práv a štandardov kvality, ktoré by mali byť rešpektované, ochraňované a napĺňané v rôznych zariadeniach a službách pre osoby so zdravotným postihnutím. Z hľadiska druhov služieb sa jedná primárne o psychiatrické nemocnice, psychiatrické oddelenia vo všeobecných nemocniciach, komunitné služby pre osoby so zdravotným postihnutím, pobytové zariadenia sociálnych služieb (aj pre seniorov a aj pre osoby so zdravotným postihnutím), denné centrá, rehabilitačné strediská, detské domovy. Cieľom WHO QualityRights toolkitu je pripraviť a realizovať komplexné hodnotenie poskytovateľov služieb starostlivosti, vyhodnotiť zistenia a navrhnúť primerané opatrenia na základe tohto hodnotenia. Z hľadiska cieľových skupín je možné tento nástroj využívať u ktorejkoľvek skupiny od detí, cez dospelých až po seniorov, ľudí s rôznymi druhmi zdravotného postihnutia, ľudí so závislosťami atď.

Práca s WHO QualityRights toolkitom nie je v našich končinách nová a za posledné dva roky sme mali možnosť spolupracovať pri jeho využívaní vo viacerých oblastiach v Slovenskej republike a aj v Českej republike. Na Slovensku bol tento nástroj využívaný v rámci už vyššie uvedeného projektu Svetovej zdravotníckej organizácie, kde sa v spolupráci zástupcov z Ministerstva zdravotníctva, Slovenskej psychiatrickej spoločnosti, Združenia na pomoc ľuďom s mentálnymi postihnutím v SR a Rady pre poradenstvo v sociálnej práci realizovali prieskumy a hodnotenia v troch domovoch sociálnych služieb. Okrem toho je WHO QualityRights toolkit aktuálne využívaný aj v Českej republike v rámci Reformy psychiatrie, kde sa pomocou neho hodnotí kvalita poskytovanej starostlivosti vo všetkých psychiatric-

<sup>1</sup> [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0017/373202/mental-health-programme-eng.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/373202/mental-health-programme-eng.pdf)

<sup>2</sup> Autor článku sa podieľal na realizovaní hodnotení s pomocou WHO QualityRights Toolkit v Slovenskej a Českej republike.



QualityRights

## WHO QualityRights Tool Kit

Assessing and improving quality  
and human rights in mental  
health and social care facilities

kých nemocniciach v zriaďovateľskej pôsobnosti Ministerstva zdravotníctva Českej republiky.

Rada pre poradenstvo v sociálnej práci, so súhlasom Svetovej zdravotníckej organizácie, bude využívať ten hodnotiaci nástroj aj v rámci Národného projektu deinštitucionalizácie – podpora transformačných plánov<sup>2</sup>. V rámci tohto národného projektu bude WHO QualityRights Toolkit používaný v aktivite hodnotenia pripravenosti zariadení sociálnych služieb na poskytovanie komunitných služieb a prípravu tvorby transformačných plánov zapojených zariadení.

Je teda celkom jasné, že ide o veľmi aktuálny nástroj, ktorý je prispôbený pre použitie v rôznych krajinách (či už chudobnejších alebo bohatších) a je možné ho využívať naprieč rôznymi službami pre osoby so zdravotným postihnutím – zdravotnícke, sociálne alebo integrované služby. Svetová zdravotnícka organizácia pripravila tento dokument tak, aby ho mohli využívať pre vlastné interné hodnotenie poskytovateľa služieb, ale aj pre externé hodnotenia verejné a neverejné hodnotiace komisie a organizácie, ľudsko-právne inštitúcie, ale aj užívateľské organizácie. Ako uvádza Svetová zdravotnícka organizácia, WHO QualityRights Toolkit je základným zdrojom nielen pre ukončenie zanedbávania a zneužívania v starostlivosti a podpore osôb so zdravotným postihnutím, ale aj pre zabezpečenie vysoko kvalitných služieb v budúcnosti.

WHO QualityRights Toolkit je verejne dostupný

nástroj, ktorý priamo vychádza z Dohovoru. Zároveň je však nevyhnutné poznamenať, že okrem Dohovoru zohľadňuje aj jeho opčný protokol, Medzinárodný pakt o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach, Medzinárodný pakt o občianskych a politických právach, Dohovor o predchádzaní mučenia a ďalšieho krutého, neludského alebo ponižujúceho zaobchádzania a trestania, a jeho opčný protokol.

WHO QualityRights toolkit vychádza z metód procesuálneho hodnotenia kvality a pri monitorovaní využíva tri základné prvky získavania informácií o službe:

1. Rozhovory s užívateľmi služby, personálom, príbuznými a blízkymi osobami,
2. priame pozorovanie poskytovania starostlivosti,
3. štúdium dokumentácie spojenej s poskytovaním sociálnej služby.

Všetky tieto tri prvky je potrebné počas hodnotenia realizovať a dopredu naplánovať. V rámci rozhovorov je vždy nevyhnutné realizovať aj rozhovory s užívateľmi služby, kde je potrebné mať spracovaný informovaný súhlas. Samotný WHO QualityRights toolkit aj z hľadiska validity odporúča definované percento potrebných rozhovorov s užívateľmi služby.

WHO QualityRights Toolkit sa skladá z dvoch hlavných komponentov:

a) Hodnotiace nástroje

- a. Nástroj pre realizovanie interview (*The WHO QualityRights interview tool*), ktorého úlohou je poskytnúť manuál pre realizovanie rozhovorov s užívateľmi služby, rodinnými príslušníkmi, blízkymi osobami a personálnom poskytovateľa služby.
- b. Nástroj pre hodnotenie a štúdium dokumentácie a pozorovanie (*The WHO QualityRights review of documents and observation tool*) – tento dokument slúži ako manuál pre vyhodnocovanie a štúdium dokumentácie a realizácie pozorovaní priamo v zariadení. K tomuto dokumentu odporúčame využívať aj manuál OSN pre hodnotenie a monitorovanie Dohovoru s názvom *Monitoring the Convention on the Rights of Person with Disabilities. Guidance for human Rights Monitors*<sup>3</sup>.

b) Hodnotiace správy (reportov)

- a. Hodnotiace správy pre zariadenia – tieto správy sú zamerané na konkrétne zariadenia a jeho individuálne vyhodnotenie a odporúčania.
- b. Hodnotiace správy za krajinu – tento typ správy je orientovaný na vyhodnotenie národného kontextu kvality poskytovaných služieb a odporúčania na národnej úrovni.

**Samotný WHO QualityRights Toolkit sa v rámci hodnotenia venuje piatim tematickým oblastiam, vychádzajúcich z Dohovoru:**

1. *Právo na primeranú životnú úroveň a sociálnu ochranu (článok 28 Dohovoru). Tento článok Dohovoru uvádza, že osoby so zdravotným postihnutím majú právo na primeranú životnú úroveň pre seba a aj svoje rodiny vrátane dostatočnej výživy, oblečenia a ubytovania. Zmluvné strany uznávajú aj to, že osoby so zdravotným postihnutím majú právo na ustavičné zlepšovanie životných podmienok a podniknú príslušné kroky, ktorými zaručia a presadia uplatňovanie práve bez diskriminácie na základe zdravotného postihnutia. Článok 28 ďalej uvádza, že zmluvné strany sú povinné:*
  - a. zabezpečiť osobám so zdravotným postihnutím rovnaký prístup k službám zásobovania obyvateľstva čistou vodou a zabezpečiť im

prístup k vhodným a cenovo dostupným službám, pomôckam a k iným formám pomoci pre potreby súvisiace so zdravotným postihnutím;

- b. zabezpečiť osobám so zdravotným postihnutím, najmä ženám a dievčatám so zdravotným postihnutím a starším osobám so zdravotným postihnutím, prístup k programom sociálnej ochrany a k programom znižovania chudoby;
- c. zabezpečiť osobám so zdravotným postihnutím a ich rodinám, ktoré žijú v chudobe, prístup k pomoci od štátu s úhradou výdavkov súvisiacich so zdravotným postihnutím vrátane vhodného vzdelávania, poradenstva, finančnej pomoci a odľahčovacích služieb;
- d. zabezpečiť osobám so zdravotným postihnutím prístup k programom verejnej bytovej výstavby
- e. zabezpečiť osobám so zdravotným postihnutím rovnaký prístup k dávkam a programom dôchodkového zabezpečenia.

Ako je možné vidieť z obsahu práva na primeranú životnú úroveň a sociálnu ochranu je potrebné hodnotiť prostredie, v ktorom užívajú služby, a v ktorom sú im poskytované služby. Aj v Slovenskej republike žije viac ako 50 tisíc ľudí v pobytových sociálnych službách. V zariadeniach sú často životné podmienky nezlučiteľné s týmto štandardom a množstvo poskytovateľov služieb starostlivosti nespĺňa ani nevyhnutné minimálne podmienky stanovené vyhláškou Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky. Prostredie týchto zariadení často vytvára limity v oblasti dodržiavania ľudských práv, napr. právo na ochranu súkromia, nie je tam dostatočná hygiena, užívatelia majú erárne oblečenie, prípade nedostatok oblečenia. Aj na Slovensku sú prípady, kedy aj v zariadeniach sociálnych služieb nie je dostatok vody (napr. je voda zabezpečovaná zo studní, ktoré vysychajú), nie je možné zabezpečiť dostatočné teplo a kúrenie (neúčelové a staré historické budovy s vysokými stropmi a nedostatočnou izoláciou). Častým problémom je už spomenutý nedostatok súkromia, ale aj prechodné a veľkokapacitné izby. Vo viacerých prípadoch sme sa na

Slovensku stretli s tým, že súčasťou izieb sú aj sanitárne a hygienické zariadenia, prípadne chýbali dvere a pod. Užívatelia nie sú dostatočne aktivizovaní, nudia sa, nemajú zmysluplné aktivity a je zanedbávaná aj ich starostlivosť.

2. *Právo na dosiahnutie najlepšieho možného zdravia (článok 25 Dohovoru).* Druhá téma WHO QualityRights Toolkitu sa venuje oblasti zdravia a prístupu k zdravotnej starostlivosti. Z hľadiska Dohovoru sa očakáva, že osobám so zdravotným postihnutím sa poskytuje rovnaký rozsah, kvalita a štandard bezplatnej alebo cenovo dostupnej zdravotnej starostlivosti a programov ako aj iným osobám, a to aj v oblasti zdravotníckych programov a prevencie zameranej na sexuálne a reprodukčné zdravie a oblasť verejného zdravia určeného pre celú populáciu. Tento článok dáva akcent aj na včasnú diagnostiku a podporu v oblasti zdravia a preventívne aktivity. Zdravotná starostlivosť by mala byť poskytovaná, čo najbližšie k miestu bydliska danej osoby, ale s ohľadom na prevenciu inštitucionalizácie. Od zdravotníckeho personálu sa očakáva, aby poskytoval starostlivosť osobám so zdravotným postihnutím v rovnakej kvalite ako ostatným osobám, a to aj na základe slobodného a informovaného súhlasu. Dostupnosť starostlivosti v oblasti duševného zdravia je na Slovensku ovplyvnená nedostatkom komunitných služieb v tejto oblasti. Psychiatrická zdravotnícka starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb často obmedzená svojim rozsahom. Kvalitná zdravotná starostlivosť pre osoby so zdravotným postihnutím je často finančne nedostupná. Nedostatočná podpora rozvoja komunitných služieb v Slovenskej republike vedie k tomu, že inštitucionálne služby sú poskytované na úkor komunitných a podporujú udržiavanie ľudí v inštitúciách bez alternatívy pre nezávislý život. Toto sa deje miesto toho, aby sme podporovali osoby so zdravotným postihnutím v rozvoji ich schopností, zručností potrebných pre ich začlenenie sa do spoločnosti. Veľmi často sa stretávame s obmedzovaním a detenciou ľudí so zdravotným postihnutím v inštitucionálnych sociálnych službách. V oblasti zdravia je pri poskytovaní podpory a starostlivosti, predovšetkým inštitucionálnych služieb, problém aj to, že absentuje podpora a prevencia v oblasti všeobecného, sexuálneho a reprodukčného zdravia. Samotný článok 25 vyžaduje to, aby mali osoby so zdravotným postihnutím poskytované tieto služby, čo najbližšie ku komunite.

3. *Rovnosť pred zákonom a sloboda a osobná bezpečnosť (článok 12 a článok 14 Dohovoru) – právo na spôsobilosť na právne úkony a právo na osobnú slobodu a osobnú bezpečnosť tvoria tretiu oblasť, na ktorú sa WHO QualityRights Toolkit zameriava. Ľudia so zdravotným postihnutím bežne zažívajú neprimeranú diskrimináciu a obmedzovanie z dôvodu pozbavenia alebo obmedzenia ich spôsobilosti na právne úkony. Množstvo profesionálov ich považuje za neschopných robiť vlastné rozhodnutia o ich vlastných životoch a dôležitých životných oblastiach (napr. nesúhlas s ich miestom pobytu v inštitúcii, nesúhlas so zdravotnou starostlivosťou, osobné a finančné veci).* Tieto rozhodnutia často, miesto nich, robia ich rodinní príslušníci, blízke osoby, pracovníci služieb alebo opatrovníci. Veľmi často sa im poskytujú sociálne služby a zdravotná starostlivosť bez slobodného a informovaného súhlasu. Článok 12 Dohovoru uvádza, že osoby so zdravotným postihnutím majú kedykoľvek právo na uznanie svojej osoby ako subjektu práva a majú spôsobilosť na právne úkony vo všetkých oblastiach života na rovnakom základe s ostatnými. Ak potrebujú osoby so zdravotným postihnutím v tejto oblasti podporu, mala by im byť zabezpečovaná v súlade s princípmi podporovaného rozhodovania. Článok 14 Dohovoru hovorí o tom, že všetky osoby so zdravotným postihnutím na rovnakom základe s ostatnými využívali právo na slobodu a osobnú bezpečnosť, neboli nezákonne a svojvoľne zbavené slobody, aby každé zbavenie slobody bolo v súlade so zákonom a aby existencia zdravotného postihnutia nebola za nijakých okolností dôvodom na zbavenie slobody.

4. *Ochrana pre mučením alebo krutým, neludským či ponižujúcim zaobchádzaním a trestaním a ochrana pred vykorisťovaním, násilím a zneužívaním (článok 15 a článok 16 Dohovoru).* Štvrtá oblasť WHO QualityRights Toolkit sa venuje ochrane osôb so zdravotným postihnutím pred rôznymi formami zlého zaobchádzania. Toto právo patrí medzi tzv. absolútne práva a jeho porušovanie môže byť kriminalizované. Osoby so zdravotným postihnutím sú veľmi často vystavené rôznym formám zlého zaobchádzania a toto riziko sa zvyšuje ak sú v inštitucionalizovaných službách, kde často dochádza k fyzickému, psychickému alebo aj sexuálnemu zneužívaniu. Do tejto oblasti spadá aj izolovanie a obmedzovanie ľudí so zdravotným postihnutím na osobnej slobode bez adekvátneho rozhodnutia. Taktiež sú voči nim častejšie používané neprimerané a nepovolené

<sup>3</sup> [https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Disabilities\\_training\\_17EN.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Disabilities_training_17EN.pdf)

telesné a netelesné obmedzenia. V praxi sa pomerne často stretávame s využívaním liekov na utlmovanie osôb so zdravotným postihnutím, čo tiež spadá do porušenia ľudských práv v oblasti zlého zaobchádzania. Článok 15 Dohovoru uvádza, že nikto nesmie byť vystavený mučeniu ani krutému, neľudskému či ponižujúcemu zaobchádzaniu alebo trestaniu. Zároveň nesmie byť nikto vystavený bez svojho slobodného súhlasu lekárskeým alebo vedeckým pokusom. Článok 16 hovorí o tom, že zmluvné krajiny majú prijať príslušné legislatívne, správne, sociálne, vzdelávacie a iné opatrenia na ochranu osôb so zdravotným postihnutím tak doma ako aj mimo domova a ochraňovať pred všetkými formami vykorisťovania, násilia a zneužívania a to aj so zreteľom na rodový aspekt. Toto vyžaduje zabezpečenie primeraných foriem pomoci a podpory.

5. Právo na Nezávislý spôsob života a začlenenia do spoločnosti (článok 19 Dohovoru). *Piatou oblasťou, ktorá sa v rámci WHO QualityRights Toolkit hodnotí je oblasť podpory nezávislého života a života v komunite.* Tento článok Dohovoru uvádza, že všetky osoby so zdravotným postihnutím majú rovnaké právo žiť v spoločenstve s rovnakými možnosťami voľby na rovnoprávnom základe s ostatnými a môžu si zvoliť miesto pobytu, ako aj to, kde a s kým budú žiť a to na rovnakom základe s ostatnými a nesmú byť nútení žiť v určitom konkrétnom prostredí. Pre toto je nevyhnutné zabezpečiť prístup k celému spektru podporných služieb, či už v domácom prostredí alebo pobytových komunitných službách a to aj vrátane osobne asistencie, ktoré sú nevyhnutné pre nezávislý spôsob života v spoločnosti. Poskytovanie sociálnych služieb a zdravotnej starostlivosti v zariadeniach s inštitucionálnou kultúrou predstavuje zásadný problém v tejto oblasti. Veľké množstvo ľudí so zdravotným postihnutím je dlhoročne inštitucionalizovaných proti vlastnej vôli a sú exkludovaní z bežnej spoločnosti. Sú im odopierané možnosti v oblasti zamestnávania, vzdelávania, sociálnej a finančnej podpory, ktoré sú nevyhnutné pre nezávislý život v komunite. Často sú obmedzovaní vo výkone svojho volebného práva ale aj účasti v politických, náboženských alebo kultúrnych aktivitách a organizáciách. Čiastočne je problém v tom, že súčasná podpora je orientovaná na inštitucionálne vnímanie a liečenie (prevláda zdravotnícky prístup v podpore osôb so zdravotným postihnutím) a podpora sa neorientuje na podporu bežného každodenného života v komunite a plného začlenenia sa do spoločnosti. Toto je možné vidieť výrazne v oblasti individuálneho plánovania

v sociálnych službách, ktoré je vo veľkej miere orientované dovnútra zariadení a služieb a nezohľadňuje požiadavku § 7 zákona o sociálnych službách, ktorá okrem iných povinností poskytovateľa sociálnej služby uvádza: „spolupracovať s rodinou, obcou a komunitou pri utváraní podmienok na návrat prijímateľa sociálnej služby poskytovanej v zariadení s celoročnou pobytovou formou do prirodzeného rodinného prostredia alebo komunitného prostredia s prednostným poskytovaním sociálnej služby terénnou formou, ambulatnou formou alebo týždennou pobytovou formou, a to so súhlasom prijímateľa sociálnej služby a pri rešpektovaní jeho osobných cieľov, potrieb, schopností a zdravotného stavu.“ Čiže priamo smeruje k podpore článku 19 Dohovoru.

Týchto päť základných tematických oblastí tvorí obsah a zameranie hodnotenia v rámci WHO QualityRights Toolkit, ktoré je rozdelené okrem tém do konkrétnych štandardov a potom hodnotiacich kritérií/indikátorov. Ako sme uviedli už vyššie, systém hodnotenia jednotlivých kritérií prebieha tak, že sa sleduje každé kritérium cez rozhovory, pozorovania a štúdium dokumentácie. V rámci hodnotenia je v rámci WHO QualityRights Toolkitu spracovaný manuál so sadou otázok pre rozhovory a odporúčaní pre pozorovania a štúdium dokumentácie v každom kritériu. Tento model pomáha členom hodnotiacich tímov nezabudnúť na a nevynechať žiadnu zo sledovaných oblastí. Pri hodnotení je dôležité uviesť to, že v rámci inštitucionálnej starostlivosti sa hodnotia všetky oblasti, ale pri službách, ktoré sú poskytované terénnou formou sa nehodnotí prvá téma a tiež sa nehodnotia v tretej téme kritérium 3.1.4 (pozrite nižšie štruktúru tém, štandardov a kritérií).

Každé kritérium je hodnotené v rámci hodnotiacej škály, ktorá má nasledovné úrovne naplnenia:

- *A/F – kritérium je naplnené úplne*
- *A/P – kritérium je naplnené čiastočne*
- *A/I – kritérium sa začína naplňovať*
- *N/I – kritérium nie je naplnené*
- *N/A – kritérium sa v danej službe nehodnotí*

Touto škálou sa hodnotia nielen jednotlivé kritériá, ale vyhodnocujú sa aj jednotlivé štandardy a celé témy. Je dôležité uviesť aj to, že v praxi pri vyhodnotení štandardov a tém sa zohľadňuje ich relevantnosť z hľadiska ľudských práv, kde niektoré kritériá a štandardy majú väčšiu váhu. Ak pri hodnotení nastane situácia, že hodnotené kritérium alebo štandard je na roz-

medzi medzi úrovňami naplnenia je potrebné sa vždy prikloniť k prísnejšiemu/horšiemu hodnoteniu. Tento prístup je vhodný z toho dôvodu, že sa v rámci implementácie opatrení na danú tému nezabudne a bude sa jej stále venovať.

Takto spracovaná hodnotiacia správa veľmi podrobne a konkrétne upozorňuje na nedostatky v jednotlivých oblastiach, čo je následovne veľmi nápomocné pre samotné organizácie pri praktickej implementácii ľudských práv v rámci poskytovania svojich služieb a tiež aj pri stanovení strategickú vízie a koncepcie rozvoja svojich služieb.

#### WHO QualityRights Toolkit ma nasledovnú štruktúru tém, štandardov a kritérií<sup>4</sup>:

##### 1. Právo na primeranú životnú úroveň a sociálnu ochranu

###### 1.1. Budova je v dobrom technickom stave.

- 1.1.1. Budova je v dobrom technickom stave (napr. okná nie sú rozbité, neopadáva farba a pod.).
- 1.1.2. Budova je prístupná pre ľudí s telesným postihnutím.
- 1.1.3. Osvetlenie budovy (prirodzené a umelé), vykurovanie a správna ventilácia poskytujú konformné životné podmienky.
- 1.1.4. Budova disponuje zabezpečením ochrany pre prípad požiaru a ochranou zdravia počas požiaru.

###### 1.2. Ubytovacie podmienky pre užívateľov služby sú konformné a zabezpečujú dostatočné súkromie.

- 1.2.1. Miestnosti pre spanie poskytujú dostatočný životný priestor a umožňujú dostatočné súkromie.
- 1.2.2. Muži a ženy majú oddelené spálne.
- 1.2.3. Užívateľia si môžu slobodne vybrať čas, kedy budú vstávať a kedy pôjdu spať.
- 1.2.4. Miesto pre spanie zabezpečuje dostatok súkromia.
- 1.2.5. Užívateľia majú dostatok čistej posteľnej bielizne a táto im je dostupná.
- 1.2.6. Užívateľia si môžu odkladať svoje osobné veci a majú uzamykateľný priestor pre ich uskladnenie.

###### 1.3. Zariadenie spĺňa hygienické a sanitárne požiadavky.

1.3.1. Kúpeľne a toalety sú čisté a správne fungujú.

1.3.2. Kúpeľne a toalety umožňujú súkromie a v zariadení sú oddelené kúpeľne a toalety pre mužov a ženy.

1.3.3. Užívateľia majú pravidelný prístup do kúpeľní a toaliet.

1.3.4. Užívateľia, ktorí sú imobilní alebo majú telesné postihnutie majú zabezpečené bezbariérové kúpeľne a toalety.

##### 1.4. Užívateľia dostávajú jedlo, pitnú vodu a oblečenie, ktoré zohľadňuje ich potreby a preferencie.

1.4.1. Jedlo a pitná voda sú dostupné v dostatočnom množstve, kvalite a spĺňajú kultúrne preferencie a zdravotné požiadavky užívateľov.

1.4.2. Jedlo je pripravované a podávané za primeraných podmienok, jedáleň je kultúrne primeraná a zohľadňuje bežné zvyklosti v komunite.

1.4.3. Užívateľia môžu nosiť svoje vlastné oblečenie a obuv (denné a nočné oblečenie).

1.4.4. Ak nemajú užívateľia vlastné oblečenie je im zabezpečené oblečenie dobrej kvality, ktoré zodpovedá ich kultúrnym preferenciám a je primerané ročnému obdobiu.

##### 1.5. Užívateľia služby môžu slobodne komunikovať a je rešpektované ich právo na súkromie.

1.5.1. Telefóny, dopisy, e-mailly a internet sú užívateľom voľne dostupné a bez cenzúry.

1.5.2. Právo na súkromie pri komunikácii je rešpektované.

1.5.3. Užívateľia môžu komunikovať v jazyku, ktorý si zvolili a zariadenie im poskytuje podporu (napr. prekladateľa), aby bolo zabezpečené, že užívateľ môže a vie vyjadriť svoje potreby.

1.5.4. Užívateľia môžu prijímať návštevy, môžu si zvoliť s kým sa chcú stretnúť a zúčastňovať sa návštev v rozumnom čase.

1.5.5. Užívateľia sa môžu slobodne pohybovať po zariadení.

##### 1.6. Zariadenie poskytuje príjemné, komfortné, stimulujúce prostredie, ktoré vedie k aktívnej účasti a interakcii užívateľov.

<sup>4</sup> [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/373202/mental-health-programme-eng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/373202/mental-health-programme-eng.pdf)

- 1.6.1. V zariadení je dostatok nábytku, ktorý je pohodlný a v dobrom stave.
- 1.6.2. Dispozícia zariadenia podporuje interakciu medzi užívateľmi a personálom, medzi užívateľmi a návštevmi a medzi užívateľmi navzájom.
- 1.6.3. Zariadenie poskytuje potrebné zdroje, vrátane vybavenia, tak aby bolo zaistené to, že užívatelia majú možnosť interakcie a účasti na voľnočasových aktivitách.
- 1.6.4. V zariadení sa nachádzajú miestnosti a priestory vytvorené špeciálne pre voľnočasové aktivity.
- 1.7. **Užívatelia majú zmysluplný spoločenský a osobný život a sú zapojení do komunitného života a aktivít.**
- 1.7.1. Užívatelia majú možnosť vzájomnej interakcie a môžu sa stretávať aj s osobami opačného pohlavia.
- 1.7.2. Osobné požiadavky ako sú napr. účasť na svadbe alebo pohrebe sú zo strany personálu podporované.
- 1.7.3. Zariadenie ponúka pestrú škálu plánovaných a organizovaných aktivít, v samotnom zariadení, ale aj v komunite, ktoré sú relevantné a primerané veku.
- 1.7.4. Personál poskytuje užívateľom informácie o aktivitách v komunite a podporuje prístup k týmto aktivitám.
- 1.7.5. Personál podporuje prístup užívateľov k zábave mimo zariadenia a spoločenské aktivity z komunity sú priťahované do zariadenia.
2. **Právo dosiahnutie najlepšieho možného zdravia**
- 2.1. **Zariadenie je dostupné pre každého, kto potrebuje starostlivosť, liečbu a podporu**
- 2.1.1. Žiadnej osobe nie je odopretý prístup k službám zariadenia alebo starostlivosti na základe ekonomických dôvodov alebo jeho rasy, farby pleti, pohlavia, jazyku, vierovyznania, politického alebo iného názoru, národnosti, etnickej príslušnosti, majetku, zdravotného postihnutia, narodenia, veku alebo iného postavenia.
- 2.1.2. Každému kto žiada o podporu a starostlivosť o duševné zdravie, je poskytnutá starostlivosť a podpora v tomto zariadení, alebo mu je odporúčaná podpora a starostlivosť v inom zariadení, ktoré mu vie takúto podporu a starostlivosť zabezpečiť.
- 2.1.3. **Žiadny užívateľ nie je prijatý, liečený, držaný a nie je mu poskytovaná starostlivosť len na základe jeho rasy, farby pleti, pohlavia, jazyku, vierovyznania, politického alebo iného názoru, národnosti, etnickej alebo sociálnej príslušnosti, majetku, zdravotného postihnutia, narodenia, veku alebo iného postavenia.**
- 2.2. **Personál zariadenia má dostatočné odborné zručnosti a vedomosti a poskytuje kvalitné služby v oblasti duševného zdravia.**
- 2.2.1. Zariadenie má personál, ktorý má rôznorodé odborné zručnosti a vedomosti, tak aby vedel poskytovať poradenstvo, psycho-sociálnu rehabilitáciu, informácie, vzdelávanie a podporu užívateľom služby, ich rodinám, priateľom a neformálnym opatrovateľom so zameraním na podporu začlenenia sa do komunity a nezávislého života.
- 2.2.2. Personál zariadenia má vedomosti o dostupnosti a úlohe komunitných služieb a dostatočné odborné zdroje na podporu nezávislého života a začlenenia sa do komunity.
- 2.2.3. Užívatelia môžu konzultovať svoj zdravotný stav s psychiatrom alebo iným odborným pracovníkom v oblasti duševného zdravia, keď si to želajú.
- 2.2.4. Personál je školený a oprávnený v predpisovaní a revidovaní psychotropných liekov.
- 2.2.5. Zamestnanci sú školení a majú písomné informácie o právach osôb so zdravotným postihnutím a sú oboznámení s medzinárodnými štandardami v súlade s Dohovorom.
- 2.2.6. Užívatelia sú informovaní a majú možnosť vyjadriť svoj názor s poskytovaním služieb a ich zlepšovanie.
- 2.3. **Liečba, psycho-sociálna rehabilitácia, podporné siete a ďalšie služby sú základnými prvkami plánu zotavenia<sup>5</sup> a prispievajú k schopnostiam užívateľov žiť nezávislý život v komunite.**
- 2.3.1. Každý užívateľ má komplexný individuálny plán (plán zotavenia), ktorý obsahuje jeho sociálne, zdravotné, vzdelávacie ciele a ciele v oblasti zotavenia a zotavenia.
- 2.3.2. Individuálne plány sú riadené samotným užívateľom služby a zohľadňujú jeho želania a voľby, riadne a pravidelne sa realizujú prehodnocujú a upravujú za účasti užívateľa a podporného personálu.
- 2.3.3. Súčasťou individuálnych plánov sú aj „dopredu vyslovené želania,“ ktoré špecifikujú starostlivosť, podporu a liečbu, ktorú si užívatelia želajú alebo neželajú, v prípade, že nebudú vedieť v určitom bode komunikovať svoje voľby a želania.
- 2.3.4. Každý užívateľ má prístup k psycho-sociálnym programom, tak aby mohol naplňať svoje spoločenské role podľa vlastnej voľby a to rozvojom zručností potrebných pre zamestnanie sa, vzdelávanie alebo ďalšie oblasti. Rozvoj zručností je pripravovaný a plánovaný na mieru a zohľadňuje osobné preferencie a môže obsahovať aj každodenné zručnosti.
- 2.3.5. Užívatelia sú podporovaní k tomu, aby budovali svoju sociálnu podpornú sieť alebo si udržiavali kontakt s členmi svojej sociálnej siete pre podporu nezávislého života v komunite.
- 2.3.6. Zariadenie prepája a podporuje užívateľov pri využívaní všeobecnej zdravotnej starostlivosti, ďalšími službami v oblasti duševného zdravia ako je sekundárna odborná starostlivosť v komunite, granty, bývanie, agentúry podporovaného zamestnávania, denné centrá, podporované bývanie a iné.
- 2.4. **Psychotropné lieky sú dostupné, cenovo primerané a vhodne užívané.**
- 2.4.1. V zariadení sú dostupné vhodné psychotropné lieky (špecifikované v národnom zozname liečiv), alebo môžu byť užívateľom predpisované.
- 2.4.2. Zariadenie má zabezpečené dostatočné dodávky psychotropných liekov, tak aby pokryli potreby všetkých užívateľov.
- 2.4.3. Druhy a typy liekov, ich dávkovanie sú vždy primerané klinickej diagnóze užívateľov a sú pravidelne revidované.
- 2.4.4. Užívatelia sú informovaní o dôvode užívania liekov a o ich vedľajších účinkoch.
- 2.4.5. Užívatelia sú informovaní o možnostiach alternatívnej liečby alebo o možnostiach podpornej starostlivosti ako je psychoterapia.
- 2.5. **V zariadení sú dostupné primerané služby v oblasti všeobecného a reprodukčného zdravia**
- 2.5.1. Užívateľom sú ponúkané vyšetrenia alebo screening pre konkrétne ochorenia pri nástupe do zariadenia a pravidelne aj potom počas pobytu.
- 2.5.2. Liečba bežných zdravotných problémov vrátane očkovania je dostupná pre všetkých užívateľov, prípadne sú posielaní do iného zariadenia, ktoré túto liečbu zabezpečuje.
- 2.5.3. Keď užívateľ potrebuje chirurgické alebo iné zdravotné procedúry, ktoré nemôžu byť poskytnuté v zariadení existujú spôsoby a procesy, ktoré zabezpečia, že užívateľom je poskytnutá adekvátna zdravotná starostlivosť v správnom čase.
- 2.5.4. V zariadení sa pravidelne realizujú vzdelávania a prevenčné aktivity v oblasti zdravia.
- 2.5.5. Užívatelia sú informovaní a je im poskytované poradenstvo v oblasti reprodukčného zdravia a v oblasti plánovania rodiny a rodičovstva.
- 2.5.6. Všeobecné a reprodukčné zdravotné služby sú poskytované užívateľom na základe slobodného a informovaného súhlasu.
3. **Právo na uplatňovanie spôsobilosti na právne úkony, rovnosti pred zákonom a slobody, a osobnej bezpečnosti**
- 3.1. Preferencie a želania užívateľov týkajúce sa miesta a formy podpory a starostlivosti sú vždy prioritou pri poskytovaní služieb.
- 3.1.1. Preferencie a želania užívateľov sú vždy prioritou vo všetkých rozhodnutiach o tom, kedy a či začnú poskytovať služby.
- 3.1.2. Sú uskutočnené všetky snahy o uľahčenie prepustenia a prechodu do komunitného spôsobu života
- 3.1.3. Preferencie užívateľov sú prioritou vo všetkých rozhodnutiach o ich podpore, liečbe a individuálneho plánu zotavenia.
- 3.2. **V službe existujú procesy a ochranné**

<sup>5</sup> Viac o pláne zotavenia v článku... V sociálnych službách je to vnímané ako individuálny plán.

**mechanizmy prevencie detencie a starostlivosti bez slobodné a informované súhlasu.**

- 3.2.1. Prijatie a starostlivosť sú založené na slobodnom a informovanom súhlase užívateľov služby.
  - 3.2.2. Pri poskytovaní starostlivosti rešpektuje personál „dopredu vyslovené“ prania a želania užívateľov.
  - 3.2.3. Užívateľia majú právo odmietnuť starostlivosť a liečbu.
  - 3.2.4. Akákoľvek starostlivosť alebo detencia v zariadení bez slobodného a informovaného súhlasu je dokumentovaná a bezodkladne hlásená súdom.
  - 3.2.5. Ak sú užívateľia zadržaní v zariadení bez informovaného súhlasu, sú informovaní o postupoch a možnostiach odvolania sa proti ich pobytu, starostlivosti a detencii.
  - 3.2.6. Zariadenie zabezpečuje užívateľom, ktorým sú poskytované služby a starostlivosť bez informovaného súhlasu prístup k odvolacím postupom a právnomu zastupovaniu.
- 3.3. **Užívateľia môžu uplatňovať svoju spôsobilosť k právnym úkonom a sú v tejto oblasti podporovaní alebo majú možnosť prinávarátenia spôsobilosti na právne úkony.**
- 3.3.1. Po celú dobu poskytovania služby spolupracuje personál s užívateľmi s rešpektom, uznáva ich spôsobilosť rozumieť informáciám a realizovať vlastné rozhodnutia.
  - 3.3.2. Zariadenie poskytuje písomné a verbálne informácie o právach užívateľov a to jasným a vyčerpávajúcim spôsobom.
  - 3.3.3. Zariadenie poskytuje v zrozumiteľnej forme jasné a vyčerpávajúce informácie užívateľom o hodnotení, diagnóze, liečbe, starostlivosti a zotavení, tak aby im bolo umožnené realizovať slobodné a informované rozhodnutia.
  - 3.3.4. Užívateľia môžu menovať a konzultovať svoje slobodné rozhodnutia o starostlivosti, liečbe, rozhodovaní o hospitalizácii, osobných, právnych, finančných a ďalších záležitostiach, so svojou dôvernou osobou alebo sieťou dôverných osôb, ktoré sú zariadením uznávané.

3.3.5. Zariadenie rešpektuje autoritu nominovanej podpornej osoby alebo siete podporných osôb tak, aby boli rozhodnutia užívateľov efektívne komunikované.

3.3.6. Podporované rozhodovanie je prevládajúci model a „nahradzovanému“ rozhodovaniu sa treba vyvarovať.

3.3.7. Ak nemá užívateľ žiadnu podporujúcu osobu alebo sieť podporujúcich osôb a praje si takú osobu stanoviť, tak mu zariadenie pomôže získať príslušnú podporu.

**3.4. Užívateľia majú právo na dôvernosť a prístup k svojim osobným informáciám o svojom zdraví.**

3.4.1. Každý užívateľ má vytvorenú osobnú, dôvernú zložku.

3.4.2. Užívateľia majú prístup k informáciám v ich osobnej zložke a zdravotných dokumentoch.

3.4.3. Informácie o užívateľoch sú držané ako dôverné.

3.4.4. Užívateľia môžu písomne pripomenovať svoje názory, informácie a komentáre v ich osobných zložkách bez akejkoľvek cenzúry.

**4. Ochrana pre mučením alebo krutým, neludským či ponižujúcim zaobchádzaním a trestaním a ochrana pred vykorisťovaním, násilím a zneužívaním**

**4.1. Užívateľia majú právo ochranu pre verbálnym, psychickým, telesným a sexuálnym zneužívaním a ochranu pred citovým zanedbávaním.**

4.1.1. Zamestnanci sa správajú k užívateľom s dôstojnosťou, rešpektom a ľudskosťou.

4.1.2. Žiadny užívateľ nie je vystavený verbálnemu, telesnému, sexuálnemu a psychickému zneužívaniu.

4.1.3. Žiadny užívateľ nie je subjektom telesného alebo citového zanedbávania.

4.1.4. Sú uskutočnené všetky kroky k zabráneniu všetkým prípadom zneužívania.

4.1.5. Zamestnanci podporujú užívateľov, ktorí boli subjektmi zneužívania, v prístupe k podpore, ktorú môžu potrebovať a chcieť.

**4.2. V zariadení sú u užívateľov používané al-**

**ternatívne metódy, miesto izolácie alebo obmedzovacích prostriedkov, ako prostriedok potencionálnych kríz.**

4.2.1. Užívateľia nie sú vystavení izolácii alebo obmedzujúcim prostriedkom.

4.2.2. Zariadenie má a používa alternatívne metódy k izolácii a obmedzovacím prostriedkom a zamestnanci sú vzdelávaní v de-eskalačných technikách, krízovej intervencii a predchádzaniu utrpenia užívateľov alebo zamestnancov.

4.2.3. Hodnotenie de-eskalácie je realizované a konzultované s užívateľmi, tak aby boli identifikované spúšťače a faktory, ktoré môže vnímať užívateľ ako nápomocné v predchádzaní kríz, a aby boli definované preferované metódy krízovej intervencie.

4.2.4. Preferované metódy krízovej intervencie identifikované konkrétnymi užívateľmi sú okamžite dostupné pri vzniku krízy a sú súčasťou individuálneho plánu.

4.2.5. Akékoľvek prípady izolácie alebo obmedzovacích prostriedkov sú zaznamenávané (napr. doba trvania obmedzujúceho prostriedku) a hlásené vedúcim pracovníkom a relevantnému externému úradu.

**4.3. Elektrokompulzívna terapia (ECT), chirurgické zákroky a ďalšie lekárske procedúry, ktoré môžu mať trvalé a nenávratné účinky a sú realizované v zariadení alebo mimo zariadenia, nesmú byť zneužívané a môžu byť realizované len so slobodným a informovaným súhlasom rezidenta.**

4.3.1. Žiadna ECT nie je poskytovaná bez slobodného a informovaného súhlasu.

4.3.2. Zariadenie má jasné a na dôkazoch založené smernice o používaní/nepoužívaní ECT a tieto smernice sú dostupné a dodržiavané.

4.3.3. ECT sa nikdy nepoužíva v jej nemodifikovanej forme (tj. bez anestézie a svalových relaxantov).

4.3.4. ECT sa neposkytuje žiadnemu mladistvému a dieťaťu.

4.3.5. Chirurgické zákroky v oblasti psychiatrie alebo iná nenávratná liečba nie sú prevádzané bez súhlasu a to bez slobodného a informovaného súhlasu

užívateľa a bez nezávislého súhlasu zodpovedného externého úradu.

4.3.6. Umelé prerušenia tehotenstva a sterilizácia nie sú realizované bez slobodného a informovaného súhlasu užívateľov.

**4.4. Žiadny užívateľ nie je subjektom lekárskeho alebo vedeckého experimentovania a pokusov bez jeho slobodného a informovaného súhlasu.**

4.4.1. Lekárske alebo vedecké výskumy sú realizované iba so slobodným a informovaným súhlasom užívateľov.

4.4.2. Zamestnanci nedostávajú žiadne privilégiá, kompenzácie a plat výmenou za povzbudzovanie a najímanie užívateľov pre účasť na lekárskejších a vedeckých výskumoch.

4.4.3. Lekárske alebo vedecké výskumy sa nerealizujú ak sú pre užívateľov potenciálne nebezpečné.

4.4.4. Akýkoľvek lekárske alebo vedecký výskum je schvaľovaný nezávislou etickou komisiou.

**4.5. V zariadení existujú ochranné mechanizmy pre zabránenie mučeniu alebo krutému, neludskému či ponižujúcemu zaobchádzaniu a ostatným formám zlého zaobchádzania.**

4.5.1. Užívateľia sú informovaní a majú prístup k postupom podávania podnetov a sťažností na báze dôvery, k externému nezávislému úradu zaoberajúce mu sa ochranou pred zanedbávaním, zneužívaním, izoláciou alebo obmedzovaním, prijatím a umiestnením do zariadenia bez informovaného a slobodného súhlasu.

4.5.2. Užívateľia sú chránení pred negatívnymi dôsledkami ich sťažností, ktoré podali.

4.5.3. Užívateľia majú prístup k právnym zástupcom a môžu sa s nimi stretávať dôverne v súkromí.

4.5.4. Užívateľia majú prístup k advokátom, tak aby boli informovaní o svojich právach, mali možnosť diskutovať problémy a aby ich advokáti podporovali v uplatňovaní svojich ľudských práv a podávaní odvolaní a sťažností.

4.5.5. Disciplinárne alebo právne kroky sú podnikané voči osobe, o ktorej vyjde najavo, že zneužíva alebo zanedbáva uží-



vateľov.

4.5.6. Zariadenie je monitorované nezávislou autoritou, tak aby sa zabránilo zlému zaobchádzaniu.

## 5. Právo na Nezávislý spôsob života a začlenenia do spoločnosti.

5.1. Užívatelia sú podporovaní v získaní prístupu k miestu, kde môžu žiť a majú finančné prostriedky nevyhnutné pre život v komunite.

5.1.1. Zamestnanci informujú užívateľov o možnostiach bývania a nevyhnutných finančných zdrojov.

5.1.2. Zamestnanci podporujú užívateľov v prístupe a udržaní bezpečného, cenovo dostupného a prijateľného bývania.

5.1.3. Zamestnanci podporujú užívateľov v prístupe k finančným zdrojom, ktoré sú nevyhnutné pre život v komunite.

5.2. Užívatelia majú príležitosti k vzdelávaniu a zamestnávaniu.

5.2.1. Zamestnanci informujú užívateľov o príležitostiach k vzdelávaniu a zamestnávaniu v komunite.

5.2.2. Zamestnanci poskytujú informácie o príležitostiach k vzdelávaniu, vrátane základného, stredného a vyššieho vzdelávania.

5.2.3. Zamestnanci podporujú užívateľov v kariérnom rozvoji a v prístupe k platenému zamestnávaniu.

5.3. Právo užívateľov zúčastňovať sa politického a verejného života a sloboda združovania je zo strany zariadenia podporované.

5.3.1. Zamestnanci poskytujú užívateľom informácie nevyhnutné pre ich úplnú účasť na politickom a verejnom živote

a aby sa mohli slobodne združovať.

5.3.2. Zamestnanci podporujú užívateľov v ich volebnom práve.

5.3.3. Zamestnanci podporujú užívateľov v účasti v politických, náboženských, spoločenských organizáciách a v organizáciách zastupujúcich osoby so zdravotným postihnutím a iných skupinách.

5.4. Užívatelia sú podporovaní v účasti na spoločenských, náboženských a voľnočasových aktivitách

5.4.1. Zamestnanci informujú užívateľov o dostupných možnostiach spoločenských, kultúrnych, náboženských a voľnočasových aktivitách.

5.4.2. Zamestnanci podporujú užívateľov v účasti na spoločenských a voľnočasových aktivitách, ktoré si oni sami vybrali.

5.4.3. Zamestnanci podporujú užívateľov v účasti na kultúrnych a náboženských aktivitách, ktoré si oni sami vybrali.

QualityRights Toolkit je výbornou inšpiráciou pre porozumenie a spôsob implementácie Dohovoru v oblasti podpory ľudí so zdravotným postihnutím a uplatňovanie ľudsko-právnych štandardov v praxi. Preto aj z tohto dôvodu veríme, že sa začne uplatňovať aj v Slovenskej republike. A to nielen v rámci Národného deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb – podpora transformačných tímov, ale napríklad aj pre prípadnú revíziu podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby definovaných v zákone o sociálnych službách.



### PhDr. Miroslav Cangár, PhD.

vyštudoval som sociálnu pedagogiku v Nórsku a sociálnu prácu na Slovensku, absolvoval viacero kurzov v sociálnej oblasti a vzdelávaní. Od roku 2003 pracuje v Rade pre poradenstvo v sociálnej práci ako sociálny poradca, supervízor, lektor a projektový manažér. Spolupracuje s inými organizáciami v treťom sektore a verejnej správe, samospráve a v školstve; nadáciami zo sociálnej oblasti na Slovensku a aj v zahraničí. V minulosti pracoval pre MPSVR SR a MZ SR. V súčasnosti stále pracuje v Rade pre poradenstvo v sociálnej práci a zároveň je odborným garantom Národného projektu deinštitucionalizácie – podpora transformačných tímov.

# Ľudské práva ako na to – príklady dobrej praxe

Ľudské práva a ich implementácia v komunitnej starostlivosti a podpore je téma, ktorá napriek tomu, že sa o nej veľa diskutuje a hovorí, veľká neznáma. Často sa stretávame s porušovaním ľudských práv pri poskytovaní sociálnych služieb, zdravotnej starostlivosti, vzdelávaní a celkovej podpore ľudí so zdravotným postihnutím. Slovenská republika ratifikovala v roku 2010 Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím, ktorý významne ovplyvnil smerovanie s poskytovaním služieb pre ľudí so zdravotným postihnutím. Dlhodobu tu však absentovala a absentuje príprava profesionálov v implementácii ľudsko-právneho prístupu. Toto bolo aj impulzom prečo sme sa v Rade pre poradenstvo v sociálnej práci a vo Fóre pre ľudské práva rozhodli, s finančnou podporou Ministerstva spravodlivosti SR v rámci dotačného programu na presadzovanie, podporu a ochranu ľudských práv a slobôd a na predchádzanie všetkým formám diskriminácie, rasizmu, xenofóbie, antisemitizmu a ostatným prejavom intolerancie, realizovať projekt: Metodika, vzdelávanie a implementácia Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím v kontexte kvality komunitných služieb. Pomocou vytvorenia interaktívnej príručky na webovej stránke ludskeprava.rps.eu prinášame pohľad na implementáciu Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím prostredníctvom 10 príbehov a pohľadov viacerých odborníkov. Zároveň sme v rámci tohto projektu realizovali aj 8 workshopov n túto tému v každom krajskom meste. Niektoré z príbehov sa týkajú aj osôb s duševnými poruchami a preto sme do tohto čísla Integrácie vybrali dve z nich, ktoré sú dôležité pre tému aktuálneho čísla Integrácie.



### Miloš /príbeh/

Miloš je 35 ročný muž s hlbokými modrými očami ako pleso v Tatrách, keď vychádza v lete slnko a hladina zmodrie a zjemnie. Miloš má diagnostikovanú schizofréniu a je pozbavený spôsobilosti na právne úkony. Stretli sme sa, keď napísal kolegovi na Facebook, že potrebuje pomoc. Písal zo zúfalstva. Stretli sme sa v okresnom meste, kam mohol docestovať z domova

sociálnych služieb. Povedal, že má pár hodín, išiel na „pripustku“. Poprosil nás o dve veci, aby sme mu pomohli dostať sa von zo zariadenia, ktoré sa pre neho stalo väzením a aby mu súd prinavrátil spôsobilosť. Zistili sme, že Miloš netuší, že v zariadení sociálnych služieb má zmluvu a že túto podpísal jeho opatrovník. Nevedel, aké sú jeho práva a povinnosti, nevedel, kam sa obrátiť. Na požiadanie mu zariadenie zmluvu odmietlo dať, nakoľko nie je plne spôsobilý. Tiež sme zistili, že nájsť pre Miloša alternatívu je takmer nemožné. V regióne, kde žije, neexistujú komunitné služby.



### Ktoré články Dohovoru sú porušené?

- Článok 8 – Zvyšovanie povedomia
- Článok 12 – Rovnosť pred zákonom
- Článok 19 – Nezávislý spôsob života a začlenenie do spoločnosti
- Článok 21 – Sloboda prejavu a presvedčenia a prístup k informáciám



### Otázky do diskusie?

- Je správne, že Miloš nevie a nemá informáciu o tom, že má so zariadením zmluvu o poskytovaní sociálnych služieb?
- Je správne, že mu ju zariadenie odmieta vydať?
- Potrebuje každý prijímateľ danej služby vedieť, aké sú jeho práva a povinnosti? Je diagnóza postačujúcim dôvodom pre poskytovanie sociálnej služby umiestnením v pobytovom zariadení sociálnych služieb?...
- Aký význam má informovaný súhlas osoby pre poskytnutie sociálnej služby?



### Odborné pohľady na danú situáciu v súlade s Dohovorom

Príbeh Miloša otvára základne otázky o podmienkach poskytovania sociálnej služby. Je zrejme, že zbavenie pána Miloša spôsobilosti na právne úkony malo za následok umiestnenie v zariadení sociálnych služieb bez jeho súhlasu. Pán Miloš sa síce nevyzval v tomto administratívnom procese ale po umiestnení v zariadení sociálnych služieb, na-

priek svojej diagnóze, dokázal rozpoznať a dospieť k vlastnému názoru, že takúto službu nechce a preto nechce žiť celý život v domove. Samotná diagnóza totiž nie je dostatočným dôvodom k umiestňovaniu v zariadení sociálnych služieb. Diagnóza je vážnym dôvodom k poskytnutiu adekvátnej zdravotnej a psychosociálnej terapie s cieľom zmeny zdravotného stavu. V prípade, ak by Miloš neprotestoval ale sa pasívne prispôbil administratívne a protiprávne postupu ostal by v zariadení sociálnych služieb až do konca svojho života. Je možné predpokladať, že v zariadení sú viacerí klienti, ktorí sa nedôstojným podmienkam prispôbili.



### **Sociálny pracovník/sociálny pedagóg**

Príbeh Miloša má v sebe niekoľko rovín porušovania jeho ľudských práv a slobôd. Prvou rovínou je oblasť spôsobilosti na právne úkony, ktorá sa v sociálnych službách často vníma ako „čarovná formulka“ na výrazne obmedzovanie človeka, tak ako to vidíme aj v tomto prípade. Spôsobilosť na právne úkony[1] z hľadiska sociálnej práce nemôže znamenať, že začneme človeka obmedzovať v jeho práve na nezávislý život a že s touto oblasťou jeho života ďalej nepracujeme. Z pohľadu sociálnej práce a individuálnej podpory vnímame túto skutočnosť ako priestor, kde konkrétny človek potrebuje (viac či menej intenzívnu) podporu. Historicky boli prijímatelia sociálnych služieb automaticky zbavovaní spôsobilosti na právne úkony, bez toho, aby sa hĺbkovo mapovali ich zručnosti, schopnosti a potreby. Miloš je prijímateľom sociálnej služby v domove sociálnych služieb s celoročným pobytom. Jednou z hlavných povinností poskytovateľa sociálnej služby v tomto druhu sociálnej služby sú v zmysle § 7 zákona o sociálnych službách:

- prihliadať na individuálne potreby prijímateľa sociálnej služby,
- aktivizovať prijímateľa sociálnej služby podľa jeho schopností a možností
- spolupracovať s rodinou, obcou a komunitou pri utváraní podmienok na návrat prijímateľa sociálnej služby poskytovanej v zariadení s celoročnou pobytovou formou do prirodzeného rodinného prostredia alebo komunitného prostredia s prednostným poskytovaním sociálnej služby terénnou formou, ambulantnou formou alebo týždennou pobytovou formou, a to so súhlasom prijímateľa sociálnej služby a pri rešpektovaní jeho osobných cieľov, potrieb, schopností a zdravotného stavu.

Vychádzajúc z týchto povinností poskytovateľa sociálnych služieb a požiadaviek, ktoré Miloš deklaruje – prinavrátanie spôsobilosti na právne úkony a odchod zo zariadenia, je jasná objednávka na spoluprácu v rámci individuálneho plánovania. Napriek tomu, že je Miloš pozbavený spôsobilosti na právne úkony, je

možné sledovať, že dokáže vo viacerých oblastiach fungovať samostatne a prípadne s podporou – napr. cestovanie a opustenie zariadenia na „prieputku.“ V náväznosti na tieto skutočnosti je nevyhnutné zo strany poskytovateľa sociálnej služby v rámci individuálneho plánovania realizovať podrobné mapovanie jeho schopností, zručností a potrieb a vyhodnotiť primeranú mieru podpory vo všetkých oblastiach jeho života a špecificky v oblasti právnych úkonov. Na takéto mapovanie je možné využiť rôzne nástroje, kde medzi najefektívnejšie patrí tzv. Supports Intensity Scale (Škála intenzity podpory)[2] alebo aj z český odporúčaný postup – Posuzování míry nezbytné podpory uživatelů[3], prípadne ďalšie mapovacie nástroje využívané v individuálnom plánovaní. Dôkladné mapovanie oblasti právnych úkonov a samostatnosti Miloša v praxi a každodennom živote sú nevyhnutné pre začatie konania na prinavrátanie spôsobilosti. Už len samotná informácia, že Miloš pricestoval na stretnutie do okresného mesta sám, nám ukazuje, že úplné zbavenie spôsobilosti nie je v jeho prípade vôbec adekvátne. Na základe podrobného mapovania je možné ďalej pracovať s nastavením cieľov individuálneho plánovania, ktoré by mali smerovať k jeho osamostatňovaniu a prípadnému odchodu do iného druhu sociálnej služby – napr. zariadenia podporovaného bývania alebo podpory samostatného bývania.

S týmto však súvisí aj problematika absencie následných komunitných služieb, ktoré by poskytovali Milošovi podporu po jeho odchode z domova sociálnych služieb. Napriek tomu, že vieme, že ide hlavne o systémový problém, aj v tejto oblasti vidíme priestor pre aktívnu prácu poskytovateľa sociálnych služieb, ktorého povinnosť vytvárať podmienky pre návrat prijímateľov z celoročných pobytových služieb do prirodzeného rodinného alebo komunitného prostredia, je ukotvená v zákone o sociálnych službách. V tomto prípade je základnou úlohou a povinnosťou poskytovateľa aktívne sa podieľať na komunitnom plánovaní vo svojom regióne, kde je jedným z účastníkov tohto procesu. V rámci komunitného plánovania má možnosť zapájať aj prijímateľov sociálnych služieb, ktorí môžu deklarovvať svoje potreby aj na regionálnej úrovni a tiež v rámci svojej služby reagovať na to, aké potreby majú jeho prijímatelia a či ich nevedia zabezpečiť aj prostredníctvom iných nových druhov sociálnych služieb. V oblasti duševného zdravia, ktorej komunitná podpora na Slovensku tiež výrazne absentuje, môžu byť dobrým príkladom služby ako je napr. Integra Michalovce[4], Liga za duševné zdravie[5], DSS Most[6] alebo služby ako Fokus Praha[7], Rytmus[8]. Prípadne Centrá duševného zdravia, ktoré sa realizujú v rámci reformy psychiatrické péče v Českej republike[9].

Druhá problematická rovina v tomto prípade je, že Miloš nebol informovaný o svojich právach a po-

vinnostiach. Zákon o sociálnych službách garantuje prijímateľom sociálnych služieb zabezpečenie dostupnosti informácií v im zrozumiteľnej forme o druhu, mieste, cieľoch a spôsobe poskytovania sociálnej služby, kam spadá aj povinnosť informovať prijímateľa sociálnych služieb o jeho právach a povinnostiach. Tieto je nevyhnutné „podchytiť“ aj v interných dokumentoch, ako sú napr. domáci poriadok, resp. práva a povinnosti prijímateľa a pod. Z hľadiska ľudskoprávneho prístupu však nemôže ísť len o to, že poskytovateľ sociálnych služieb má spracovanú internú dokumentáciu, ale je tam nevyhnutná povinnosť aj aktívne informovať každého prijímateľa sociálnych služieb na individuálnej úrovni o jeho právach a povinnostiach a neodopierať prijímateľovi prístup k dokumentácii, ktorá sa týka jeho osoby.

Miloš nie je v domove sociálnych služieb na základe súdneho rozhodnutia, a preto je ako z právneho hľadiska (viď nižšie), tak aj z hľadiska sociálnej práce neakceptovateľné, že mu zariadenie odmietlo dať na jeho požiadanie zmluvu. Jedna z možností, ktorú by mal poskytovateľ v tomto prípade realizovať, je vytvorenie priestoru a zabezpečenie dôvernej osoby pre Miloša, s ktorou by mohol svoje požiadavky nezávisle riešiť. Na strane poskytovateľa je nevyhnutné vytvoriť a prispôbiť internú dokumentáciu potrebám prijímateľov a využívať na to formy ľahko čitateľných a ľahko zrozumiteľných textov, ako napr. Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím[10] alebo Všeobecný komentár k čl. 19 Dohovoru[11] alebo Ľahko čitateľná knižnica DSS Slatinka[12].



### **Právnik**

Prípad Miloša má niekoľko rovín, je im ale spoločný jeden prvok, a to je Milošovo pozbavenie, resp. obmedzenie spôsobilosti na právne úkony. Najprv si musíme uvedomiť, že pozbavenie a obmedzenie spôsobilosti na právne úkony sú právne inštitúty, ktoré sa dotýkajú právnych úkonov. Preto je potrebné najprv definovať právny úkon. Podľa § 34 zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník (ďalej len „OZ“) sa právnym úkonom rozumie prejav vôle smerujúci najmä k vzniku, zmene alebo zániku tých práv alebo povinností, ktoré právne predpisy s takýmto prejavom spájajú. V praxi táto definícia súvisí najmä so zmluvami. Ich uzatvorenie, či zmena by v prípade človeka pozbaveného spôsobilosti na právne úkony bola tzv. absolútne neplatná, teda akoby ani neexistovala. Teda nejde o to, že zmluvu nemôže uzatvoriť, napr. fyzicky, ale ide o jej platnosť v právnom slova zmysle.

U Miloša pôjde v tomto kontexte o rôzne problémy. Tým prvým je otázka uzatvorenia zmluvy o poskytovaní sociálnych služieb podľa zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách (ďalej len „ZoSS“), a to,

či postupoval poskytovateľ správne, ak Miloša úplne vylúčil z tohoto procesu a odmietol mu poskytnúť kópiu zmluvy. Na prvý pohľad by sme si povedali, že pozbavenie či obmedzenie spôsobilosti sa na zmluvu o poskytovaní sociálnych služieb predsa musí vzťahovať a preto je právne v poriadku, ak bol Miloš z tohoto procesu vylúčený. Nie je tomu tak, problém je komplexnejší.

Za prvé, platí pravidlo, že každý človek so zdravotným postihnutím musí byť súčasťou vyjednávania o poskytovaní sociálnych služieb, podľa § 3 ods. 1 písm. a) ZoSS je prijímateľ účastníkom právnych vzťahov, podľa § 7 písm. b) ZoSS má poskytovateľ sociálnej služby povinnosť aktivizovať prijímateľa, čo určite súvisí aj s aktivizáciou pri právne relevantných interakciách. Ďalej podľa § 74 ods. 1 ZoSS platí, že zmluva o poskytovaní sociálnej služby musí byť uzatvorená spôsobom, ktorý je pre prijímateľa zrozumiteľný. Dôležité si je uvedomiť, že zákon o sociálnych službách v tomto nerozlišuje osoby plne spôsobilé a ľudí pozbavených spôsobilosti na právne úkony. Zrozumiteľnosťou sa rozumie proces uzatvárania zmluvy, čo samozrejme predpokladá, že prijímateľ je s ohľadom na svoju individuálnu situáciu aj priamo účastný uzatvárania zmluvy. To znamená, že vie, na základe akého titulu – zmluvy, je služba poskytovaná a aké sú jej parametre. S tým je spojené, že má k dispozícii aj kópiu zmluvy, a to s ohľadom na svoju osobnú situáciu buď priamo, alebo na požiadanie u poskytovateľa sociálnej služby. Ten v tomto prípade, ale prijímateľovi kópiu zmluvy nemá ako druhá strana zmluvy, ale ako subjekt, ktorý vedie informácie a má v úschove dokumenty, či doklady prijímateľa sociálnej služby.

Za druhé, otázka poskytovania sociálnych služieb na základe zmluvy, ktorú uzatvoril opatrovník súvisí s ďalším problémom u Miloša, a to je možnosť zariadenie opustiť, resp. zmluvu vypovedať. Tu sa nám do hry dostáva otázka osobnej slobody Miloša, ktorý je pod efektívnou a úplnou kontrolou zariadenia, kde žije. Inými slovami, iba teoreticky môže zariadenie opustiť, a nikoho nezaujímá, či tam chce byť, alebo nie. V tomto kontexte je problém ten, že zmluva uzatvorená iba s opatrovníkom, a bez účasti Miloša znamená, že sa vytvoril stav, ako keby Miloš s poskytovaním služby súhlasil. Jeho súhlas sa nahradil súhlasom opatrovníka, a vzniká zdanie dobrovoľnosti. To je problém, ktorý sa riešil na pôde Európskeho súdu pre ľudské práva, pretože sa objavil vo viacerých štátoch Európy. S ohľadom na rozhodnutie Červenka proti Českej republike, kde existoval rovnaký systém, ako u nás už vieme, že musíme pri poskytovaní sociálnych služieb pracovať s konceptom tzv. fatickej spôsobilosti. Inými slovami, nezaujímá nás, či bol niekedy v minulosti Miloš pozbavený spôsobilosti na právne úkony, ale skôr to, či má schopnosti sa rozhodnúť o

poskytovanie služby tu a teraz. Ak má, a úplne postačí, že dáva najavo, že s poskytovaním služby nesúhlasí, je potrebné robiť ďalšie kroky. Dochádza totiž k fenoménu, ktorý nazývame detencia v sociálnych službách, alebo poskytovanie sociálnej služby bez súhlasu. Ak je toto poskytovanie sociálnej služby spojené so zásahom do osobnej slobody, čo je typické pri pobytových službách, kedy prijímateľ službu odmieta, je nutné mať súhlas súdu. Je teda potrebné začať tzv. detenčné konanie podľa § 252 an. zákona č. 161/2015 Z.z. civilný mimosporový poriadok. Konanie je síce určené na nedobrovoľné hospitalizácie, ale použije sa aj pri poskytovaní sociálnych služieb. Začatie konania pritom neznamená, že služba sa nebude poskytovať. Ide len o to, kto o poskytovaní služby rozhoduje. V prípade, že prijímateľ služby odmieta, nemôže o jej poskytovaní proti jeho vôli rozhodovať ani opatrovník, ani poskytovateľ sociálnych služieb, ale iba súd. Toto pravidlo vyplýva z čl. 5 Európskeho dohovoru o ľudských právach a bohatej judikatúry Európskeho súdu pre ľudské práva, napr. rozsudku Červenka proti Českej republike, Stanev proti Bulharsku, a ďalšie.

A posledný problém v Milošovom prípade sa týka neexistencie vhodných komunitných služieb. Nejde o problém poskytovateľa sociálnych služieb, ale obce a vyššieho územného celku. Obec má podľa § 80 písm. a) ZoSS povinnosť vypracúvať komunitný plán sociálnych služieb vo svojom územnom obvode a podľa § 80 písm. b) ZoSS utvárať podmienky na podporu komunitného rozvoja. Ďalej podľa § 80 písm. e) poskytuje napr. opatrovateľskú, či odľahčovaciu službu. Vyšší územný celok má podľa § 81 písm. a) ZoSS pôsobnosť v tom, že vypracúva, schvaľuje koncepciu rozvoja sociálnych služieb vo svojom územnom obvode, teda inými slovami plánuje poskytovanie služieb, tak podľa písm. d) zabezpečuje poskytovanie určitých služieb, vrátane napr. služby podpory samostatného bývania. Obec a vyšší územný celok tak s ohľadom na čl. 19 Dohovoru majú povinnosť plánovať poskytované sociálne služby tak, aby na jednej strane dochádzalo k postupne deinštitucionalizácii existujúcich pobytových služieb, a zároveň s tým aby sa rozširoval rozsah komunitných služieb. Toto právo je možné pritom označiť za súdne vymožiteľné, a to nielen s poukazom na čl. 19 Dohovoru, ale aj čl. 40 Ústavy Slovenskej republiky, ktorý garantuje právo na zdravie, ktoré môžeme interpretovať široko tak, že zahŕňa aj poskytovanie adekvátnej sociálnej služby. Takúto interpretáciu veľmi presvedčivo rozvinul český Ústavný súd vo svojom náleze sp. n. I. ÚS 2637/17 zo dňa 23. 1. 2018.



#### Zdroje:

[1] Spôsobilosť na právne úkony je podrobne rozobratá hlavne v pohľade právnik.

Viac o Spôsobilosti na právne úkony a jej implementovaní v súlade s Dohovorom nájdete v publikácii:

Spôsobilosť na právne úkony. Cesta k samostatnosti a nezávislosti. [https://www.socia.sk/wp-content/uploads/2016/02/manual\\_web.pdf](https://www.socia.sk/wp-content/uploads/2016/02/manual_web.pdf)

[2] <https://aaidd.org/sis> – dokument a škála ma aj českú verziu.

[3] <http://www.trass.cz/index.php/dokumenty/nastroje-pro-poskytovatele/>

[4] <http://www.integradz.sk>

[5] <https://www.dusevnezdravie.sk>

[6] <http://www.dss-most.sk>

[7] <https://www.fokus-praha.cz/index.php/cz/>

[8] <http://www.rytmus.org/stranka/o-podpore-samostatneho-bydleni>

[9] <http://www.reformapsychiatrie.cz>

[10] <http://www.zpmpvrs.sk/dokum/dohovorOSN.pdf>

[11] [https://www.socia.sk/wp-content/uploads/2018/06/brozura-vnutro\\_nahlad.pdf](https://www.socia.sk/wp-content/uploads/2018/06/brozura-vnutro_nahlad.pdf)

[12] <https://www.dssslatinka.sk/lahko-citatelna-kniznica/>



#### Elena /príbeh/

Pani Elena má 89 rokov a celý život žila v dome na dedine so svojim manželom, kde vychovali svoje deti a starali sa o hospodárstvo. Po smrti manžela žila viac ako 10 rokov sama a naďalej sa starala sama o dom a malé hospodárstvo. Pred necelým rokom sa raz v zime pošmykla, spadla a zlomila si nohou. Po dlhodobom liečení sa zhoršila jej mobilita a potrebuje používať chodítko a z času na čas zabúda. Jej deti, ktoré žijú mimo dediny sa rozhodli a umiestnili ju do zariadenia pre seniorov a špecializovaného zariadenia, kde pani Elena nechce byť. Deti a zamestnanci ju informovali, že je tam len na rehabilitačnom pobyte. Pani Elena by rada trávila, čo najviac času von a je zvyknutá skoro ráno vstávať a chodiť po zariadení a aj mimo neho, kde chodí krmiť mačky. Po polroku pobytu bola pani Elena premiestnená na uzavreté oddelenie a pracovníci jej na noc dávajú na posteľ bočnice, ktoré ju výrazne obmedzujú v pohybe. Pani Elena sa stále bez odozvy domáha toho, že chce ísť domov a že chce ísť von nakrmiť zvieratá.



#### Ktoré články Dohovoru sú porušené?

- Článok 15 – Ochrana pred mučením alebo krutým, neľudským či ponižujúcim zaobchádzaním alebo trestaním
- Článok 17 – Ochrana integrity osobnosti



#### Otázky do diskusie?

- Aké iné možnosti mala rodina pani Eleny pre riešenie jej sociálnej situácie?
- Mohla by pani Elena pri poskytovaní komunitných sociálnych služieb ostať vo

svojom rodinnom dome?

- Mohla by pani Elena pri poskytovaní komunitných sociálnych služieb ostať vo svojom rodinnom dome?
- Čo viedlo rodinu k tomu, že umiestnili svoju matku v špecializovanom zariadení? Prečo pani Elenu pri adaptácii na prostredie zariadenia klamali?
- Je v sprevádzaní klienta prípustné užívať z dôvodu postupnej adaptácie „láskavu lož“?
- Kto mal oboznámiť pani Elenu a spôsobe riešenia jej sociálnej situácie?
- Čo by sa stalo v prípade, že by pani Elena nesúhlasila s navrhnutým riešením svojej situácie?
- Má pani Elena právny nárok na sociálne služby, ktoré by riešili jej situáciu ináč ako umiestnením špecializovanom zariadení?
- Môže personál zariadenia sociálnych služieb používať obmedzovanie pohybu pani Eleny používaním zábran na jej lôžku?
- Pre koho dobro poslúžilo umiestnenie pani Eleny v špecializovanom zariadení a používanie zábran na jej lôžku?



#### Odborné pohľady na danú situáciu v súlade s Dohovorom

Matka, pani Elena, s manželom vychovala svoje deti. V starobe sa pani Elena postupne stáva pre svoje dospelé a naplno zamestnané deti nevládnuteľným bremenom. Zhoršenie zdravotného stavu, spojené so znížením mobility a psychických schopností situáciu ešte zhoršuje. Z prostredia pre pani Elenu známeho prostredia rodinného domu sa naraz ocitne v úplne novom a neznámom prostredí špecializovaného zariadenia. Pri adaptácii na nové prostredie zariadenia jej „pomáhajú“ zamestnanci „láskavou lžou“. Pravdepodobné, postupné zhoršovanie zdravotného stavu vedie personál k premiestneniu pani Eleny na uzavreté oddelenie a požívanie zábran počas spánku. Pani Elena nie je pripravená na zmenu života z domáceho prostredia v ktorom žila do (pre ňu neznámeho) zariadenia. Napriek svojim zdravotným ťažkostiam, subjektívne sa stále cíti najlepšie v domácom prostredí života v rodinnom dome. Na druhej strane jej rodina vidí v zotrúvaní v dome riziká a nebezpečenstvo, ktorému nedokážu zabrániť. Situáciu by riešili sociálne služby (opatrovateľské), ktoré by umožnili bývať pani Elene v rodinnom dome, napriek zhoršeniu jej zdravotného stavu. „Láskavá lož“, je trápnu snahou personálu zariadenia (často tiež rodinných príslušníkov) zastríeť diametrálny rozdiel medzi domácim a inštitučným prostredím. Zjavne takýto prístup pani Elene nepomáha a ešte zhoršuje jej situáciu tým, že je premiestnená na uzavreté oddelenie a nakoniec na zábranami uzavreté lôžko, z ktorého sa v noci nedokáže pohnúť.



#### Sociálny pracovník/sociálny pedagóg

V prípade pani Eleny je porušovaných rovno niekoľko jej ľudských práv a slobôd. Z hľadiska sociálnej práce je hlavným problémom nedostatok informovania a komunikácie s pani Elenou. Hlavná komunikácia o nej a jej pobyte v zariadení a aj rozhodovanie prebieha predovšetkým s deťmi pani Eleny. Pani Elena dlhodobo vyjadruje nesúhlas so svojim pobytom v zariadení. Posúdenie odkázanosti na sociálnu službu a aj umiestnenie prebehlo bez jej vedomia. Rodina jej oznámila, že ide len na rehabilitačný pobyt a v zariadení je umiestnená na uzavretom oddelení a sú jej dávajú bočnice, tak ako všetkým obyvateľom tohto oddelenia. V prvom rade je potrebné si dať otázku, kto je prijímateľom sociálnej služby? Následne si treba dať otázku či je tento typ zariadenia vhodný pre pani Elenu, ktorá je z dôvodu čiastočne zhoršenej mobility ubytovaná na uzavretom oddelení? Z oboch Dohovor a zákon o sociálnych službách nám jasne hovoria o nevyhnutnosti partnerského prístupu pri poskytovaní podpory. Aktuálne riešenie tejto situácie je možné vidieť vo viacerých smeroch. Prvá vec z hľadiska sociálnej práce, ktorú treba realizovať je realizovať poradenský rozhovor s rodinou a s pani Elenou o jej situácii a o možnostiach podpory, ktoré pre ňu existujú a aj o jej aktuálnej a reálnej situácii. Následne je nevyhnutné začať pracovať na vytvorení individuálneho plánu a podpory, tak aby bola v súlade s § 7 ods. 4 zákona o sociálnych službách, kde sa uvádza: „poskytovateľ sociálnej služby je povinný spolupracovať s rodinou, obcou a komunitou pri utváraní podmienok na návrat prijímateľa sociálnej služby poskytovanej v zariadení s celoročnou pobytovou formou do prirodzeného rodinného prostredia alebo komunitného prostredia s prednostným poskytovaním sociálnej služby terénou formou, ambulantnou formou alebo týždennou pobytovou formou, a to so súhlasom prijímateľa sociálnej služby a pri rešpektovaní jeho osobných cieľov, potrieb, schopností a zdravotného stavu.“ Vzhľadom na dlhodobý deklarovaný nesúhlas s umiestnením v zariadení sociálnych služieb a toto by malo byť definované ako jeden z hlavných cieľov individuálneho plánovania. V prípade pani Eleny je potrebné pracovať s metódou vopred vyslovených prání[1], kde spolu s ňou a jej príbuznými sa zadefinujú presné podmienky poskytovania sociálnej služby a toho, ako bude prebiehať podpora pani Eleny a rozhodovanie o jej záležitostiach a aj kto presne bude, v ktorej situácii rozhodovať. Na základe tohto sa dá dobre a jasne nastaviť systém rozhodovania. Druhou problematickou oblasťou v prípade pani Eleny sú obmedzenia, ktoré súvisia s jej pobytom na uzavretom oddelení, ktoré je v jej prípade neadekvátne. Pobyt na takomto oddelení musí byť stále indikovaný zvýšenou alebo neprimeranou rizikovou situáciou, ktorej môže byť vzhľadom na svoj zdravotný stav vystavený. Táto indikácia musí byť individuálna pre každého

obyvateľa takéhoto oddelenia. Ľudia by sa tam nemali dostávať len z dôvodu nedostatku miesta. Podobne je na tom aj paušálne používanie obmedzujúcich alebo ochranných prostriedkov ako sú bočnice. Používanie týchto prostriedkov musí byť jasne a individuálne indikované na základe zdravotného stavu a nemôže byť použité ako obmedzujúci prostriedok pre čiastočne imobilných obyvateľov. V prípade pani Eleny je nevyhnutné pracovať aj s rizikovými plánmi, ktorým sa podrobnejšie venujeme v prípadovej štúdií č. 3 – pani Eva. [1] Tento model je bežný v oblasti zdravotnej a hospicovej starostlivosti, ale v modifikovanej forme môže byť aj súčasťou individuálneho plánovania s ľuďmi, ktorých zdravotný stav sa môže zhoršiť natoľko, že nebudú schopní akútne rozhodovať – ide hlavne o seniorov, ľudí s duševným ochorením, ľudí v terminálnom štádiu života a pod.



### Právnik

Z právneho hľadiska ide v prípade pani Eleny o dva hlavné problémy. Ten prvý sa týka umiestnenia do zariadenia pre seniorov a špecializovaného zariadenia zjavne proti vôli pani Eleny. Ide vo svojej podstate o podobný prípad, ako sme riešili v prípade Miloša. Pani Elena odmieta poskytovanie sociálnej služby a prejavu so svojím pobytom v zariadení nesúhlas. Tento nesúhlas nemusí byť nutne explicitný, postačí, ak sa domáha, že chce ísť domov. V takom prípade nemožno poskytovanie pobytovej sociálnej služby považovať za dobrovoľné. Ide o druh pozbavenia osobnej slobody, ako konštatoval Európsky súd pre ľudské práva v rozsudku Červenka proti Českej republike, v skutkovo podobnej veci. To je teda prvá vec, ktorú si musíme uvedomiť. To, ale ešte neznamená, že jej sociálna služba nebude vôbec poskytovaná. To je druhá vec, ktorá je veľmi dôležitá. K poskytovaniu sociálnej služby, ktorá je spojená s umiestnením, či pobytom v určitom zariadení, resp. na určitom mieste proti vôli človeka, dôjsť môže, musí ale o zákonnosti takéhoto opatrenia rozhodnúť konkrétna nezávislá autorita. Touto autoritou nie je ani rodinný príslušník, ani opatrovník, ani poskytovateľ sociálnych služieb, ale iba súd. Inými slovami, ak pani Elena odmieta poskytovanie sociálnej služby, je potrebné oznámiť túto skutočnosť súdu, ktorý jediný môže rozhodnúť o zákonnosti pozbavenia osobnej slobody. A tu narážame na nedostatok právnej úpravy na Slovensku. V zákone č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách nám chýbajú tzv. hmotnoprávne podmienky pre posúdenie zákonnosti pozbavenia osobnej slobody. Nevieme teda presne, čo by mal súd posudzovať, na základe čoho rozhodovať. A potom v zákone č. 161/2015 Z. z. civilný mimosporový poriadok nám zase chýbajú procesné pravidlá, ako by mal súd presne postupovať. Ide o absenciu právnej úpravy a problém, ktorý ale môžeme vyriešiť použitím analógie. Ponúka sa totiž možnosť využiť tie

ustanovenia, ktoré sa na daný prípad hodia najlepšie. V našom kontexte to bude právna úprava, ktorá reguluje tzv. nedobrovoľné hospitalizácie. Z hľadiska podmienok pre posúdenie zákonnosti pozbavenia osobnej slobody tak môžeme poukázať na § 6 ods. 9 písm. d) zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, podľa ktorého sa informovaný súhlas – aj s hospitalizáciou – nevyžaduje, ak ide o osobu, ktorá v dôsledku duševnej choroby alebo s príznakmi duševnej poruchy ohrozuje seba alebo svoje okolie, alebo ak hrozí vážne zhoršenie jej zdravotného stavu. V prípade pani Eleny by tak podmienkou, ktorá by sa skúmala, bolo potencionálne zhoršenie jej zdravotného stavu, ak by nebola poskytovaná sociálna služba domov pre seniorov a špecializované zariadenie. A z procesného hľadiska by bolo na mieste použiť ustanovenia a pravidlá pre vedenie konania o prípustnosti prevzatia a držania v zdravotníckom zariadení podľa § 252 an. civilného mimosporového poriadku. Čo to všetko teda znamená pre poskytovateľa sociálnych služieb? Myslíme si, že v prípade pani Eleny je na mieste informovať okresný súd, v jeho obvode poskytovateľ sídli o skutočnosti, že pani Elena je poskytovaná služba domov pre seniorov a špecializované zariadenie, že pani Elena s týmto nesúhlasí a že chce ísť domov. Následne popísať okolnosti, za ktorých došlo k poskytovaniu sociálnej služby a požiadať súd o rozhodnutie o zákonnosti nedobrovoľného poskytovania sociálnej služby. Druhý problém sa týka používania bočníc. Ide o opatrenie, ktoré je niekde na hranici medzi mechanickým obmedzením a izoláciou. Umožňujú sa človeku hýbať, ale iba v určitom vymedzenom priestore. Česká verejná ochrankyňa práv sa problematiku bočníc zaoberala podrobne vo svojej správe z návštev zariadení pre seniorov z roku 2015 ([https://www.ochrance.cz/fileadmin/user\\_upload/ochrana\\_osob/ZARIZENI/Socialni\\_sluzby/2015\\_Zprava\\_domovy\\_pro\\_seniory.pdf](https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/ZARIZENI/Socialni_sluzby/2015_Zprava_domovy_pro_seniory.pdf)). Uviedla, že bočnice predstavujú nástroj, ktorá má síce potenciál obmedziť človeka v pohybe, avšak miera toho, ako môžu človeka obmedziť, závisí na jeho pohyblivosti. Trvalo ležiaceho človeka zdvihnuté bočnice v pohybe neobmedzujú a nepredstavujú tak obmedzovací prostriedok. Obmedzujú, ale toho, kto je inak schopný sám z lôžka vstať. Tzn. pokiaľ je človek sám schopný vstať, ale bráni mu v tom zdvihnutá bočnica, je obmedzovaný v pohybe. Podľa verejnej ochrankyne práv nie, ani táto situácia nutne protiprávna. Bočnice predstavujú podľa nej štandardný nástroj pre poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti a k zabráneniu pádu klienta z lôžka. Ich použitie však musí spĺňať určité podmienky. Za prvé, musí byť primerané riziku. Je teda potrebné zmapovať riziko pádu u konkrétneho klienta. Ak je výsledkom zistenie, že u klienta je potreba použiť určité preventívne opatrenie k zabráneniu pádu z lôžka, musí byť použité najmenej reštriktívne opatrenie. V druhom kroku teda musí poskytovateľ

sociálnych služieb zvážiť, či nie je možné k ochrane prijímateľa pred pádom použiť iné prostriedky než bočnice, ktoré taký obmedzovací efekt nemajú. Napríklad zníženie lôžka, či polozenie matrace vedľa lôžka. Pri použití bočníc u pohyblivých prijímateľov za účelom prevencie pádu je nutné zaistiť, aby mal prijímateľ sám možnosť opustiť lôžko. Účelom použitia bočnice musí byť vždy iba zamedzenie pádu prijímateľa. Nie je možné ich používať pre uľahčenie práce personálu. A nakoniec je potrebné individuálne u každého prijímateľa stanoviť, kedy má byť bočnica nasadená, napr. noc/celý deň/časť dňa, atď. Tento záznam by mal byť uvedený v dokumentácii prijímateľa. Zo záznamu by malo byť jasné, kto rozhodnutie o bočniciach prijal a z akého dôvodu. Personálu by mal byť k dispozícii vedúcim pracovníkom autorizovaný zoznam prijímateľov, ktorým majú byť bočnice nasadené a kedy. Nasadenie bočníc by nikdy nemalo

byť výsledkom intuitívneho rozhodnutia personálu. A nakoniec ešte zdôrazníme, že súhlas lekára, či člena rodiny, alebo opatrovníka sú právne nevýznamné. Môžu, ale prispievať k pozitívnej atmosfére dôvery medzi poskytovateľom a rodinou.



### Zdroje:

Viac informácií nájdete tu: <https://www.zomieranie.sk/informacie/starostlivost-o-nevylicitelne-chorych-a-umierajucich/vopred-vyslovene-priania>, [http://www.psychiatriapreprac.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=6269&magazine\\_id=2](http://www.psychiatriapreprac.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=6269&magazine_id=2) [https://www.umirani.cz/sites/default/files/ke-stazeni/pdf/cd\\_letak\\_drive\\_vyslovene\\_prani\\_2016\\_pro\\_pacienty\\_vodoznak.pdf](https://www.umirani.cz/sites/default/files/ke-stazeni/pdf/cd_letak_drive_vyslovene_prani_2016_pro_pacienty_vodoznak.pdf)

Ďalšie príbehy nájdete na stránke: [ludskeprava.rpsp.eu](http://ludskeprava.rpsp.eu)



### JUDr. et. Bc. Maroš Matiaško LL.M.

vyštudoval Právnickú fakultu Palackého univerzity v Olomouci. Rigoróznou prácu obhájil na Karlovej univerzite v Prahe. Právnické vzdelanie si doplnil štúdiom psychológie a sociálnej práce na Fakulte sociálnych štúdií v Brne. V roku 2012 dokončil štúdium medzinárodného práva ľudských práv na Právnickej fakulte univerzity v Holandskom Utrechte (cum laude). V roku 2013 zložil s vyznamenaním advokátsku skúšku. Pracoval na Európskom súde pre ľudské práva v Štatsburgu. Vo svojej praxi spolupracoval a naďalej spolupracuje s rôznymi domácimi i medzinárodnými mimovládnyimi organizáciami. V advokátskej praxi sa odborne venuje najmä tzv. sociálnemu právu, azylovému a trestnému právu a právu informačných technológií. Je autorom celej rady odborných publikácií o ľudských právach, medzinárodných správ a analýz.



### PhDr. Miroslav Cangár, PhD.

vyštudoval som sociálnu pedagogiku v Nórsku a sociálnu prácu na Slovensku, absolvoval viacero kurzov v sociálnej oblasti a vzdelávaní. Od roku 2003 pracuje v Rade pre poradenstvo v sociálnej práci ako sociálny poradca, supervízor, lektor a projektový manažér. Spolupracuje s inými organizáciami v treťom sektore a verejnej správe, samospráve a v školstve; nadáciami zo sociálnej oblasti na Slovensku a aj v zahraničí. V minulosti pracoval pre MPSVR SR a MZ SR. V súčasnosti stále pracuje v Rade pre poradenstvo v sociálnej práci a zároveň je odborným garantom Národného projektu deinštitucionalizácie – podpora transformačných tímov.



MINISTERSTVO  
SPRAVODLIVOSTI  
SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Realizované s finančnou podporou Ministerstva spravodlivosti SR v rámci dotačného programu na presadzovanie, podporu a ochranu ľudských práv a slobôd a na predchádzanie všetkým formám diskriminácie, rasizmu, xenofóbie, antisemitizmu a ostatným prejavom intolerancie. Za obsah tohto dokumentu je výlučne zodpovedná Rada pre poradenstvo v sociálnej práci.



**socťa**



medzinárodná konferencia  
**DUŠEVNÉ ZDRAVIE  
A ZMYSLUPLNÝ ŽIVOT**

Termín konania:  
**5. – 7. 9. 2019**

Miesto konania:  
**Hotel Carlton, Bratislava**

### Témy konferencie

- Transformácia v oblasti duševného zdravia: reforma a iniciatívy zamerané na integrovaný a zmysluplný život
- Rozvoj siete spolupráce na miestnej, národnej a medzinárodnej úrovni, ako aj na individuálnej a spoločenskej úrovni
- Príklady dobrých praxí v oblasti duševného zdravia - prevencia, podpora, liečba a rehabilitácia
- Národný program duševného zdravia SR
- Deklarácia a Akčný plán o duševnom zdraví WHO pre Európu
- Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím
- Spoločné vypracovanie Manifestu vrátane vízie, stratégie a akčného plánu účastníkmi konferencie
- Iné

### SEKRETARIÁT KONFERENCIE

Ing. Martin OLTZNAUER, manager  
Tel.: +421 917 830 176  
email: kami@agenturakami.sk

agentúra  
**KAMI**  
www.agenturakami.sk

Viac informácií na:  
**www.mhbratislava.sk**