

INTEGRÁCIA

Interdisciplinárny odborný časopis o inováciách riešení nepriaznivých sociálnych situácií občanov | Číslo 3-4 / 2015. Ročník 25. December 2015

Globálna stratégia Svetovej zdravotníckej organizácie integrované a na ľudí orientované zdravotnícke služby 2016 - 2026

Prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť ako východisko ľudsko-právneho prístupu v poskytovaní sociálnych služieb

Rozvoj včasnej intervencie na Slovensku

Interkultúrna komunikácia a interkultúrne stretnutia

Práca s utečencami



Obsah

- 3 Editoriál
- 4 Úvodník: Intrapersonálne konflikty a Vianoce / Slavoj Krupa
- 6 Globálna stratégia Svetovej zdravotníckej organizácie integrované a na ľudí orientované zdravotnícke služby 2016 - 2026 / Darina Sedláková
- 11 Prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť ako východisko ľudsko-právneho prístupu v poskytovaní sociálnych služieb / Miroslav Cangár
- 16 Rozvoj včasnej intervencie na Slovensku / Vladislav Matej
- 20 Podpora rodiny dieťaťa s rizikovým vývinom alebo so zdravotným postihnutím v Centre včasnej intervencie Bratislava, n.o. / PhDr. Erika Tichá, PhD.
- 28 Interkultúrna komunikácia a interkultúrne stretnutia / Anna Chalachanová, Peter Paluga
- 31 Ľudia, ktorí utiekli zo svojho domova / Slavoj Krupa
- 34 Práca s utečencami / Peter Paluga
- 36 Medzinárodná konferencia Ľudia bez domova 2015 „Práca – cesta z bezdomovectva?“ / Imrich Bariak
- 39 Financovanie sociálnych služieb pre seniorov na príklade Slovenska a Rakúska / Martina Hrozenská, Mária Ševčíková
- 45 Niekoľko poznámok k dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republike / Miroslav Cangár
- 49 Supervízia organizácie jedným z nástrojov zvyšovania kvality / Ján Gabura

INTEGRÁCIA

Interdisciplinárny časopis o inováciách
riešení nepriaznivých sociálnych situácií občanov

VYDALA A SPRACOVALA:

Rada pre poradenstvo v sociálnej práci,
Františkánska 2, 811 01 Bratislava.
IČO: 30812682
Tel./Fax: 02/54418243;
e-mail: radaba@rpsp.sk

REDAKČNÁ RADA:

Šéfredaktorka:
Lucia Cangárová

Členovia:
PhDr. Miroslav Cangár,
PhDr. Soňa Holúbková,
Mgr. Eva Krššáková,
Doc. PhDr. Slavomír Krupa Phd., – odborný garant
Mgr. Hana Štetinová,
PhDr. Judita Varcholová.

JAZYKOVÁ KOREKTÚRA:

Lucia Cangárová

GRAFICKÁ ÚPRAVA:

Juraj Mrocek

TLAČ:

FaxCopy a.s., 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
tlačie MK SR, pod ev. číslom 4432/11.

Cena výtlačku: 4 €.

Elektronické predplatné: 1,5 €.

Fotograf: Martin Dubovský

Zdroj: archív Návrat o.z.

Časopis Integrácia (3-4/2015)
vyšiel za finančnej podpory MPSVaR.

ISSN 1336-2011



Milí priatelia,

sme veľmi radi, že ste si našli chvíľu času av rukách držíte druhé tohoročné dvojčíslo Integrácie.

Kedže to predchádzajúce sme tematicky zamerali predovšetkým na podporované zamestnanie u nás aj v zahraničí a s ním súvisiace témy, rozhodli sme toto druhé dvojčíslo poňať rôznorodejšie. Možno na pozadí aktuálnych tém budete vnímať prepájanie zdravotnej a sociálnej starostlivosti u nás a v zahraničí, ale cítime potrebu hovoriť aj o aktuálnych otázkach v spoločnosti - o emigrácii, bezdomovectve a ďalších.

Na nasledujúcich stránkach sú veľmi zaujímavé príspevky od našich kolegov, ktorí sa venujú

včasnej intervencii, dlhodobej zdravotnej starostlivosti, porovnávaniu poskytovaných sociálnych služieb, multikulturalizmu, supervízií a iným témam.

Veríme, že si každý z vás nájde niečo, čo ho zaujme, možno vzbudí otázky, polemiku, snahu o hlbšie poznanie, pátranie, diskusiu. Ak sa tak stane, potom sme splnili, čo si ľudia okolo Integrácie v kancelárii Rady pre poradenstvo pred 25 rokmi, keď vznikala, dali za cieľ.

Do Nového roku nám všetkým prajeme veľa síl, zdravia, pokory a správnych rozhodnutí.

Redakcia

INTRAPERSONÁLNE KONFLIKTY A VIANOCE

4

Snáď nič tak nevykresľuje ľudskú podstatu ako skutočnosť vnútorného - intrapersonálneho konfliktu. Uvedomovanie si vnútorného konfliktu človeka so sebou je výsadou ľudskosti a znakom ľudskej zrelosti. Správne riešený vnútorný konflikt je základom pre dobré vzťahy, budovanie dôvery, porozumenie, priateľstvo. Vnútorný (intrapersonálny) neriešený konflikt je príčinou narušených interpersonálnych napätí, stresov, konfliktov, ubližovania, zraňovania, zabíjania. Tak, ako je infekcia príčinou choroby, pretože narušuje biologickú rovnováhu - homeostázu organizmu, tak neriešený vnútorný konflikt príčinou narušených sociálnych vzťahov. Čistý prameň je predpokladom pre čistý potok, čistú riekku, ktorá prináša vlahu pre zem.

Naša pozornosť je nastavená viac na dôsledky narušených interpersonálnych vzťahov a menej na vnútorné intrapersonálne napätia a konflikty. Zdá sa nám, že následky si zaslúžia viac pozornosti ako príčiny. Je to pochopiteľné. Dôsledky sú viditeľné, sú pomerne ľahko opísateľné, majú svoje charakteristiky, svoj vývoj, dramatický či monotónny priebeh, dajú sa dokumentovať, fotografovať, dokumentárne či umelecky stvárniť. Príčiny intrapersonálnych konfliktov sú oproti tomu akoby neviditeľné, ťažko rozpoznateľné a to zvlášť do času, kým sa ich dôsledky neprejavujú navonok. Dovtedy sú podobné koreňom stromu, sú pod povrchom viditeľného, sú skryté, sú hlboko pod zemou. Preto sú pre strom dôležité zdravé korene, cez ktoré prijíma strom pre život dôležitú výživu. Pokúsme sa pozrieť do nášho vnútra a na niektoré situácie, kedy sme sami so sebou v konflikte.

Jeden z konfliktov s ktorým sa vyrovnávame je konflikt, pred ktorým nás múdry Šalamún vystríha vo svojej zbierke Prísloví, keď píše: „nebuď múdry vo svojich vlastných očiach“ (Príslovie 3,7). Byť múdry vo svojich vlastných očiach je skrytý, často neuvedomovaný intrapersonálny konflikt. Mohli by sme oponovať. Konflikt? Ved' na čom by malo byť budované naše sebavedomie, keď nie na tom, keď poznáme naše osobné prednosti. Byť múdry vo svojich vlastných očiach je nebezpečný stav, lebo upriamujeme, sústreďujeme pohľad len na seba. Naše zrkadlo, ktoré si nastavujeme, nám poskytuje výnimočný obraz. Namýšľame si o sebe viac, ako je to v skutočnosti. Obdivujeme sa, uverili sme sami sebe, lebo len my vieme „ako sa veci majú“. Vytvárame si tak nepravdivý obraz o sebe. Klaniame sa sami sebe a pri tom sami seba klameme. Je to komické aj tragické. Komické preto, lebo keď z času na čas prenikne navonok, ako sa obdivujeme, ľudia okolo nás sa nemôžu ubrániť rozpakom, nevedia, či sa majú smiať alebo plakať. Tragické je to preto, lebo prameňom obdivu, ktorý udeľujeme sami sebe, je pýcha, ktorou sa povyšujeme nad iných. Pýcha môže prerásť do nenávisti až pomsty, a to vždy vtedy, keď máme pocit, že si chce niekto sadnúť na trón, na ktorom sme sa sami usadili a ktorý, podľa našej mienky, patrí len nám. Človek múdry sám v sebe je zdrojom interpersonálnych konfliktov. Liečba - detronizácia je bolestná. Z trónu sa schádza ťažko. Nedotýka sa len nás jednotlivcov ale ľudí všeobecne. Vianoce sú zvestou o nevyhnutnosti zostúpenia človeka, ľudí z pomyselného trónu, ktorého sa pevne držíme. Vo vianočnej zvesti sa kráľ Heródes zľakol správy od

mudrcov z východu o narodení výnimočného kráľa. Zistil, že existuje pre neho nebezpečná konkurencia i keď to bolo len bezmocné dieťa v jasliach. Koná rýchlo. Nechá vyvraždiť všetkých chlapcov v kraji, kde sa jeho konkurent práve narodil. Mal aj inú možnosť. Mohol zísť s trónu a pokloniť sa spolu s mudrcmi kráľovi. Nestalo sa tak, lebo bol múdry vo svojich očiach. Škoda, mohol to byť najmúdrejší kráľ, akého kedy svet mal.

Druhý z konfliktov, ktorý nosíme v sebe, je napätie medzi múdrosťou a cieľmi, ktoré si z múdrosti vyvodíme. Nepotrebujeme múdrosť, aby sme boli múdri vo svojich vlastných očiach. Potrebujeme múdrosť. Múdrosť ako cestu poznania. Múdrosť ako cieľ života. Múdrosť, ktorá slúži iným, nie nám. Plánujeme v živote ciele a sme pripravení pre ich uskutočnenie veľa spraviť. Učíme sa, študujeme, skúmame, prečo veci fungujú a prečo nefungujú tak, ako by sme očakávali. Múdrosť zložito, náročne a postupne objavuje stav vecí. Múdrosť je prostá, jednoduchá pravda. Vždy, keď múdrosť dospeje k cieľu, je jej výsledok prekvapujúco obyčajný, a zároveň vzrušujúco prekvapujúci. Nepochopiteľné a zložité sa stáva pre múdrosť jednoduché a zrozumiteľné, a zároveň ohromujúce. Múdrosť naplňuje budúcnosť radostným očakávaním, múdrosť naplňuje život zmyslom, presahuje ľudský obzor videnia a poukazuje na veci, ktoré sú za jeho horizontom. Múdrosť približuje človeka k večnosti. Na konci poznania každej múdrosti je poznanie, zázrak, ktorý mení pohľad na to, čo bolo, na to, čo je a na to, čo bude. Múdrosť udivuje. Keď ju stretneme, hovoríme: Čakali sme, že nás privedie k tomu, čo chceme vedieť ale netušili



sme, že sa jej budeme v pokore klaňať a budeme mať to privilegium odovzdať jej naše dary. Netušili sme, ako nás múdrosť svojou pravdou pritiahne k sebe, ako sa staneme jej súčasťou, keď budeme pri nej a budeme o ňu stáť. Múdrosť vždy obohacuje iných viac ako tých, ktorí ju našli. Múdrosť vedie všetkých, ktorí ju hľadajú, k pokore. Vianoce sú o múdrosti. Bola to múdrosť, ktorá viedla troch mužov z východu na cestu overenia ich predpokladov. Dlhá, namáhavá a nebezpečná cesta, na konci ktorej spoznali dieťa - Knieža pokoja.

Slavoj Krupa

5

GLOBÁLNA STRATÉGIA SVETOVEJ ZDRAVOTNÍCKEJ ORGANIZÁCIE INTEGROVANÉ A NA ĽUDÍ ORIENTOVANÉ ZDRAVOTNÍCKE SLUŽBY 2016-2026

Darina Sedláková

Globálna stratégia Svetovej zdravotníckej organizácie pre integrované poskytovanie zdravotníckych služieb (integrated health care delivery), ktoré sú orientované na ľudí (people-centred), je výzvou pre väčšinu súčasných modelov zdravotníckych systémov vrátane Slovenska.

Ide o celkovú zmenu chápania starostlivosti o zdravie občanov, zdravých, ale najmä chorých, a z nich najmä chronicky a dlhodobo chorých, a premietnutia nových prístupov do financovania, riadenia a samotného poskytovania zdravotníckych služieb. Táto zmena je naliehavo potrebná pri riešení problémov, ktorým v súčasnosti čelia zdravotnícke systémy na celom svete. Napriek významnému pokroku, ktorý sa dosiahol v zdravotnom stave a dĺžke života populácie, vykazuje relatívne zlepšenie obrovské rozdiely, a to jednak v rámci jednotlivých krajín, ako aj medzi nimi navzájom.

Charakter problémov v zdravotníctve, v minulosti zameraných na liečbu infekčných ochorení, sa mení. Zdravotný stav stále viac ovplyvňuje starnúca populácia, urbanizácia a globalizácia nezdravého životného štýlu, čo vedie k presunu záťaže zdravotnej starostlivosti smerom k neprenosným ochoreniam, poruchám duševného zdravia a úrazom. Mnohé z týchto ochorení sú chronické, vyžadujú si dlhodobú starostlivosť, pričom pacienti sa vyznačujú polymorbiditou, a to všetko zvyšuje náklady na zdravotnú starostlivosť. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti sú zodpovední za diagnostiku a liečbu konkrétneho ochorenia. Celý zdravotnícky systém, ktorého sú súčasťou, však



nemôže fungovať takto „lineárne“. Jeho úlohou je zaoberať sa človekom/ pacientom v holistickom kontexte: pomáhať identifikovať a odstraňovať príčiny ochorení a zaujímať sa o to, čo bude s pacientom, keď opustí zdravotnícke zariadenie, aby sa ochorenie nevracalo alebo nezhoršovalo. Takýto prístup, pre ktorý sa ustálil termín „integrovaný“, znamená, že ľudia majú zaistenú kontinuálnu starostlivosť od podpory zdravia, cez prevenciu vzniku choroby, diagnostiku, liečbu, dlhodobý manažment, rehabilitáciu, služby paliatívnej medicíny, ošetrovateľské služby podľa potreby. Všetky vymenované

služby sú zdravotnícke, a bez pomoci ďalších zložiek spoločnosti nedokážu zabezpečiť dlhodobú stabilitu zdravotného stavu u osôb s dlhodobým respektíve celoživotným zdravotným postihnutím. Vypuklým sa tento problém stáva najmä u osôb vyššieho veku, u ktorých sa okrem základného ochorenia zhoršujú aj schopnosti a zručnosti pre každodenné samostatné fungovanie.

Aby zdravotnícke systémy zvládali nové výzvy (nárast počtu pacientov s chronickými ochoreniami), je nevyhnutné, aby sa prepojili (integrovali) s inými systémami, spolu s ktorými dokážu nielen zabezpečiť maximálnu ochranu, obnovu a udržateľnosť zdravia občanov/pacientov, ale spolu s ktorými prispievajú k vyššej kvalite života chronických pacientov a k efektívnemu vynakladaniu verejných aj súkromných zdrojov.

Zameranie na izolované špecializované ambulantné a nemocničné modely, založené na liečbe už vzniknutých chorôb, podryvajú schopnosť zdravotníckych systémov poskytovať univerzálnu, rovnocennú, vysokokvalitnú a finančne udržateľnú starostlivosť. Sieť poskytovateľov služieb často nezodpovedá populácii, ktorej slúži, a preto nereaguje na jej potreby. Univerzálne pokrytie zdravotnej starostlivosti (universal health coverage) sa nedá dosiahnuť bez zlepšenia poskytovania služieb tak, aby všetci ľudia mohli mať prístup ku kvalitným zdravotníckym službám podľa svojich potrieb. K moderným princípom patrí aj zmocňovanie pacienta (patient empowerment), čo znamená, že pacient je vzdelaný a informovaný a podieľa sa na manažmente svojho zdravia, svojej choroby. Takto je možné zmeniť orientáciu zdravotníckych služieb od rozdrobených modelov, zameraných na dodávanie služieb, smerom k zdravotníckym službám, ktoré kladú na prvé miesto ľudí a komunity vybavujú takými službami, ktoré reagujú na ich potreby.

Existuje dosť dôkazov, že rozvíjanie vyššie popísaných integrovaných systémov starostlivosti o zdravie, ktoré sú orientované na ľudí, prináša mnohé benefity: zefektívňuje zdravotnú starostlivosť a jej výsledky, prispieva k lepšej dostupnosti starostlivosti, zlepšuje zdravotnú

gramotnosť a pestuje zodpovednejší postoj k vlastnému zdraviu, zvyšuje spokojnosť s poskytovanými službami, odďaľuje opakované vzplanutie zdravotných problémov u chronických pacientov, znižuje celkové náklady, priamo aj nepriamo, zdravotnícke aj ostatné, ...

GLOBÁLNA STRATÉGIA ZADEFINOVALA NASLEDOVNÉ STRATEGICKÉ CIELE

1. Zvýšiť angažovanosť ľudí a posilniť ich postavenie:

Zvýšiť angažovanosť ľudí a posilniť ich postavenie znamená poskytnúť im príležitosti, skúsenosti a zdroje, ktoré sú potrebné na to, aby sa stali koherentnými a oprávnenými užívateľmi zdravotníckych služieb. Ak chceme zabezpečiť univerzálny prístup k službám, treba preniknúť aj k skupinám s malou dostupnosťou služieb aj k marginalizovaným skupinám populácie. Týmto zámerom je otvorenie komunity a jej zdrojov pre aktivity na všetkých úrovniach. Treba umožniť jednotlivcom, aby robili efektívne rozhodnutia o svojom vlastnom zdraví, podporovať komunity, aby sa aktívne zapájali do budovania zdravého prostredia, spolupracovali pri poskytovaní služieb starostlivosti so zdravotníckym sektorom a ostatnými sektormi, a tak prispievali k zdravej verejnej politike.

2. Posilnenie riadenia a zodpovednosti

Posilnenie riadenia a zodpovednosti zahŕňa zlepšovanie politického dialógu, ako aj tvorbu politiky a jej hodnotenie spolu s občanmi, komunitami a ostatnými zúčastnenými stranami. Týka sa zvýšenia transparentnosti v procese tvorby rozhodnutí a vytvárania silných systémov kolektívnej zodpovednosti tvorcov politik, manažérov a užívateľov pomocou koordinácie riadenia, zodpovednosti a motivačných stimulov.

3. Zmena orientácie modelov starostlivosti

V rámci zmeny orientácie modelov starostlivosti treba zabezpečiť, aby sa nakupovali účelné a efektívne služby zdravotnej starostlivosti, a aby sa poskytovali pomocou takých modelov starostlivosti, ktoré na prvé miesto kladú primárne a komunitné služby

starostlivosti a zlepšovanie zdravia. S tým súvisí aj posun od ústavnej k ambulantnej starostlivosti. Vyžaduje si to investovanie do holistickej a komplexnej starostlivosti, vrátane stratégií na podporu zdravia a prevencie chorôb, ktoré presadzujú zlepšovanie zdravia a blaha ľudí. Vyžaduje si to jednak rodovú, ale aj kultúrnu vnímavosť.

Zmena orientácie modelov starostlivosti sa týka aj vytvárania nových možností v medzisektorovej činnosti na komunitnej úrovni, so zameraním na sociálne determinanty zdravia a čo najlepšie využitie obmedzených zdrojov, a niekedy aj spoluprácu so súkromným sektorom.

4. Koordinácia služieb

Koordinácia služieb zahŕňa koordinovanú starostlivosť v rámci potrieb a záujmov ľudí na všetkých úrovniach starostlivosti, ako aj podporu aktivít, zameraných na integrovanie rôznych poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a vytvorenie efektívnych sietí medzi zdravotníckym sektorom a ostatnými sektormi. Koordinácia nemusí nevyhnutne vyžadovať spojenie rôznych štruktúr, služieb alebo pracovných procesov, ale zameriava sa skôr na zlepšovanie poskytovania starostlivosti pomocou zosúladenia a harmonizácie procesov v jednotlivých službách.

5. Vytvorenie priaznivých podmienok

Aby sa štyri spomínané stratégie naozaj stali realitou, je potrebné vytvoriť priaznivé podmienky, kde sa pri uskutočňovaní transformačných zmien spoja všetky zainteresované strany. To je komplexná úloha, týkajúca sa rôznorodého súboru procesov, ktoré prinesú potrebné zmeny v legislatívnom rámci, finančných usporiadaniach a stimuloch, ako aj zmenu orientácie pracovnej sily a verejnej tvorby politiky.

Pôsobením každého z týchto strategických cieľov sa má presadzovať vplyv na rôznych úrovniach – od spôsobu, akým sú služby dodávané jednotlivcom, rodinám a komunitám, po zmeny v spôsobe, akým fungujú organizácie systémov starostlivosti a tvorba politiky. Na dosiahnutie každého strategického cieľa je nižšie popísaných niekoľko strategických postupov, ako aj niektoré

možnosti politiky a intervencie. Niektoré z týchto možností politiky a intervencií sa v strategických cieľoch prelínajú. Tento neúplný zoznam odkazov nie je súborom reformných smerníc, založených na dôkazoch, pretože mnohé dôkazy, ktoré vychádzajú z týchto politik a intervencií, sú ešte slabé. Zoznam bol navrhnutý na základe prehľadov literatúry a výsledkov odborného-konzultačných stretnutí. Navyše, bude treba ešte vypracovať vhodnú kombináciu politik a intervencií, ktoré sa budú používať na úrovni jednotlivých krajín, a rozvíjať ich tak, aby zohľadnili podmienky, hodnoty a priority jednotlivých krajín.

IMPLEMENTAČNÉ PRINCÍPY

Pri presadzovaní stratégie tohto charakteru je dôležité poučiť sa z histórie: úspešná zmena orientácie zdravotníckych služieb bude pravdepodobne dlhou cestou, vyžadujúcou si trvalé politické záväzky. Napokon, každá krajina alebo súdnicstvo v rámci tej-ktorej krajiny si pre integrované zdravotnícke služby, orientované na ľudí, musí stanoviť svoje vlastné ciele, a na dosiahnutie týchto cieľov musí rozvíjať svoju vlastnú stratégiu. Ciele musia zodpovedať miestnym podmienkam, existujúcim prekážkam a hodnotám, ktoré vyznávajú občania v tej-ktorej krajine alebo oblasti, a majú byť reálne dosiahnuteľné vzhľadom na aktuálny systém poskytovania zdravotníckych služieb a finančné a politické zdroje, ktoré sú k dispozícii na podporu spomínaných zmien.

Implementačné princípy tejto stratégie sú preto nasledovné:

- *Princíp riadenia na úrovni každej krajiny:* realizácia stratégií rozvoja a riadenia integrovaných zdravotníckych služieb, orientovaných na ľudí, na úrovni jednotlivých krajín, v prípade potreby s externou podporou, pričom tieto stratégie budú vychádzať z miestnych podmienok a súvislostí.
- *Princíp zamerania na spravodlivosť:* snahy na podporu rovnosti a spravodlivosti sú potrebnou súčasťou stratégií integrovanej zdravotnej starostlivosti, orientovanej na ľudí.
- Tieto snahy sa môžu zameriavať jednak na okamžité faktory, ktoré vedú k nespravodlivému využívaniu služieb, ale môžu sa zaoberať aj základnými sociálnymi determinantmi.

- *Princíp kolektívneho prístupu:* V integrovaných zdravotníckych službách, orientovaných na ľudí, stoja informovaní a schopní ľudia v centra zdravotníckeho systému. Preto procesy na rozvoj národných stratégií týchto služieb by mali zabezpečiť zodpovednosť voči zainteresovaným stranám, a najmä voči znevýhodnenej populácii.
- *Princíp posilnenia systémov:* dodávanie služieb závisí od efektívnej informovanosti a od financovania systémov, ako aj od dostupnosti schopných a motivovaných zdravotníckych pracovníkov. Zmeny, ktoré nastanú v dodávaní služieb, budú mať nevyhnutne dopad na celý zdravotnícky systém.
- *Princíp kontinuálneho/cyklického vzdelávania:* Úspech sa dá s najvyššou pravdepodobnosťou očakávať tam, kde sa uskutočňuje kontinuálne a cyklické vzdelávanie, v ktorom sa zohľadňujú zmeny v systéme poskytovania služieb, pomenúvajú sa vznikajúce problémy, a v ktorom sa dokážu zainteresované strany spájať k spoločnému riešeniu týchto problémov.
- *Princíp orientácie na ciele:* stratégia by sa v prvom rade mala zamerať na nepretržité monitorovanie pokroku v systéme, ktorý zahŕňa špecifické a merateľné ciele.

ÚLOHA HLAVNÝCH ZAINTERESOVANÝCH STRÁN

Štáty: Smerovanie k integrovaným zdravotníckym službám, orientovaným na ľudí, musí byť riadené na úrovni jednotlivých štátov, so spoluprácou medzi jednotlivými vládami, poskytovateľmi a ľuďmi, ktorým majú slúžiť. V prekonávaní niektorých kľúčových problémov pri implementácii majú niektoré štáty zásadnú úlohu. Štáty, ktoré sa rozhodli ísť touto cestou, by určite mali vypracovať a zverejniť jasnú predstavu a stratégiu toho, čo chcú dosiahnuť. Tiež potrebujú zabezpečiť adekvátne financovanie výskumu a zavedenia reforiem.

Rozvojoví partneri: mali by sa, okrem výnimočných prípadov, keď sa vyžaduje konať rýchlo a osobitne, snažiť integrovať svoju pomoc v poskytovaní zdravotníckych služieb do vlastných zdravotníckych systémov jednotlivých krajín. Svoju pomoc môžu prejavovať poskytnutím odborných vedomostí o rozdielnych postupoch pri podpore viac integrovaných služieb, orientovaných na ľudí.

Občianske skupiny: rôzne organizácie hrajú dôležitú úlohu nielen v presadzovaní vyššie integrovaných služieb, orientovaných na ľudí, ale aj pri podpore svojich členov, aby boli schopní sami spravovať otázky, týkajúce sa ich vlastného zdravia, a aktívne sa angažovať v zdravotníckom systéme.

Akademickí a výskumní pracovníci: hrajú významnú úlohu poskytovaním svojich analytických, vzdelávacích a implementačných schopností. Pochopenie stratégií na podporu integrovaných služieb, orientovaných na ľudí, sa musí zvýšiť pomocou výskumu zdravotníckych systémov a ich implementácie.

Asociácie poskytovateľov: môžu hrať dôležitú úlohu prijímaním a presadzovaním nových činností, a poskytovaním podpory svojim členom.

SZO: úlohou SZO bude riadiť politiky, ktoré podporujú rozvoj integrovaných služieb, orientovaných na ľudí, na celom svete. Preto prijatie integrovaného poskytovania zdravotníckych služieb, orientovaných na ľudí, a piatich kľúčových strategických cieľov, pomenovaných v tejto stratégii, si bude vyžadovať trvalé úsilie o presadzovanie spolupráce a odbornej pomoci.

Globálna stratégia má časové vymedzenie, počas ktorého by mali všetky štáty uskutočniť kľúčové kroky na implementáciu integrácie služieb a orientácie systému na ľudí. Slovensko môže okrem tejto stratégie čerpať aj z nových európskych dokumentov. Veľmi dôležité je prijať všeobecne akceptovanú definíciu a obsahové zameranie integrovanej starostlivosti. V súčasnosti sa tento termín alternuje aj termínmi koordinovaná starostlivosť, manažovaná starostlivosť, manažment pacienta, manažment choroby, zdravotno-sociálna starostlivosť, kontinuálna starostlivosť. Ich autori vždy reflektujú polymorfný charakter stavu, ktorý vyžaduje zapojenie rôznych služieb, pričom každý z nich má vlastný prístup k ich typológii, časovej postupnosti a organizácii. Integrovaná starostlivosť teda nebude mať nikdy charakter jediného správneho postupu. Variácie vyústia do typológie, ktorá umožní systematické hodnotenie uplatnených štruktúr a procesov, aké pre ne musia byť splnené podmienky a aké budú

mať dopady na organizáciu zdravotnej a inej starostlivosti. Integrácia je horizontálna a vertikálna. Horizontálna spája služby, ktoré sú na rovnakej úrovni, napríklad všeobecní lekári a komunitná starostlivosť, ktorá facilituje komunikáciu medzi poskytovateľmi. Vertikálna integrácia spája rôzne úrovne hierarchických štruktúr, napríklad primárnu a špecializovanú starostlivosť. Integrácia sleduje kontinuitu, ale aj zabránenie duplicity alebo výpadku niektorej služby. Integrácia môže byť úplná, keď nerozlišujeme sektorovú príslušnosť tej ktorej služby, alebo čiastočná, keď si jednotlivé organizácie zachovávajú zodpovednosť za poskytnutie a financovanie starostlivosti.

Odpovede na tieto a ďalšie otázky musia dať odborníci. Ich argumentácia musí byť zrozumiteľná všetkým zainteresovaným: poskytovateľom, platiteľom a prijímateľom integrovanej starostlivosti. A v neposlednom rade aj politikom a decíznym orgánom.

MUDr. Darina Sedláková, MPH
riaditeľka Kancelárie WHO na Slovensku

(Poznámka: text je spracovaný z materiálov Svetovej zdravotníckej organizácie)

(Zdroj: <http://www.who.int/servicedelivery-safety/areas/people-centred-care/en/>)



Fotograf: Martin Dubovský
Zdroj: archív Návrat o.z.

MUDr. Darina Sedláková, MPH je riaditeľkou Kancelárie Svetovej zdravotníckej organizácie na Slovensku od roku 2000. Je absolventkou Lekárskej fakulty Univerzity Komenského. V roku 1988 ukončila špecializačné štúdium v odbore interná medicína a v roku 1994 postgraduálne štúdium na Ústave medzinárodných vzťahov a európskeho práva na Právnickej fakulte Univerzity Komenského. V roku 2003 obhájila záverečnú prácu v odbore riadenie verejného zdravotníctva na Slovenskej zdravotníckej univerzite a získala titul MPH.

V rokoch 1995-2000 pracovala ako zástupkyňa riaditeľa zastúpenia Rady Európy na Slovensku so zodpovednosťou za programy týkajúce sa zdravotných a sociálnych programov. Je spoluautorkou prvej Charty práv pacientov na Slovensku.

Zúčastnila sa početných vzdelávacích a tréningových kurzov a školení o zdravotnej politike, globálnej zdravotnej diplomacii, rozvoja zdravotníckych systémov na Slovensku aj v zahraničí. Je členka Slovenskej asociácie pre verejné zdravie SAVEZ, Slovenskej lekárskej spoločnosti, Slovenskej spoločnosti pre farmakoekonomiku, členkou Generálnej rady Ligy proti rakovine, členkou Správnej rady Univerzity Komenského, členkou viacerých mimovládnych organizácií, ktoré sa zaoberajú rôznymi aspektmi zdravia. Je odbornou konzultantkou viacerých národných a medzinárodných projektov, kde presadzuje princípy zdravotnej politiky založenej na holistickom prístupe ku zdraviu a zdôraznením nevyhnutnosti celospoločenskej zodpovednosti za zdravie. Má skúsenosti s projektmi na zlepšovanie zdravia marginalizovaných a zraniteľných skupín obyvateľstva. Je spoluautorkou viacerých odborných publikácií a učebných materiálov z oblasti verejného zdravotníctva.

PRECHOD Z INŠTITUCIONÁLNEJ NA KOMUNITNÚ STAROSTLIVOSŤ AKO VÝCHODISKO ĽUDSKO-PRÁVNEHO PRÍSTUPU V POSKYTOVANÍ SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

Miroslav Cangár

Poskytovanie sociálnej starostlivosti v Slovenskej republike stojí v súčasnosti pred zásadnými zmenami, ktoré vyplývajú predovšetkým zo zmien filozofie a prístupu k ľuďom so zdravotným postihnutím v spoločnosti v posledných 20 – 30tich rokoch. Slovenská republika ratifikovala viaceré významné medzinárodné dokumenty, predovšetkým však Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím. V posledných rokoch Slovenská republika, aspoň na papieri, prijala aj národné dokumenty a legislatívu, ktorá by mala tieto zmeny podporiť. V čom spočívajú tieto zmeny a čo je najväčšia výzva? V skratke by sa dalo povedať, že stačí dodržiavať a prakticky aplikovať ľudsko-právny prístup, ale nie je to až také jednoduché ... Musíme sa pozrieť aj na to, kde sa nachádzame a čo si so sebou dlhé desaťročia nesieme.

V súčasnosti je zdravotné postihnutie vnímané a definované ako vyvíjajúci sa koncept a výsledok interakcie medzi osobou s postihnutím a subjektívnymi a vonkajšími bariérami, ktoré jej bránia v plnom a efektívnom začlenení sa do spoločnosti na rovnakom základe s inými. Medzi osobné faktory, ktoré vplyvujú na zdravotné postihnutie sa najčastejšie zaraďujú fyzické (pohlavie, rasa, druh postihnutia, a pod.) a socio-ekonomické (ekonomický status, sociálny status, sociálna sieť človeka, a pod.), čiže činitele, ktoré vychádzajú z individuálnych podmienok, každého človeka. Vonkajšie faktory prostredia tvoria predovšetkým prístupnosť, legislatíva a sociálne politiky, socio-ekonomické faktory (ekonomická a sociálna situácia prostredia) a sieť služieb v prostredí, kde občan so zdravotným postihnutím žije. Vychádzajúc z tohto vnímania, môžeme hovoriť o tom, že to, ako človek



so zdravotným postihnutím dokáže samostatne žiť v spoločnosti, je ovplyvnené jeho individuálnymi predpokladmi, ale vo veľkej miere aj prostredím, v ktorom žije a jeho podporou, resp. bariérami.

Vnímanie zdravotného postihnutia vychádza z historických prístupov k občanom so zdravotným postihnutím, ktoré boli a sú realizované. V zásade rozlišujeme štyri základné prístupy:

1. CHARITATÍVNY PRÍSTUP

Charitatívny prístup v sociálnej starostlivosti má svoje východiská v období, keď sa starostlivosťou o ľudí v nepriaznivej životnej situácii zaoberala predovšetkým cirkev, resp. charitatívne organizácie. Tento prístup vníma občanov so zdravotným postihnutím ako ľudí, ktorí sa nachádzajú v tragickej a zlej životnej situácii a nedokážu sa o seba postarať. Občania so zdravotným postihnutím vyvolávajú súcit majoritnej

spoločnosti, a tak sa stávajú aj „objektom“ dobrovoľníctva a spoločnosť je presvedčená, že potrebujú pomoc, sympatiu a charitu. Spoločnosť sa im snaží v rámci tohto prístupu pomôcť predovšetkým formou zbierok financií a ich rozdeľovaním medzi organizácie a ľudí, ktorí potrebujú túto pomoc, bez zvýšeného záujmu o kvalitu tejto pomoci a starostlivosti. Zodpovednosť za starostlivosť v rámci tohto prístupu je predovšetkým na charitatívnych a cirkevných organizáciách, dobrovoľníkoch a neziskových organizáciách. Tento prístup si však nie je možné zamieňať so súčasným poskytovaním odborných sociálnych služieb neziskovými a cirkevnými organizáciami v Slovenskej republike.

2. MEDICÍNSKY PRÍSTUP

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

Oba tieto prístupy boli v rámci historického vývoja sociálnej starostlivosti v danom období legitímne a ich ciele pomôcť a podporiť občanov so zdravotným postihnutím treba vnímať pozitívne. Avšak negatívne dôsledky charitatívneho a medicínskeho prístupu na život človeka so zdravotným postihnutím z hľadiska súčasného poznania v spoločnosti sú predovšetkým morálne, eticky a profesionálne neakceptovateľné. Tieto negatívne dôsledky predstavujú to, čo

v súčasnosti nazývame aj inštitucionálna kultúra. Medzi hlavné znaky inštitucionálnej starostlivosti patria:

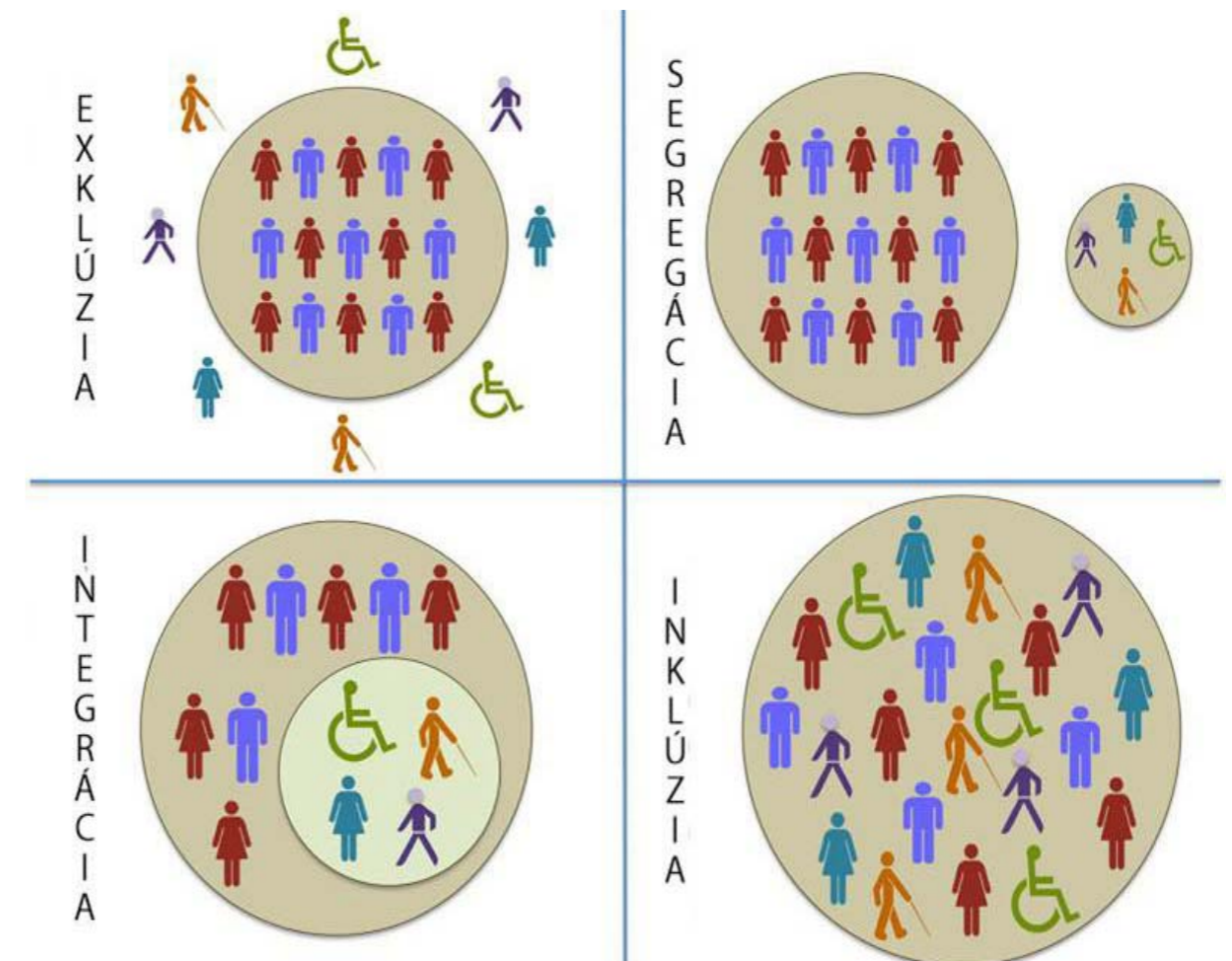
- *submisívnosť* a nedostatok moci – človek je podriadený, má často pasívnu rolu, nemôže rozhodovať ani o základných bežných veciach vo svojom živote a musí sa prispôbiť pravidlám fungovania organizácie, ktorá ho podporuje, bez toho, aby mu bolo umožnené to akokoľvek ovplyvniť.
- *stigmatizácia* a nízky sociálny status – znamenajú predovšetkým negatívne onálepky človeka a jeho vnímanie, ako niekoho, kto má nižšiu hodnotu pre spoločnosť a je menejcenný, v minulosti bolo bežné plošné zbavovanie spôsobilosti na právne úkony všetkým ľuďom so zdravotným postihnutím (predovšetkým s mentálnym alebo duševným postihnutím), ktorí sa dostávali do ústavných zariadení sociálnej starostlivosti.
- *nútená inštitucionalizácia* – ľudia sú často umiestňovaní do zariadení sociálnej starostlivosti aj napriek ich nesúhlasu, ale na základe nedostatočnej informovanosti o možnostiach ich podpory v komunite.
- *segregácia od lokálnej komunity* – zariadenia sociálnej starostlivosti boli vytvárané a umiestňované mimo bežnú komunitu, často v starých neúčelových budovách na konci obcí, respektíve mimo obcí. Tieto objekty boli často ohradené plotmi a boli uzavreté. Tento spôsob segregácie mal vplyv aj na vnímanie ľudí s postihnutím, ako na niekoho, kto musí byť zavretý a oddelený od spoločnosti a jeho dôsledkom, je často iracionálny strach bežnej spoločnosti z toho neznámeho, čo je segregované. Ale aj opačne - strach ľudí, ktorí žili v zariadeniach z toho, že za plotom je to nebezpečné a tu sa o nás dobre postarajú a ochránia nás. Toto viedlo aj k depersonalizácii a nízkemu sebedovetiu občanov so zdravotným postihnutím a nedostatočne rozvinutým sociálnym vzťahom.
- *závislosť* – vytvorená závislosť na pracovníkoch zariadení a profesionáloch, že iba oni najlepšie vedia, čo občania so zdravotným postihnutím potrebujú. Tento prístup mal za dôsledok vytvorenie takzvanej naučenej pasivity a naučenej bezmocnosti, ktorých prekonávanie je jednou z hlavných výziev individuálneho prístupu v sociálnej starostlivosti.

- *dobrovoľnosť namiesto práv a povinností* – hovorí o tom, že je to na dobrovoľnosti majoritnej spoločnosti, akým spôsobom bude podporovať alebo nepodporovať občanov so zdravotným postihnutím a či majú vôbec právo na život v bežnej spoločnosti alebo nie.

3. SOCIÁLNY PRÍSTUP

Sociálny prístup, ktorý súvisí s celospoločenskými zmenami, ktoré sa vo svete udiali od konca 60tych rokov 20. storočia predstavuje aj zmenu vnímania zdravotného postihnutia, ktoré je dôsledkom zlej organizácie spoločnosti tak, že občania so zdravotným postihnutím čelia prekážkam a bariéram v rovnakej účasti na bežnom živote. Vnímanie sa posúva k tomu, že občania so zdravotným postihnutím môžu a majú participovať na živote v spoločnosti a majú byť integrovaní. Zodpovednosť za riešenie sociálnej starostlivosti sa presúva k celej spoločnosti a interdisciplinárne prístupu. Spoločnosť sa snaží debariérizovať a humanizovať prostredie, v ktorom občania s postihnutím žijú. Vznikajú iniciatívy, ktoré majú ambíciu zmeniť prístup k občanom so zdravotným

postihnutím. Humanizácia predstavuje zlepšenie životnej úrovne ľudí vo veľkokapacitných inštitúciách, a to formou znižovania počtu obyvateľov na izbách, zvyšovaním počtu sociálnych pracovníkov, estetizáciou prostredia, ale nedotýka sa priamo priznania a dodržiavania práv a povinností týchto ľudí. Poskytovanie služieb je stále orientované do vnútra inštitúcie a organizácie, aj keď sa objavujú prvky integrácie. Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike sa vyjadruje k procesom humanizácie nasledovne: „Napriek zrejmej snahe o humanizáciu sociálnych služieb, ako aj o skvalitnenie pomoci rodinám s deťmi a starostlivosti o deti, ktoré nemôžu z rôznych dôvodov vyrastať v prirodzenom rodinnom prostredí, zmeny ktoré boli dosiahnuté v posledných rokoch neposunuli ťažisko pomoci a starostlivosti výraznejšie v prospech občana – k napĺňaniu jeho práv, individuálnych potrieb a vytváraniu predpokladov pre Nezávislý život v integrovanom spoločenstve plnoprávných občanov.“ A aj z tohto dôvodu je nutné konštatovať, že poskytovanie sociálnej starostlivosti sa musí posúvať ďalej, a to smerom k ľudskoprávnemu prístupu.



4. ĽUDSKO-PRÁVNY PRÍSTUP

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

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

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

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

AKO JE MOŽNÉ TENTO PRÍSTUP APLIKOVAŤ V PRAXI?

Zmena prístupu v poskytovaní a zabezpečovaní sociálnej starostlivosti, pred ktorou v súčasnosti stojíme, je náročná a dlhodobá, ale realizovateľná. Proces prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť (transformácia a deinštitucionalizácia) tvorí základné východisko pre aktívne zabezpečenie a implementovanie ľudsko-právneho prístupu v poskytovaní sociálnych služieb a je práve procesom spomínanej zmeny prístupu k poskytovaniu sociálnej starostlivosti. Cieľom a zmyslom tohto procesu je vytvorenie systémových predpokladov na realizáciu plnoprávneho občianstva ľudí odkázaných na sociálne služby v ich každodennom živote (t.j. ľudsko-právne aspekty) a nielen technická a samoučelná zmena organizácie služieb spočívajúcej v „transfere starostlivosti“ z jednej organizačnej formy a úrovne na inú.

Samotnú komplexnú zmenu možno vnímať v dvoch rovinách, tak, ako je to definované aj v súčasnosti v materiály Národnej priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2015 – 2020, ktoré schválilo v decembri 2014 Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny. Prvú rovinu predstavuje priorita, ktorá má za cieľ *zabezpečiť dostupnosť sociálnych služieb v súlade s potrebami cieľových skupín a komunity*. Táto priorita v praxi znamená podporu vytvárania komunitných služieb tak, aby občanom so zdravotným postihnutím boli poskytované služby v ich prirodzenom prostredí a komunite, kde žijú.

Druhú rovinu predstavuje priorita - Podporiť prechod prijímateľov sociálnych služieb z inštitucionálnej starostlivosti na komunitnú starostlivosť. Čo v praxi znamená deinštitucionalizáciu konkrétnych zariadení sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti inštitucionálneho charakteru na služby poskytované na komunitnej úrovni.

V konečnom dôsledku by tieto procesy mali viesť k tomu, aby aj občania so zdravotným postihnutím boli súčasťou bežnej spoločnosti s rovnakými právami a povinnosťami a mali prístup k bežne dostupným službám a podporným službám pre samostatný život, ak budú potrebovať špecifickú podporu, tak im bude zabezpečená v súlade s ich potrebami.



Fotograf: Martin Dubovský
Zdroj: archív Návrat o. z.

Práve z týchto dôvodov sa proces prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť vníma ako proces zabezpečovania ľudských práv občanov so zdravotným postihnutím. Na záver je možné len konštatovať, že je nevyhnutné transformovať celý systém sociálnych služieb tak, aby sme dokázali zabezpečiť základné ľudské práva všetkých občanov a predovšetkým tých, ktorí sú v nepriaznivej životnej situácii a potrebujú podporu od iných ľudí. A to je úlohou nás všetkých profesionálov, občanov so zdravotným postihnutím, zriaďovateľov a poskytovateľov sociálnych služieb, samosprávy a neposlednom rade štátu. Ľudsko-právny prístup máme garantovaný na papieri a je len na nás všetkých, ako

sa s touto výzvou v najbližšej budúcnosti vysporiadame a zabezpečíme, aby boli dodržiavané práva každého bez rozdielu.

ZDROJE:

1. Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím
2. Zákon 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov
3. Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike
4. Spoločné európske usmernenia pre prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť

PhDr. Miroslav Cangár – sociálny pracovník, pedagóg a supervízor. Absolvent Diakonhjemmet Hogskole Rogaland Nórsko, UKF Nitra a UK Bratislava. Dlhodobo spolupracuje s Radou pre poradenstvo v sociálnej práci a ďalšími odbornými organizáciami v SR, spolupracuje s Inštitútom zdravotnej politiky Ministerstva zdravotníctva a Implementačnou agentúrou MPSVR SR.

ROZVOJ VČASNEJ INTERVENČIE NA SLOVENSKU

Vladislav Matej

PRÁVNE UKOTVENIE SLUŽBY VČASNEJ INTERVENČIE

Národná rada schválila novelu zákona 448 o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) s účinnosťou od 1. januára 2014. V rámci tejto novely bola prvýkrát v rezorte sociálnych vecí právne ukotvená služba **včasnej intervencie**. Podľa druhu (§12) bola zaradená medzi sociálne služby **na podporu rodiny s deťmi**.

Sociálna služba včasnej intervencie je v § 33 vymedzená nasledovnými odbornými činnosťami:

Špecializované sociálne poradenstvo, prostredníctvom ktorého pracovníci zisťujú príčiny vzniku, charakteru a rozsahu problémov rodiny so znevýhodneným dieťaťom.

Sociálna rehabilitácia, prostredníctvom ktorej realizujú podporu samostatnosti, nezávislosti, sebastačnosti dieťaťa a rodiny a pri základných sociálnych aktivitách s maximálnym využitím prirodzených zdrojov v rodine a komunite.

Stimulácia komplexného vývoja dieťaťa so zdravotným postihnutím, prostredníctvom ktorej sa pracovníci zameriavajú na podporu a rozvoj komplexného vývoja dieťaťa do siedmich rokov jeho veku, ktorého vývoj je ohrozený z dôvodu zdravotného postihnutia, v súlade s jeho individuálnymi potrebami a potrebami členov jeho rodiny, na posilnenie vlastných schopností členov jeho rodiny pri prekonávaní nepriaznivej sociálnej situácie a na podporu ich sociálneho začlenenia a prostredníctvom **Preventívnej**



aktivity sa snažia pracovníci predchádzať rizikovému správaniu sa rodiny (napr. umiestnenie dieťaťa v DeD) alebo komunity (odmietanie inakosti rodiny), na predchádzanie rizikovým situáciám a na ich prekonanie alebo riešenie.

Službu včasnej intervencie je možné poskytovať ambulantnou alebo terénnou formou.

Zdravotné postihnutie, ktoré oprávňuje prijímanie tejto sociálnej služby, fyzická osoba preukazuje potvrdením poskytovateľa zdravotnej starostlivosti podľa osobitného predpisu(1). Nie je teda ako väčšina ostatných SS naviazaná výlučne na posudkovú činnosť podľa § 48 až 51 a následné určenie stupňa odkázanosti, ale len na potvrdenie príslušného lekára (obvodného pediatra alebo špecialistu) o zdravotnom stave dieťaťa, a to najmä vo veku 0-3.

Pre úplnosť uvádzame, že v rezorte školstva sa používa označenie služieb pre znevýhodnené malé deti ako **raná starostlivosť**. Na rozdiel od včasnej intervencie sú však služby ranej starostlivosti prevažne centrovane len na dieťa, nie na rodinu ako celok.

PROJEKT ROZVOJ VČASNEJ INTERVENČIE NA SLOVENSKU

Samotný projekt realizovaný nadáciou SO-CIA vznikol na základe niekoľkých synergických faktorov. Prvým bolo už vyššie popísané legislatívne ukotvenie včasnej intervencie, druhým bola potreba rozvoja komunitných sociálnych služieb a tretím bolo získanie finančného partnera z Dánska nadácie VELUX, ktorá bola ochotná podporiť pilotný rozvoj včasnej intervencie na Slovensku.

Projekt v období rokov 2014 až 2017 podporuje

- vznik a rozvoj 3 modelových centier včasnej intervencie (CVI) v Bratislave, Prešove a Žiline, všetky centrá začali poskytovať služby v priebehu roku 2015
- zmapovanie služieb včasnej intervencie/ranej starostlivosti v rezorte školstva, zdravotníctva a rezorte sociálnych vecí
- vypracovanie návrhu rozvoja včasnej intervencie – nutné zmeny v legislatívnej, organizačnej, finančnej a metodologickej oblasti (tzv. cestovná mapa rozvoja včasnej intervencie).

Pre potreby zmapovania a hodnotenia situácie služieb včasnej intervencie bola oslovená skupina expertov (2), ktorá zhodnotila príležitosti v tejto oblasti nasledovne:

Zhodli sa v tom, že vidia príležitosti v rozvoji **vzdelávania pracovníkov/profesionálov v ranej starostlivosti/včasnej intervencii**. Konkrétne hovoria o vzdelávaní a zmene postojov zdravotníckych pracovníkov, o zapojení ľudí so zdravotným postihnutím do tohto vzdelávania, o zvýšení príležitostí pre teoretickú a praktickú edukáciu v tejto problematike. Experti tiež vidia príležitosť na zlepšenie v oblasti prípravy učiteľov a ich nastavenia prijímať deti s postihnutím do bežných škôl a v materiálnej a technickej pripravenosti škôl integrovať deti so špeciálnymi potrebami.

Ďalej sa experti zhodli v názore, že existuje priestor na **zlepšenie legislatívnych podmienok** tak, aby viedli k lepšej koordinácii služieb v praxi a k spolupráci všetkých zainteresovaných subjektov, a to aj na regionálnych úrovniach. Konkrétne hovoria o zedefinovaní koordinačnej úlohy tak, aby koordinujúca inštitúcia/rezort mal aj zákonom potvrdené kompetencie. Pre začlenenie detí s postihnutím do škôl je potrebné prijať vhodnú legislatívu tak, aby bola pre deti s postihnutím zabezpečená rovnaká úroveň vzdelania ako u ich rovesníkov. Pri tvorbe novej legislatívy na všetkých úrovniach je podľa expertov dôležité dbať na to, aby služby, vrátane včasnej intervencie, boli pre ľudí dostupné. Dôležité podľa expertov je tiež ukotviť rané poradenstvo aj v špeciálnopedagogických koncepciách a legislatívne podporiť interdisciplinaritu v tejto oblasti.

Ďalej experti pomenovali ako príležitosť priestor na **vylepšenie systému poskytovania včasnej intervencie/ranej starostlivosti** najmä v oblasti dostupnosti služieb (podpora služieb v domácnosti a v komunitnom prostredí), podpory nezávislosti a samostatnosti ľudí s postihnutím (rôzne asistenčné služby, stanovenie primeraných poplatkov) a kvality poskytovaných služieb. Príležitosť v tejto oblasti vidia aj v **rozširujúcej sa základni akčných skupín, služieb neziskových organizácií, dobrovoľníkov a v relatívne silnom postavení prijímateľov sociálnych služieb v rámci legislatívy**.

Hlavný odborník Ministerstva zdravotníctva pre oblasť neonatológie prof. MUDr. Mirko Zibolen CSc. zhrnul činnosť centier včasnej intervencie (CVI) nasledovne:

„Služby kolegov v CVI nadväzujú na prácu nás zdravotníkov, lekárov a sestier, ktorí sa staráme o dieťa prichádzajúce na svet predčasne, s hendikepom alebo rizikovým vývinom. Včasná intervencia je nenahraditeľnou súčasťou komplexnej starostlivosti o tieto deti. Zahŕňa zdravotnú, školskú aj sociálnu oblasť. Služba včasnej intervencie by preto nemala byť chápaná ako „niečo navyše“, ale skôr ako dôležitá zložka starostlivosti o rodinu so zdravotne znevýhodneným dieťaťom“.

PREČO SME SLUŽBY VČASNEJ INTERVENČIE SÚSTREDILI DO CENTIER?

Takúto otázku sme opakovane dostávali od rôznych odborníkov, resp. reprezentantov regionálnej samosprávy. Včasná intervencia je predsa dostatočne definovaná odbornými činnosťami, cieľovou skupinou a jednotlivými formami. Bolo nutné zakladať špecifické CVI? Nebolo efektívnejšie rozšíriť službu ako takú medzi existujúcich odborníkov. Uvedieme teda hlavné dôvody, ktoré nás viedli k vytvoreniu samostatnej siete centier.

CVI môže plniť funkciu „zdrojového centra“ pre rodinu so znevýhodneným dieťaťom.

Rodiny s malými deťmi často uvádzajú, že po odchode zo zdravotníckeho zariadenia sa nemajú na koho obrátiť, nemajú komu adresovať „balík“ svojich otázok, ktoré by sa dali zhrnúť do vety „a čo bude ďalej, u koho máme ďalej hľadať podporu?“. CVI im pomáha zorientovať sa v ich zložitej životnej situácii, pomáha im v kontaktoch na ďalších pracovníkov napr. v sociálnej oblasti (ÚPSVaR). Pracovníci CVI môžu pre konkrétne rodiny slúžiť ako „kľúčoví pracovníci“, čo je vlastne úplne nový prvok v neprehľadnom a rozrobenom systéme sociálnej pomoci.

Druhým benefitom centra je prítomnosť multidisciplinárneho tímu na jednom mieste. Sociálny pracovník, psychológ, špeciálny/liečebný pedagóg ale aj fyzioterapeut tímovo spolupracujú, podieľajú sa spoločne s rodinou na tvorbe individuálneho plánu a majú možnosť do procesu sprevádzania a zmocňovania rodičov prinášať impulzy vychádzajúce z ich špecifickej role. Navyše si môžu prizývať k spolupráci aj iných špecialistov z rezortu zdravotníctva alebo školstva.

Terénna forma včasnej intervencie prináša do práce odborníkov úplne novú paradigmu. Posilňuje vo svojej podstate partnerskú pozíciu rodičov - pracovník z CVI vstupuje na intímnu pôdu rodiny a musí v plnej miere rešpektovať jej osobitosti, sú na návšteve a rodičia/rodina určuje pravidlá. Je to diametrálne odlišná situácia, ako keď rodič s dieťaťom vstúpi do ambulancie špecialistu, kde pravidlá určuje on sám (už len nápisom na dverách „Nerušte klopaním, klientov voláme“). CVI môže vhodne kombinovať

ambulantnú a terénnu formu služby. Prvý kontakt sa deje v prostredí CVI, následne často prevažujú návštevy v rodine. Existujúca sieť CVI poskytuje terénne služby minimálne v 50 % podiele. Osobitosť terénnej formy sa lepšie zakotvuje v prostredí CVI, akoby sa povedzme diala v prostredí, kde iní pracovníci pôsobia len ambulantne alebo dokonca v inštitucionálnej forme a len 1-2 pracovníci sú vyčlenení „na terén“.

CVI má jednoznačnú ambíciu venovať jednotlivým rodinám dostatočnú pozornosť (v korelácii časovej dotácie a kvality). Návšteva pracovníka v rodine prebieha minimálne v dĺžke 1,5 hodiny, v ambulantnej forme tak isto. To je často v protiklade s poskytovaním intervencií v rezorte zdravotníctva, kde sú jednotliví špecialisti tlačení zriaďovateľom resp. zdravotnou poisťovňou k veľkému počtu výkonov za čo najmenšiu časovú jednotku (čo je zjavný problém na rehabilitáciách). Taký istý problém sa vyskytuje v rezorte školstva, nakoľko špeciálno-pedagogické poradenstvo je tiež platené od počtu klientov. Priamo z terénu máme informácie, že ak sa chce jeden odborný pracovník súkromnej ČŠPP užiť, musí vykázať za rok aspoň 200 klientov. To je možné dosiahnuť často len jednorazovými službami, ako je napr. zisťovanie školskej zrelosti u detí pred začiatkom povinnej školskej dochádzky.

Máme za to, že kvalita služieb CVI sa skôr udrží v osobitne vytvorenom subsysteme ako prostredníctvom jednotlivcov pôsobiacich partikulárne v jednotlivých organizáciách a rezortoch.

Samostatná sieť CVI môže lepšie definovať pravidlá svojho fungovania (napr. v otázke kvality alebo vymedzenia čo je a čo nie je včasná intervencia), môže cielenejšie rozvíjať špecifický druh služby resp. odborné činnosti zamerané na skupinu rodín so zdravotne znevýhodnenými malými deťmi. Je predpoklad, že už v priebehu roku 2016 vznikne sieťová organizácia, ktorá definuje základné pravidlá fungovania včasnej intervencie na Slovensku a na základe toho začne združovať organizácie a jednotlivcov poskytujúcich služby včasnej intervencie.

BUDÚCNOSŤ CVI

Už v závere prvého roku fungovania CVI môžeme konštatovať, že projekt RVIS pritiahol aj masívnu pozornosť médií a potencionálnych prispievateľov, zatiaľ z korporatívneho prostredia. V druhej polovici roku 2015 sme podpísali zmluvu s najväčšou charitatívnou akciou (Ples v Opre), ktorej výťažok bude v roku 2016 použitý na vytvorenie štvrtého CVI v Banskej Bystrici. Tento vývoj potvrdzuje, že téma rozvoja služieb včasnej intervencie ako efektívneho nástroja napĺňania potrieb rodín so znevýhodnenými deťmi rezonuje v širšom spoločenskom kontexte. Považujeme to za dobrý signál pre potenciálnu zmenu v oblasti sociálneho začleňovania týchto rodín.

Za kľúčové pre dlhodobú udržateľnosť CVI však považujeme, ako sa k ich financovaniu postavia jednotlivé samosprávne kraje. Máme za to, že pre dlhodobú udržateľnosť bude potrebné získať z regiónov minimálne 60 % z celkových nákladov na činnosť CVI. Je to nevyhnutné, ak si uvedomíme, že poskytovanie včasnej intervencie je zo zákona bezplatné. Z doterajšej činnosti CVI vieme, že jedno centrum je schopné mať v dlhohodobej starostlivosti 50 rodín. Priemerné náklady na poskytovania komplexných služieb jednej rodine za kalendárny rok predstavujú 2000 EUR. Keď to však porovnáme, koľko poskytuje štát na jedno dieťa umiestnené v DeD (resp. v špecializovanej skupine, kde sú umiestňované deti so znevýhodnením), je to alarmujúce. Priemerné ročné náklady na 1 dieťa v DeD predstavujú takmer 12 000 EUR. Aj keby sme k nákladom na starostlivosť o znevýhodnené dieťa v rodine pripočítali rodičovský príspevok (cca 200 EUR/mesiac), ešte stále by náklady v rodine nedosiahli ani 50% nákladov inštitucionalizovaných detí.

Mgr. Vladislav Matej – sociálny pracovník a špeciálny pedagóg. Absolvent Pedagogickej fakulty UK. V súčasnosti aj externý doktorand Katedry sociálnej práce PdF UK.

Pracuje ako výkonný riaditeľ nadácie SOCIA a koordinátor projektu Rozvoj včasnej intervencie na Slovensku. Od roku 1992 pôsobí v rozvoji a implementácii moderných sociálnych služieb (Fossum Kolektív - Nórsko 1992, DSS prof. Karola Matualya 1992 - 1993, R.E.M. Minnesota - USA 1994, OZ Návrat 1994 - 2001, SOCIA 2002- doteraz). Odborne sa dlhodobo venuje oblasti prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť, rozvoju komunitných sociálnych služieb, sociálnemu poradenstvu, organizačnému rozvoju MNO a fund-raisingu.

ZÁVER

Myslíme si, že projekt RVIS priniesol do rozvoja služieb pre rodiny so znevýhodnenými deťmi nový impulz. Ciele projektu sú plne kompatibilné so základnými princípmi zakotvenými v Dohovore o právach osôb so zdravotným postihnutím ale aj Dohovore právach dieťaťa. Súčasne projekt RVIS prispieva veľmi konkrétne aj k napĺňaniu špecifických cieľov Národných priorít rozvoja sociálnych služieb na roky 2015– 2020 (3) ako napríklad zabezpečiť dostupnosť sociálnych služieb v súlade s potrebami cieľových skupín a komunity a zvýšiť dostupnosť komunitných sociálnych služieb s dôrazom na rozvoj sociálnych služieb pre rodinu, ktorá sa stará o svojho člena, odkázaného na pomoc inej osoby.

Je len na tvorcach a realizátoroch národných a regionálnych politík, či bude projekt RVIS určitou inšpiráciou, aby sa služby VI rovnomerne rozvíjali aj v iných regiónoch Slovenska. Lebo dostupnosť služieb VI je jedným zo základných predpokladov, či budú rodiny so znevýhodnenými deťmi prežívať reálne sociálne začlenenie.

POZNÁMKY A ZDROJE

1. Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
2. Skupina expertov pracovala v zložení: PhDr. Miroslav Cangár, MUDr. Darina Sedláková, MPH, Doc. MUDr. Mária Šustrová CSc. mim. prof., PhDr. Erika Tichá, PhD., Prof. MUDr. Mirko Zibolen, CSc.
3. Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2015– 2020, MPSVaR

PODPORA RODINY DIEŤAŤA S RIZIKOVÝM VÝVINOM ALEBO SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM V CENTRE VČASNEJ INTERVENCIE BRATISLAVA, N. O.

Erika Tichá

Obdobie tehotenstva je výnimočným obdobím v živote každej budúcej matky a tvoriacej sa rodiny. Očakávanie dieťaťa je sprevádzané spravidla radosťou, plánovaním dokonalej budúcnosti, túžbami, ale aj predstavami teda konceptmi v myšlienkach budúcich rodičov, starých rodičov a blízkych. Koncepty rodičov sú viazané na dieťa samotné, rodičia si vytvárajú predstavy o jeho vzhľade, schopnostiach ale aj budúcnosti. Predstavy rodičov sa však viažu aj k sebe samému a k svojom partnerovi ako budúcim rodičom. Predstavy si tvoria aj starí rodičia, ktorí sa do istej miery pokúšajú poopraviť ten svoj pôvodný rodičovský koncept. Narodenie dieťaťa tak prináša zmenu do života každej rodiny, je to okamih, kedy predstavy nadobúdajú reálny obraz. Koncepty rodičov sa menia v situácii, kedy prichádza na svet dieťa predčasne, s komplikáciami, alebo jeho vývin neprebieha očakávané.

Narodenie dieťaťa s komplikáciami nesprevádza obvyklá radosť rodičov ani oslavné rituály v rodine. Koncept rodiča dieťaťa so zdravotným postihnutím nie je súčasťou príprav rodiny na materstvo a nový koncept výrazne ohrozuje stabilitu rodiny ako celku. Nestabilný rodinný systém nedovoľuje rodičom porozumieť situácii v ktorej sa ocitla, akceptovať ju, čo následne ohrozuje samotné prijatie dieťaťa. Podobná rodina hľadá informácie, kladie otázky, snaží sa zorientovať,

skúša riešenia, prežíva sklamanie, čaká na úspechy a pýta si podporu, ...

Včasná intervencia je predovšetkým terénna služba, ktorá môže byť popri prípade doplnená ambulantnou formou služby, je poskytovaná

rodine a dieťaťu vo veku od narodenia do 7 rokov, ktoré má zdravotné postihnutie, alebo je jeho vývin rizikový v dôsledku nepriaznivého zdravotného stavu.

Preto, aby včasná intervencia mohla skutočne podporiť rodinu a rodinný systém dieťaťa, a zároveň, aby mala charakter preventívny, musí byť predovšetkým:

1. poskytnutá rodine a dieťaťu včas, čo možno najskôr od obdobia identifikovania rizika vo vývine dieťaťa
2. poskytnutá dobrovoľne, teda rodina ju prijíma z vlastného rozhodnutia
3. poskytovaná multidisciplinárnym tímom odborníkov z rôznych pomáhajúcich profesií.
4. zameraná na posilnenie vlastných zdrojov

5. poskytovaná v prirodzenom prostredí dieťaťa – v rodine, teda primárne terénou formou kedy poradcovia prichádzajú za rodinou do jej domáceho prostredia a väčšina intervencie prebieha práve v domácom prostredí.

Centrum včasnej intervencie Bratislava, n. o. vzniklo koncom roku 2014 za podpory Nadácie SOCIA v rámci projektu Rozvoj včasnej intervencie na Slovenku a dánskej spoločnosti Velux. Poradcovia Centra včasnej intervencie Bratislava, n. o. poskytujú pomoc a podporu všetkým rodinám, ktoré majú dieťa s rizikovým vývinom alebo zdravotným postihnutím vo veku od narodenia do 7 rokov, s trvalým pobytom v rámci Bratislavského samosprávneho kraja. Napriek veľmi širokej skupine rodín a detí, ktoré takúto formu podpory potrebujú, zvlášť kladieme dôraz na rodiny detí vo veku od 0 do 3 rokov, u ktorých je potreba podpory rodiny a vývinu dieťaťa najvýznamnejšia. Sú to rodiny, ktoré práve prichádzajú domov z pôrodnice a vývin ich dieťaťa je rizikový v dôsledku toho, že sa narodilo predčasne alebo s komplikáciami. Medicínska starostlivosť im dnes dáva reálnu šancu na prežitie a pre mnohé z rodín práve okamih príchodu z nemocnice domov znamená falošný začiatok bežného normálneho života. Bežný normálny život však príchodom domov neprichádza ...



„Načo kupujete drahé inkubátory a zachraňujete deti ... Keď potom nás pošlete domov a nikto nám nepomôže ...?“ (mama dvoch predčasne narodených chlapcov s DMO)

s dlhoročnými skúsenosťami v oblasti starostlivosti o rodinu a dieťa s rizikovým vývinom v zložení psychológ, špeciálny a liečebný pedagógovia, logopéd, sociálny pracovník a fyzioterapeut.



XXX

Tieto rodiny prežívajú bolesť a sklamanie, ich žiaľ strieda nádej a radosť z malých úspechov. Rodiny hľadajú informácie, ale tie, ktoré sa k nim dostávajú, nie sú komplexné, nenachádzajú porozumenie a opakovane stretávajú authority, ktoré sú „odborníkmi“ na ich situáciu.

Transdisciplinárny tím poradcov Centra včasnej intervencie Bratislava, n. o. tvoria 6 pracovníci

Sociálny pracovník je spravidla prvou osobou, s ktorou rodina prichádza do kontaktu, po prejavení jej záujmu o službu včasnej intervencie. Rodina má možnosť získať informácie o možnostiach kompenzačných príspevkov, preukazu ZŤP a podobne.

Psychológ poskytuje rodine podporu v oblasti zvládania rodinných situácií, účasti súrodencov detí so zdravotným postihnutím a miery ich zapojenia do starostlivosti o dieťa. Úlohou psychológa je napomôcť rodine akceptovať, zvládať a ak

je to možné, prijať vlastnú situáciu a následne voliť vhodné stratégie riešenia nových situácií.

Špeciálny pedagóg, liečebný pedagóg a logopéd poskytujú okrem podpory rodine aj podporu v oblasti rôznych foriem stimulácie vývinu

Bobath konceptu a množstva ďalších metód prispôbených individuálnym potrebám dieťaťa.

Tím odborníkov centra pracuje na jednom mieste, podieľa sa na spoznávaní/mapovaní potrieb rodiny a následnom spoluvytváraní individuálneho plánu podpory rodiny, v priebehu procesu vzájomne komunikuje s rodinou o jej potrebách – základom je teda tímová spolupráca, pričom rovnocennou súčasťou tohto tímu je aj rodina. Spoločným cieľom poradcov Centra včasnej intervencie Bratislava, n. o. je identifikovať vlastné vnútorné zdroje rodiny, poskytovať rodine oporu, informácie a posilniť rodičovské kompetencie samotnej rodiny tak, aby rodina bola schopná zvládať a reagovať na situáciu, v ktorej sa ocitla.

Keďže Centrum včasnej intervencie Bratislava, n. o., je orientované na rodinu, je dôležité, aby v ňom rodiny mali svoje zázemie, preto sme vytvorili podmienky pre stretávanie rodičov. V priestoroch nášho centra sa stretávajú dve rodičovské podporné skupiny, ktoré vznikli za zámerom vzájomného zdieľania spoločných tém a otázok jednotlivými rodičmi.

Prirodzené prostredie rodiny je prostredie, ktoré dáva nový rozmer poradenstvu orientovanému na rodinu, poskytuje možnosť spoznať dieťa a rodinu v ich prirodzenom priestore,

dieťaťa, či už v oblasti zraku, sluchu, komunikácie, motoriky, správania a podobne. V prípade potreby odborníci zapožičiavajú pre rodiny hračky, pomôcky a stimulačný materiál na dobu, na ktorú ich potrebujú pre svoje dieťa. *Logopedická intervencia* je obohatená o rôzne formy augmentatívnej a alternatívnej komunikácie. S podporou fyzioterapeuta majú rodičia spolu so svojimi deťmi získať podporu v oblasti motorického vývinu v zmysle Vojtovej metódy,

té, aby v ňom rodiny mali svoje zázemie, preto sme vytvorili podmienky pre stretávanie rodičov. V priestoroch nášho centra sa stretávajú dve rodičovské podporné skupiny, ktoré vznikli za zámerom vzájomného zdieľania spoločných tém a otázok jednotlivými rodičmi.

Prirodzené prostredie rodiny je prostredie, ktoré dáva nový rozmer poradenstvu orientovanému na rodinu, poskytuje možnosť spoznať dieťa a rodinu v ich prirodzenom priestore,

v reakciách, väzbách a tým poskytovať podporu adresnejšie a cielenejšie. Umožňuje zapájať ostatných členov rodiny do stimulácie dieťaťa a rodina môže získať informácie o tom, ako využívať domáce zdroje (predmety dennej činnosti, hračky, vyrobené pomôcky) pri podpore vývinu dieťaťa. Táto forma včasnej intervencie súčasne odbreňuje rodinu od nutnosti dochádzať za službou do ambulancie.

Rodiny kontaktujú Centrum včasnej intervencie Bratislava, n. o. najčastejšie telefonicky. Sociálna pracovníčka im po krátkom vstupnom rozhovore poskytne žiadosť o službu včasnej intervencie. Po vyplnení žiadosti, tím poradenských pracovníkov zváži opodstatnenosť služby včasnej intervencie pre konkrétnu rodinu a sociálna pracovníčka kontaktuje rodinu a navrhne jej termín prvej návštevy poradcov v domácom prostredí. Prvá návšteva v domácom prostredí ma charakter mapovania potrieb rodiny, ktoré po dobrovoľnom rozhodnutí rodiny a poradcov vedie k podpísaniu zmluvy o poskytovaní služby včasnej intervencie a hlbšej identifikácii potrieb rodiny a dieťaťa. Poradcovia prichádzajú do rodiny minimálne jedenkrát mesačne, kde spolu s rodinou hľadajú



odpovede na otázky, ktoré rodičia prežívajú, usilujú sa podporovať vývin dieťaťa, zapájajú do spolupráce širšie príbuzenstvo ... Na základe identifikovaných potrieb rodiny a dieťaťa spoločne vytvárajú individuálny plán podpory rodiny. Individuálny plán podpory rodiny predstavuje dokument medzi rodinou a jej kľúčovým poradenským pracovníkom/Centrom, v ktorom poradcovia spolu s rodinou vymedzujú nielen jej potreby a mieru ich dôležitosti, ale aj ciele, ktoré sa spoločným úsilím snažia naplniť. Okrem kľúčového pracovníka do podpory rodiny v prípade potreby vstupujú aj ďalší kolegovia centra, napríklad fyzioterapeut, logopéd alebo iní ... V prípade potreby sa poradcovia Centra usilujú služby a podporu rodine sieťovať aj smerom k iným kolegom, ktorí sa venujú špecificky určitej skupine rodín a detí napríklad s poruchou zraku, sluchu, Downovým syndrómom v rámci Bratislavského samosprávneho kraja.

Medzi základné oblasti podpory rodiny dieťaťa so zdravotným postihnutím patria:

- *Stimulácia komplexného vývinu dieťaťa* v jednotlivých vývinových oblastiach zahŕňa hrubú a jemnú motoriku, vnímanie, komunikáciu, kognitívnu a sociálno-emocionálnu oblasť, ale aj oblasť hry. Cieľom poradcov je spolu s rodičmi vytvárať podmienky v domácom prostredí tak, aby sme čo najviac využili možnosti, ktoré toto prostredie ponúka, aby dieťa naplnilo svoje vývinové možnosti. Spolu s rodičmi hľadajú, ako je možné pomôcky, predmety a materiál, ktorý má rodina doma, využiť pre podporu vývinu dieťaťa a v prípade, že si to situácia vyžaduje, zapožičiavajú rodine hračky a pomôcky na dobu, po ktorú ju potrebujú.
- *Poradenstvo pre rodinu* predstavuje poradenskú podporu rodiny v rovine špecializovaného sociálneho poradenstva, psychologického a špeciálnopedagogického poradenstva.



- *Preventívne aktivity* sú aktivity, ktoré zamerané na sprevádzanie rodiny pri identifikovaní vývinových špecifik dieťaťa ale aj vzdelávanie rodičov, odborníkov a laickej verejnosti, ktorými sa snažíme sprostredkovať rodinám rôzne témy, ktoré považujú za dôležité.
- *Sociálna rehabilitácia* predstavuje podporu s orientáciou na rodinu ako celok, jej potreby, možnosti, limity, ciele, túžby, snahy a



predstavy. Usilujeme sa napomôcť rodine nájsť si svoje miesto v komunite, v ktorej žije, byť jej súčasťou. V neposlednom rade sa usilujeme vytvárať priestor pre vznik rodičovských skupín, a tým prispievať k rozširovaniu možností kontaktov, informácií a vzájomnej podpory medzi odborníkmi a ostatnými rodičmi.

Centrum včasnej intervencie Bratislava, n. o. úzko spolupracuje s viacerými odborníkmi a organizáciami na rôznych úrovniach:

- spolupráca s odborníkmi a organizáciami, ktorí v rôznej forme participujú na starostlivosti o deti s rizikovým vývinom raného veku. Sú to odborníci, ktorí sa špecializujú na oblasť zrakovej stimulácie, poruchy sluchu a podobne.
- spolupráca s univerzitnými pracoviskami Univerzity Komenského. Táto spolupráca je v rovine spoločných projektov a výskumných štúdií, stáží a praxí študentov, ako aj realizácie empirických častí diplomových a bakalárskych prác.
- spolupráca na úrovni samosprávy, so sociálnym odborom Bratislavského samosprávneho kraja pre predstavuje nádej, že sa spoločne podarí zabezpečiť udržateľnosť služby včasnej intervencie. Konkrétnym výsledkom spolupráce je spoločné vytvorenie koncepcie poskytovania služby včasnej intervencie na území Bratislavského samosprávneho kraja.

XXX

„Už sú to tri roky, čo tvoríme rodinu a náš spoločný život sa otočil naruby ...“

„Predstavujem si, ako sa hráme na ihrisku, ako im robím desiaty, ako mi raz povedia „mama“, ale neviem či sa dočkám ...“

„Naše deti ... sme ich nohy, ruky, oči ... sme rodina, a to je zázrak.“

(mama dvoch predčasne narodených chlapcov s DMO)

„Vznikli sme PRE RODINU, aby sme ju podporili v jej prirodzenom prostredí, preto pracujeme hlavne V RODINE, aby sme spolu S RODINOU hľadali a objavovali odpovede na otázky neobyčajného rodičovstva, ktoré rodine život prináša.“



KONTAKT:

PhDr. Erika Tichá, PhD.
Centrum včasnej intervencie Bratislava, n. o.
Háľkova 11
831 03 Bratislava



PhDr. Erika Tichá, PhD vyštudovala špeciálnu pedagogiku (2000) a liečebnú pedagogiku (2005) na Pedagogickej fakulte UK v Bratislave, kde ukončila tiež doktorandské štúdium (2005) a rigorózne konanie (2011) v odbore špeciálna pedagogika. Pôsobila v zariadení sociálnych služieb (DSS prof. Karola Matulaya v Bratislave), v zdravotníckom zariadení (Sanatórium pre deti s narušenou komunikačnou schopnosťou v Bratislave) a v Modelovej špeciálnopedagogickej poradni pri Katedre špeciálnej pedagogiky UK v Bratislave. Od roku 2000 až do roku 2012 pôsobila na Katedre špeciálnej pedagogiky, Pedagogickej fakulty UK v Bratislave, ako odborná asistentka, v súčasnosti pôsobí ako vedecko-výskumná pracovníčka v Centre výskumu v sociálnej práci a liečebnej pedagogike. Od roku 2014 paralelne pôsobí v Centre včasnej intervencie Bratislava, n. o. ako špeciálna a liečebná pedagogička. Odborne sa dlhodobo venuje v rovine teoretickej, empirickej a praktickej včasnej intervencii, špeciálnopedagogickej diagnostike, poradenstvu a rôznym formám terapií (terapia hrou, Filiálna terapia, Montessori terapia, a i.).

INTERKULTÚRNA KOMUNIKÁCIA

A INTERKULTÚRNE STRETNUTIA

Anna Chalachanová, Peter Paluga

respektíve náš pôvod nepochybne môže podfarbiť spôsob nášho vnímania a tlmočenia sveta. Tieto kultúrne okuliare nám pomáhajú tlmočiť naše okolie, a tak buď na základe vlastných skúseností alebo sprostredkovaných skúseností (cez knihy a filmy) si vytvárame obrazy o iných kultúrach a ich ľuďoch – tzv. Stereotypie. Klasickým vtípom podávaným v tejto súvislosti je: aká by bola ideálna Európa? Riadenia precíznymi Švajčiarmi (presný ako švajčiarske hodinky) francúzskymi kuchármi (gurmáni), talianskymi milencami, nemeckými mechanikmi a britskými policajtm. Európske peklo by v tom prípade bolo, ak by Európu mali riadiť Taliani nie Švajčiari, kuchármi by boli Angličania, Nemci milencami a Francúzi mechanikmi. Trošku smiešna predstava, ale je len odrazom našich stereotypných obrazov, ktoré si vytvárame na základe skúseností a generalizácie. Stereotypie sú veľmi dôležité pre naše prežitie, pretože nám pomáhajú tlmočiť svet a triediť si ho do zmysluplného celku. Bez toho by sme možno boli stratení. Nemali by sme však zotrvať v tejto stereotypii alebo prvom obraze, ale vstúpiť do nášho strachu a pracovať na ňom. Nikdy nevieme, či ten Slovak, ktorého stretne na ulici, je slušný človek alebo nie, tak ako nevieme, či utečenec a jeho rodina, ktorá sa stane našimi susedmi v paneláku, bude slušná alebo nie, či budú vysedávať na terase dlho do noci, či variť čudné jedlá, zdraviť sa nám, kradnúť, hádať sa, klamať či biť sa, alebo či sa stanú našimi kamarátmi.

Okrem stereotypného vnímania sveta v rámci nášho spoznávania multikulturality operujeme takisto pojmami etnocentrizmus a kultúrny relativizmus. Etnocentrizmus je postoj k cudzím/novým kultúram, kde si myslíme, že u nás v našej kultúre je to lepšie, respektíve, keď hodnotíme

iných a ich správanie na základe nášho spôsobu konania. Napríklad, keď sa nám zdá čudné, ak by sme kapra na Vianoce mali zameniť za britský zvyk jedenia morky či vianočného pudingu alebo nórskeho zvyku jedenia bravčových rebierok či jahňacieho mäsa. Alebo, ak je lepšie, ak si žena a muž slobodne vyberú svojho životného partnera, aranžované manželstvo je neslýchanosť, niečo veľmi čudné. Nie je to však viac ako 100 rokov, keď aj v Európe, Slovensko nevynímajúc, aranžované manželstvo bolo úplne bežnou súčasťou. Na druhej strane, máme kultúrny relativizmus, ktorý má súvislosť s vnímaním rôznych perspektív. Opäť príklad s Vianocami, možno znejú bravčové rebierka zvláštne, ale možno si povieme, iný kraj iný mrav, existuje veľa spôsobov, kde oba sú rovnocenné. Samozrejme, je dôležité dodať, že môžeme mať odstup od vecí, ktoré sa priečia ľudským právam a nebudeme ospravedlňovať ženskú obriezku relativnosťou alebo násilie v akejkoľvek podobe.

Cudzie veci spôsobujú strach. Nové veci sú naplnené strachom. Všetko nové je obvykle naplnené strachom, pokiaľ neurobíme prvý krok. Prvá samostatná jazda autom, prvý deň v práci, prvé rande, prvý zjazd sva hu, prvý samostatný let. V interkultúrnom stretnutí prechádzame rôznymi fázami. Tou prvou je strach. Je prirodzené mať strach z nepoznaného, to, že v skupine utečencov sú možno aj jednotlivci, ktorí sympatizujú s extrémistami, strachu nenapomáha. Je náročné opúšťať to domáce poznané, to naše a pustiť sa do

nepoznaného a cudzieho. Nikdy nevieme, ako to môže vypáliť. Veľmi často v diskusiách o otázke utečencov čítame, alebo počúvame o nás a o nich. My Slováci, oni utečenci. Ale kto je my a kto sú oni? Vzťah my a oni je vzťah známy zo sociológie a psychológie, a tiež podfarbuje, ovplyvňuje naše interkultúrne stretnutia.

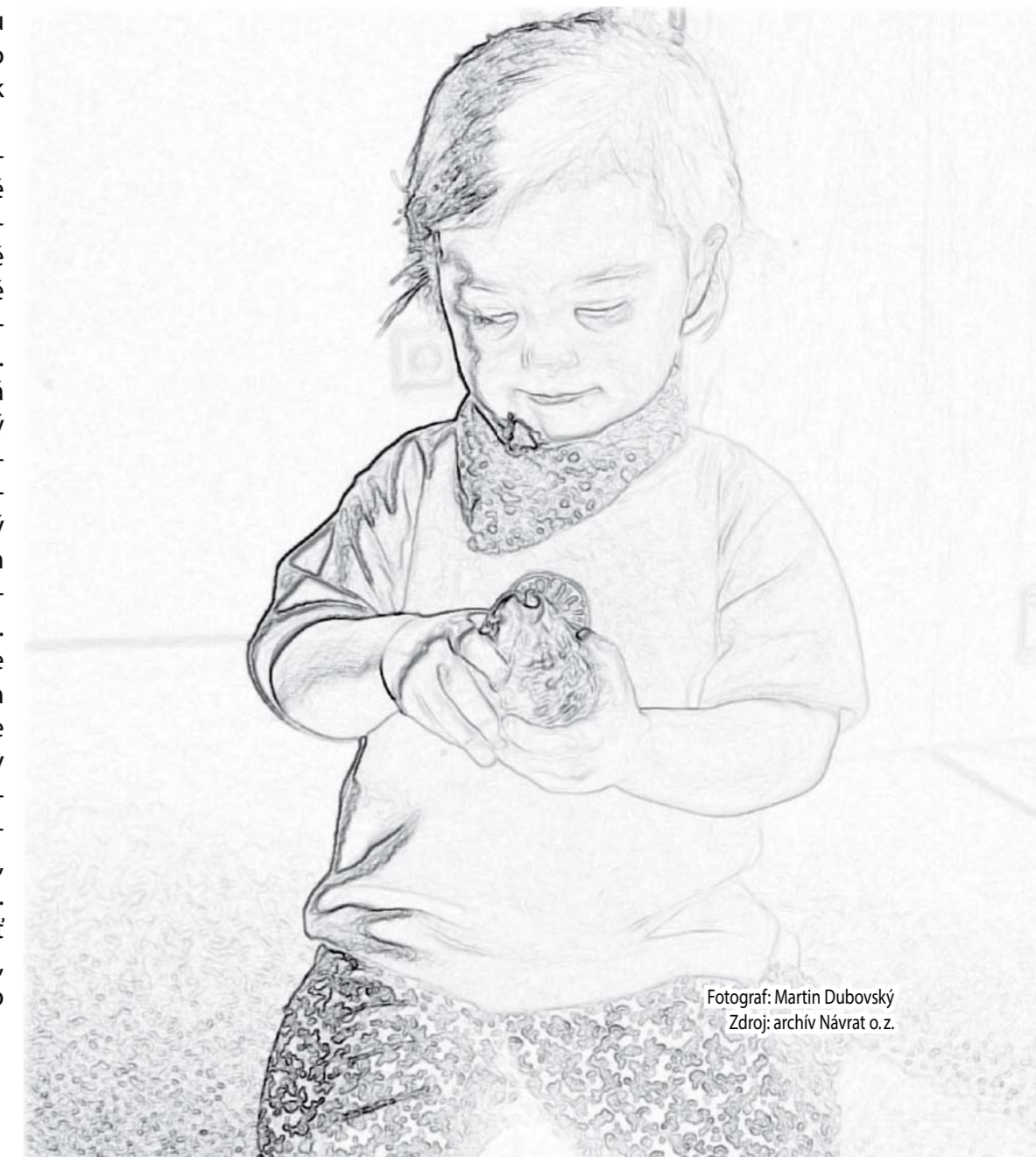
“My” v súvislosti s témou slovami verus utečenci je každému jasná skupina. Sme to my, Slováci. Našťastie ostáva otázne, či vo vzťahu Slováci verus utečenci, je až také jednoduché zadefinovať “nás Slovákov”. Z reakcií, ktoré stretávame, z príspevkov, ktoré si čítame na internete je skôr jasne, že “my Slováci” sme rozdielni. Toto potvrdzuje, že súčasťou našej kultúry je aj rozdielnosť. Tá z teoretického pohľadu poukazuje na našu schopnosť samostatne reflektovať a konať na základe nasej reflexie. Ešte sa však netešíme. Ak nás totiž naša reflexia o iných



V nasledujúcich riadkoch sa budeme venovať téme interkultúrnej komunikácie. Od základných informácií o interkultúrnej komunikácii cez jej niektoré nuansy, akými sú faktory, ktoré nás rozdeľujú a spájajú, riziká kulturalizácie, teda delenia sa na nás a ich. Ďalej strach a dôvody strachu, stereotypie a kultúrny relativizmus, až po spôsoby práce s odbúraním strachu.

Interkultúrna komunikácia je v teórii najjednoduchším spôsobom zadefinovaná ako stretnutie medzi ľuďmi, ktorí pochádzajú z rôzneho kultúrneho zázemia. Najčastejšie vysvetľujeme kultúrne zázemie geograficky a spájame ho s konkrétnymi krajinami, ako napríklad Slovensko, Nórsko, Austrália, Brazília a podobne.

K interkultúrnej komunikácii dochádza v interkultúrnych stretnutiach. Profesor interkultúrnej komunikácie Øvind Dahl(2013) hovorí, že v interkultúrnych stretnutiach ide o stretnutia medzi ľuďmi, nie medzi kultúrami. V prvom rade stretávame človeka, nie kultúru. Naša kultúra,



Fotograf: Martin Dubovský
Zdroj: archív Návrat o.z.

kultúrach vedie k tomu, že príslušníkov iných skupín vnímame len ako naprogramovaných robotov, ktorí konajú len na základe vštepených kultúrnych kódov, môžeme sa ocitnúť v pasci. Napríklad, nie všetci moslimskí muži praktizujú polygamiu, v praxi je to naopak veľmi málo z nich. Nie všetky Moslimky sú negramotné a rastú len na to, aby sa stali manželkami a matkami.

Nie všetko naše konanie sa dá odôvodniť tým, že sme Slováci. Zdá sa nám logické dovoliť si tvrdiť, že tak ako je rozdielnosť súčasťou «našej Slovenskej kultúry», je súčasťou aj «iných kultúr», čiže aj kultúry utečencov. Berit Berg vo svojej Knihe minoritné perspektívy na sociálnu prácu (2011) opisuje proces, ktorý nás môže viesť k nebezpečenstvu tzv. kulturalizácie, kedy sa snažíme deliť spoločnosť na nás majoritu a nich minority – cudzo krajcov, prisťahovalcov, utečencov. Farba pleti a pôvod sa môžu stať dôležitejšími, relevantnejšími ako iné vlastnosti. A tak prisťahovalci na druhej strane môžu zažívať zovšeobecnený pohľad na seba ako na utečenca, či prisťahovalca a neexistujúce vnímanie seba ako jednotlivca, unikátne individuum. Tieto povrchné opisy a kategorizácie sa stávajú tými, ktoré riadia naše vnímanie, a tak môžu viesť k rasizmu, diskriminácii a odsudzovaniu.

Ak by sme aj predpokladali, že MY je homogénne a odlišné od Oni. Čo nás môže spájať? Čo máme spoločné s ľuďmi napríklad z Afganistanu aj Eritrey? Sú medzi nimi matky, otcovia, deti, futbalisti, volejbalisti, speváci, herci, politici, gauner. Ľudia s cukrovkou, vysokým krvným tlakom, ľudia so závislosťami, ľudia s postihnutím, ľudia s traumami. A teraz trochu úsmevne: väčšina z tých, ktorých sme stretli alebo sa ich pýtali, videla film Titanic. Titanic bol jeden z posledných

filmov, ktorý sa vysielal v afganských kinách, predtým ako Taliban kiná zakázal ako mravné skazenosti. Tento film si zaslúži Oskar už len zato, že zotiera rozdiely. Pri jednom našom výskume a interview s pracovníčkou komunálneho úradu, ktorá pracuje s utečencami, sme sa dozvedeli, že veľmi často v práci stavia na tom, čo nás spája. Príklad: Ty si matka, ja som matka, Ty si otec, ja som otec, deti sú to najdôležitejšie, čo v živote máme. Takýto postoj nám môže pomôcť vytvoriť si nové "MY".

Čo môžeme teda očakávať, ak si zvolíme zaujať k utečencom postoj, ktorým ich budeme vnímať ako súčasť nášho nového "My"? Vyzerá to ako dobrá voľba. Je však dôležité byť si vedomý, že to znamená aj iste prispôbenie toho, čo vnímame ako My. Jednoduchšie povedané, nových členov do skupiny My neprijímame tak, že sa jednostranne prispôbia životu v našej skupine. My je vždy dynamické a mení sa. My Slováci v roku 2015 nie je to isté ako My Slováci v roku 1980.

Jednostranné vynucovanie prispôsobenia sa životu v majoritnej "My" by bola asimilácia. Tá nie je zdravým javom. Znamená uzavretosť "my" (nás) a potlačanie inakosti. Ak dokážeme ľudí prijať do našej majoritnej "My" a vyhnúť sa asimilácii, vtedy hovoríme o integrácii alebo inklúzii. Prijatí ľudia do nasej skupiny znamená nielen umožniť im zapojiť sa do života na Slovensku, ale pre Slovákov to znamená zapojiť sa do života týchto ľudí.

LITERATURA:

Berg, Berit (2012). *Innvandring og funksjonshemming*. Universitetsforlaget, Oslo.

Dahl, Øyvind (2013). *Møter mellom mennesker*. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.

Mgr. Anna Chalachanová – pracovala v Rade pre poradenstvo v sociálnej práci a od roku 2006 pracuje ako vysokoškolský učiteľ na Diakonhjemmet Høgskole Rogaland v Nórsku. V súčasnosti pracuje aj v podporovanom bývaní pre ľudí s mentálnym postihnutím a je trénerkou a inštruktorkou v rámci metódy Aggression Replacement Training. Je absolventkou sociálnej práce na UKF v Nitre a zároveň študijného programu Vernepleier na Rogaland Hoegskole Sandnes.

Mgr. Peter Paluga – sociálny pracovník, vernepleier. Magister: Fakulta Sociálnych vied a zdravotníctva Univerzity Konštantína Filozofa, Odbor: Sociálna Práca, Nitra (2000 - 2005), priznaný titul Mgr. Diakonhjemmet Høgskole Rogaland, Odbor: Vernepleier, Nærland (2003 - 2006), priznaný titul Bc.

Súčasná pracovisko: Vernepleier i Flyktningeheten, Sandnes kommune.

ĽUDIA, KTORÍ UTIEKLI ZO SVOJHO DOMOVA

Slavomír Krupa

Charles Richmond Hendersen v r. 1908 napísal knihu *Introduction to the Study of the Dependent, Defective, and Delinquent Classes and of their Social Treatment* /Uvedenie do štúdia ľudí závislých, postihnutých a delikventných a sociálna starostlivosť o nich/, ktorá vyšla v r. 1921 v Prahe pod titulom „Základy sociálnej práce“. Publikácia, ktorej cieľom je (ako píše autor) „pomôcť vzdelaným sociálnym vodcom nájsť metódu štúdia, ktorá by ich priviedla k výsledkom širšej skúsenosti a skúmaniu“ je jednou z prvých učebníc sociálnej práce. Odráža tiež názory na sociálnu situáciu v súvislosti s migráciou utečencov zo starého kontinentu /Európy/ do Spojených štátov, o ktorej autor píše:

„Dovoz duševne nezdravých, žobrákov, mentálne postihnutých (z Európy do Spojených štátov), zvyšuje bremeno zeme, ktorá tak dlho bola útočiskom utlačaných. Toto zlo sa spozorovalo už za doby, keď sme ešte boli kolóniou a od tých dôb, už pred našou nezávislosťou sa mu čelilo. Nie je to nové štádium vývoja akejsi „pseudo-dobročinnosti“, ktorá odľahčuje starú zem (Európu)tým, že posieľa príslušníkov chudobincov a z väzníc do novej zeme ... Prílišný príliv neobratných pracovníkov, v určitej dobe preplnenia, a to aj vtedy, keď majú dobré schopnosti, tlačí robotníkov ku stene tým, že si musia riešiť existenčné problémy ... Mnohí prisťahovalci boli neschopní zvládnuť existenčné starosti a stali sa ihneď bremenom súkromnej alebo verejnej dobročinnosti“ (HENDERSEN, 1921, s. 26). V úvode tej istej knihy píše Dr. Masaryková (dcéra prezidenta Masaryka): „V druhej polovine 19. storočia boli (Spojené štáty) vystavené obrovskému prisťahovalectvu, zvlášť z východnej Európy a južnej Itálie a postavené pred úlohu veľmi ťažkú a svojráznu: otázku prisťahovalectva v plnom



slova znenia. Úloha bola tak neodkladná, že jej nebolo možné uniknúť, ak by nemala byť spoločnosť živelne zmenená. Niekoľko rokov intenzívne prevádzanej dennej praxe sociálnej – a tá je v Amerike do veľkej miery totožná s pracou prisťahovaleckou – jasne viedla k pozorovaniu úspechov aj neúspechov na poli sociálnej práce. Práve preto, že sociálne úlohy v Spojených štátoch sú ťažké a zvlášť neodkladné, sú ľudia nútení o nich myslieť vážne a účelne“.

Píše sa rok 2015. Ako vidieť, otázka sociálnej práce s ľuďmi, ktorí utekajú z vlastného domova nie je nová a v dejinách kontinentov ale aj v dejinách sociálnej práce nachádzame stopy, ako bola ich situácia riešená. V jednej televíznej debate sme v týchto týždňoch mohli počuť varovanie, aby sa téma utečenectva, ktorá je neustále oživovaná stovkami a tisíckami ľudí na úteku zo Sýrie a ďalších krajín, neprenášala na emócie obyvateľov v Európe. Symbolický obraz, na ktorom leží mŕtvy trojročný chlapec na brehu mora, synček rodiny, ktorá sa rozhodla utiecť z krajiny, kde mali ešte donedávna svoj domov, asi nenechala nikoho bez emócií. Kancelárke Merkelovej sa vytyka, že podľahla emóciám a narušila a destabilizovala liberálne hodnoty európskej civilizácie tým, že vyslala všetkým ľuďom na úteku pozvanie do Európy a

krajiny, ktorú ako premiérka vedie. Niektorí sa škodoradostne tešia, ako jej preto klesá popularita a politické preferencie a iní, ako napríklad prestížny americký magazín TIME, ju považuje za osobnosť roka 2015. Na druhej strane politickým lídrom v niektorých európskych štátoch, ktorí nikoho nepozývajú, popularita stúpa alebo sa drží dosť vysoko a vysielajú tým odkaz pre pragmatické správanie sa politikov.

V týchto týždňoch vážne uvažujem, či ešte platí to, čo v teórii sociálnej práce učíme študentov na vysokej škole, a síce, že sociálna pomoc ľuďom v krízových a nepriaznivých situáciách je zo strany sociálnych pracovníkov podmienená rozvojom ich empatie a zvyšovaním odbornosti. Empatia je spojená s citom (čo je ekvivalentný termín pre emóciu), je „kombináciou porozumenia a vcítania“ (MATOUŠEK, O.: *Slovník sociální práce. Portál*. ISBN 80-7178-549-0. Praha, s. 62.) Už pri prijímacích pohovoroch na vysokú školu sa zameriavame na schopnosť empatie a porozumenia pre ľudí v nepriaznivých sociálnych situáciách. Empatia je postoj k ľuďom, ktorý nám poskytuje možnosť a spôsob, ako môžeme lepšie ľuďom v konkrétnych životných situáciách porozumieť. Hoffman píše o empatickom cite, „čo je podľa neho predstava samého seba v situácii niekoho iného (Goleman, G.: *Emoční inteligence*. “ 1997, Columbus, ISBN 80-85928-48-5, Praha, s. 107). Empatia nie je talent, ktorý sa dedí, empatia je postoj, ktorý rozvíjame a získavame výchovou, vzdelaním, skúsenosťami, ľudskými vzormi okolo nás. Empatia je synergiou citov a rozumu. To, čo prechádza našou myslou, sa dotýka našich citov a to, čo prechádza našou nervovou sústavou, sa dotýka našej mysle, nášho porozumenia. Obava zo zhubného vplyvu emócií - citov na racionálne rozhodnutia naznačuje, že pri správnych rozhodnutiach je (podľa názoru niektorých odborníkov) nevyhnutné a dôležité, oddeliť cit od rozumu. Alebo ešte ináč, rozum podľa tohto názoru, môže byť efektívny pre riešenie situácii len vtedy, keď nie je zaťažovaný emóciami. Treba však pripomenúť, že okrem empatie poznáme tiež termín „apatia“, ktorá je opakom emócie, to je nezáujem, bezcitnosť. Lenže tam, kde absentuje empatia, tam absentuje aj empatický cit - súcit, ktorý je impulzom ku konaniu a riešeniu situácie. A tam, kde prevláda apatia, nastupuje bezcitnosť a strach. A nielen

to. Ľudská komunikácia je založená na empatii, porozumenie a dorozumenie je ľudské vtedy, keď je založené na empatii a ešte viac ľudská spravodlivosť nie je možná bez empatie. Empatia je dôležitým predpokladom pre prosociálne správanie. Dejiny nám poskytujú dôkazy, že tam, kde sa z ľudského zmysľania a konania vytratila empatia, tak tam potom ani nakopená hromada mŕtvych ľudských tiel ako dôkaz úplného ľudského zlyhania, nepohne s ich katmi. Apatia, bezcitnosť vyraduje z rozhodovania empatiu, čo vedie k vypnutiu a k absencii porozumenia a strate rozumu, uvoľnený priestor potom zaplnia prejavy tyranie. Súcit vyvolaný empatiou nie je ľudská slabosť ale prednosť, ktorá je neoddeliteľnou súčasťou dôstojnosti človeka.

A čo Slovensko? Naša oficiálna politická nóta k utečencom je založená na obhajobe, ktorá sa opiera o fakt, že utečenci k nám nemajú záujem prísť a je preto nemožné a neetické ich nútiť, aby u nás boli. Naozaj je to tak, nikto alebo len málokto z utečencov k nám chce prísť, a keď, tak len dočasne. Tento, na prvý pohľad vecný argument, nie je dobrou vizitkou našej krajiny. Prešlo 25 rokov a to je dosť dlhá doba a príležitosť, aby sa naša krajina zmenila. Žiaľ, posledné udalosti naznačujú, že sa v zásade nezmenila. V druhej polovici 20. storočia sme boli pre západnú Európu krajinou za „železnou oponou“, z ktorej za cenu ohrozenia života utiekali občania z východného bloku, a to z rôznych dôvodov. V pamäti národa máme ešte čerstvú stopu o tejto našej skúsenosti. Teraz, keď sme konfrontovaní s prijatím ľudí, ktorí (podobne ako naši spoluobčania ešte nedávno) utekajú zo svojich domovov, nie sme na to dostatočne pripravení. Zrejme sme pohostinná krajina, ale len pre svojich ľudí alebo pre tých, čo si naše služby dokážu zaplatiť. Pohostinnosť k cudzím je založená na empatii, na súciti, na porozumení, na ochote rozdeliť sa s tým, niekedy málom, čo máme.

V skutočnosti sa ale na situáciu na Slovensku môžeme pozrieť aj optimistickejšie. Naozaj nemáme čo ponúknuť ľuďom na úteku? Myslím si, že máme čo ponúknuť. Máme nádhernú krajinu, máme úžasných, kreatívnych ľudí, ktorí sa naučili pracovať v náročných podmienkach, máme tiež finančné, materiálne prostriedky, máme sieť úradov, organizácií, ktoré majú potenciál riešiť krízové situácie, máme solventných, prosociálne



Fotograf: Martin Dubovský
Zdroj: archív Návrat o.z.

orientovaných podnikateľov, máme rodiny, ktoré nežijú len pre seba, je tu tretí sektor, je tu cirkev, cirkevné charitatívne a diakonické zariadenia, máme dobrovoľníkov, ktorí pomáhajú doma a v zahraničí. Máme absolventov sociálnej práce, ktorí sú pripravení poskytnúť sociálnu službu, krízovú intervenciu ľuďom, ktorí to potrebujú. Máme tu na Slovensku dokonca ľudí, ktorí na úteku našli u nás domov. Myslíte si, že by k nám neprišli aspoň tie určené, odporúčané stovky utečencov, keby počuli a dostali naše pozvanie, našu oficiálnu ponuku? Prišli.

Oficiálnu ponuku sme ľuďom, ktorí utekajú z vlastného domova, neposlali, a to sa z pohľadu sociálnej práce nedá nazvať ináč ako zlyhanie, a z širšieho európskeho hľadiska ako medzinárodná blamáž a hanba. Ostáva nám zodpovedať niekoľko otázok: Nemali by sme ľudí na úteku predsa len pozvať? Ak by prijali naše pozvanie, budeme aj my schopní prijať ich medzi nás? Nad týmito otázkami, myslím si, by sme mali uvažovať vážne a účelne (ako napísala Dr. Masaryková ešte v r. 1921).

Slavoj Krupa 1. 10. 2015

PRÁCA S UTEČENCAMI

Peter Paluga

34



V sociálnej práci vychádzame z princípov, ktoré sociálnym pracovníkom určujú, aký postoj si ku klientom zvolia. Tento princíp práce platí tiež v sociálnej práci s utečencami. Preto sa na tomto mieste nebudem zaoberať opisom správneho postoja sociálneho pracovníka k osobe človeka, ale mojím zámerom je jednoducho opísať, v čom spočíva práca s utečencami, na základe mojich osobných skúseností. V opise sa zameriavam na prácu s utečencami, ktorí už prešli azylovým procesom a sú v procese integrácie do spoločnosti. V texte sa opieram o Nórsky zákon o vyučovaní nórskeho jazyka a program pre utečencov (Lov om Introdukjonsordning og norskopplæring for

nyankomme innvandrere - Introduksjonsloven), ktorý zdôrazňuje:

- Jazyk
- Prípravu na pracovný život (zaradenie sa do pracovného, alebo vzdelávacieho procesu)
- Vedomosti o chode spoločnosti.

Uvedené tri centrálny body určujú obsah a ciele programu, ktorým prechádzajú utečenci, prichádzajúci do Nórska.

Jazyk. Mnohí odborníci pre prácu s utečencami tvrdia, že je to kľúč ku práci alebo vzdelaniu, iní považujú jazyk za kľúč k integrácii sa do spoločnosti. Aplikovanie zákona funguje jednoducho. Nemienim teraz popisovať celý zákon, nebudem ani uvádzať výnimky zo zákona, len jednoducho zhrniem základné fakty. Zákon určuje, na koľko hodín vzdelávania v nórskom jazyku má klient nárok. Určuje tiež, koľko hodín jazykovej výučby môže dostať navyše, ak sa to považuje za potrebné, vzhľadom na možnosť jeho uplatnenia. Výučba prebieha v triedach, ale aj on-line cez internet.

Ako jazyk súvisí s **prípravou na pracovný život?** Určitý stupeň jazykových vedomostí dáva možnosť jazykovej praxe v rôznych podnikoch, firmách, organizáciách. Pritom je potrebné upozorniť na skutočnosť, že ide o prax zameranú na zlepšenie znalosti jazyka a nie o prax zameranú na pracovné zručnosti. To okrem iného znamená, že nie je pravidlom, aby výsledkom jazykovej praxe bolo aj následné zamestnanie sa v podniku, kde prebiehala jazyková prax. Niekedy sa však stáva, že po praxi zameranej na zlepšenie jazyka, je možnosť na tom istom mieste praxe sa aj zamestnať. Sú rôzne stupne jazykových znalostí. Jeden stupeň jazykových vedomostí dáva možnosť zúčastniť sa na

kvalifikačných kurzoch. A zase iný, vyšší stupeň vedomostí, umožňuje prihlásiť sa napríklad na štúdium na strednej škole.

Ľudia sa často pýtajú, či utečenci majú záujem učiť sa jazyk a zaradiť sa do pracovného a vzdelávacieho procesu? Aj po mnohých rokoch práce s utečencami sa na základe skúsenosti domnievam, že záujem majú. Niektorí sa kvalifikujú rýchlejšie, iní pomalšie, a iní to jednoducho nevládajú. Je len malé percento takých, ktorí to odmietajú (ako píšem túto vetu, premietajú sa mi v hlave stretnutia s desiatkami a možno aj stovkami utečencov. Vidím pred sebou tváre ľudí, ktorí sa nedokázali celkom začleniť do pracovného alebo vzdelávacieho procesu. No s odstupom času tiež vidím, že tam vždy bol nejaký zdravotný, alebo sociálny dôvod, podobne, ako to býva v majoritnej spoločnosti).

Tretí základný kameň procesu integrácie sú **vedomosti o chode spoločnosti**. Sú to vedomosti o štátnom zriadení a chode spoločnosti. Obsahom tejto časti vzdelávania sú informácie o geografii a kultúre, ale aj informácie o tom, ako začleniť svoj život jednotlivca do chodu spoločnosti, ktorá funguje iným spôsobom, ako boli osoby klientov zvyknuté v krajine, z ktorej pochádzajú.

No a tu je z mojich skúseností dôležitá komunikácia a dialóg pri odovzdaní informácii klientovi. Informovaný klient je subjekt, ktorý má možnosť participovať na svojom procese integrácie. Pre bližšie priblíženie dôležitosti a náročnosti sprostredkovania informácií, uvediem príklad:

Predstavte si, že sa máte integrovať do života obyvateľov v meste Tokyo. Dostanete byt, v ktorom sa svetlo, voda, ventilácia, televízia, bezpečnosť ovládajú najmodernejšími aplikáciami. V tom prípade potrebujete informácie o tom, ako máte v tomto byte bývať. Pochybujem o tom, že budete ihneď rozumieť japonskej faktúre a podmienkam platenia nájomného. Pochybujem tiež o sebe, že by som to dokázal, hoci predpokladám, že moja výhoda je, že rozumiem modernému spôsobu platby faktúr. Potrebujem však informácie, aby som si nepomýlil faktúru za nájom s faktúrou za žiletky, ktoré mi niekto chce doručovať každých 6 týždňov. A sú tu aj ďalšie otázky. Kde pôjdete alebo zavoláte, ak ochoriete? Alebo si predstavte, že si chcete navariť vaše obľúbené slovenské jedlo.

V tom prípade musíte vedieť, kde a čo si môžete vo vašom okolí nakúpiť. Predstavte si, že sa máte dostať v Tokyu z bodu A do bodu B. Potrebujete vedieť niečo o doprave. A ak máte deti v škôlke, alebo v škole? Potrebujete informácie o školstve, úlohe rodiča, vzťahu učiteľ - žiak, učiteľ - rodič.

Viem, že už pri prvej otázke je jasné, že píšem o rozdieloch v kultúre, v podmienkach života. Napriek tomu kladiem v predchádzajúcich riadkoch viacero otázok, aby bolo úplne jasné, aké je v sociálnej práci s utečencami dôležité odovzdávanie informácií. Informácie pomôžu participovať, informácie pomáhajú rozumieť a informácie pomáhajú využívať služby, rovnako ako ich využívajú domáci občania, ktorí sa narodili, napríklad už v menovanom Tokyu.

Dôležitá a pritom samozrejma vec. Ak ti chýba znalosť spoločného jazyka, ako dokážeš odovzdávať informáciu? Dokážeš ju komunikovať cez tlmočníka. V každej situácii uprednostni profesionálneho tlmočníka pred rodinným príslušníkom klienta. Práca s tlmočníkom je dôležitá a má svoje pravidlá. Uvediem teraz základné pravidlá pre komunikáciu prostredníctvom tlmočníka: Popros tlmočníka, aby sa predstavil a prezentoval svoju úlohu a svoju povinnosť mlčanlivosti. Hovor pomaly a jednoducho. Uistuj sa, že tlmočník a klient rozumejú informáciám. Tlmočník má povinnosť tlmočiť doslovne. Hovor priamo ku klientovi, nie k tlmočníkovi. Nedovoľ tlmočníkovi vysvetľovať za teba. Radšej opisne vysvetli a nechaj to tlmočníka preložiť. A nezabudni, že vedomosti o interkultúrnej komunikácii ti pomôžu, ale poznanie klienta a vytváranie vzťahu s ním je rovnako dôležité.

A na záver? Ešte niekoľko bodov, na ktoré je dobré pri práci s utečencami pamätať. Tieto kladú nárok na vedomosti a zručnosť sociálnych, či iných profesionálnych pracovníkov, ktorí sa zúčastňujú na procese integrácie. Sociálna práca s utečencami je prepojená na tieto témy: vojna, prenasledovanie, mučenie, zneužívanie, útek, neistota, domov, strata vecí, strata blízkych, strata identity, strata práce, strata postavenia, boj o prežitie, opatrnosť, bolesť, žiaľ, čakanie, zima, strach, nová krajina, nový jazyk, nové zvyky, potreba informácií, hnev, spomienky, hľadanie novej identity napriek inakosti, snaha o dôveru, snaha o porozumenie, potreba vydýchnuť si, snaha o začlenenie sa do spoločnosti, práca, vzdelanie, integrácia a mnoho ďalších.

35

MEDZINÁRODNÁ KONFERENCIA ĽUDIA BEZ DOMOVA 2015

„PRÁCA – CESTA Z BEZDOMOVECTVA?“

Imrich Bariak



Občianske združenie Proti prúdu, člen Európskej federácie národných organizácií pracujúcich s bezdomovcami – FEANTSA (European Federation of National Organizations working with the Homeless) a vydavateľ časopisu Nota Bene, od roku 2007 organizuje medzinárodné konferencie Ľudia bez domova venované aktuálnym témam v oblasti bezdomovectva. Siedmy ročník konferencie pod názvom „Práca – cesta z bezdomovectva?“ sa uskutočnil 26. – 27. mája 2015 v Jasnej. Konferencia bola realizovaná v rámci **Programu Aktívne občianstvo a inklúzia**, ktorý spravuje Nadácia Ekopolis, Nadácia pre deti zo Slovenska a SOCIA – nadácia na podporu sociálnych zmien.

Na podujatí si vymenilo skúsenosti viac ako 120 účastníkov zastupujúcich organizácie poskytujúce sociálne služby ľuďom bez domova na Slovensku, v Českej republike, Nórsku a vo Veľkej Británii. Odborné príspevky prezentovali aj zástupcovia Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR a Ministerstva spravodlivosti SR. Súčasťou viacerých prednášok bolo vystúpenie ľudí bez domova z Bratislavy (nosiči batožín z hlavnej stanice), Košíc (Oáza – nádej pre nový život) a Prahy (Kuchačky bez domova).

V rámci zahájenia podujatia odznela krátka prezentácia knižných publikácií venujúcich sa problematike bezdomovectva autorov Petra Kadlečíka *Šlapaje ulicou – Rôzne prístupy v terénnej sociálnej práci*, Niny Beňovej *Bezdomovci, ľudia ako my* a Jely Matuškovičovej – Medveckej *Zázračné dieťa*.

SYSTEMATICKÉ RIEŠENIE BEZDOMOVECTVA NA SLOVENSKU

V úvodnej časti konferencie odznel návrh vypracovať **Národnú stratégiu prevencie a riešenia bezdomovectva**, ktorá by doplnila **Národnú rámcovú stratégiu podpory sociálneho začlenenia a boja proti chudobe**, dokument systematizujúci prístupy k riešeniu chudoby a sociálneho vylúčenia vo vzťahu k cieľom vyplývajúcim zo stratégie **Európa 2020**.

Podľa odbornej verejnosti (OZ Proti prúdu a Depaul Slovensko n. o.), na vypracovanie návrhu Národnej stratégie prevencie a riešenia bezdomovectva existuje viacero dôvodov, spomedzi ktorých môžeme spomenúť:

- vysoký počet ľudí bez domova, pre ktorých je ulica poslednou stanicou,
- málo efektívne financovanie služieb určených bezdomovcom,

- nedostatočná dostupnosť ku komplexnej zdravotnej starostlivosti,
- zadlženost najchudobnejších občanov, ktorí už stratili bývanie, lebo sú ohrození stratou bývania,
- nedostatok sociálnych bytov, ktoré by boli určené pre ľudí bez domova (*Housing First*).

V tomto bloku odznela aj informácia o pripravovanom vytvorení platformy (pracovnej skupiny, tvorenej odborníkmi z oblastí venujúcich sa službám ľuďom bez domova), ktorá by Národnú stratégiu prevencie a riešenia bezdomovectva spracovala do finálnej podoby.

ZAMESTNÁVANIE ĽUDÍ BEZ DOMOVA

V bloku **Zamestnávanie ľudí bez domova** odzneli príspevky z Veľkej Británie, Českej republiky a Slovenska.

Britské skúsenosti prezentovali zástupcovia organizácie **St. Mungo's Broadway**, ktorá pôsobí v Anglicku a vo Walese. Klientmi organizácie sú hlavne ľudia drogovovo závislí, ľudia trpiaci fyzickými a psychickými problémami a obeť domáceho násillia. Jobseeker (hľadač práce pre klientov) Igor Fotta a tréner práce Roger Hamilton zo sekcie služieb zamestnanosti a posilňovania zručností referovali o spôsoboch podpory klientov v ich snahe zaradiť sa do pracovného procesu.

Jednu z foriem, ako začleniť ľudí bez domova (v tomto prípade žien bez domova) do pracovného procesu predstavili pražské **Kuchačky bez domova** z nezávislého združenia Jako doma. Kuchačky, ktoré sú klientkami azylových domov, ponúkajú cateringové služby (jednoduché pohostenie a občerstvenie), ako napríklad veganské menu, teplé nápoje alebo vlastné nealkoholické nápoje. Súčasťou cateringu je komunikácia so zákazníkmi, v ktorej kuchačky predstavujú svoje osobné príbehy žien bez domova, aby ich majoritná spoločnosť viac spoznala a pochopila.

Slovenské skúsenosti so zamestnávaním ľudí bez domova prezentovala napríklad Mária Filipová z odboru sociálnych vecí mesta Banská Bystrica, ktorá predstavila projekt **Od dávok k platenej práci**, realizovaný v rokoch 2012 – 2014. Cieľom projektu bolo prepojenie sociálnych služieb a služieb zamestnanosti, v rámci

tohto ktorého vznikol medzitrh práce zameraný na dočasné zamestnávanie a osobnostný rozvoj 40 dlhodobozamestnaných poberateľov dávky v hmotnej núdzi.

NEDOSTATOK SOCIÁLNYCH BYTOV A DLHY

V nasledujúcich dvoch blokoch bola téma zamestnávania ľudí bez domova rozšírená o problematiku bývania a zadlženia. Práve nedostatok sociálnych bytov na Slovensku a dlhy maria snahy ľudí bez domova zaradiť sa plnohodnotne do pracovného procesu.

Na konferencii boli predstavené tri koncepty bývania, určené pre ľudí bez domova:

Koncept prestupného bývania: ulica – nocľaháreň – útulok – dom na pol cesty – sociálny byt. Podľa tohto konceptu človek bez domova môže postupnými krokmi zlepšiť (alebo zhoršiť) stav svojho bývania.

Koncept Rapid re-housing: podpora bývania rodín a stabilizácie domácností žijúcich dlhodobozamestnaných v azylových domoch – podpora zamestnanosti, finančné poradenstvo, mediacia sporov s majiteľmi bytov. Tento koncept rýchleho návratu k bývaniu je realizovaný v USA.

Koncept Housing First: najprv sociálny byt pre každého bezdomovca – potom riešenie čiastkových problémov (zamestnanosť, oddlžovanie, drogové závislosti, ...). Tento koncept je preferovaný v bohatom zahraničí (Nórsko, USA).

Nórske skúsenosti s pridelením sociálnych bytov ľuďom bez domova (Housing First) prezentoval Dag Ronning z uličných novín (street-paper) Gatemagsinet Sorgenfri, vychádzajúcich v Trondheime. Okolo novín sa vytvorila organizácia, klientmi ktorej sú hlavne ľudia drogovozavislí a ľudia s psychickými poruchami. Organizácia ponúka nízkoprahové sociálne služby, medzi ktoré patrí napríklad predaj uličných novín Sorgenfri a umiestňovanie záujemcov do sociálnych bytov (podľa Daga Ronninga, organizácia má v súčasnosti 30 sociálnych bytov a 12 bývajúcich klientov).

Koncept Rapid re-housing predstavil Štěpán Ripka z Platformy pro sociálně bydlení (Česká republika). Účastníkov konferencie zaujal poznámkou, že koncept postupného bývania, ktorý je aktuálny na Slovensku, predlžuje bezdomovectvo.

Otázke bývania pre ľudí bez domova sa venovalo v diskusných príspevkoch viacero zástupcov slovenských organizácií. Záujem a živé ohlasy vyvolal hlavne koncept prestupného bývania a koncept Housing First. V oboch prípadoch bolo ústrednou témou pripomienok a návrhov financovanie nízko-rahoveného sociálneho bývania.

Problematiku dlhov a zadlženosti ľudí bez domova v záverečnom tematickom bloku otvorila Soňa Beráková z Ministerstva spravodlivosti SR, ktorá predstavila činnosť Komisie na posudzovanie podmienok v spotrebiteľských zmluvách a nekalých obchodných praktík predávajúcich. Táto komisia spracovala návrhy legislatívnych zmien v oblasti ochrany spotrebiteľov, a zároveň stále pomáha ľuďom, ktorí úverovými podvodmi prišli o majetok a skončili na ulici ako bezdomovci.

Mgr. Imrich Bariak (1962) je absolventom Evanjelickej bohosloveckej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave, odbor Evanjelická teológia so zameraním na riadenie sociálnej pomoci. V rámci štúdia spolupracoval s Resocializačnými komunitami – RESOTY v Podunajských Biskupiciach. V súčasnosti je externým doktorandom na Vysoké škole zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, kde sa zaoberá problematikou bezdomovectva.

Sociálni pracovníci Peter Kadlečík a Tomáš Dobrovič z občianskeho združenia Proti prúdu predstavili projekt **Nosiči batožín**, ktorý je realizovaný na hlavnej stanici v Bratislave. Súčasťou tohto projektu je zamestnávanie a oddlžovanie ľudí bez domova. V rámci prezentácie projektu vystúpili aj dvaja zástupcovia Nosičov batožín, ktorí sa s publikom podelili o svoje skúsenosti pri poskytovaní služieb cestujúcim.

Na záver tematického bloku **Zamestnávanie ľudí bez domova a dlhy** Martin Provazník z pracovnej skupiny **Advokáti Pro Bono Nadácie Pontis** definoval štyri hlavné skupiny dlžníkov:

- dlžníci voči štátu (napr. dlžníci na sociálnom a zdravotnom poistení),
- dlžníci na cestovnom (napr. MHD),
- dlžníci nebankových subjektov,
- dlžníci osobitého charakteru (napr. úžera).

Provazník zároveň predstavil činnosť Advokátov Pro Bono, ktorí poskytujú právnu pomoc v prospech neziskových organizácií a ich klientov.

FINANCOVANIE SOCIÁLNYCH SLUŽIEB PRE SENIOROV NA PRÍKLADE SLOVENSKA A RAKÚSKA

Martina Hrozenská, Mária Ševčíková

ABSTRAKT

Počet obyvateľov Slovenska vo veku 65 a viac rokov dosiahol v SR v roku 2014 **úroveň** 466277. Podiel osôb v poproduktívnom veku bol v rovnakom roku na **úrovni** 14% slovenskej populácie a index starnutia, ktorý vyjadruje pomer počtu osôb vo veku 65 a viac rokov na 100 obyvateľov vo veku 0-14 rokov dosiahol úroveň 91,2%. Tieto fakty hovoria jasnou rečou, rečou o naliehavej potrebe prehodnotenia finančnej udržateľnosti slovenského systému sociálnych služieb. Ambíciou autoriek je priblížiť rozdiely v poskytovaných službách s celoročným pobytom pre seniorov v geograficky blízkych krajinách, na Slovensku a v Rakúsku. **Pozornosť sústredia tiež** na rozširovanie finančných zdrojov pokrývajúcich služby dlhodobej starostlivosti na príklade Rakúska.

KĽÚČOVÉ SLOVÁ

Financovanie sociálnych služieb. Pobytové služby. Seniori.

Úvod

V roku 2015 autorky príspevku zrealizovali prieskum¹ za účelom porovnania systému sociálnych služieb s celoročným pobytom v Slovenskej republike a v Rakúsku. Zriaďovateľom zariadenia pre seniorov nachádzajúcim sa v bratislavskej Dúbravke je mesto Bratislava. Organizačnú štruktúru zariadenia tvorí riaditeľka a tri oddelenia: ekonomické s 5 zamestnancami,

¹ Príspevok vznikol ako súčasť projektu KEGA č. 022UKF-4/2015 s názvom Multimediálna podpora členov interdisciplinárneho tímu so zameraním na paliatívnu starostlivosť.

sociálno – ošetrovateľské s 36 zamestnancami (7 sociálnych pracovníkov – 2 administratívna práca, 5 priama činnosť s obyvateľmi zariadenia a zvyšok ošetrovateľia) a oddelenie prevádzky so 7 zamestnancami. Zariadenie pre seniorov ponúka celoročný pobyt a jeho kapacita je 178 miest. Do zariadenia sú prijímaní klienti, ktorým pred podaním Žiadosti o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby v zariadení pre seniorov, bolo vydané právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu a zaradenie do stupňa IV a vyššieho odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby. V čase realizácie prieskumu (prvý štvrtrok roku 2015) poskytovalo služby 148 ženám a 30 mužom s priemerným vekom 81,5 rokov, pričom 35 sú ležiaci klienti. Náklady obyvateľov na život v zariadení pri odbere stravy nesmú presiahnuť 25% zo životného minima tj. 49,52 € a pri poskytovaní iba bývania 75 % zo životného minima tj. 148,56 €.

Diakonia Rakúsko zamestnáva približne 7200 ľudí, ďalších 2000 pracuje v rámci dobrovoľníctva. Diakonické centrum Gols patrí pod Diakoniou Rakúsko, sociálnu organizáciu protestantskej cirkvi. Je jednou z piatich najväčších rakúskych sociálnych organizácií. Diakonia disponuje viac ako 70 zariadeniami pre tento účel. Diakonia v Golse ponúka celoročné ubytovanie pre seniorov i ľudí odkázaných na starostlivosť iných osôb v svetlých, priestraných jednolôžkových a dvojlôžkových izbách, vo veľkosti 27 až 32 m². Každá izba je vybavená modernou polohovateľnou posteľou, chladničkou, káblou televíziou, telefónom a internetovým pripojením. Súčasťou každej izby je bezbariérová kúpeľňa s WC. Manželia majú možnosť bývania v spoločnej izbe. K ponuke patria aj tri rôzne obedové menu. V sledovanom období využívalo službu v Golse 47 klientov. Do zariadenia

sú prijímaní klienti zvyčajne so stupňom odkázanosti štyri a vyššie, ale aj s nižším stupňom. Denná taxa na dvojposteľovej izbe je 110 eur a 31 centov. Služby sú financované z príjmov seniora – dôchodku, štátneho príspevku na starostlivosť i ďalších príjmov klienta. Ak všetky príjmy nestačia na pokrytie nákladov, zvyšok sa dopláca formou sociálnej pomoci od štátu. Seniorovi musí ako vreckové zostať 20 percent z dôchodku a 44, 30 eur z príspevku na starostlivosť mesačne.

LEGISLATÍVNE POZADIE PROBLEMATIKY

Na Slovensku oblasť sociálnych služieb upravuje zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Z. z. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov. Spomínaný zákon „upravuje právne vzťahy pri poskytovaní sociálnych služieb, financovanie sociálnych služieb a dohľad nad poskytovaním sociálnych služieb“ (Zákon č. 448/2008 Z. z.). Za zmienku stojí aj zákon č. 219/2014 Z. z. o sociálnej práci a o podmienkach na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktorý sa o. i. venuje podmienkam na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny (Zákon č. 219/2014 Z. z.).

Zriaďovateľ slovenského zariadenia vychádza pri svojej činnosti z vyššie uvedenej legislatívy. Na porovnanie je dôležité spomenúť, že slovenské zariadenia a poskytovatelia sociálnych služieb majú jasne stanovený všeobecný zákon o poskytovaní sociálnych služieb, narozdiel od rakúskych podmienok, kde sa Domovy pre seniorov a Domovy sociálnych služieb riadia zákonom konkrétne upravujúcim rozsah práv a povinností pre tieto typy zariadení. Sociálne služby v Rakúsku sú v kompetenciách jednotlivých spolkových krajín, ktoré sa pri tvorbe vlastnej legislatívy riadia spolkovým zákonom BGB1. Nr 866/1993 o spoločných opatreniach štátu a spolkových krajín pre ľudí odkázaných na starostlivosť /Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personensamt Anlagen/. Za právne predpisy, ktoré sa týkajú zriadenia, prevádzky a údržby zariadení poskytujúcich

sociálne služby sú zodpovedné jednotlivé spolkové krajiny. Rakúske zariadenie, ktoré je predmetom tejto komparácie, sa nachádza v Burgenlandsku a riadi sa krajským zákonom Nr. 61/1996 LGBl, tzv. Burgenländisches Altenwohn - und Pflegeheimgesetz /Burgenlandský zákon o Domovoch pre seniorov a Domovoch sociálnej starostlivosti/. V rámci legislatívy považujeme za potrebné spomenúť aj rakúsky zákon o pobyte v domovoch BGBl. I Nr. 11/2004 /HeimaufenthaltGesetz/, ktorý samostatne upravuje predpoklady obmedzenia slobody v Domovoch seniorov, Domovoch s opatrovateľskou službou a ďalších zariadeniach sociálnych služieb, v ktorých sú minimálne traja klienti s duševným ochorením alebo mentálnym postihnutím a títo klienti musia byť pod neustálym dohľadom. V medziach tohto zákona v rakúskom zariadení v Golse využívajú pri práci s osobami trpiacimi demenciou systém ochrany pred útekmi. Ide o technické zariadenie, ktoré prostredníctvom čipov v klientovom oblečení zaznamenáva jeho pohyb a v prípade prekročenia určitej hranice pred zariadením ohlasuje jeho odchod. V slovenskom zariadení sa klienti trpiaci demenciou pohybujú iba v sprievode personálu (najčastejšie so sociálnym pracovníkom, alebo ošetrovateľom).



FINANCOVANIE SLUŽIEB

Financovanie pobytu v Slovenskom zariadení je možné buď ako 100% samoplatca alebo kombinovane s príspevkom od zriaďovateľa, čiže príslušného VÚC alebo od Krajského úradu. Príspevok je závislý od stupňa odkázanosti klienta na pomoc inej osoby.

Tab. 1 Príloha č. 5 k zákonu č. 448/2008 Z. z.

Stupeň odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby	Výška príspevku pri poskytovaní pobytovej sociálnej služby a ambulantnej sociálnej služby/mesiac
II stupeň	62,21 eura
III stupeň	124,41 eura
IV stupeň	177,65 eura
V stupeň	248,82 eura
VI stupeň	310,99 eura

Zdroj: Zákon č. 448/2008 Z. z.

Kým v Rakúsku dostáva príspevok na opatrovanie priamo klient, čiže konkrétna fyzická osoba, na Slovensku dostáva príspevok na financovanie sociálnych služieb osoba právnická, a to obec, ktorá poskytuje sociálne služby vo vybraných zariadeniach alebo tieto zariadenia zriadila alebo založila, či neverejný poskytovateľ vo vybraných

zariadeniach, kam patria aj zariadenia pre seniorov, ktoré dostávajú 320 eur mesačne² na jedno miesto (MPSVR SR, Poskytovanie finančných príspevkov podľa zákona o sociálnych službách).

Klient „Domova pri kríži“ je povinný platiť úhradu za sociálne služby v sume dohodnutej v zmluve o poskytovaní sociálnych služieb. Celková suma úhrady za sociálne služby je určená ako súčet úhrady za odborné činnosti a obslužné činnosti, klient za ne platí mesačne podľa počtu dní v danom mesiaci. Za ďalšie činnosti klient platí iba v tom prípade, ak má o konkrétne z nich záujem.

Úhrada za odborné činnosti na deň na osobu sa určuje podľa stupňa odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby:

- II stupeň 0,10 € (3,10 €/mesiac)
- III stupeň 0,30 € (9,30 €/mesiac)
- IV stupeň 1,49 € (46,19 €/mesiac)
- V stupeň 1,82 € (56,42 €/mesiac)
- VI stupeň 2,65 € (82,15 €/mesiac)

Úhrada za obslužné činnosti – ubytovanie:

- byt 1,5 s rozlohou 37,10 m² 149,5130 €/mesiac
- byt 2,3,4 s rozlohou 39,01 m² 157,2103 €/mesiac
- +9,30 €/mesiac ak na jedného obyvateľa pripadá viac ako 16 m²
- +3,10 €/mesiac ak prijímateľ užíva obytnú miestnosť sám
- -15,50 €/mesiac odpočet za meracie zariadenie na odber elektrickej energie

Úhrada za obslužné činnosti – stravovanie:

- Výška celkovej hodnoty stravy 7,60 €/deň/osoba

Po uhradení dohodnutej sumy podľa zmluvy o poskytovaní sociálnych služieb musí klientovi zariadenia zostať najmenej 25% sumy životného minima, tj. 49,52 eura a pri poskytovaní (len) bývania 75 % zo životného minima, tj. 148,56 eura.

² Zástupcovia združení a asociácií poskytovateľov sociálnych služieb a navrhujú navýšenie príspevku v odkázanosti (od 1.1.2016) vo všetkých druhoch pobytových služieb pre odkázaných seniorov z 320 na 400 Eur a taktiež požadujú, aby vyplácanie tohto príspevku garantoval štát (MPSVR SR).

V Rakúsku je výška nákladov na pobyt v zariadení veľmi rozdielna a závisí od mnohých faktorov. Jedným z nich je aj skutočnosť, v ktorej spolkovej krajine sa nachádza a či ide o štátne alebo súkromné zariadenie. Klienti financujú svoj pobyt najmä zo starobného alebo invalidného dôchodku a príspevku na opatrovanie tzv. Pflegegeld, ktorý schválila rakúska vláda v roku 1993 zákonom BGBl. Nr. 110/1993. Finančný príspevok dostávajú všetky osoby odkázané na pomoc inej osoby viac ako 65 hodín mesačne a financuje sa z prostriedkov verejných financií. Ide o paušálny účelovo viazaný príspevok slúžiaci na čiastočnú úhradu nákladov na starostlivosť a sociálne služby. Výmer príspevku závisí od rozsahu potrebnej starostlivosti, ktorý na základe žiadosti posúdi príslušný lekár alebo odborný ošetrovateľ (Allgemeines Zum Pflegegeld, Bundeskanzleramt – Help Redaktion). Ide o sedem stupňov odkázanosti.

Tab. 2 Výška príspevku na starostlivosť AT.

Stupeň odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby	Výška príspevku pri poskytovaní pobytovej sociálnej služby a ambulantnej sociálnej služby/mesiac
I stupeň	154,20 eura
II stupeň	284,30 eura
III stupeň	442,90 eura
IV stupeň	664,30 eura
V stupeň	902,30 eura
VI stupeň	1.260,00 eura
VII stupeň	1.655,80 eura

Zdroj: Spolkový zákon BGBl Nr 866/1993

Okrem dávok dôchodkového poistenia a príspevku na starostlivosť sa na financovanie služieb v zariadení využívajú aj ďalšie príjmy klienta /napríklad nájomné za klientovu nehnuteľnosť a pod./. V prípade, ak príjmy a majetok klienta nestačia na pokrytie nákladov, zvyšná suma sa dopláca v rámci sociálnej pomoci. V každom prípade musí klientovi zariadenia zostať ako vreckové 20 percent dôchodku a 44,30 eura z príspevku na opatrovanie mesačne (Kosten für Alten- und Pflegeheime, Bundeskanzleramt – Help Redaktion). V zariadení v Golse je denná taxa 110 eur a 31 centov, čiže mesačný pobyt vyjde klienta 3419, 61 eur. Táto

suma zahŕňa náklady na bývanie, prevádzku, personál, stravovanie, zaopatrenie a základné vybavenie. V sume nie sú zahrnuté náklady na ďalšie mobilné služby, ktoré zariadenie nemá v ponuke, napríklad činnosť fyzioterapeuta alebo psychológa, ktorá je hradená zo zdravotného poistenia. Ďalšie platby, napríklad poplatok za recept, za služby kaderníka, pedikúru, či za záchranku /20% platí občan/ uhrádzajú klienti z vyššie spomínaného vreckového.

Pre Slovensko je charakteristický verejno-súkromný mix financovania sociálnych služieb. Súčasný systém financovania sociálnych služieb je kombináciou verejnej (štátneho, regionálneho miestneho resp. mestského alebo obecného), poskytovateľskej a prijímateľskej úrovne. Zdroje na vyfinancovanie pobytu jedného klienta v ZSS s celoročným pobytom si vyžadujú participáciu štátu, poskytovateľa i prijímateľa. Skutočné bežné náklady na 1 obyvateľa spomínaného bratislavského zariadenia sa pohybujú mesačne na úrovni 560,67 Eur, pritom skutočné príjmy z úhrad občana na sociálnu službu sa pohybujú na úrovni 211,98 Eur. (Prehľad financovania sociálnych služieb v zariadeniach sociálnych služieb v zriaďovateľskej pôsobnosti hlavného mesta Slovenskej republiky Bratislavy za rok 2014). V zmysle zákona o rodine je neopomenuteľná tiež vyživovacia povinnosť rodinných príslušníkov aj vo forme spolufinancovania sociálnych služieb. Financovanie systému sociálnych služieb sa dnes tematicky dotýka najmä spravodlivého rozdeľovania verejných zdrojov určených na tento účel pri rastúcom dopyte po službách dlhodobej starostlivosti, ako aj spôsobov „vťahovania“ privátnych zdrojov do ich financovania (Bušová, Brichtová a kol., 2010, Bednárík, 2010 a iní).

ZÁVER

Rozdiely, ktoré možno badať medzi dvomi porovnávanými krajinami sú veľké. Pragmatikovi orientovanému na výšku mesačných financií neunikne rozdiel vo výške mesačných nákladov pre jedného klienta zariadenia. Kým mesačný pobyt bratislavského klienta je vyčíslený na 560 Eur, u klienta z Golsu je to 3400 Eur. Treba dodať, že priemerný dôchodok slovenského penzistu sa pohybuje okolo 408 Eur, ten rakúsky je na úrovni 1022 Eur (Koľko dostáva rakúsky dôchodca? ...,

2015). Avšak výška financií nie je jediný, v čom možno badať rozdiel. Pri porovnaní pobytových slovenských a rakúskych sociálnych služieb možno vidieť posun smerom k väčšej miere autonómie rakúskeho klienta - uplatňuje sa princíp dotácie na osobu. Posilňuje sa tým príjem osoby, ktorá je úradne považovaná za osobu vyžadujúcu pomoc ďalšej osoby pri jej opatovaní, a teda je považovaná za odkázanú na sociálnu službu. Príspevok na opatrovanie dostáva rakúsky občan priamo do vlastných rúk a má tak možnosť vyberať si v systéme služieb na základe vlastného rozhodnutia sa pre konkrétny druh sociálnej služby realizovanej v domácom alebo inštitucionálnom prostredí. Takto nastavený systém služieb a príspevkov je v súlade s trendom transformácie, deinštitucionalizácie a posilňovania komunitného princípu služieb.³

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY:

- BEDNÁRIK, R. 2010. Monitoring implementácie zákona o sociálnych službách v obciach a vyšších územných celkoch za obdobie I. polroku 2010. Bratislava: IVPR
 - BUŠOVÁ, B.- BRICHTOVÁ, L.- REPKOVÁ, K.- ZONGOROVÁ, I. 2010. POLICY BRIEF 2. Udržateľné financovanie sociálnych služieb pre starších ľudí – vybrané otázky. [online]. Dostupné na: <http://www.who.sk/wp-content/uploads/2015/08/POLICY-BRIEF-2.pdf>
 - CANGÁR, M.-CANGÁROVÁ, L.- NINCOVÁ, D. 2014. Else a Ema. (Nezávislý život v komunite). Bratislava: RPSP, 2014. 64 s. ISBN 978-80-971604-4-9.
 - CANGÁR, M. 2015. Deinštitucionalizácia- alternatíva pre nezávislý život v integrovanom spoločenstve. Nepublikovaná prednáška pre študentov odboru Sociálna práca, ktorá sa konala 10.11.2015.
 - KRUPA, S. a kol. 2007. Transformácia domovov sociálnych služieb s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie jej obyvateľov. Bratislava: RPSP,
- ³ Témam transformácie, deinštitucionalizácie a komuniných služieb sa venujú viacerí autori, napríklad: Krupa a kol., 2007, Cangár-Cangárová- Nincová, 2014, Cangár, 2015 a iní.

2007, 195s. ISBN 978-80-970004-2-4.

- MPSVR SR. Poskytovanie finančných príspevkov podľa zákona o sociálnych službách. 2015. [online]. Dostupné na internete: <http://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/poskytovanie-financnych-prispevkov/>.
- Bundesgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit während des Aufenthalts in Heimen und anderen Pflege - und Betreuungseinrichtungen (Heimaufenthaltsgesetz - HeimAufG) StF: BGBl. I Nr. 11/2004.
- Bundesgesetz, mit dem ein Pflegegeld eingeführt wird (Bundespflegegeldgesetz — BPGG) StF: BGBl. Nr. 110/1993 (Zákon o príspevku na opatrovanie).
- Bundesgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit während des Aufenthalts in Heimen und anderen Pflege - und Betreuungseinrichtungen (Heimaufenthaltsgesetz - HeimAufG) StF: BGBl. I Nr. 11/2004. (Zákon o pobyte v domovoch).
- FEJEŠ, M. – DUPÁKOVÁ, J. – VELIKÁ, M. 2012. Ako efektívne riadiť zariadenie pre seniorov - Skúsenosti a úvahy troch riaditeľov. Bratislava: SOCIA – nadácia na podporu sociálnych zmien pre Nezávislú platformu Socio Fórum, o. z., 2012. 38 s. ISBN 978-80-969744-3-6.
- Gesamte Rechtsvorschrift für Burgenländisches Altenwohn- und Pflegeheimgesetz LGBl. Nr. 61/1996. Gesetz vom 28. März 1996, mit dem Vorschriften über die stationäre Betreuung alter oder pflegebedürftiger Menschen erlassen werden.
- Koľko dostáva rakúsky dôchodca? Slovák môže ticho závidieť. 2015. [online]. Dostupné na: <http://aktualne.atlas.sk/print.xml?path%5Barticle%5D=kolko-dostava-rakusky-dochodca-slovak-moze-ticho-zavidiet>.
- Prehľad financovania sociálnych služieb v zariadeniach sociálnych služieb v zriaďovateľskej pôsobnosti hlavného mesta Slovenskej republiky Bratislavy za rok 2014. [online].

http://www.bratislava.sk/VismoOnline_ActionScripts/File.ashx?id_org=700000&id_dokumenty=11046709.

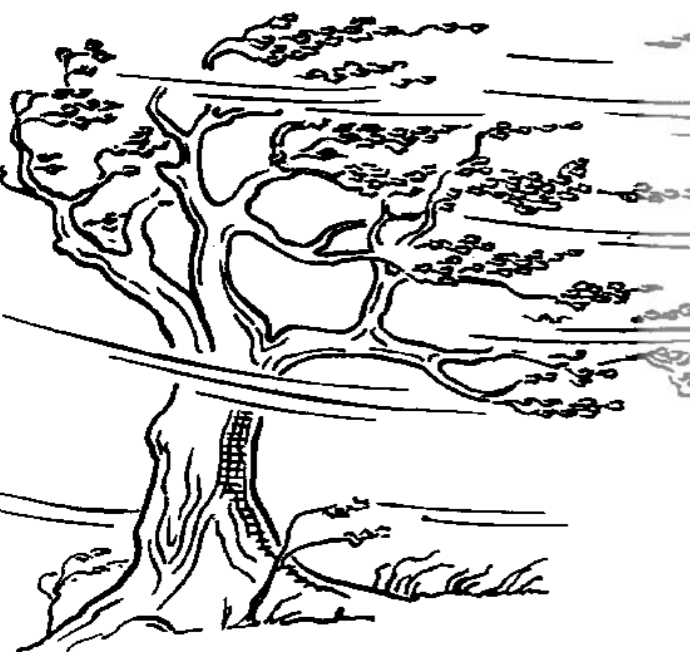
- Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15a BVG übergemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personensamt Anlagen StF: BGBl. Nr. 866/1993.
- Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15a BVG übergemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personensamt Anlagen StF: BGBl. Nr. 866/1993. (Zákon o spoločných opatreniach štátu a spolkových krajín pre ľudí odkázaných na starostlivosť).

- Verordnung der Burgenländischen Landesregierung vom 21. Juli 1998, mit der nähere Regelungen über den Betrieb von Altenwohn- und Pflegeheimen getroffen werden (Burgenländische Altenwohn- und Pflegeheimverordnung) StF: LGBl. Nr. 55/1998.
- Vyhláška 259/2008 Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o podrobnostiach o požiadavkách na vnútorné prostredie budov a o minimálnych požiadavkách na byty nižšieho štandardu a na ubytovacie zariadenia.
- Zákon Národnej rady Slovenskej republiky č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Z. z. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.
- Zákon Národnej rady Slovenskej republiky č. 219/2014o sociálnej práci a o podmienkach na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

KONTAKTNÉ ÚDAJE:

doc. PhDr. Martina Hrozenská, PhD.
Katedra sociálnej práce a sociálnych vied
FSVaZ UKF v Nitre
Kraskova 1, 94974 Nitra
Slovenská republika
e-mail: mhrozenska@ukf.sk

Mgr. Mária Ševčíková,
LOGINTRADE, s.r.o.
Udernicka 11
851 01 Bratislava
Slovenská republika
e-mail: sevcikova.mari@gmail.com



Doc. PhDr. Martina Hrozenská, PhD., pracuje na katedre sociálnej práce a sociálnych vied fakulty sociálnych vied a zdravotníctva Univerzity Konštantína Filozofa v Nitre od roku 2002. Profiluje sa najmä v oblasti sociálnej gerontológie a teórie sociálnej práce. Je autorkou viacerých publikácií s tematikou kvality života osôb vyššieho veku a sociálnej práce so staršími ľuďmi. Je členkou Asociácie vzdelávateľov v sociálnej práci, hosťujúcou členkou Komory sociálnych pracovníkov a asistentov sociálnej práce, členkou Slovenskej Alzheimerovej spoločnosti a Slovenskej gerontologickej spoločnosti.

Mgr. Mária Ševčíková, absolvovala magisterský študijný program v odbore Aplikovaná sociálna práca. Odborne sa venovala témam sociálnej ochrany starších ľudí a systému sociálnych služieb určených pre seniorov. V súčasnosti pôsobí v pozícii personálnej manažérky v komerčnej sfére.

NIEKOĽKO POZNÁMOK

K DLHODOBEJ STAROSTLIVOSTI V SLOVENSKEJ REPUBLIKE

Miroslav Cangár

Ku koncu roka 2014 žilo v Slovenskej republike 5 418 649 obyvateľov, z toho približne 13,54% bolo občanov seniorov nad 65 rokov a 15% osôb so zdravotným postihnutím¹, z ktorých veľká časť potrebuje podporu v bežnom živote. Často táto podpora kombinuje zdravotnú a sociálnu starostlivosť. Vzhľadom na to je potreba prepájania zdravotnej a sociálnej starostlivosti v súčasnej dobe jednou z najaktuálnejších tém v poskytovaní pomoci a podpore viacerých skupín obyvateľov. Zohľadňujúc holistický prístup k podpore osôb odkázaných na rôzne druhy pomoci a podpory je možné konštatovať, že v Slovenskej republike je táto forma podpory vykonávaná len čiastočne, tak v rezorte zdravotníctva ako aj v rezorte sociálnych vecí. Napriek viacerým snahám v minulosti o prípravu legislatívneho riešenia tejto oblasti sa neudiali žiadne zásadné zmeny, ktoré by vytvorili alebo koncepčne navrhli integrovaný systém dlhodobej starostlivosti. V súčasnosti prebiehajú diskusie na úrovni Ministerstva zdravotníctva SR a Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR a snaha o prípravu materiálu, ktorý bude komplexne riešiť túto situáciu. Vyhliadky súčasného stavu poskytovania sociálnej a zdravotnej starostlivosti pre osoby odkázané na dlhodobú starostlivosť nie sú vôbec optimistické aj vzhľadom na výrazne rastúci trend starnutia obyvateľstva v Slovenskej republike, kde sa odhaduje, že v roku 2025 by mal stúpnuť počet osôb starších ako 65 rokov na 1,05 milióna. Zároveň je možné sledovať

¹ Prevalencia zdravotného postihnutia podľa Svetovej zdravotníckej organizácie. V rámci tejto skupiny bol roku 2014 bol počet fyzických osôb s ŤZP odkázaných na opatrovanie približne 60 tisíc.

postupný rastúci trend aj osôb so zdravotným postihnutím. V praxi však často občania odkázaní na dlhodobú starostlivosť pociťujú nedostatočnú koordináciu a medzirezortnú integráciu tejto podpory. Začiatkom novembra 2015 sa v Bratislave stretli odborníci z rezortu zdravotníctva a sociálnych vecí a diskutovali o nastavení adekvátneho a efektívneho systému dlhodobej starostlivosti v rámci Policy Dialog-u Svetovej zdravotníckej organizácie. V rámci tohto stretnutia sa prediskutoval *Návrh Stratégie dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike - prvá verzia materiálu, ktorý je rámcovým podkladom pre rozvinutie celospoločenskej diskusie - vypracovaný Inštitútom zdravotnej politiky MZ SR, čiastočne pripomienkovaný Sekciou zdravia MZ SR a Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny* (ďalej len *Návrh stratégie DS*). V nasledujúcom texte uvediem niekoľko základných poznámok k uvedenému návrhu.

Svetová zdravotnícka organizácia definuje dlhodobú starostlivosť ako poskytovanie zdravotných, sociálnych a osobných služieb na opakovanej alebo kontinuálnej báze osobám s chronickými, telesnými alebo duševnými poruchami. Táto starostlivosť môže byť poskytovaná v inštitucionálnom prostredí alebo domácnosti danej osoby. Služby dlhodobej starostlivosti zahŕňajú symptomatickú a udržiavaciu liečbu, rehabilitáciu a osobnú asistenciu pre osoby všetkých vekových skupín, aj keď v praxi ide najmä o starších ľudí².

² Darina Sedláčková in Repková K. et al. *Dlhodobá starostlivosť o starších ľudí na Slovensku a v Európe (I). Neformálna starostlivosť. Kvalita. 2010. IVPR. Bratislava*

Podľa definície OECD je dlhodobá starostlivosť súborom služieb, ktoré potrebujú osoby závislé na pomoci pri bežných denných činnostiach (ADL, activities of daily living). Takáto personálna pomoc je často poskytovaná v kombinácii so základnými zdravotníckymi službami, akými sú napríklad ošetrovanie rán, manažment bolesti, podávanie liekov, zdravotný monitoring, prevencia, rehabilitácia alebo služby paliatívnej starostlivosti. Tieto potreby dlhodobej starostlivosti vytvárajú, kvôli dlhodobým chronickým stavom, fyzické alebo mentálne postihnutie. Dlhodobá starostlivosť môže zahŕňať rehabilitáciu, základnú zdravotnú starostlivosť, ošetrovanie v domácnosti, sociálnu starostlivosť, bývanie.

Dlhodobú starostlivosť potrebujú predovšetkým ľudia, ktorí majú obmedzenú sebačnosť hlavne v základných sebaobslužných aktivitách a tento stav je trvalý. V podmienkach Slovenska sa v súlade s platnou legislatívou považujú za osoby odkázané na dlhodobú starostlivosť osoby staršie ako 6 - ročné bez uvedenia hornej vekovej hranice, ktoré si podľa stanovených kritérií vyžadujú systematickú pomoc inej osoby v rozsahu minimálne 2 hodiny denne.

Súčasná miesta poskytovania zdravotnej starostlivosti v rámci dlhodobej starostlivosti:

- V domácnosti človeka – ADOS, terénne sociálne služby – opatrovateľská služba a pod.
- V ústavnom zariadení – dom ošetrovateľskej starostlivosti, hospic, zariadenia pre seniorov, špecializované zariadenia, domovy sociálnych služieb a pod.

Poskytovatelia dlhodobej starostlivosti:

- Formálny poskytovateľ – zdravotnícke (ADOS, hospic, dom ošetrovateľskej starostlivosti, psychiatrické nemocnice a liečebne) a sociálne zariadenia (Zariadenia pre seniorov, špecializované zariadenia, domovy sociálnych služieb)
- Neformálny poskytovateľ – príbuzný a opatrojúce osoby – financované cez príspevky

Návrh stratégie DS uvádza ako hlavné nedostatky súčasného poskytovania starostlivosti dlhodobej starostlivosti predovšetkým neexistujúcu koordináciu a integrovaný model

dlhodobej starostlivosti so zapojením všetkých verejných prostriedkov do potrebných intervencií, balansovanie občanov medzi zdravotným a sociálnym systémom, financovanie dlhodobej starostlivosti, absenciu systémového holistického prístupu v dlhodobej starostlivosti a nádväznú nízku kontinuitu rôznych druhov sociálnych a zdravotných služieb pri zhoršovaní zdravia občana, nedostatok komunitných služieb, informačnú asymetriu a limitový výber medzi poskytovateľmi dlhodobej starostlivosti. Zároveň je potrebné zdôrazniť, že napriek deklarácii ľudsko-právneho prístupu v legislatíve sa jeho princípy nedostatočne zavádzajú do praxe.

VÝCHODISKÁ DLHODOBEJ STAROSTLIVOSTI

Prístup orientovaný na človeka vychádza z psychoterapeutických teórií Carla Rogersa, ktorý tvrdí: že človek má sebaaktivačnú schopnosť, ktorej podstatou je snaha uchovávať a rozvíjať vlastnú existenciu, keď má dostatočnú podporu. V zdravotníctve sa tento jeho prístup pretavil do tzv. Patient centred care (ďalej PCC) – Starostlivosť orientovaná na pacienta. Aj Svetová zdravotnícka organizácia pripravuje Globálnu stratégiu pre integrované poskytovanie zdravotníckych služieb orientovaných na človeka. Základom tohto prístupu PCC je podpora aktívnej účasti pacientov a ich rodín pri utváraní zdravotnej starostlivosti a možností individuálneho rozhodovania sa v procese liečenia a starostlivosti. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti rešpektuje a reaguje na individuálne potreby, hodnoty a vedie ich procesom rozhodovania v klinických otázkach.

PCC zohľadňuje 5 základných atribútov:

- Komplexná (holistická) starostlivosť
- Koordinácia a komunikácia
- Podpora a empowerment (zmocňovanie) pacienta
- Dostupnosť
- Autonómia

PCC je primárne o základnom vzdelávaní a výchove pacientov o diagnózach, potencionálnych liečbách a starostlivosti, alebo zdraví. Neznamená to, že pacient dostane čokoľvek, čo chce, ale

dostane dostatočnú podporu a vedenie zo strany poskytovateľov so všetkými potrebnými informáciami o možnostiach, benefitoch a rizikách starostlivosti.

Z hľadiska DZSS je pre nás dôležité vychádzať zo zdefinovania konkrétnych potrieb užívateľov tejto starostlivosti tak, aby sa zohľadnili:

- Diagnóza a zdravotný stav (zdravotná diagnostika)
- Stupeň odkázanosti (je nevyhnutné revidovať a nastaviť jednotný posudkový systém ideálne zohľadňujúci Medzinárodnú klasifikáciu funkčnej schopnosti, dizability a zdravia)

Prístup k dlhodobej starostlivosti by mal vychádzať z orientácie na človeka (pacienta) a mal by byť podmienený nasledovnými:

1. *Aktívna spolupráca s užívateľom/pacientom* – táto podmienka zdôrazňuje dôležitosť a dôstojnosť jednotlivca so špeciálnymi potrebami v spoločnosti.
2. *Objektívnosť* – individuálna starostlivosť má byť založená na presných faktoch, preto sa začína dôsledným mapovaním života a potrieb človeka, jeho súčasných schopností a zručností, ale aj všetkého, čo je pre neho negatívnym a čo vo svojom živote nechce, pokračuje vedením človeka k pomenovaniu svojich cieľov do budúcnosti a k hľadaniu spôsobov, ako ich možno dosiahnuť.
3. *Fungovanie v prostredí* – individuálna starostlivosť by mala byť zameraná na fungovanie prijímateľa v čo najprirodzenejšom prostredí. Vytváranie špeciálnych podmienok pre ľudí so špeciálnymi potrebami je niekedy nutnosťou, ale nemalo by sa to stať bežnou praxou, individuálny prístup smeruje k čo najväčšej integrácii ľudí so špeciálnymi potrebami do spoločnosti.
4. *Komplexnosť* – pokrýva všetky oblasti života klienta – či už v chronologickom slede (minulosť, súčasnosť, budúcnosť) alebo zameranom na jednotlivé oblasti života človeka (fyzická, sociálna, psychická a duchovná). Hľadá prostriedky a cesty k napĺňaniu všetkých užívateľom definovaných potrieb. Súčasťou individuálnej starostlivosti je napr. aj

ošetrovateľský plán, plán rehabilitačný, špeciálno-pedagogický, plán pracovnej rehabilitácie, rizikový plán /jeho súčasťou môže byť plán riešenia krízových situácií a register obmedzení/ a pod.

5. *Koordinovanosť* – pre dosiahnutie cieľov stanovených klientom je nutná spolupráca viacerých odborníkov - vytvorenie multidisciplinárneho tímu. Preto je potrebné, aby sa aktivity a činnosti všetkých odborníkov dôkladne naplánovali a skoordinovali tak, aby smerovali k napĺňaniu hlavného cieľa klienta. Nezanedbateľnou súčasťou kvalitného plánu je podpora neformálnych vzťahov prijímateľa s ľuďmi, ktorí žijú v sociálnom prostredí, do ktorého má klient záujem sa integrovať, títo ľudia môžu byť pre prijímateľa významnejšou oporou ako profesionáli.
6. *Legálnosť* – individuálny plán je legálny dokument, ktorý jasne popisuje, ktoré služby, starostlivosť, aktivity a činnosti budú pacientovi poskytované a kto, kedy a v akom rozsahu ich bude poskytovať. Dodržiavanie týchto naplánovaných činností je veľmi dôležité.
7. *Flexibilita* – individuálna starostlivosť sa musí prispôbovať aktuálnemu stavu pacienta tak, aby napĺňala jeho potreby a bola na čo najlepšej úrovni.

NAVROVANÉ PRINCÍPY DLHODOBEJ STAROSTLIVOSTI

V navrhovanej stratégii DS sa uvádzajú viaceré základné princípy potrebné pre vybudovanie efektívneho systému dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republike. Zavedenie a dodržiavanie týchto princípov v praxi bude veľmi náročné, ale bez ich zavedenia nie je možné predpokladať vytvorenie a implementovanie efektívnej dlhodobej starostlivosti, ktorá bude orientovaná na človeka.

1. *Princíp subsidiarity* – Princíp subsidiarity predpokladá, že občanom budú v závislosti na ich individuálnych potrebách poskytované služby tak, aby mohli čo najdlhšie zotrvať vo svojom prirodzenom prostredí (rodiny, obce, regiónu) a poberať koordinované komunitné a verejne bežne dostupné služby

predovšetkým terénnej a ambulantnej formy, aj v prípade špecializovaných individuálnych potrieb (vysokej miery poskytovanej podpory), a to vrátane zdravotnej starostlivosti v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti v domácom prostredí. Dobre nastavený systém dlhodobej starostlivosti je z hľadiska efektivity vynaložených finančných prostriedkov je nevyhnutná potreba posilňovať komunitné, terénne aj neformálne služby, ktoré vedia často plnohodnotne zastúpiť nákladnejšiu inštitucionálnu starostlivosť.

2. *Jednotný systém posudkovej činnosti* – účastníci Policy Dialogu (uvedeného v úvode článku) sa zhodli na nevyhnutnej potrebe reformy súčasného posudkového systému, tak, aby vznikol jednotný posudkový systém. V rámci diskusie sa hovorilo o tom, aby bol tento systém nezávislý a komplexný. Zároveň sa objavili aj návrhy na vytvorenie samostatného úradu, ktorý by mal v kompetencii posudzovanie a dlhodobú starostlivosť. Jednotný komplexný systém posudzovania odkázanosti, by mal zjednodušiť dostupnosť, flexibilitu a znížiť byrokratickú záťažnosť občanov v ich nároku na potrebnú dlhodobú starostlivosť.

3. *Viaczdrojové financovanie* – je v súčasne nastavenom systéme sociálnej a zdravotnej starostlivosti nevyhnutnosťou. Hlavné zdroje takéhoto modelu financovania by mali byť:

- Príspevok v odkázanosti/podielové dane samospráv
- Úhrady z verejného zdravotného poistenia
- Rozpočet Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR
- Platby občana za DSZS

Jednotlivé zložky financovania by mali zohľadňovať konkrétne druhy dlhodobej starostlivosti a stupne odkázanosti a komplexný posudok na dlhodobú starostlivosť. Okrem toho by mala byť zachovaná aj základná diferencovanosť použitia prostriedkov – jasne evidovaný podiel účelu platieb zvlášť na zdravotné služby a zvlášť na sociálne. Viaczdrojové financovanie by malo zohľadňovať aj

vyššie spomenutý princíp subsidiarity, ktorý by zabezpečoval podporu a rozvoj komunitných služieb.

4. *Kvalita poskytovanej dlhodobej starostlivosti* – musí byť riešená od začiatku vzniku prípadného nového modelu. Štandardy kvality budú presne určovať nevyhnutné podmienky, ktoré musia byť splnené a dodržiavané v dlhodobej starostlivosti tak, aby bola zabezpečená dostatočná kvalita života občanov odkázaných na túto starostlivosť. Je potrebné určiť základné oblasti kvality, nastaviť potrebné kritériá, štandardy a indikátory, tak aby boli orientované na praktický výkon jednotlivých druhov dlhodobej starostlivosti.

5. *Integrovaný informačný systém* – je posledný navrhovaný princíp, ktorý by mal pomôcť k zefektívneniu a zdieľaniu nevyhnutných informácií v rámci dlhodobej starostlivosti. Je potrebné, aby centralizované a dostupné databázy obsahovali minimálne identifikačné údaje žiadateľov o dlhodobú starostlivosť, stav ich žiadosti, základné charakteristiky zdravotného stavu, zdravotno-sociálny posudok, nároky na služby a výkony DSZS, indikatívnu finančnú záťaž a aj prehľad vyplatených príspevkov z titulu OPIOS, invalidných dôchodkov a pod.

Dobre nastavený integrovaný informačný systém zabezpečí zjednodušenie administratívnej a byrokratickej záťaže celého systému dlhodobej starostlivosti a prepojenie medzi jej jednotlivými segmentmi.

Príprava návrhu stratégie dlhodobej starostlivosti je iba vo svojich úplných začiatkoch a v texte som sa snažil zhrnúť pár základných poznámok, ktoré sú dôležité z hľadiska nastavovania systému, ktorý bude orientovaný predovšetkým na ľudí, ktorí sú odkázaní na dlhodobú starostlivosť, a zároveň má tendenciu byť efektívny a účelný.

SUPERVÍZIA ORGANIZÁCIE

JEDNÝM Z NÁSTROJOV ZVYŠOVANIA KVALITY

Ján Gabura

Supervízia sa na Slovensku začala postupne etablovať v sedemdesiatych a osemdesiatych rokoch minulého storočia vo forme nepriamej, skupinovej, prípadovej supervízie v kontexte pomerne búrlivého rozvoja poradenstva a psychoterapie. V otvorených supervíznych skupinách sa stretávali odborníci rôznych pomáhajúcich profesií z rôznych organizácií a pracovísk. Pod silným vplyvom psychoterapeutického inštitútu SUR, ktorý bol orientovaný psychodynamicky, prevládajúci typ supervízie predstavovali na vzťahy orientované balintovské skupiny. Koncom osemdesiatych rokov sme na Slovensku pripravili široko koncipovaný projekt výcviku v balintovskej supervízii, ktorého sa pod vedením M. Rhode, J. Skálu a J. Růžičku zúčastnilo vyše sto frekventantov. Pre balintovskú supervíziu nebola organizácia supervidanta centrálnou témou, preto nebola pri supervíznej práci príliš preferovaná.

Postupne, ako sa supervízia stávala súčasťou organizačnej kultúry osvietených organizácií a zariadení, sme pri praktickej realizácii prípadovej supervízie čoraz častejšie narážali na problémy limitované organizáciou (kultúra organizácie, strategické ciele, jej organizačná štruktúra, systém riadenia, zafinancované procesy, spôsoby komunikácie a riešenia problémov, rozvoj pracovníkov atď.). Menili sa aj formy supervíznej práce, začali sme častejšie pracovať s homogénnymi skupinami z jedného pracoviska, kde väčšinou úvodnou témou účastníkov boli nespokojnosti s vlastným pracoviskom či jeho vedením. Vytváral sa čoraz väčší priestor pre možnosti zapojenia organizácie do procesu supervízie, pretože všetci účastníci pracovali v rovnakom zariadení. Keď sa nám podarilo presadiť supervíziu do sociálnych zákonov (zákon o sociálnych službách



a zákon o sociálno-právnej ochrane) stala sa supervízia zákonnou a záväznou súčasťou práce predmetných sociálnych organizácií. Tieto kroky ešte viac otvorili cestu zapojenia organizácie do supervíznych procesov.

Po rokoch rozvoja supervízie na Slovensku stále ostáva otvorenou otázkou, aké sú predstavy vedúcich pracovníkov, pracovníkov i supervízorov o supervízii, v čom sa predstavy a očakávania jednotlivých aktérov supervízie zhodujú a v čom odlišujú, aké sú možnosti dosiahnuť v tejto oblasti rámcový konsenzus. Havrdová (2011) píše o nekonzistentnosti a rozmazanosti pojmu supervízia aj v odborných kruhoch, pojem supervízia sa využíva v rôznych významoch a hranice tohto pojmu sú veľmi difúzne. Pre odberateľov supervízie ako produktu je bazálnym problémom miera a kvalita informovanosti o supervízii. Napríklad niektorí vedúci pracovníci pomáhajúcich organizácií stále za supervíziu považujú určitý typ pracovnej porady, štruktúrovaný

kritický rozhovor s pracovníkmi, spôsob exter-
ného presadenia záujmov vedenia, formálne
stretnutie naplňajúce literu zákona, lacnú formu
personálneho auditu, prípravu pracovníkov na
nepopulárne zmeny, formu externej odbornej
kontroly atď. Pracovníci zase často považujú su-
pervíziu za manipulatívny a ohrozujúci nástroj
vedenia organizácie. Najmä ak nie sú aktívne
zapojení do procesu prípravy supervízie, nedo-
stanú príležitosť prezentovať svoje očakávania
a potreby, nemôžu navrhovať formu supervízie,
jej tému a vybrať si supervízora. V takejto situácii
často na supervíziu i supervízora reagujú aktív-
nym či pasívnym odporom, vyvolaným nezna-
losťou, neistotou a obavami. Supervízia je často
vnímaná pracovníkmi ako forma jednostranne
kritickej kontroly, pracovníci sa obávajú ohro-
zenia svojho profesionálneho statusu, domnievajú
sa, že výsledky supervízie môže vedenie orga-
nizácie zneužiť na personálne zmeny či zmeny
v odmeňovaní. Zvyčajne absentuje relevantná
informácia, že supervízia by mala byť primárne
podporná, témou supervízie môže byť „bežná“
odborná práca s klientom (nemusí sa formulo-
vať problém ani zlyhanie), supervidovaní nedo-
stávajú informáciu o tom, že supervízor bez ich
súhlasu nemôže zverejňovať konkrétne obsahy
stretnutí.

Prístup k supervízii môže ovplyvniť aj prvá
skúsenosť zo stretnutia so supervízorom, ktorá
môže byť stimulujúca, ale na druhej strane aj
nepodnetná, prípadne traumatizujúca. Bizarné
predstavy o supervízii majú i niektorí supervízo-
ri, ktorí realizujú supervíziu ako službu vedeniu
organizácie, porušujú zásadu mlčanlivosti, pod
hlavičkou supervízie robia iné činnosti, naprí-
klad personálny audit, hodnotenia využívané pri
prepúšťaní pracovníkov atď. Za týmito posunmi
najčastejšie objavujeme rôzne motívy, môže to
byť moc, peniaze, ale aj neschopnosť asertívne
komunikovať hranice medzi organizáciou a su-
pervízorom či etické normy.

Havrdová a Hajný (2008) rozoznávajú **super-
víziu mimo organizácie a v organizácii**. Super-
vízia v organizácii využíva rôzne, často výrazne
odlišné formy a môže mať aj rôzne zameranie.
Riadiaca supervízia využívaná najmä v USA je su-
pervízia v organizácii, ktorú vedie priamy riadiaci
pracovník, aby pomohol optimalizovať proces
práce s klientom a minimalizovať neprímerané

postupy či intervencie, ktoré by mohli klienta
poškodiť, a zároveň spustiť súdne procesy. In-
terná supervízia v organizácii realizovaná vy-
školeným pracovníkom organizácie je väčšinou
centrovaná na prípadovú prácu. Neodporúča
sa, aby interný supervízor zabezpečoval super-
víziu organizácie, pretože je jej priamou súčas-
ťou. Vstupoval by do supervízie s vedomou či
nevedomou sieťou vzťahov a zážitkov s konkrét-
nymi ľuďmi, čo by mu mohlo komplikovať po-
trebný odstup. **Externá supervízia môže byť
zameraná na prácu s klientom (pacientom),
na prácu s tímom (supervízia tímu), na prácu
s vedením organizácie alebo na supervíziu
celej organizácie.**

V ďalšej časti nášho príspevku sa budeme zao-
berať iba prienikmi pojmov organizácia a super-
vízia s možnými rizikami, ktoré v tomto kontexte
identifikujeme. Jedno z najčastejšie prezentova-
ných rizík supervízie v organizácii spočíva v tom,
že supervíziu a supervízora objednáva a pla-
tí vedenie organizácie, ale na druhej strane je
predpokladom efektívnej supervízie nezávislosť,
neustrannosť a neutralita supervízora. Jedným
z najväčších rizík je, ak príliš autokratické vede-
nie organizácie bez diskusie s pracovníkmi urču-
je tému supervízie, vyberá konkrétneho super-
vízora, limituje dĺžku stretnutí aj ich frekvenciu
a navyše často vyžaduje po ukončení supervízie
príliš detailnú (niekedy vopred štruktúrovanú)
písomnú spätnú väzbu o účastníkoch superví-
zie. V poslednom čase som videl supervízorom
spracované profesionálne i „osobnostné“ profily
účastníkov supervízie, ktoré boli vypracované
a distribuované bez ich vedomia. Mali by sme
jednoznačne diferencovať medzi supervíziou
a personálnym auditom (navyše personálny
audit býva transparentný, pracovníci vedia, že
sú hodnotení). Na jednej strane chápem, že po-
dobné kontrakty sú do značnej miery atraktívne
pre vedenie (ktoré chce niečo za svoje peniaze)
i pre supervízora, ktorý môže z tejto situácie
profitovať nie len finančne. Na druhej strane
chápem komplikovanú pozíciu supervízora,
ktorý odoláva manipuláciám vedenia organizá-
cie, a zároveň si musí dávať pozor, aby sa nestal
spojencom pracovníkov proti vedeniu (hrozia aj
riziká protiprenosu). Rozhodnutie supervízora,
za akých podmienok bude robiť supervíziu, nie
je vždy jednoduché, najmä ak sa supervíziou

živí. Ukazuje sa potreba širokej odbornej disku-
sie o hraniciach supervízie a hľadania možností
neinštitucionálnej kontroly dodržiavania etic-
kých noriem v supervízii.

Ďalším problémom supervízie v organizácii
je nevhodná prezentácia supervízie vedením,
pracovníci nepoznajú filozofiu implementá-
cie supervízie v ich organizácii, nevedia, čo by
mala priniesť supervízia ich organizácii, tímom,
pracovníkom i klientom. Ak chýbajú relevantné
informácie o supervízii, vytvára sa podhubie pre
fámy, polopравdy a falošných expertov. Takáto
situácia môže veľmi skomplikovať snahu o za-
vedenie systému supervízie v organizácii. Veľmi
významná je preto fáza prípravy zavedenia su-
pervízie v organizácii, ujasnenie si cieľov super-
vízie, motivačná prezentácia supervízie vedením
a účasť samotného vedenia na supervíziách.

Účasť vedenia na supervíziách je často dis-
kutovaným problémom. Najčastejšie sa stretá-
vame s tým, že vedenie sa odmieta zúčastňovať
supervízie s odôvodnením, že pracovníci potre-
bujú na seba pracovať a rozvíjať svoj potenciál,
ale vedenie na to nemá čas. Tento postoj vytvára
priepešť medzi vedením a pracovníkmi a často
stimuluje recipročnú reakciu pracovníkov, ktorí
prehlasujú, že oni vedia čo majú robiť a super-
víziu potrebuje vedenie. Takáto východisková
situácia komplikuje prácu supervízora a vytvára
dilemu, ako pracovať s objednávkou vedenia,
ak sa vedenie supervízie nezúčastňuje. Z tohto
dôvodu je užitočné, ak sa supervízie zúčastňuje
vedúci i výkonní pracovníci. Otvorenou ostáva
otázka či vedenie a pracovníci by mali byť
v spoločných skupinách. Tam, kde kultúra or-
ganizácie na to vytvára podmienky (najmä kde
dominuje vzťahová kultúra), sú efektívne hete-
rogénne supervízne skupiny, v ktorých spolu-
pracujú spoločne výkonní pracovníci s vedením.
Najčastejšie sa tento typ supervízie uplatňuje
v malých horizontálne štruktúrovaných orga-
nizáciách (napríklad niektoré mimovládne or-
ganizácie). Situácia spoločnej účasti vedenia
a pracovníkov na supervízii však kladie zvýšené
nároky na supervízora. V organizáciách, kde sú
bariéry medzi jednotlivými úrovňami vedenia,
kde nie sú vytvorené predpoklady pre vzájom-
nú otvorenú komunikáciu, absentuje dôvera, je
užitočné začať s oddelenou supervíziou. Nieke-
dy sa stretávame s požiadavkou vedenia, aby

sa vedúci pracovník mohol zúčastniť supervízie
ako pozorovateľ. V tejto situácii je potrebné po-
núknúť vedúcemu pracovníkovi aktívnu účasť
a vysvetliť mu, že jeho rola pozorovateľa by
mohla byť brzdou pre ostatných pracovníkov.
S účasťou vedúceho by v optimálnom prípade
mala súhlasiť supervízna skupina (minimálne
by o jeho účasti mala byť informovaná). V prí-
pade účasti vedúceho pracovníka na supervízii
by mal byť supervízor pripravený ustrážiť, aby
vedúci pracovník mocensky nezasahoval do
procesu supervízie.

O riziku jednostranného výberu supervízora
vedením sme sa už zmienili. Riziká však môže-
me identifikovať aj pri výbere supervízora pra-
covníkmi. V rámci supersupervízie som stretol
supervízora, ktorý mal veľmi pozitívne hodno-
tenia od supervidovaných pracovníkov ale spo-
ločne sme zistili, že pri počiatkových neistotách
si supervízor so skupinou našli špecifický scenár
fungovania. Supervízor im rozprával zaujímavé
príhody zo svojej práce, stretnutie obohatili ana-
lyzou politickej situácie a okorenili rozprávaním
vtipov. Tento scenár praktizovali takmer rok. Pra-
covníci môžu pri výbere supervízora preferovať
známych, „neohrozujúcich“ ľudí, aby minimali-
zovali pocity neistoty a obáv.

Pri supervízii v organizácii sa často stretáva-
me s tým, že organizačné zabezpečenie super-
vízie využíva homogénne supervízne skupiny
z hľadiska profesionálnej štruktúry. Najčastejšie
samostatné skupiny tvoria vedúci pracovníci,
sociálni pracovníci, zdravotnícky personál, psy-
chológovia, pedagogickí pracovníci atď. Profesi-
onálne homogénne skupiny môžu byť užitočné
pri začiatkoch supervízie, ale ich nevýhodou je,
že v supervízii sa často objavuje téma ich vzá-
jomnej spolupráce či konfliktov, ktorú ťažko
riešiť iba s jednou profesiou. Pre organizáciu je
efektívnejšie postupne pracovať s profesionálne
heterogénnymi skupinami, čo umožňuje viacdi-
menzionálny pohľad na prezentovanú situáciu
a druhotným ziskom býva lepšie vzájomné po-
chopenie práce a kompetencií rôznych profes-
ionálnych skupín v organizácii, ktoré je predpo-
kladom kvalitnejšej spolupráce a minimalizácie
sporov.

Špecifickou formou supervízie je **supervízia
celej organizácie**, cieľom ktorej je zmapovať
aktuálnu situáciu v organizácii a identifikovať

efektívne zmeny riadenia, procesov či personálnej práce. Argumentom pre využívanie supervízie organizácie boli skúsenosti, že v rámci prípadovej supervízie pracovníci získali mnohé užitočné poznatky, postupy, techniky, ktoré im však aktuálna kultúra v organizácii neumožnila aktívne využiť. Pracovníci teda mali nové poznatky, boli motivovaní ich využiť v svojej práci, ale bariéry v organizácii blokovali ich praktické využitie. Aj z tohto dôvodu stále častejšie sa pokúšam zapájať do supervízie celú organizáciu.

Pri supervízii organizácie je užitočné, aby sa do supervízie zapojili všetky úrovne štruktúry organizácie, vedenie organizácie, odborní pracovníci, podporní pracovníci. Najmä v menších organizáciách do sto pracovníkov možno do supervízie organizácie aktívne zapojiť všetkých pracovníkov. Vo väčších organizáciách môžeme pracovať s reprezentantmi jednotlivých úrovní alebo s fókusovými skupinami.

Pri supervízii organizácie spravidla vytvárame heterogénne supervízne skupiny z hľadiska profesie.

Prvým krokom supervízie organizácie je, aby supervízor spolu s vedením a pracovníkmi analyzoval aktuálnu situáciu v organizácii, identifikoval jej silné stránky a rezervy. Jednou z hlavných tém je potreba efektívnej zmeny v konkrétnych oblastiach fungovania organizácie. S pomocou pracovníkov

supervízor zisťuje centrálnu filozofiu organizácie, miesto klienta a pracovníka v organizácii, nastavenie procesov riadenia a kontroly, monitoruje podmienky práce, programy rozvoja pracovníkov, využívanie potenciálu pracovníkov. Supervízor môže v tejto etape využiť aktuálne diagnostické pomôcky (test aktuálnej a očakávanej firemnej kultúry, SWOT analýzu, Delfskú metódu atď.).

Následne hľadajú pracovníci v heterogénnych skupinách možnosti optimalizácie vlastnej organizácie, identifikujú konkrétne kroky naplnenia vlastných cieľov a formulujú akčný plán navrhovaných zmien. Spoločne vytvorené ciele, participatívna stratégia ich naplnenia, zainteresovanosť na ich realizácii je významným motivačným faktorom aktívne prijatia zmien.

Následné supervízne stretnutia monitorujú priebeh realizácie zmien.

Súčasná prax supervízie ukazuje, že aktívne či pasívne zapojenie organizácie do supervízie zefektívňuje výsledné zisky, ale prináša i možné problémy, ktoré sa musíme snažiť účinne riešiť.

POUŽITÁ LITERATÚRA:

- Havrdová, Z. 2011. Kultura organizace a supervize ve vzájemném působení. Praha: FHS UK Praha. ISBN 9788087398142
- Havrdová, Z. – Hajný, M. 2008. Praktická supervize. Praha: Galén. ISBN 9788072626321

Prof. PhDr. Jan Gabura, CSc. – zakladateľ sociálnej práce na Slovensku, v súčasnosti člen Katedry sociálnej práce UKF v Nitre. Popri celoživotnej akademicko-kariére na Univerzite Komenského v Bratislave pôsobil aj ako psychoterapeut v Predmanželskej a manželskej poradni, absolvoval aj rogeriánsku psychoterapiu, eriksonovskú hypnózu, pričom aj v súčasnosti pôsobí ako psychoterapeut aj ako supervízor v psychodynamicko-psychotherapii.



Zdroj: Centrum včasnej intervencie, Bratislava

Kolegovia z Nadácie SOCIA v spolupráci s viacerými odborníkmi vydali v uplynulom roku hneď niekoľko užitočných krátkych knižiek, ktoré je dobré poznať. O krátky vhlad sme preto požiadali našu spolupracovníčku a priateľku Máriu Machajdiovú.

Koncom roka 2015 sa nám v nadácii SOCIA spolu s našimi spolupracovníkmi podarilo pripraviť niekoľko menších publikácií. Tri z nich sú praktickými sprievodcami a veríme, že vzhľadom na to, že sú voľne dostupné na našich stránkach, poslúžia, čo možno najväčšiemu počtu odborníkov ale aj bežných ľudí.

Špeciálna knižka, z ktorej máme veľkú radosť, nie je našim dielom. Autorom je Jaroslav Koleda, obyvateľ Domova sociálnych služieb Slatinka v Lučenci. Ide o jeho osobnú výpoveď a súčasť individuálneho plánu, preto si ju nemôžeme dovoliť v celom rozsahu zverejniť na webe, ale ponúkame Vám nahliadnutie a veríme, že poslúži na inšpiráciu.



SPŔSOBILOŠŤ NA PRÁVNE ÚKONY CESTA K SAMOSTATNOSTI A NEZÁVISLOSTI

http://www.socia.sk/wp-content/uploads/2015/12/manual_web.pdf

Publikáciu sme pripravili v spolupráci s právnikmi Marošom Matiaškom, Vladimírom Volčkom a Ivanom Humeníkom. V tejto príručke, ktorá je určená najmä sociálnym pracovníkom a podporovateľom ľudí, ktorí sú pozbavení alebo obmedzení svojej právnej spôsobilosti, nájdete vysvetlenia pojmom, presný popis postupu, ale aj praktické rady a upozornenia. V prílohe sa nachádzajú aj návrhy na formálne žiadosti.



POTREBUJEM POMOC, ČO MÁM ROBIŤ

http://www.socia.sk/wp-content/uploads/2015/11/potrebujem-pomoc_web.pdf

Na jeseň sme aktualizovali a doplnili brožúru SocioFóra: Potrebujem pomoc, čo mám robiť? Brožúra ponúka niekoľko dobrých rád pre seniorov a osoby so zdravotným postihnutím ako postupovať podľa zákona (prevažne o sociálnych službách) ak potrebujú nejakú formu pomoci. Údaje v brožúre sú aktualizované k októbru 2015.



PLÁNY ÚČASTI A SKÚSENOSTI

http://www.socia.sk/wp-content/uploads/2016/02/Plan-ucasti_WEB.pdf

Plán účasti a skúsenosti je jeden z nástrojov individuálneho plánovania, ktorý zabezpečuje a rozvíja kvalitu a zmysel života pre dospelých ľudí s kombinovaným alebo ťažkým postihnutím v zariadeniach sociálnych služieb. Za vznikom stoja nórski odborníci Knut Slåtta a Erlend Ellefsen, ktorí sa dlhé roky venujú práci s ľuďmi s kombinovaným postihnutím. Sme radi, že môžeme takouto formou rozšíriť ponuku nástrojov pre individuálne plánovanie.

Maria Machajdiová



JARKO TO SOM JA

Keď niekto spomenie ľahko čitateľné texty, ktoré sú určené ľuďom so špecifickými potrebami, ako prvý mi napadne Saint-Exupéry a jeho Malý Princ. Útla knižka plná obrázkov, jednoduchých, ale o to múdrejších, slov. Malý princ je knižka, ktorá mnohým ľuďom pomohla zorientovať sa v živote. Knižka plná životných múdrostí, o tom, že dôležité veci sú viditeľné srdcom a nie očami, a o mnohých ďalších nádherných myšlienkach, ktoré sú s nami už desiatky rokov.

Táto knižka má podobné poslanstvo. Pomôcť sa zorientovať v komplikovanom živote. Neorientuje

sa na mnohých ľudí, len na jedného mladého muža, Jarka. Je to kniha, ktorá sa tvorila s ním, o ňom a pre neho. Ide o ľahko čitateľný text tvorený pomocou Jarkových kresieb, ktoré vznikli v rámci nadväzovania alternatívnej komunikácie. Kresby sú výsledkom spoločného hľadania jeho spomienok na detstvo, dôležité udalosti a medzníky života, jeho záujmov, snov a plánov do budúcnosti.

Saint-Exupéry v úvode Malého princa opisuje, ako sa chcel stať slávnym maliarom, ale dospeli ho od toho odhovorili. Jarkovi želám ešte veľa krásnych obrázkov, tolerantných dospelých, ale najmä, aby sa s pomocou tejto malej knižky jeho veľké sny stali skutočnosťou.

Denisa Nincová



Vychovali ma tety zo Slatinky. V kaštieli na Slatinke som žil do svojich 36 rokov. Prišiel som ako 7 ročný. Z detstva si rád spomínam na Betku a Gitku, moje obľúbené sestričky, ktoré ma vychovali. Dnes sú už na dôchodku.



Sťahovanie do podporovaného bývania. Do zariadenia podporovaného bývania som sa presťahoval v roku 2014. Svoje veci som si preniesol na veľkom aute.

So spolužiačkami Nikou a Dankou v umeleckej škole. V škole mám kamarátov. Na obrázku som s kamarátkami Nikou a Dankou.



V mojej práci v kozmetickom salóne. Mám prácu, do ktorej chodievam upratať. Upratujem kozmetický salón v meste. Teta kozmetička, ktorej salón patrí, je moja kamarátka.

KNIHY DO POZORNOSTI

V rámci výstupov Národného projektu „Podpora procesu deinštitucionalizácie a transformácie systému sociálnych služieb“ vyšlo niekoľko zaujímavých odborných publikácií. Ponúkame výber z nich. Ide o 3 odborné metodiky, ktoré pokrývajú najdôležitejšie oblasti v prechode z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť – oblasť sociálnych služieb, fyzického prostredia a podporovaného zamestnávania. Štvrtá z kníh sa venuje téme podmienok kvality sociálnych služieb v komunite.

Význam podmienok kvality sociálnych služieb v procese transformácie a deinštitucionalizácie

Miroslav Cangár, Slavomír Krupa (2015)

Tvorba inkluzívneho prostredia v procese deinštitucionalizácie

Kolektív autorov (2015)

Podporované zamestnávanie v procese prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť

Kolektív autorov (2015)

Riadenie a manažment prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť

Kolektív autorov (2015)

V najbližšom čase budú elektronické verzie týchto ale aj ďalších publikácií zverejnené na internetovej stránke Implementačnej agentúry MPSVR SR. V prípade vášho záujmu o tlačенú podobu niektorej z kníh sa obráťte priamo na vyššie uvedenú organizáciu.

