

INTEGRÁCIA



Interdisciplinárny odborný časopis o inováciách riešení nepriaznivých sociálnych situácií občanov | Číslo 3-4 / 2017. Ročník 27. December 2017

***Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím –
všeobecný komentár k článku 19:
Žiť nezávisle a byť začlenený do komunity***

Ako sa dajú robiť zmeny v praxi

***„Ako môžeme dosiahnuť,
aby proces sociálnych zmien dostal zelenú?“
Výstupy z našej októbrovej konferencie***

Občianstvo a zvládanie každodenného života

Obsah

- 3 Editoriál
- 5 Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím –
Všeobecný komentár k článku 19:
Žiť nezávisle a byť začlenený do komunity
- 25 Snažím sa o to, aby som si chránil, vážil a rozvíjal to,
čo považujem v mojom živote za najdôležitejšie /
rozhovor
- 36 Uvažovali sme o transformácii sociálnych služieb
a vždy sme sa dopíňali / Soňa Holúbková
- 37 Slavoj / Lýdia Brychtová
- 38 Vždy otvorené dvere riaditeľne / Marek Roháček
- 39 Stretnutia s veľkým človekom / Iveta Mišová
- 41 Všetci sme si rovní / Anna Chalachanová
- 42 Ako sa dajú robiť zmeny v praxi / Miroslav Cangár
- 61 Výstupy konferencie
- 64 Občianstvo a zvládanie každodenného života
/ Lucia Cangárová

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, PhD.

PhDr. Soňa Holúbková,

Mgr. Eva Krššáková,

Doc. PhDr. Slavomír Krupa Phd., – odborný garant

PhDr. Judita Varcholová.

GRAFICKÁ ÚPRAVA:

Juraj Mrocek

TLAČ:

Copygraf s.r.o., Domkárska 15, 821 05 Bratislava

OBJEDNÁVKY ZASIELAJTE NA ADRESU:

Rada pre poradenstvo

v sociálnej práci, Františkánska 2,

811 01 Bratislava.

Časopis Integrácia je zapísaný v zozname periodickej
tlač MK SR, pod ev. číslom 4432/11.

Cena výtlačku: 4 €.

Elektronické predplatné: 1,5 €.

Fotka titulnej strany: archív RPSP

Časopis Integrácia (3-4/2017)
vyšiel za finančnej podpory MPSVaR.

ISSN 1336-2011

Premýšľala som, aké veľmi vzácne sú pre mnohých ľudí drahokamy. Zaujímajú sa o ne, ich krásu, lesk, farbu, výnimočnosť, vnímajú ich ako súčasť dokonalosti vo svete. Študujú ich vlastnosti, hodnotu. Čítajú si príbehy spojené s nimi, niektorí dokonca veria v ich liečivé účinky. Sú ochotní zaplatiť značnú sumu za ich získanie. Ozdobujú sa nimi, niekedy možno majú pocit, akoby samotná prítomnosť drahokamu vo forme šperku alebo doplnku bola nielen ozdobou ale pridávala snáď i hodnotu človeka, ktorý ich nosí.

Ktovie či niekedy uvažujeme o tom, aký drahokam je človek, ktorý ide okolo mňa. Že my sami sme ešte oveľa vzácnejšie, neopakovateľné drahokamy s nevyčísliteľnou hodnotou, s ohromnými životnými príbehmi, pričom najvulnerablejšiu a najväčšiu hodnotu ľudských drahokamov nie je možné očami ani vidieť. Niekedy je krása ľudského drahokamu ťažko viditeľná pre rôzne životné „obaly“, ktoré ju zakrývajú. Tieto obaly ju však môžu len zakryť, nie zobrať túto hodnotu. Občas je potrebné obal odkryť, prípadne drahokam vybrúsiť. Brúsenie v živote je náročný proces, ktorý určite všetci nejakým spôsobom zažívame, ale podobne ako u drahokamov, maximalizuje našu hodnotu. Pri brúsení drahokamov sa používa kombinácia prístrojového brúsenia a ručného, pričom ručne brúsené drahokamy majú väčšiu hodnotu ako brúsené prístrojom. Vyučený brusič sa stane majstrom až po 5-20 rokoch zbierania skúseností.



Som vďačná, že som počas svojho života mala pri sebe ľudí, ktorí mi pomáhali vidieť hodnotu všetkých ľudských drahokamov nezávisle na tom, či krásne žiaria, sú v obaloch alebo v procese brúsenia. Títo ľudia boli pre mňa moji majstri brúsenia a som im veľmi vďačná za všetko úsilie i trpezlivosť pri formovaní mňa i okolitého sveta. Boli to moji rodičia, ktorí odmalička vstúpili do nás úctu a lásku k druhým. Je to aj moja súčasná rodina, v ktorej môžem denne preverovať, či to k čomu sa hlásim, viem aj žiť :). No snažím sa a po pádoch opäť vstávam. Okrem mojich rodičov a mojej súčasnej rodiny, to je aj moja rodina profesionálna.

Môj „profesionálny otec“ je Slavoj Krupa (snáď nevadí, že si ho dovoľujem tak nazvať, ale roky to tak vnútri cítim). Oslovila ma hneď jeho prvá prednáška na vysokej škole, kedy som konečne počula potvrdenie toho, čo som vnútri cítila. S veľkou horlivosťou vyzdvihnutú hodnotu a dôstojnosť tých ľudských drahokamov, u ktorých niekedy spoločnosť poukazuje iba na obal, kvôli ktorému nemôžu zažiť. Možno je to obal, do ktorého ich často obalili iní, prípadne ich životné podmienky, v ktorých nemôžu uplatniť svoje dary. Alebo ich výnimočnosť nazvali „odchýlka od normy“ a vnímajú ju nie ako niečo zaujímavé, vzácne, ale ako niečo čo treba prerobiť. Slavoj Krupa nielen že pozdvihoval veľkosť ľudských drahokamov, ale aj pomenovával, ako je potrebné zmeniť podmienky

v spoločnosti, aby mohli títo ľudia uplatniť svoje dary, schopnosti. Som vďačná, že som následne mohla pracovať v Rade pre poradenstvo v sociálnej práci najprv ako dobrovoľník, potom ako zamestnanec. Veľmi veľa som sa tu naučila a tu sa sformovala aj moja profesionálna cesta i osobnosť. Dozvedela som sa o kvalite sociálnych služieb, ako ju vnímať a rozvíjať v súlade s právami a potrebami užívateľov služby a všetkými zainteresovanými subjektmi (rodinou užívateľov, poskytovateľmi služieb, relevantnými organizáciami...). Formácia a (spolu)práca s Radou mi umožnila poznať rozdiely v kvalite života užívateľov služieb žijúcich v bežnom živote v komunite a ľudí žijúcich v inštitúcii. Učím sa ako podporovať procesy zmeny smerom k inkluzívnejšej spoločnosti, ako budovať služby, ktoré napomáhajú plnohodnotnému životu v komunite pre ľudské drahokamy, ktoré stoja niekedy na okraji spoločnosti.

Som vďačná za hĺbku poznania, za prehĺbenie v láske k ľuďom, ktoré mi priniesla práca so Slavojom Krupom a Radou pre poradenstvo v sociálnej práci.

Narodenie nášho syna Ondrejka – tiež jedného veľmi originálneho drahokamu, bolo pre mňa potvrdením toho, že oblasť práce s ľuďmi so zdravotným znevýhodnením je mojím osobným aj profesionálnym smerom, ktorým sa budem uberať.

Pri narodení Ondrejka sme dostali od Slavoj Krupu krásny povzbudivý list, ktorý je mojím celoživotným povzbudením. Písal o veľkej hodnote nášho syna, ktorú mu nik a nič nevezme a že budú stáť pri nás. Nezostalo len pri liste, ale bolo a stále je veľa povzbudení a konkrétnych činov, ktorými nám i ľuďom s podobným osudom táto moja profesionálna rodina (všetci kolegovia z Rady pre poradenstvo v sociálnej práci) pomáhajú – či už v oblasti prijatia, rozvoja a podpory pri napĺňaní našich životných úloh a výziev. Stoja pri nás a podporujú vytváranie príležitosti na spoločné vzdelávanie v bežných školách, podporujú prechod zo školy do práce a podporujú aj začlenenie do pracovného a spoločenského života. Okrem „profesionálneho otca“ a ostatných kolegov z Rady, ktorí majú vždy o nás záujem a ochotou nám pomôcť, som dostala aj „profesionálnu mamu“ Soničku Holúbkovú, ktorá pracuje pre dobro a posuny v živote mnohých ľudí aj na Orave, kde pomáha

našej svojpomocnej skupine zaradiť naše deti do bežného školského, pracovného a spoločenského života v komunite.

Dostali sme veľa, často si skôr kladiem otázku čo dávam Rade ja, keď som toľko dostala. Verím, že aspoň to, že sa usilujeme žiť na napĺňať našu spoločnú víziu – vplývať na zmenu spoločnosti za účelom podpory ľudskej a občianskej dôstojnosti ľudí, ktorí sú napriek nepriazni zdravotného stavu, alebo svojmu vyššiemu veku(vlastne celému životu prežitému pre iných) skutočné poklady našej spoločnosti.

Aj Vám všetkým zo srdca prajem dobrú podporu na ceste životom. Verím, že určitým povzbudením vám bude aj toto číslo nášho časopisu Integrácia. V tomto čísle vám chceme priniesť témy, ktoré sa tiež dotýkajú ľudských drahokamov žijúcich často v neľahkých podmienkach. Dočítate sa o všeobecnom komentári k článku 19 Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím. Postupné napĺňanie tohto dohovoru vytvára dôstojnejšie podmienky a reálne príležitosti pre život týchto ľudí. Nájdete tu tiež článok o štartovaní procesu DI u nás a prinášame vám aj malý prehľad aktuálneho diania v Rade a sumár z panelov odbornej konferencie, ktorú v októbri 2017 organizovala Rada pre poradenstvo v sociálnej práci na aktuálne témy v sociálnej oblasti.

Toto číslo Integrácie je tiež našim poďakovaním, že svet dostal Slavoj Krupu, z ktorého sa stal výnimočný majster brusič ľudských drahokamov a tvorca dôstojnejších podmienok pre plnohodnotný život ľudí so zdravotným znevýhodnením. Viacerí odborníci zo sociálnej oblasti sa na týchto stránkach podelili s ich spoločnou odbornou a osobnou cestou: Tiež je toto číslo Integrácie určitou bilanciou a vďakou za činnosť Rady pre poradenstvo v sociálnej práci, ktorá v spolupráci s mnohými odborníkmi či laikmi a organizáciami pomáha zlepšovať podmienky života ľudí už 26 rokov.

V čase kedy končí jeden rok a začína nový, si prajme a vyprosme srdce čisté a vďačné za svoju hodnotu a srdce ochotné nechať sa obohatiť hodnotou ľudských drahokamov, ktoré nás obklopujú a pochádzajú z dielne Veľmajstra, ktorý neváhal prísť na tento svet ako malé Dieťa.

S úctou

Eva Krššáková

Organizácia
spojených národov

CRPD/C/18/1



Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím

Distr.: Restricted
29. august 2017Originál: Angličtina
len v angličtine, ruštine
a španielčine

Výbor pre práva osôb so zdravotným postihnutím

18. zasadnutie

14-31. augusta 2017

Položka 8 predbežného programu

Všeobecné komentáre

Všeobecný komentár k článku 19: Žiť nezávisle a byť začlenený do komunity

I. Úvod

1. Osobám so zdravotným postihnutím bolo historicky odopierané právo na osobnú a individuálnu voľbu a kontrolu nad všetkými oblasťami ich životov. Mnohí z nich boli prehlásení za neschopných žiť nezávisle v komunitách, ktoré si zvolili. Podpora je nedostupná alebo viazaná k určitým konkrétnym životným podmienkam a komunitná infraštruktúra nie je univerzálne navrhovaná. Zdroje sa investujú do inštitúcií namiesto rozvíjania možností nezávislého života v komunite pre ľudí so zdravotným postihnutím. To smeruje k opusteniu, závislosti na rodine, k inštitucionalizácii, izolácii a segregácii.
2. Článok 19 Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím (ďalej len „Dohovor“) uznáva rovnaké právo pre všetky osoby so zdravotným postihnutím na nezávislý spôsob života a začlenenie do spoločnosti, spolu so slobodou voľby a kontroly nad svojim životom. Východiskom je základný ľudsko-právny princíp, že všetci ľudia sú si rovní v dôstojnosti a právach a každý život má rovnakú hodnotu.
3. Článok 19 zdôrazňuje, že ľudia s postihnutím sú subjektami práv a ich nositeľmi. Základné princípy Dohovoru (čl. 3), predovšetkým rešpektovanie prirodzenej dôstojnosti, autonómie a nezávislosti (čl. 3 (a)), a plné a účinné zapojenie a začlenenie do spoločnosti (čl. 3 (c)), sú východiskami pre právo na nezávislý spôsob života a začlenenia do spoločnosti. Ďalšie princípy zakotvené v Dohovore sú tiež dôležité na to, aby sme dokázali správne vykladať a aplikovať Článok 19.
4. Nezávislý spôsob života a začlenenie do spoločnosti sú myšlienky historicky pochádzajúce priamo od osôb so zdravotným postihnutím, ktorí presadzovali vlastnú kontrolu nad spôsobom svojho života, a to vytváraním foriem podpory na báze zmocňovania (empowermentu) ako sú napríklad osobná asistencia a úprava verejných priestorov na základe zásad univerzálneho navrhovania.
5. V preambule Dohovoru zúčastnené strany uvádzajú, že množstvo ľudí s postihnutím žije v chudoba a poukazujú na potrebu riešiť jej dopad. Náklady sociálneho vylúčenia sú vysoké sa spolu s nimi pretrvávajúca závislosť osôb

so zdravotným postihnutím na iných, a tým aj zasahovanie do jednotlivých základných slobôd. Sociálne vylúčenie tiež vyvoláva stigmatizáciu, segregáciu a diskrimináciu, čo môže viesť k násiliu, vykorisťovaniu, zneužívaniu, ako aj negatívnym stereotypom, ktoré uotvárajú kruh marginalizácie osôb so zdravotným postihnutím. Politiky a konkrétne akčné plány sociálnej inklúzie osôb s postihnutím, vrátane presadzovania práva na nezávislý spôsob života (čl. 19), predstavujú nákladovo efektívny mechanizmus na zabezpečenie využívania práv, trvalo udržateľného rozvoja a znižovania chudoby.

6. Cieľom tohto všeobecného komentára je, aby štáty počas implementácie článku 19 do národných politík naplňali záväzky uvedené v Dohovore. Predovšetkým ide o záväzok zaisťiť právo každého jednotlivca na nezávislý spôsob života a začlenenie do spoločnosti, ale vzťahuje sa aj na ďalšie ustanovenia Dohovoru, ktoré s ním súvisia. Článok 19 predstavuje jeden z najširších a najviac intersektorálne prepojených článkov Dohovoru a musí byť počas jeho implementácie v rámci všetkých ostatných článkov považovaný za integrálny a východiskový.

7. Článok 19 zahŕňa občianske, politické ako aj hospodárske, sociálne a kultúrne práva a je príkladom vzájomnej súvislosti, závislosti a nedeliteľnosti všetkých ľudských práv. Právo na nezávislý spôsob života a začlenenia do spoločnosti môže byť uskutočňované len v prípade, že budú naplnené všetky s ním súvisiace hospodárske, občianske, sociálne a kultúrne práva. Medzinárodné právo ľudských práv ukladá záväzky okamžitej povahy a tiež záväzky, ktoré sa môžu realizovať postupne.¹ Úplná realizácia tohto práva tiež vyžaduje určité štrukturálne zmeny, ktoré je možné vykonať po častiach, bez ohľadu na to, či ide o občianske a politické alebo sociálne, hospodárske a kultúrne práva.

8. Článok 19 odráža rôznorodosť kultúrnych prístupov k ľudskému životu a zabezpečuje, aby ich obsah nebol zaujatý voči určitým kultúrnym normám a hodnotám. Nezávislý spôsob života a začlenenie do spoločnosti sú koncepty ľudského života uplatňované všade vo svete a aplikované do kontextu zdravotného postihnutia. Znamená to aplikovanie slobody voľby a kontroly nad vlastnými rozhodnutiami, ktoré ovplyvňujú život so zachovaním maximálnej úrovne sebaurčenia a vzájomnej existencie v spoločnosti. Realizácia tohto práva musí byť účinná v rôznych hospodárskych, spoločenských, kultúrnych a politických súvislostiach. Právo na nezávislý spôsob života a začlenenie do spoločnosti sa vzťahuje na všetky osoby so zdravotným postihnutím bez ohľadu na rasu, farbu pleti, pôvod, pohlavie, tehotenstvo a materstvo, občiansku, rodinnú alebo opatrovateľskú situáciu, rodovú identitu, sexuálnu orientáciu, jazyk, náboženstvo, národnostný, etnický alebo sociálny pôvod, status migranta, status žiadateľa o azyl alebo postavenie utečenca, príslušnosť k národnostnej menšine, ekonomické postavenie alebo majetok, zdravotný stav, genetickú alebo inú predispozíciu k chorobám, vek alebo akékoľvek iné postavenie.

9. Právo ukotvené v článku 19 je hlboko zakorenené v medzinárodnom práve ľudských práv. Všeobecná deklarácia ľudských práv v článku 29 ods. 1 zdôrazňuje vzájomnú závislosť medzi osobným rozvojom jednotlivca a sociálnym aspektom byť súčasťou spoločnosti: „Každý má povinnosti voči spoločnosti, iba v ktorej môže slobodne a plne rozvinúť svoju osobnosť.“ Článok 19 má korene v občianskych a politických, ako aj v hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach: právo na slobodu pohybu a slobodu voľby bydliska (článok 12 Medzinárodného paktu o občianskych a politických právach) a právo na primeranú životnú úroveň vrátane primeraného oblečenia, stravovania a bývania (článok 11 Medzinárodného paktu o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach) a základné komunikačné práva, tieto všetky utvárajú základ pre právo na nezávislý spôsob života a začlenenie do spoločnosti. Sloboda pohybu, primeraná životná úroveň, ako aj schopnosť

porozumieť a najsť pochopenie pre svoje vlastné preferencie, voľby a rozhodnutia, tvoria neodmysliteľné podmienky pre ľudskú dôstojnosť a slobodný rozvoj človeka.²

10. Dohovor o odstránení všetkých foriem diskriminácie žien zdôrazňuje rovnosť žien a mužov a odsudzuje diskrimináciu žien vo všetkých jej formách (článok 1). Dohovor opätovne potvrdzuje rovnosť medzi ženami a mužmi v právnych záležitostiach, vrátane spôsobilosti na právne ukony a príležitostí na výkon tejto spôsobilosti (článok 15 ods.2). Tiež od štátov, ktoré sú zmluvnými stranami, vyžaduje uznať rovnaké práva, pokiaľ ide o právo týkajúce sa pohybu osôb a slobodu výberu svojho pobytu a bydliska (článok 15 ods.4).

11. Článok 9 ods.1 Dohovoru o právach dieťaťa vyžaduje od zmluvných strán, aby „zabezpečili, aby dieťa nebolo oddelené od svojich rodičov proti ich vôli, s výnimkou prípadu, keď príslušné orgány podliehajúce súdnemu preskúmaniu v súlade s príslušnými zákonmi a postupmi určia, že takéto oddelenie je nevyhnutné pre najlepší záujem dieťaťa.“ Štáty, ktoré sú zmluvnými stranami tohto Dohovoru, „poskytujú primeranú pomoc rodičom a zákonným zástupcom pri výkone svojich povinností týkajúcich sa výchovy detí“, ako to zaručuje článok 18 ods. 2. Okrem toho, článok 20 stanovuje, že „dieťa dočasne alebo trvalo zbavené svojho rodinného prostredia, alebo ak je v jeho najlepšom záujme nezotrvať v takomto prostredí, má nárok na osobitnú ochranu a pomoc poskytovanú štátom“ (Článok 20 ods. 1) a „štáty, ktoré sú zmluvnými stranami, v súlade so svojimi vnútroštátnymi právnymi predpismi zabezpečia náhradnú starostlivosť o takéto dieťa“ (článok 20 ods. 2). Poskytovanie náhradnej starostlivosti na základe zdravotného postihnutia by bolo diskriminačné.

12. Článok 23 ods. 1 ďalej stanovuje, že všetky deti so zdravotným postihnutím by mali mať dôstojný život v podmienkach, ktoré

zabezpečujú sebestačnosť a uľahčujú aktívnu účasť v komunite. Výbor pre práva dieťaťa vyjadril znepokojenie nad vysokým počtom detí so zdravotným postihnutím umiestnených v ústavoch a naliehal na štáty, aby prostredníctvom programov deinštitucionalizácie podporovali ich schopnosť žiť v rodine alebo v náhradnej starostlivosti.³

13. Rovnosť a nediskriminácia sú základnými zásadami medzinárodného práva ľudských práv a sú zakotvené vo všetkých základných nástrojoch presadzovania ľudských práv. Vo svojom všeobecnom komentári č. 5 „Výbor pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva, zdôrazňuje, že „segregácia a izolácia, ku ktorej došlo prostredníctvom zavedenia sociálnych bariér“ sa považuje za diskrimináciu. Okrem toho vo vzťahu k článku 11 zdôrazňuje, že právo na primeranú životnú úroveň zahŕňa nielen rovnocenný prístup k primeraným potravinám, prístupnému bývaniu a iným základným materiálным požiadavkám, ale aj dostupnosť podporných služieb a podporných zariadení a technológií, ktoré plne rešpektujú ľudské práva osôb so zdravotným postihnutím.⁴

14. Článok 19 a obsah tohto všeobecného komentára sa musia tiež vodítkom a podporou pre implementáciu Novej mestskej agendy (Habitat III) a neoddeliteľnou súčasťou Agendy rozvoja 2030 a Cieľov trvalo udržateľného rozvoja. Nová mestská agenda presadzuje víziu miest a ľudských sídiel, kde všetky osoby využívajú rovnaké práva a príležitosti, podporovaním inkluzívnych, spravodlivých, bezpečných, zdravých, prístupných, cenovo dostupných, odolných a udržateľných miest a ľudských sídiel. V súvislosti s článkom 19 Dohovoru majú z Cieľov udržateľného rozvoja osobitný význam cieľ 10.2 - posilnenie a podpora sociálneho, hospodárskeho, politického začlenenia pre všetkých, a cieľ 11.1 - zabezpečenie prístupu k primeranému, bezpečnému a cenovo dostupnému bývaniu a cenovo dostupným službám pre všetkých.

¹ Výbor OSN pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva (CESCR), Všeobecný komentár č. 3: Povaha záväzkov zmluvných strán (čl. 2, ods. 1 Dohovoru), 14. decembra 1990, E/1991/23, ods. 1-2.

² Všeobecná deklarácia ľudských práv, článok 22; Výbor OSN pre ľudské práva, Všeobecný komentár č. 27, ods. 1; Výbor OSN pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva, Všeobecný komentár č. 4, ods. 7.

³ Výbor OSN pre práva dieťaťa, Všeobecný komentár č. 9 (2006), Práva detí so zdravotným postihnutím CRC/C/GC/9, 27. februára 2007, ods. 47.

⁴ Výbor OSN pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva, Všeobecný komentár č. 5, ods. 15 a odst. 48 – 49.

15. Výbor pre práva osôb so zdravotným postihnutím zaznamenal v poslednom desaťročí posun v implementácii článku 19. Pozoruje však rozdiel medzi cieľmi a zámerom článku 19, a tiež rozsahom jeho vykonávania. Medzi bariéry, ktoré naďalej pretrvávajú, patria napríklad:

- (a) Odmietnutie priznania spôsobilosti na právne úkony, a to buď prostredníctvom formálnych zákonov a postupov, alebo de facto prostredníctvom náhradného rozhodovania inej osoby o živote človeka s postihnutím;
- (b) Nedostatočná sociálna podpora a ochranné systémy na zabezpečenie nezávislého života v rámci komunity;
- (c) Nedostatočnosť právnych rámcov a rozpočtových prostriedkov určených na poskytovanie osobnej asistencie a individualizovanej podpory;
- (d) Fyzická a regulačná inštitucionalizácia, a to vrátane detí, a tiež nútenej liečby vo všetkých jej formách;
- (e) Nedostatok stratégií a plánov deinštitucionalizácie a pokračujúce investície do inštitucionálnej starostlivosti;
- (f) Negatívne postoje, stigma a stereotypy, ktoré bránia, aby boli osoby so zdravotným postihnutím zahrnuté do komunity a mali prístup k dostupnej podpore;
- (g) Mylné predstavy o práve na samostatný život v rámci komunity;
- (h) Nedostatok dostupných, prijateľných, prístupných a prispôsobiteľných služieb a zariadení, ako sú doprava, zdravotná starostlivosť, školy, verejné priestory, bývanie, divadlá, kiná, tovary a služby a verejné budovy;
- (i) Nedostatok primeraných monitorovacích mechanizmov na zabezpečenie vhodnej implementácie článku 19, vrátane účasti reprezentatívnych organizácií zastupujúcich osoby so zdravotným postihnutím;
- (j) Nedostatočné začlenenie zdravotného postihnutia v rámci prípravy bežných rozpočtov; a
- (k) Nedostatočná a nevhodná decentralizácia, ktorá má za následok rozdiely medzi miestnymi orgánmi a nerovnaké šance žiť nezávisle v komunite.

II. Normatívny obsah článku 19

A. Definície

16. V tomto všeobecnom komentári platia nasledujúce definície:

(a) Nezávislý život: Nezávislý život/samostatný život znamená, že osoby so zdravotným postihnutím majú k dispozícii všetky prostriedky, ktoré im umožňujú vykonávať voľbu a kontrolu nad svojím životom, a tiež robiť všetky rozhodnutia týkajúce sa ich života. Osobná autonómia a sebaurčenie sú základom nezávislého života vrátane prístupu k dopravnej, informačnej, komunikačnej a osobnej asistencii, bývaniu, každodennej rutine, zvykom, slušnému zamestnaniu, osobným vzťahom, oblečeniu, výžive, hygiene a zdravotnej starostlivosti, a tiež kultúrne, sexuálne a reprodukčné práva. Tieto aktivity súvisia s rozvojom identity a osobnosti človeka: kde žijeme, s kým, čo budeme jesť, či chceme spať v noci alebo byť dlho hore, byť vo vnútri alebo vonku, mať obrus a sviečky na stole, mať domáce zvieratá alebo počúvať hudbu. Takéto kroky a rozhodnutia predstavujú, kto sme. Nezávislý život je nevyhnutnou súčasťou autonómie a slobody jednotlivca a nemusí nevyhnutne znamenať život sám. Nemal by sa interpretovať zúžene, len ako schopnosť vykonávať každodenné činnosti. Skôr by sa mal považovať za slobodu voľby a kontroly v súlade s rešpektovaním dôstojnosti a individuálnej autonómie, ako je zakotvená v článku 3 (a) Dohovoru. Nezávislosť ako forma osobnej autonómie znamená, že osoba so zdravotným postihnutím nie je zbavená možnosti voľby a kontroly týkajúcej sa jej životného štýlu a každodenných činností.

(b) Začlenenie do komunity: Právo byť súčasťou komunity sa vzťahuje na zásadu úplného a účinného začlenenia a účasti v komunite (spoločnosti), ako je zakotvené aj v článku 3 (c) Dohovoru. Zahŕňa plný spoločenský život a prístup ku všetkým službám ponúkaným verejnosti a na podporu služieb ponúkaných osobám so zdravotným postihnutím, ktoré im umožnia inklúziu a účasť vo všetkých sférach spoločenského

života. Tieto služby môžu súvisieť s bývaním, dopravou, nakupovaním, vzdelávaním, zamestnaním, rekreačnými aktivitami a všetkými ostatnými priestormi a službami ponúkanými verejnosti, vrátane sociálnych médií. Právo zahŕňa aj prístup ku všetkým udalostiam politického a kultúrneho života v spoločnosti, okrem iného verejných stretnutí, športových podujatí, kultúrnych a náboženských festivalov a akejkoľvek inej činnosti, ktorej sa osoba s postihnutím chce zúčastniť.

(c) Nezávislý spôsob bývania: Nezávislý život a začlenenie do komunity sa týkajú životných situácií mimo pobytových inštitúcií všetkých druhov. Nie je to „len“ o živote v konkrétnej budove alebo prostredí, je to v prvom rade o strate osobnej voľby a autonómie v dôsledku „nastavenia“ istého života a denného režimu. Ani veľké inštitúcie s viac ako stovkou obyvateľov, ani menšie skupiny domov s piatimi až ôsmimi obyvateľmi, dokonca ani samostatné domy sa nedajú nazvať nezávislým životom, ak majú ďalšie definujúce prvky inštitúcií alebo sú inštitucionalizované. Hoci inštitucionalizované zariadenia sa môžu líšiť vo veľkosti, názve a nastavení, existujú tu určité definujúce prvky, ako napríklad: povinné zdieľanie asistentov/podpory s ostatnými a žiadny alebo obmedzený vplyv na to, od koho môže človek prijať podporu, izolácia a segregácia od nezávislého života v komunite, nedostatok kontroly nad každodennými rozhodnutiami, nedostatok možnosti výberu, s kým by človek mal žiť, rigidnosť a rutina bez ohľadu na osobnú vôľu a preferencie, rovnaké aktivity na tom istom mieste pre skupinu osôb pod autoritatívnym dohľadom, paternalistický prístup k poskytovaniu služieb, dohľad nad životnými podmienkami a zvyčajne aj nepomer v počte osôb so zdravotným postihnutím žijúcich v tom istom prostredí. Inštitucionálne nastavenia môžu ponúkať osobám so zdravotným postihnutím určitý stupeň voľby a kontroly, avšak tieto rozhodnutia sú obmedzené na konkrétne oblasti života a nemenia segregačný charakter inštitúcií. Deinštitucionalizácia preto vyžaduje realizáciu štrukturálnych reforiem, ktoré presahujú uzatvorenie inštitucionálneho prostredia.

Veľké alebo menšie skupiny domov sú obzvlášť nebezpečné pre deti, pre ktoré neexistuje žiadna náhrada potreby vyrastať s rodinou. „Zariadenia rodinného typu“ sú stále inštitúciami a nie sú považované za náhradu starostlivosti a výchovy v rodine.

(d) Osobná asistencia: Osobná asistencia sa vzťahuje na „človeka orientovanú“ podporu (užívateľom riadenú), ktorú má k dispozícii osoba so zdravotným postihnutím a je jedným z nástrojov podporujúcich nezávislý spôsob života. Aj keď sa konkrétne spôsoby osobnej asistencie môžu líšiť, existujú určité prvky, ktoré ju odlišujú od iných druhov osobnej podpory, a to:

(i) Financovanie osobnej asistencie sa musí poskytovať na základe personalizovaných kritérií a musí zohľadňovať normy práv na dôstojné zamestnanie. Financovanie musí byť pridelené osobe so zdravotným postihnutím a ňou kontrolované. Cieľom je zaplatiť za každú požadovanú asistenčnú službu. Vychádza z individuálneho hodnotenia potrieb a z individuálnych životných podmienok. Individuálne služby nesmú mať za následok zníženie rozpočtu a/alebo vyššiu osobnú platbu;

(ii) Služba je kontrolovaná osobou so zdravotným postihnutím, čo znamená, že môže buď uzavrieť zmluvu o poskytovaní služby s rôznymi poskytovateľmi, alebo konať v tejto veci ako zamestnávateľ. Osoby so zdravotným postihnutím majú možnosť navrhnúť si asistenciu ako „službu šitú na mieru“, t.j. navrhnúť službu a určiť, kto, ako, kedy, kde a akým spôsobom bude túto službu poskytovať. Zároveň disponujú právom inštruovať a riadiť poskytovateľov služieb;

(iii) Osobná asistencia je vzájomný vzťah „jeden na jedného“. Osobní asistenti musia byť prijatí, vyškolení a pod dohľadom osoby, ktorej bola osobná asistencia určená. Osobní asistenti by nemali byť „zdieľaní“ bez úplného a slobodného súhlasu osoby, ktorej bola osobná asistencia určená. Zdieľanie osobných asistentov môže potenciálne obmedziť a brániť samovoľnej a spontánnej účasti osoby s postihnutím v spoločnosti; a

(iv) Samostatné riadenie poskytovania služby.

Osoby so zdravotným postihnutím, ktoré potrebujú osobnú asistenciu, si môžu slobodne vybrať kontrolu nad poskytovaním služieb, a to podľa ich životných podmienok a preferencií. Dokonca aj vtedy, keď sú zodpovednosti „zamestnávateľa“ vypovedané, osoba s postihnutím zostáva vždy v centre rozhodnutí o asistencii - treba sa jej pýtať a rešpektovať jej rozhodnutia pri individuálnych preferenciách. Kontrola poskytovania osobnej asistencie sa môže realizovať prostredníctvom nástroja podporovaného rozhodovania.

17. Poskytovatelia podporných služieb často nesprávne opisujú svoju podpornú službu použitím výrazov „nezávislý“ alebo „život v komunite“, ako aj „osobná asistencia“, hoci v praxi takéto služby nespĺňajú požiadavky uvedené v článku 19. Povinné „balíčkové riešenia“, ktoré okrem iného spájajú dostupnosť jednej konkrétnej služby s druhou, očakávajú tiež, že dve alebo viac osôb, ktorým budú služby poskytované, budú žiť spoločne, alebo inak, služba môže byť poskytnutá len v rámci konkrétne nastavených životných podmienok. Koncept osobnej asistencie, kde osoba so zdravotným postihnutím nemá plný vplyv na sebaurčenie a kontrolu nad jej životom, nie je v súlade s článkom 19. Ľuďom s komplexnými komunikačnými požiadavkami, vrátane tých, ktorí používajú neformálne komunikačné prostriedky (napr. komunikáciu prostredníctvom ne-reprezentatívnych prostriedkov, a výrazu tváre, postavenia tela a vokalizácie) musí byť poskytnutá primeraná podpora, ktorá im umožňuje rozvíjať ich smerovanie, rozhodnutia, voľby a/alebo preferencie a tieto musia byť uznané a rešpektované.

B. Článok 19, Rámec

18. Článok 19 opätovne zdôrazňuje nediskrimináciu a uznanie rovnakého práva osôb so zdravotným postihnutím žiť nezávisle v komunite. V záujme práv žiť nezávisle, s voľbami rovnocennými s inými, a začlenenia do komunity, zmluvné štáty musia prijať účinné a primerané opatrenia na uľahčenie plného využívania týchto práv a plného začlenenia a účasti osôb so zdravotným postihnutím v komunite.

19. Článok 19 zahrňuje dva koncepty, ktoré sú jasne uvedené v jeho názve: právo na nezávislý život a právo byť súčasťou komunity. Zatiaľ čo právo na nezávislý život sa vzťahuje na individuálny rozmer ako právo rozvíjať sa bez odopierania prístupu k príležitostiam, právo byť súčasťou komunity zahŕňa sociálny rozmer ako pozitívne právo na rozvoj inkluzívnych prostredí. Právo zakotvené v článku 19 v sebe poníma obidva pojmy.

20. Článok 19 vyslovene odkazuje na všetky osoby so zdravotným postihnutím. Ani úplným alebo čiastočným odňatím akéhokoľvek „stupňa“ spôsobilosti na právne úkony, ani potrebnou mierou potrebnej podpory nemožno zdôvodňovať odmietnutie alebo obmedzenie práva na nezávislý život v komunite pre osoby so zdravotným postihnutím.

21. Ak sú osoby so zdravotným postihnutím hodnotené ako osoby, ktoré vyžadujú vysokú mieru potrebnej podpory, zmluvné strany často považujú inštitúcie za jediné riešenie, najmä ak sú potrebné služby považované za „príliš finančne náročné“ alebo osoby so zdravotným postihnutím charakterizované ako „neschopné“ žiť mimo inštitucionalizovaného nastavenia. Osoby s mentálnym postihnutím, najmä tie, ktoré majú zložité komunikačné požiadavky, sa okrem iného často posudzujú ako osoby, ktoré nemôžu žiť mimo inštitucionalizovaného nastavenia. Takéto odôvodnenie je v rozpore s článkom 19, ktorý rozširuje právo na samostatný život v komunite pre všetky osoby so zdravotným postihnutím, bez ohľadu na ich úroveň intelektuálnej spôsobilosti, sebestačnosti alebo miery požiadavky na podporu.

22. Všetky osoby so zdravotným postihnutím by mali mať slobodu rozhodnúť sa a patriť ku kultúre/komunite podľa vlastného výberu a musia mať rovnaký stupeň voľby a kontroly nad svojím životom ako ostatní členovia komunity. Nezávislý život nie je kompatibilný s propagovaním „preddefinovaného“ životného štýlu. Mladí ľudia so zdravotným postihnutím by nemali byť nútení žiť v prostredí určenom pre staršie osoby a naopak.

23. Osoby so zdravotným postihnutím všetkých pohlaví sú držiteľmi práv a majú rovnakú ochranu podľa článku 19. Musia sa prijať všetky potrebné opatrenia na zabezpečenie plného rozvoja a posilnenia postavenia žien. LGBTQI osoby so zdravotným postihnutím musia mať rovnakú ochranu podľa článku 19, a teda ich osobné vzťahy musia byť rešpektované. Okrem toho, právo na samostatný život a začlenenie do spoločnosti zahŕňa ochranu osôb so zdravotným postihnutím patriacich do akejkoľvek vekovej skupiny, etnických skupín, kastového systému, jazykových a/alebo náboženských menšín, ako aj migrantov, žiadateľov o azyl a utečencov.

C. Článok 19 (a)

24. Vyberať a rozhodovať, ako, kde a s kým žiť, je ústrednou myšlienkou práva žiť nezávisle a byť súčasťou komunity. Individuálna voľba sa preto neobmedzuje len na miesto pobytu, ale zahŕňa všetky aspekty podmienok bývania a života človeka so zdravotným postihnutím: denný harmonogram a rutiny, spôsob života a životného štýlu, ktorý pokrýva súkromnú a verejnú sféru, tak v každodennom ako aj v dlhodobom horizonte.
25. Ľudia so zdravotným postihnutím často nemôžu vykonávať voľbu, pretože im chýbajú možnosti výberu. Ide napríklad o to, či je neformálna podpora rodiny jedinou možnosťou, či je pomoc mimo inštitúcií nedostupná, bývanie neprístupné alebo či nie je poskytovaná podpora v komunite, resp. je podpora poskytovaná iba v rámci určených foriem bývania ako v skupinách domov alebo v inštitúciách.
26. Okrem toho osoby so zdravotným postihnutím nemajú možnosť individuálnej voľby napríklad z dôvodu nedostatku dostupných informácií o rozsahu dostupných možností a/alebo kvôli právnym obmedzeniam vyplývajúcim zo zákonov o opatrovníctve a podobným právnym normám alebo rozhodnutiam, ktoré neumožňujú osobám so zdravotným postihnutím výkon ich právnej spôsobilosti. A niekedy, aj keď nie sú zavedené žiadne formálne zákony, iní (napr. rodiny, opatrovatelia alebo miestne orgány) vykonávajú kontrolu a

obmedzujú voľbu jednotlivca tak, že konajú ako náhradní rozhodujúci činitel.

27. Právna subjektivita a právna spôsobilosť sú základom na fungovanie nezávislého života v rámci komunity pre osoby so zdravotným postihnutím. Článok 19 je preto spojený s uznaním a vykonávaním právnej subjektivity a právnej spôsobilosti, ako je zakotvené v článku 12 Dohovoru, a ďalej vysvetlené vo Všeobecnom komentári Výboru OSN pre osoby so zdravotným postihnutím k Dohovoru č. 1 (2014) k rovnakému postaveniu pred zákonom. Ďalej je spojený s absolútnym zákazom nútenej inštitucionalizácie a zadržania na základe zdravotného postihnutia, ako je zakotvené v článku 14 a dopracované v príslušných usmerneniach.⁵

D. Článok 19 (b)

28. Personalizované podporné služby musia byť považované za právo, a nie za formu zdravotnej, sociálnej alebo charitatívnej starostlivosti. Pre množstvo ľudí so zdravotným postihnutím je prístup k širokej škále individualizovaných podporných služieb nevyhnutným predpokladom nezávislého života v komunite. Osoby so zdravotným postihnutím majú právo vybrať si služby a poskytovateľov služieb podľa svojich individuálnych požiadaviek a osobných preferencií a individualizovaná podpora by mala byť dostatočne flexibilná, aby sa prispôbila požiadavkám používateľov a nie naopak. Z tohto vyplýva povinnosť zmluvných štátov zabezpečiť dostatočný počet kvalifikovaných špecialistov, ktorí budú schopní identifikovať praktické riešenia prekážok pre nezávislý život v rámci komunity v súlade s požiadavkami a preferenciami jednotlivcov.
29. V článku 19 písmeno (b) sa špecifikujú rôzne individualizované služby, ktoré spadajú do tejto kategórie podporných služieb. Nie sú

⁵ Výbor OSN pre práva osôb so zdravotným postihnutím, Usmernenia k článku 14 Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím: Právo na osobnú slobodu a bezpečnosť ľudí so zdravotným postihnutím, prijaté počas 14. Zasadnutia Výboru, konajúcom sa v septembri 2015.

obmedzené len na služby v domácnosti, ale musia byť schopné rozšíriť sa aj o oblasť zamestnania, vzdelania alebo politickej a kultúrnej účasti, ďalej sem patria aj podporné služby posilňujúce rodičovstvo a schopnosť navštevovať rodinných príslušníkov a ďalších známych, iné záujmové aktivity, cestovanie a rekreáciu.

30. Zatiaľ čo individualizované podporné služby sa môžu líšiť podľa názvu, typu alebo druhu v závislosti od kultúrnych, ekonomických a geografických špecifik zmluvného štátu, všetky podporné služby musia byť navrhnuté tak, aby podporovali životné podmienky zahrnuté v komunite a zabránili tak izolácii a segregácii od ostatných ľudí v rámci komunity. Tiež musia byť na tento účel vhodné. Je dôležité, aby ich cieľom bolo dosiahnutie úplného začlenenia do komunity. Preto akákoľvek inštitucionálna forma podporných služieb, ktorá oddeľuje, a teda obmedzuje osobnú slobodu, nie je v článku 19 (b) povolená.

31. Je tiež dôležité mať na pamäti, že všetky podporné služby musia byť navrhnuté a uskutocňované spôsobom, ktorý podporuje celkový účel normy: úplné, individualizované, seba-určené a efektívne začlenenie, účasť a nezávislý život.

E. Článok 19 (c)

32. Služby a zariadenia uvedené v tejto časti článku sú podporné služby a zariadenia nezamerané špecificky na ľudí so zdravotným postihnutím, ale pre verejnosť v komunite. Pokrývajú širokú škálu služieb, ako sú bývanie, verejné knižnice, nemocnice, školy, doprava, obchody, trhy, múzeá, internet, sociálne médiá a podobné zariadenia a služby. Tieto musia byť dostupné, univerzálne prístupné, prijateľné a prispôsobiteľné pre všetky osoby so zdravotným postihnutím v rámci komunity.

33. Prístupnosť komunitných zariadení, tovarov a služieb, ako aj uplatňovanie práva na inkluzívne prístupné zamestnanie, vzdelávanie a zdravotnú starostlivosť sú základnými podmienkami pre začlenenie a účasť osôb so zdravotným postihnutím v komunite. Rôzne programy deinštitucionalizácie ukázali, že

zatvorenie inštitúcií, bez ohľadu na ich veľkosť a premiestnenie obyvateľov do komunity, samo osebe nestačí. Takéto reformy musia byť sprevádzané komplexnými programami služieb a komunitného rozvoja vrátane programov na zvyšovanie povedomia. Štrukturálne reformy zamerané na zlepšenie celkovej prístupnosti v rámci komunity môžu znížiť dopyt po službách špecifických pre osoby so zdravotným postihnutím.

34. Z hľadiska vecnej pôsobnosti zahŕňa článok 19 prístup k bezpečnému a primeranému bývaniu, individuálnym službám a komunitným zariadeniam a službám. Prístup k bývaniu znamená mať možnosť žiť v komunite rovnako ako každý. Článok 19 sa neuplatňuje správne, ak sa bývanie poskytuje iba v osobitne navrhnutých oblastiach a usporiadaných tak, že osoby so zdravotným postihnutím bývajú v rovnakej budove, komplexe budov alebo v susedstve. Prístupných bývaní (poskytované ubytovanie osobám so zdravotným postihnutím, ktoré žijú sami alebo sú súčasťou rodiny) musí byť k dispozícii dostatočné množstvo, a to v rámci všetkých častí komunity. Len tak je možné zabezpečiť právo a možnosť pre ľudí so zdravotným postihnutím slobodne si vybrať. Na tento účel sú potrebné nové bezbariérové obytné stavby a bezbariérové dodatočné vybavenie už existujúcich bytových stavieb. Okrem toho, bývanie musí byť pre osoby so zdravotným postihnutím dostupné.

35. Podporné služby musia byť dostupné v bezpečnom fyzickom a geografickom dosahu všetkým osobám so zdravotným postihnutím žijúcim v mestských alebo vidieckych oblastiach. Musia byť cenovo dostupné, berúc do úvahy ľudí žijúcich s nízkymi príjmami. Musia byť prijateľné, čo znamená, že musia rešpektovať štandardné úrovne kvality a musia byť rodovo, vekovo a kultúrne citlivé.

36. Individuálne podporné služby, ktoré neumožňujú osobnú voľbu a kontrolu, nezabezpečujú samostatný život v komunite. Podporné služby poskytované ako kombinované rezidenčné a podporné služby (dodávané ako kombinovaný „balík“) sú často ponúkané osobám so zdravotným postihnutím ako

„nákladovo efektívne“. Avšak, zatiaľ čo tento predpoklad môže byť ekonomicky vyvrátený, aspekty nákladovej efektívnosti nesmú mať aj tak žiaden vplyv na jadro ľudských práv. Osobná asistencia a asistenti by sa nemali medzi osobami so zdravotným postihnutím „zdieľať“ ako pravidlo, ale len vtedy, ak sa tak deje s plným a slobodným súhlasom osoby s postihnutím vyžadujúcej osobnú asistenciu. Možnosť výberu je jedným z troch kľúčových prvkov práva žiť nezávisle v komunite.

37. Právo na rovnaké podporné služby zodpovedá povinnosti zabezpečiť účasť a zapojenie osôb so zdravotným postihnutím do procesov súvisiacich so zariadeniami a službami v komunite, zabezpečiť, aby reagovali na konkrétne požiadavky, zohľadňovali pohlavie a vek a aby dokázali umožniť spontánnu účasť osôb so zdravotným postihnutím vnútri komunity. Pre deti je jadrom práva žiť samostatne a byť súčasťou komunity právo na rodinu.

F. Základné prvky

38. Výbor považuje za dôležité identifikovať základné prvky článku 19 s cieľom zabezpečiť, aby realizácia štandardizovanej minimálnej úrovne podpory, ktorá by bola dostatočná na uplatňovanie práva žiť nezávisle a byť začlenený do komunity, prináležala každej zmluvnej strane. Štáty, ktoré sú zmluvnými stranami Dohovoru, by mali zabezpečiť, aby sa základné prvky článku 19 dodržiavali vždy, najmä v čase finančnej alebo hospodárskej krízy. Tieto základné prvky sú:

- Zabezpečiť právo na právnu spôsobilosť, v súlade so všeobecným komentárom Výboru pre osoby so zdravotným postihnutím k Dohovoru č. 1 (2014) k rovnakému uznávaniu pred zákonom, rozhodnúť, kde, s kým a ako žiť pre všetky osoby so zdravotným postihnutím, bez ohľadu na ďalšie okolnosti,
- Zabezpečenie nediskriminácie v prístupe k bývaniu vrátane dostačujúceho príjmu osoby so zdravotným postihnutím a prístupnosti, a rozhodovanie o povinných stavebných predpisoch zabezpečujúcich prístup k novým a zrekonštruovaným bývaniam;

(c) Vytvoriť konkrétny akčný plán pre nezávislý život ľudí so zdravotným postihnutím v rámci komunity, vrátane krokov smerujúcich k uľahčeniu formálnej podpory nezávislého života v komunite, aby neformálne podporovanie - napr. cez rodiny nebolo len jedinou možnosťou;

(d) Vypracovať, implementovať, monitorovať a sankcionovať nedodržiavanie právnych predpisov, plánov a usmernení o požiadavkách na prístup k základným a bežným službám, s cieľom dosiahnuť sociálnu rovnosť, vrátane zapájania osôb so zdravotným postihnutím do sociálnych médií a zabezpečiť primerané kompetencie, aby bol vývoj informačno-komunikačných technológií chránený a vyvinutý na základe univerzálneho dizajnu;

(e) Vypracovať konkrétny akčný plán a podniknúť kroky smerom k rozvoju a implementácii základných, personalizovaných, nezdieľaných podporných služieb (špecifických podľa zdravotného postihnutia a konkrétneho užívateľa) ale aj iných služieb pre všetkých;

(f) Zabezpečiť, aby nedošlo k žiadnym zdržaniam pri dosahovaní riadnej implementácie článku 19, pokiaľ také neboli exaktne odôvodnené a v súlade s medzinárodným právom;

(g) Zhromažďovať konzistentné kvantitatívne a kvalitatívne údaje o ľuďoch so zdravotným postihnutím vrátane tých, ktorí stále žijú v inštitúciách; a

(h) Využiť akékoľvek dostupné finančné prostriedky, vrátane regionálneho financovania a financovania rozvojovej spolupráce, na rozvoj inkluzívnych a dostupných služieb nezávislého bývania.

III. Závazok zmluvných štátov

39. Povinnosti zmluvných štátov musia odrážať povahu ľudských práv ako absolútnych a s okamžitou platnosťou (občianske a politické práva), alebo ako postupne uplatniteľných (hospodárske, sociálne a kultúrne práva). Článok 19 (a), konkrétne právo vybrať si bydlisko a kde, ako a s kým žiť, je okamžite uplatniteľné, pretože ide o občianske a politické právo. Článok 19 (b), konkrétne právo na prístup k personalizovaným podporným službám, je hospodárskym, sociálnym a kultúrnym právom. Článok 19 (c), konkrétne právo využívať zariadenia služieb, je hospodárskym, sociálnym a kultúrnym právom, vďaka čomu je možné využívať mnohé bežné služby, ako sú dostupné informačno-komunikačné technológie, webové stránky, sociálne médiá, kiná, verejné parky, divadlá a športové zariadenia na sociálne ako aj kultúrne účely. Progresívna realizácia znamená okamžitú povinnosť navrhnuť a rozhodnúť o konkrétnych stratégiách a akčnom pláne a vyčleniť zdroje na rozvoj podporných služieb, ale tiež na sprístupnenie existujúcich aj nových všeobecných služieb pre osoby so zdravotným postihnutím a komunitu.
40. Povinnosť „rešpektovať“ nezahŕňa len negatívnu rovinu. Jeho pozitívna rovina vyžaduje, aby štáty prijali všetky potrebné opatrenia na zabezpečenie, aby štát alebo súkromné subjekty v rámci neho neporušili žiadne práva zakotvené v článku 19.
41. Aby sa dosiahlo postupné uskutočňovanie hospodárskych, sociálnych a kultúrnych práv, zmluvné strany musia podniknúť kroky na maximálne využitie svojich dostupných zdrojov.⁶ Tieto kroky je potrebné vykonať okamžite alebo v primerane krátkom čase. Takéto kroky by zároveň mali byť s jasným zámerom, konkrétne, cielené a mali by využívať všetky

⁶ Pozri článok 2 (1) Medzinárodného paktu o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach a článok 4 (2) Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím.

vhodné prostriedky.⁷ Systematická realizácia práva na nezávislý život v komunite si vyžaduje štrukturálne zmeny. To platí najmä pre deinštitucionalizáciu vo všetkých jej formách.

42. Štáty, ktoré sú zmluvnými stranami Dohovoru, majú bezprostrednú povinnosť začať strategické plánovanie s primeranými časovými rámcami a zabezpečiť úzku a rovnocennú spoluprácu so zastupujúcimi organizáciami osôb so zdravotným postihnutím, s cieľom nahradiť akékoľvek inštitucionalizované prostredie nezávislými službami podpory života v komunite. Rozsah tohto rozhodnutia zmluvných štátov súvisí s programovou implementáciou, nie s otázkou či tieto služby nahradiť. Štáty, ktoré sú zmluvnými stranami Dohovoru, by mali vypracovať plány prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť po konzultácii s osobami so zdravotným postihnutím, a v spolupráci s organizáciami, ktoré ich zastupujú, s cieľom zabezpečiť ich úplné začlenenie do spoločnosti.
43. Ak sa zmluvná strana usiluje o zavedenie retroaktívnych opatrení na článok 19, napríklad v reakcii na hospodársku alebo finančnú krízu, je štát povinný preukázať, že takéto opatrenia sú dočasné, nevyhnutné a nediskriminačné a že zmluvná strana a opatrenia ňou zavedené, budú stále rešpektovať jej základné povinnosti vyplývajúce z článku 19.⁸
44. Povinnosť progresívnej realizácie tiež zahŕňa prezumpciu proti retroaktívnym opatreniam pri využívaní hospodárskych, sociálnych a kultúrnych práv. Takéto opatrenia zbavujú ľudí so zdravotným postihnutím plného uplatňovania práva žiť samostatne a byť súčasťou komunity. V dôsledku toho sú retroaktívne opatrenia porušením článku 19.
45. Štáty, ktoré sú zmluvnými stranami Dohovoru, nesmú prijímať retroaktívne opatrenia s ohľadom na minimálne základné povinnosti vyplývajúce z práva na nezávislý život

⁷ Výbor OSN pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva. Všeobecný komentár č. 3 odst. 2

⁸ Dopis predsedu Výboru zmluvným štátom o úsporých opatreniach, Máj 2012.

v komunite, tak, ako je uvedené v tomto všeobecnom komentári.

46. Zmluvné strany sú bezprostredne povinné odstrániť diskrimináciu jednotlivcov alebo skupín osôb so zdravotným postihnutím a zaručiť im rovnaké právo na samostatný život a účasť v komunite. To vyžaduje zrušenie alebo reformovanie politík, zákonov a postupov, ktoré bránia osobám so zdravotným postihnutím, napr. bránia výberu miesta bydliska, prístupu k cenovo dostupným a prístupným bývaniam, prenájmu ubytovania alebo prístupom k zariadeniam a bežným službám života v komunite. Povinnosť zabezpečiť primerané ubytovanie (článok 5 (3)) tiež nie je subjektom progresívnej realizácie.

A. Závazok dodržiavať

47. Závazok dodržiavať od zmluvných strán vyžaduje, aby sa zdržali priameho alebo nepriameho zasahovania do akéhokoľvek obmedzenia individuálneho výkonu práva na nezávislý život a začlenenie do komunity. Štáty, ktoré sú zmluvnými stranami Dohovoru, by nemali obmedzovať ani odopierať nikomu prístup k nezávislému životu v komunite. Nemôžu tak robiť ani prostredníctvom zákonov, ktoré priamo alebo nepriamo obmedzujú autonómiu a možnosti osôb so zdravotným postihnutím pri výbere miesta bydliska, kde, ako a s kým budú tieto osoby žiť. Zmluvné strany by mali reformovať zákony, ktoré bránia výkonu práv zakotvených v článku 19 Dohovoru.
48. Tento záväzok tiež vyžaduje od zmluvných štátov, aby zrušili platné a zdržali sa prijímania nových zákonov, politík a štruktúr, ktoré zachováávajú a vytvárajú prekážky v prístupe k podporným službám, ako aj k bežným službám a zariadeniam. Zahŕňa aj povinnosť prepustiť všetky osoby, ktoré sú proti svojej vôli držané v pobytoch zariadeniach alebo iných formách odňatia slobody, špecifických pre osoby so zdravotným postihnutím. Zahŕňa aj zákaz všetkých foriem opatrovníctva a povinnosť nahradiť substituované rozhodovanie alternatívou podporovaného rozhodovania.

49. Rešpektovanie práv osôb so zdravotným postihnutím podľa článku 19 znamená, že zmluvné strany musia postupne odstrániť inštitucionalizáciu. Žiadne nové inštitúcie nesmú byť zmluvnými štátmi postavené. Rovnako, staré inštitúcie nemôžu byť obnovené nad rámec najnaliehavejších opatrení potrebných na zabezpečenie fyzickej bezpečnosti obyvateľov. Inštitúcie sa nemajú ďalej rozširovať, noví obyvatelia nastúpiť na miesta, ktoré sa uvoľňujú, a „satelitné“ bývanie, ktoré sa formuje okolo inštitúcií, aj keď má vzhľad individuálneho bývania (byty alebo domy), nemôže byť vytvárané.

B. Závazok chrániť

50. Závazok ochrany vyžaduje od zmluvných štátov, aby prijali opatrenia, na základe ktorých sa zamedzí, aby členovia rodiny a tretie strany priamo alebo nepriamo zasahovali do uplatňovania práva osoby so zdravotným postihnutím žiť nezávisle v rámci komunity. Povinnosť ochrany vyžaduje od zmluvných strán, aby zaviedli a uplatňovali zákony a politiky, ktoré zakážu také správanie rodinných príslušníkov a tretích osôb, poskytovateľov služieb, prenajímateľov a iných, ktoré akokoľvek zasahuje do plného uplatňovania práva byť začlenený a žiť nezávisle v komunite.
51. Zmluvné strany by mali zabezpečiť, aby verejné ani súkromné finančné prostriedky neboli vynakladané na údržbu, obnovu a budovanie nových inštitúcií, a na akúkoľvek formu inštitucionalizácie. Štáty, ktoré sú zmluvnými stranami Dohovoru, musia zabezpečiť, aby súkromné inštitucionalizované zariadenia neboli ukryté pod maskou „komunitného života“.
52. Podpora by mala byť vždy založená na individuálnych požiadavkách, nie na záujme poskytovateľa služieb. Štáty, ktoré sú zmluvnými stranami Dohovoru, by mali zaviesť monitorovacie mechanizmy poskytovateľov služieb, prijať opatrenia, ktoré ochraňujú osoby so zdravotným postihnutím, zabrániť, aby boli skryté v rodine alebo izolované v inštitúciách, chrániť deti pred opustením alebo inštitucionalizáciou na základe zdravotného postihnutia a vytvoriť vhodné mechanizmy na odhalenie situácií

násilia proti osobám so zdravotným postihnutím tretími stranami. Štáty, ktoré sú zmluvnými stranami, by tiež mali zakázať, aby sa riaditelia a/alebo manažéri pobytových inštitúcií stali opatrovníkmi ich obyvateľov.

53. Závazok chrániť zahŕňa aj zákaz diskriminačných postupov, ako je vylúčenie jednotlivcov alebo skupín z poskytovania určitých služieb. Štáty, ktoré sú zmluvnými stranami Dohovoru, by mali zakázať a zabrániť tretím stranám ukladať praktické alebo procedurálne prekážky pre nezávislý život a začlenenie do spoločnosti, ako je zabezpečenie, aby poskytované služby boli v súlade s nezávislým životom v komunite a aby osobám so zdravotným postihnutím nebola odopretá možnosť nájomného bývania, resp. nesmú byť na trhu bývania znevýhodnené. Všeobecné verejné služby otvorené pre verejnosť, ako sú knižnice, bazény, verejné parky/priestory, obchody, pošty alebo kiná, musia byť prístupné a reagovať na požiadavky osôb so zdravotným postihnutím, ako je uvedené vo všeobecnom komentári Výboru OSN pre práva osôb so zdravotným postihnutím k Dohovoru č. 2 (2014) Prístupnosť.⁹

C. Závazok naplňovať

54. Závazok naplňovať vyžaduje od štátov, aby podporovali, uľahčovali a poskytovali primerané legislatívne, administratívne, rozpočtové, súdne, programové, propagačné a iné opatrenia na zabezpečenie plného uplatňovania práva na nezávislý život a začlenenie do komunity, ako je zakotvené v Dohovore. Povinnosť plniť tiež vyžaduje od zmluvných štátov, aby prijali opatrenia na odstránenie praktických prekážok úplnej realizácie práva na samostatné bývanie a začlenenie do spoločnosti, ako sú neprístupné bývanie, obmedzený prístup k službám na podporu zdravotného postihnutia, neprístupné zariadenia, tovary a služby v komunite a predsudky voči osobám so zdravotným postihnutím.

⁹ http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/2&Lang=en

55. Zmluvné strany by mali posilňovať členov rodiny v podpore rodinných príslušníkov so zdravotným postihnutím, aby si uvedomili svoje právo žiť nezávisle a byť súčasťou komunity.

56. Pri vykonávaní právnych predpisov, politik a programov musia zmluvné strany úzko spolupracovať a aktívne zapojiť rôznorodé skupiny osôb so zdravotným postihnutím, prostredníctvom svojich zastupiteľských organizácií, do všetkých aspektov týkajúcich sa nezávislého života v komunite, najmä pokiaľ ide o rozvoj podporných služieb a investovania zdrojov do nich v rámci komunity.

57. Štáty, ktoré sú zmluvnými stranami, musia prijať stratégiu a konkrétny akčný plán na deinštitucionalizáciu. Zahŕňa povinnosť realizovať štrukturálne reformy, zlepšiť prístupnosť pre osoby so zdravotným postihnutím v rámci komunity a zvyšovať povedomie všetkých ľudí v spoločnosti o potrebe inklúzie osôb so zdravotným postihnutím do komunity.

58. Deinštitucionalizácia tiež vyžaduje systematickú transformáciu, ktorá zahŕňa zatvorenie inštitúcií a odstránenie inštitucionalizačných prvkov ako súčasť komplexnej stratégie. To je potrebné robiť zároveň s vytvorením širokej ponuky individuálnych podporných služieb, ktoré zahŕňajú individualizovaný plán prechodu s rozpočtom a časovým rámcom, ako aj inkluzívne podporné služby. Preto je potrebný koordinovaný, kros-sektorový vládny prístup, ktorý zabezpečuje vhodné reformy, rozpočet a deklaruje rovnaký postoj na všetkých úrovniach, vrátane miestnych orgánov.

59. Programy a nároky na podporu nezávislého života v komunite musia pokrývať náklady spojené so zdravotným postihnutím. Okrem toho, zabezpečenie dostatočného počtu prístupných a cenovo dostupných bytov (vrátane bývania pre rodiny) je pre deinštitucionalizáciu rozhodujúce. Je tiež dôležité, aby prístup k bývaniu nebol podmienený požiadavkami, ktoré znižujú autonómiu a nezávislosť osôb so zdravotným postihnutím. Budovy a priestory otvorené pre verejnosť a všetky formy dopravy musia byť navrhnuté tak, aby vyhovovali požiadavkám všetkých

osôb so zdravotným postihnutím. Štáty, ktoré sú zmluvnými stranami Dohovoru, musia podniknúť zámerné a okamžité kroky na pre-rozdelenie finančných prostriedkov do realizácie možností, aby osoby so zdravotným postihnutím žili nezávisle v komunite.

60. Podporné služby v oblasti zdravotného postihnutia musia byť k dispozícii, prístupné, cenovo dostupné, prijateľné a prispôsobiteľné všetkým osobám so zdravotným postihnutím. Ďalej musia citlivo reagovať na rôzne životné podmienky, napr. finančný príjem a individuálne okolnosti, ako sú pohlavie, vek, národný alebo etnický pôvod, jazyková, náboženská, sexuálna a/alebo rodová identita. Model ľudských práv zdravotného postihnutia neumožňuje vylúčiť osoby so zdravotným postihnutím z akéhokoľvek dôvodu, vrátane druhu a množstva podporných služieb, ktoré takýto človek potrebuje. Podporné služby vrátane osobnej asistencie by sa nemali zdieľať s inými osobami, pokiaľ tak nie je uskutočnené prostredníctvom slobodného a informovaného súhlasu.

61. Štáty, ktoré sú zmluvnými stranami Dohovoru, zahrnú do kritérií oprávnenosti poskytnutej pomoci tieto prvky: Hodnotenie by malo byť založené na prístupe k zdravotnému postihnutiu v oblasti ľudských práv, zamerať sa skôr na požiadavky osoby z dôvodu prekážok v spoločnosti, a nie na znevýhodnenie, sledovať vôľu a preferencie osoby a zabezpečiť jej plné zapojenie do rozhodovacieho procesu.

62. Finančné príspevky, ako sú príspevky na kompenzácie zdravotného postihnutia, predstavujú jednu z foriem, ktorými zmluvné štáty poskytujú podporu osobám so zdravotným postihnutím v súlade s článkami 19 a 28 Dohovoru. Takéto peňažné príspevky sa často uznávajú ako výdavky spojené so zdravotným postihnutím a napomáhajú plnému začleneniu sa do komunity. Finančné príspevky takisto riešia situácie chudoby a extrémnej chudoby, ktorým môžu osoby so zdravotným postihnutím čeliť. Štáty, ktoré sú zmluvnými stranami Dohovoru, nesmú nijako prispieť k ťažkostiam, ktorým čelia osoby so zdravotným postihnutím. Ide najmä o zníženie ich príjmov v čase

hospodárskej alebo finančnej krízy alebo úsporné opatrenia, ktoré sú v rozpore s normami ľudských práv uvedenými v bode 38 vyššie.

63. Podpora pre osoby so zdravotným postihnutím by sa mala hodnotiť prostredníctvom personalizovaného prístupu a prispôbiť sa konkrétnym aktivitám a skutočným prekážkam, ktorým osoby so zdravotným postihnutím pri inklúzii čelia. V hodnotení by sa malo zohľadňovať, že osoby so zdravotným postihnutím vyžadujú prístup k účasti na činnostiach, ktoré sa časom odlišujú. Štáty, ktoré sú zmluvnými stranami Dohovoru, by mali zabezpečiť, aby personalizácia podpory, vrátane finančných príspevkov/osobných rozpočtov zohľadňovala a riešila problémy, ktorým čelia osoby so zdravotným postihnutím, keď žijú vo vidieckych a/alebo mestských oblastiach.

64. Zmluvné strany by mali poskytovať a šíriť časovo aktuálne a presné informácie, ktoré sú dôležité pre informované rozhodovanie o svojom živote a dostupnosti a aktuálnosti podporných služieb v komunite. Mali by tak robiť v prístupných formátoch, vrátane Braillovoho písma, posunkového jazyka, hmatového, ľahko čitateľného formátu a alternatívnych a augmentatívnych foriem komunikácie.

65. Štáty by mali zabezpečiť, aby personál, ktorý pracuje alebo je v procese prijímania do služieb súvisiacich so zdravotným postihnutím, vrátane zamestnancov, osôb s rozhodovacími právomocami a štátnych zamestnancov monitorovania služieb pre osoby so zdravotným postihnutím, bol primerane vyškolený o nezávislom živote v komunite, tak v teórii ako aj v praxi. Štáty by mali tiež stanoviť kritériá v súlade s článkom 19, ktoré sa týkajú subjektov žiadajúcich o zriadenie komunitných sociálnych služieb pre osoby so zdravotným postihnutím, a neskôr posudzovať, ako svoje povinnosti plnia.

66. Zmluvné strany by tiež mali zabezpečiť, aby medzinárodná spolupráca v súlade s článkom 32 a nasledujúce investície a projekty neprispievali k prehľbovaniu prekážok nezávislého života v rámci komunity. Naopak, mali by prekážky

odstrániť a podporovať uplatňovanie práva na samostatný a nezávislý život v komunite. Po rôznych krízach a katastrofických udalostiach je dôležité, aby sa znova nestavali bariéry ako prvok implementácie článku 11 Dohovoru.

67. Zmluvné strany musia zabezpečiť prístup k spravodlivosti a poskytnúť právnu pomoc, primerané právne poradenstvo a podporu, vrátane adekvátneho ubytovania pre osoby so zdravotným postihnutím, ktoré sa snažia presadzovať svoje právo na nezávislý život v komunite.
68. Štáty, ktoré sú zmluvnými stranami Dohovoru, by mali poskytovať primerané podporné služby rodinným/neformálnym opatrovateľom, aby mohli následne podporiť svoje dieťa alebo príbuzného, aby žili nezávisle v komunite. Táto podpora zahŕňa odľahčovaciu službu, služby starostlivosti o deti a iné podporné služby pre rodičov. Finančná podpora je pre rodinných/neformálnych opatrovateľov tiež dôležitá. Často totiž žijú v situácii extrémnej chudoby, bez možnosti nástupu na trh práce. Štáty by tiež mali poskytovať sociálnu pomoc a podporu rodinám a podporovať rozvoj poradenských služieb, kruhov podpory a ďalších vhodných možností, ako posilniť rodinu.
69. Štáty, ktoré sú zmluvnými stranami Dohovoru, musia pravidelne vykonávať prieskumy a iné formy analýzy poskytujúce údaje o fyzických, komunikačných, environmentálnych, infraštruktúrnych a postojových bariérach, s ktorými sa osoby so zdravotným postihnutím stretávajú, a o požiadavkách na lepšiu implementáciu princípov nezávislého života v komunite.

IV. Vzťah k ďalším ustanoveniam Dohovoru

70. Právo žiť samostatne a byť súčasťou komunity je vzájomne prepojené s využívaním iných ľudských práv ustanovených v Dohovore. Zároveň ide o viac ako o súčet týchto práv, keďže sa tu potvrdzuje, že všetky práva by sa mali uplatňovať a využívať v komunite, kde sa osoba rozhodne žiť a kde sa môže slobodne a naplno rozvíjať.

71. Konzultácie a aktívne zapojenie osôb so zdravotným postihnutím prostredníctvom ich zastupiteľských organizácií (článok 4 (3)) sú rozhodujúce pre prijatie všetkých plánov a stratégií, ako aj pre následné sledovanie a monitorovanie uplatňovania práva na nezávislé a samostatné bývanie v komunite. Tvorcovia politik na všetkých úrovniach musia aktívne zapojiť a konzultovať so zástupcami osôb so zdravotným postihnutím, vrátane organizácií žien so zdravotným postihnutím, starších ľudí so zdravotným postihnutím, detí so zdravotným postihnutím, osôb s psychosociálnymi postihnutiami a osôb s mentálnym postihnutím.
72. Nediskriminácia (článok 5), pokiaľ ide o nezávislý život a inklúziu, je dôležitá pri prístupe ku a pri následnom prijímaní podporných služieb. Zmluvné strany by mali definovať kritériá a postupy oprávnenosti prístupu k podporným službám nediskriminačným spôsobom a objektívne. Mali by sa sústrediť skôr na požiadavky osoby než na jej znevýhodnenie, v súlade s ľudskými právami. Vytvorenie osobitných služieb pre osoby so zdravotným postihnutím za osobitných okolností a v súlade s ich požiadavkami, napr. služby pre deti, študentov, zamestnancov a staršie osoby so zdravotným postihnutím, by sa nemalo považovať za diskriminačné porušenie Dohovoru, ale skôr za spravodlivé a právne dostupné pozitívne opatrenie. Osoby so zdravotným postihnutím, ktoré čelia diskriminácii v súvislosti s článkom 19, musia mať k dispozícii účinné a cenovo dostupné opravné prostriedky.
73. Často sú ženy a dievčatá so zdravotným postihnutím (článok 6) viac vylúčené a izolované a čelia viac obmedzeniam týkajúcim sa miesta ich pobytu, ako aj ich životných podmienok. Je to predovšetkým následok paternalistických stereotypov a patriarchálnych sociálnych modelov (proti ženám) v spoločnosti. Ženy a dievčatá so zdravotným postihnutím pociťujú aj rodovú, viacnásobnú diskrimináciu, inštitucionalizáciu, a násilie, vrátane sexuálneho násillia a

obťažovania¹⁰. Štáty, ktoré sú zmluvnými stranami Dohovoru, musia poskytovať cenovo dostupné alebo bezplatné právne služby pre obeť násillia a zneužívania. Ženy s postihnutím, ktoré čelia domácejmu násilliu, sú často viac ekonomicky, fyzicky alebo emocionálne závislé od ich „zneužívateľov“, ktorí majú často status opatrovníka. Ide o situáciu, ktorá bráni ženám so zdravotným postihnutím opustiť zneužívajúce vzťahy a vedie k ich ďalšej sociálnej izolácii. Preto by sa pri uplatňovaní práva žiť nezávisle a byť súčasťou komunity mala venovať osobitná pozornosť rodovej rovnosti, odstráneniu rodovej diskriminácie a patriarchálnych sociálnych modelov.

74. Kultúrne normy a hodnoty môžu nepriaznivo obmedziť voľbu a kontrolu žien a dievčat so zdravotným postihnutím nad ich životom, obmedziť ich autonómiu, zaviazať ich, aby žili v konkrétnych životných podmienkach a potlačili svoje vlastné potreby. Namiesto toho je od nich očakávaná služba ostatným a sú im vnucované niektoré úlohy v rámci rodiny.¹¹ Zmluvné štáty by mali prijať opatrenia na riešenie diskriminácie a bariér voči ženám pri prístupe k sociálnym službám a podpore. Mali by tiež zabezpečiť, aby rôzne politiky, programy a stratégie zohľadňovali rovnosť medzi ženami a mužmi.
75. Štáty, ktoré sú zmluvnými stranami Dohovoru, by mali tiež zabezpečiť, aby sa opatrenia zamerané na rozvoj, posilnenie postavenia žien a dievčat so zdravotným postihnutím (článok 6 (2)) zamerali na rodovú nerovnosť v prístupe k podpore a sociálnej ochrane. Štáty, ktoré sú zmluvnými stranami Dohovoru, by mali prijať primerané opatrenia na vyrovnanie pracovného a súkromného života (zdroje, čas, služby), ktoré podporujú ženy so zdravotným postihnutím pri opätovnom vstupe na otvorený trh práce a zabezpečujú rovnaké práva a povinnosti medzi ženami a

mužmi pri výkone rodičovských povinností.¹² Je tiež zodpovednosťou zmluvných štátov, aby zabezpečili, že útulky pre obeť rodovo podmieneného násillia sú plne prístupné pre ženy a dievčatá so zdravotným postihnutím.

76. Existencia primeraných podporných služieb pre dievčatá a chlapcov so zdravotným postihnutím zohľadňujúcich ich vek, má zásadný význam pre rovnaké využívanie ich ľudských práv (článok 7). Rešpektovanie rozvíjajúcich sa schopností detí so zdravotným postihnutím a ich podpora v rozhodovaní o veciach, ktoré majú na ne vplyv, sú esenciálne. Je tiež dôležité poskytovať rodinám podporu, informácie a poradenstvo (článok 23), aby sa zabránilo inštitucionalizácii detí so zdravotným postihnutím a aby sa prijali akceptovateľné zákony v oblasti adopcie, s cieľom zabezpečiť rovnaké príležitosti pre deti so zdravotným postihnutím.
77. Pokiaľ ide o sociálne interakcie a vzťahy s rovesníkmi, tínedžeri môžu uprednostňovať osobnú asistenciu alebo profesionálnych tlmočníkov znakovkej reči pred neformálnou podporou poskytovanou príbuznými. Zmluvné strany by mali zaviesť inovatívne formy podpory a prístupné služby pre deti a dospelých so zdravotným postihnutím buď priamo alebo prostredníctvom zastupiteľských organizácií. Deti so zdravotným postihnutím môžu vyžadovať podporu pri športových aktivitách alebo aktivitách v komunite v závislosti od ich veku. Teenageri a mladí dospelí so zdravotným postihnutím by mali mať možnosť tráviť čas a zúčastňovať sa na voľnočasových aktivitách so svojimi rovesníkmi. Zmluvné strany musia poskytnúť pomocné zariadenia a technológie, ktoré môžu uľahčiť ich začlenenie do partnerských sietí. Ďalej sú pre podporu nezávislého života rozhodujúce služby, ktoré uľahčujú prechod mladých ľudí do dospelosti, vrátane podpory pri odchode z rodičovského domu, pri začiatkoch v zamestnaní a pri pokračovaní vo vysokoškolskom vzdelávaní.

¹⁰ Pozri Výbor OSN pre práva osôb so zdravotným postihnutím, Všeobecný komentár č. 3 (2016) Ženy a dievčatá so zdravotným postihnutím.

¹¹ Ibid. odst. 8; 18, 29, a 55.

¹² Výbor OSN pre odstránenie diskriminácie žien. Všeobecné odporúčanie č. 21 (13. zasadnutie, (1994) Rovnosť v manželstve a rodinných vzťahoch.

78. Zvyšovanie povedomia (článok 8) je nevyhnutné na vytvorenie otvorených, prístupných a inkluzívnych komunít, keďže článok 19 je v konečnom dôsledku o transformácii komunity. Stereotypy, (ne)schopnosť a mylné predstavy, ktoré bránia osobám so zdravotným postihnutím žiť nezávisle, musia zmiznúť a je potrebné podporovať ich pozitívny obraz a príspevok do spoločnosti. Zvyšovanie povedomia by sa malo poskytnúť štátnym orgánom a úradníkom, odborníkom, médiám, širokej verejnosti a osobám so zdravotným postihnutím a ich rodinám. Všetky aktivity na zvyšovanie povedomia by sa mali vykonávať v úzkej spolupráci s osobami so zdravotným postihnutím prostredníctvom ich zastupujúcich organizácií.

79. Práva ustanovené v článku 19 sú viazané na záväzky zmluvných štátov týkajúce sa prístupnosti (článok 9). Všeobecná prístupnosť všetkého zastavaného prostredia, dopravy, informácií, komunikácie, zariadení a služieb otvorených pre verejnosť v príslušnej komunite, to je predpokladom nezávislého života v nej. Článok 9 vyžaduje identifikáciu a odstránenie prekážok v budovách, ktoré sú prístupné verejnosti, ako napríklad revízia stavebných zákonov a kódexov územného plánovania, zahrnutie noriem univerzálneho dizajnu do rôznych sektorov a stanovenie štandardov prístupnosti pre bývanie.

80. Štáty, ktoré sú zmluvnými stranami Dohovoru, musia vopred vziať do úvahy povinnosť poskytovať podporné služby osobám so zdravotným postihnutím pri všetkých činnostiach súvisiacich s riadením rizík (článok 11), krízových situácií a zabezpečiť, aby sa na osoby so ZP nezabudlo a neboli vynechané. Je tiež dôležité, aby po situáciách ozbrojených konfliktov, humanitárnych núdzových stavov alebo výskytu prírodných katastrof bariéry neboli znovu vytvorené. Aj počas nápravy škôd alebo v čase rekonštrukcií musí byť zabezpečená úplná dostupnosť nezávislého života osôb so zdravotným postihnutím v spoločnosti.

81. Rovnaké uznávanie pred zákonom (článok 12) zabezpečuje, aby všetky osoby so zdravotným postihnutím mali právo na plnú právnu spôsobilosť, a preto majú rovnaké právo na

voľbu a kontrolu nad svojim životom tým, že si vyberajú miesto, s kým a ako chcú žiť, získať a mať poskytovanú podporu podľa ich vôľ a preferencií. Aby sme plne realizovali prechod k podporovanému rozhodovaniu a uplatňovali práva zakotvené v článku 12, je nevyhnutné, aby osoby so zdravotným postihnutím mali príležitosť rozvíjať a vyjadrovať svoju vôľu a preferencie, aby mohli vykonávať svoju právnu spôsobilosť na rovnakom základe s ostatnými. Aby to dosiahli, musia byť súčasťou komunity. Podpora pri uplatňovaní právnej spôsobilosti by sa navyše mala poskytovať pomocou prístupu založeného na komunitnom princípe, ktorý rešpektuje vôľu a preferencie jednotlivcov so zdravotným postihnutím.

82. Prístup k spravodlivosti, ako je zakotvený v článku 13, je základným predpokladom na zabezpečenie plného využívania práva žiť nezávisle v komunite. Zmluvné strany musia zabezpečiť, aby všetky osoby so zdravotným postihnutím mali právnu spôsobilosť a možnosť účasti na súdoch. Štáty, ktoré sú zmluvnými stranami, musia okrem toho zabezpečiť, aby všetky rozhodnutia týkajúce sa nezávislého života v komunite mohli podliehať odvolaniu. Podpora na umožnenie nezávislého života v komunite je vykonateľná ako právny nárok. Na zabezpečenie rovnakého a efektívneho prístupu k spravodlivosti sú podstatné práva na právne poradenstvo a pomoc a na vekovo-primerané bývanie.

83. Nedobrovoľná a nútená inštitucionalizácia na základe rôznych druhov postihnutia alebo iných s tým súvisiacich okolností, ako je napr. predpokladaná „nebezpečnosť“ a iné faktory, ktoré sú vypracované v usmerneniach Výboru OSN pre práva osôb so zdravotným postihnutím k článku 14, je často spôsobená alebo umocnená nedostatkom podporných služieb pre osoby so zdravotným postihnutím. Vykonávací článok 19 tak v konečnom dôsledku zabráni porušovaniu článku 14.

84. Je nanajvýš dôležité zabezpečiť, aby podporné služby neboli žiadnym priestorom na prípadné zneužívanie, vykorisťovanie osôb so zdravotným postihnutím alebo akékoľvek násilie voči nim (článok 16). Monitorovanie

založené na zdravotnom postihnutí, pohlaví a rešpektujúce vek, ako aj nápravné opatrenia a riešenia musia byť k dispozícii pre všetky osoby so zdravotným postihnutím, ktoré využívajú služby uvedené v článku 19 a ktoré môžu čeliť zneužívaniu a násiliu. Keďže inštitúcie majú tendenciu izolovať tých, ktorí v nich žijú, od zvyšku komunity, inštitucionalizované ženy a dievčatá so zdravotným postihnutím sú ešte citlivejšie na násilie založené na rodovej príslušnosti. A to vrátane nútenej sterilizácie, sexuálneho, emočného a fyzického zneužívania a ďalšej izolácie. Tiež čelia väčším prekážkam pri hlásení tohto násillia. Je nevyhnutné, aby štáty zahrnuli dané otázky do svojho monitorovania inštitúcií a zabezpečili prístup k odškodneniu pre ženy so zdravotným postihnutím, ktoré sú v inštitúciách vystavené rodovému násiliu.

85. Bez podpory osobnej mobility (článok 20) existujú pre mnohé osoby so zdravotným postihnutím prekážky pri samostatnom živote v komunite aj naďalej. Poskytovanie cenovo dostupných a prístupných pomôcok určených na mobilitu, iných pomôcok, podporných technológií, foriem pomoci a asistencie, ktoré sú zakotvené v článku 20, je predpokladom úplného začlenenia a účasti osôb so zdravotným postihnutím v ich komunitách.

86. Osoby so zdravotným postihnutím majú právo prístupu ku všetkým verejným informáciám v prístupných formátoch, a tiež na hľadanie, prijímanie a vyjadrovanie informácií a myšlienok na rovnakom základe s ostatnými (článok 21). Komunikácia sa môže poskytovať vo formátoch podľa vlastného výberu, vrátane Braillovoho písma, znakového jazyka, hmatového, ľahko čitateľného formátu a alternatívnych spôsobov, prostriedkov a konceptov komunikácie. Je dôležité, aby komunikácia a informácie mohli plynúť v oboch smeroch a že služby a zariadenia sú prístupné jednotlivcom, ktorí používajú rôzne spôsoby komunikácie. Ďalej je mimoriadne dôležité, aby boli informácie o podporných službách a systémoch sociálnej ochrany, vrátane mechanizmov súvisiacich s postihnutím, prístupné a dostupné z rôznych zdrojov s cieľom umožniť osobám so zdravotným postihnutím prijímať

plne informované rozhodnutia o tom, kde, s kým a ako žiť a aký druh služby je pre nich najvhodnejší. Je tiež veľmi dôležité, aby boli prístupné pre komunikáciu aj mechanizmy na poskytovanie spätnej väzby a sťažností.

87. Zmluvné strany by mali zabezpečiť, aby pri poskytovaní podporných služieb podľa článku 19 boli súkromie, rodina, domov, korešpondencia a česť osôb so zdravotným postihnutím chránené pred akýmkoľvek nezákonným zásahom (článok 22). V každom prípade protiprávneho zasahovania a monitorovania, ktoré je citlivé z hľadiska zdravotného postihnutia, pohlavia a veku, musia byť k dispozícii všetky legálne prostriedky a formy úľavy pre osoby so zdravotným postihnutím, ktoré využívajú podporné služby.

88. Pre deti a rodičov so zdravotným postihnutím je právo na nezávislý život v komunite úzko spojené s právom na rodinu (článok 23). Ak nie je zavedená komunitná podpora a služby, pre rodinu ľudí so zdravotným postihnutím to môže priniesť finančné tlaky a obmedzenia. Práva zakotvené v článku 23 Dohovoru sú nevyhnutné na to, aby zabránili stavu, že deti budú odobraté zo svojich rodín a inštitucionalizované. Zároveň je cieľom podporovať rodiny v komunite. Tieto práva sú rovnako dôležité, aby sa zabezpečilo, že deti nebudú odňaté od svojich rodičov kvôli zdravotnému postihnutiu, ktoré vznikne/prejaví sa neskôr. Zmluvné strany by mali poskytovať informácie, poradenstvo a podporu rodinám pri presadzovaní práv ich detí a podporovať ich začlenenie a účasť v komunite.

89. Nezávislý život a začlenenie do komunity sú neodmysliteľne spojené s inkluzívnym vzdelávaním (článok 24), vyžadujú si uznanie práva osôb so zdravotným postihnutím žiť nezávisle a využívať začlenenie a účasť v spoločnosti.¹³ Začlenenie osôb so zdravotným postihnutím do bežného vzdelávacieho systému prináša ďalšiu inklúziu osôb so zdravotným postihnutím do komunity. Deinštitucionalizácia

¹³ Výbor OSN pre práva osôb so zdravotným postihnutím. Všeobecný komentár č. 4 (2016) Právo na inkluzívne vzdelávanie.

zahrňa aj zavedenie inkluzívneho vzdelávania. Štáty, ktoré sú zmluvnými stranami Dohovoru, by si mali uvedomiť úlohu, ktorú bude právo na inkluzívne vzdelávanie zohrávať pri budovaní silných stránok, zručností a kompetencií potrebných pre všetky osoby so zdravotným postihnutím, aby mohli využívať, participovať a prispievať do svojich komunít.

90. Všeobecné zdravotnícke zariadenia a služby (článok 25) musia byť k dispozícii, prístupné, prispôsobiteľné a prijateľné pre osoby so zdravotným postihnutím v ich komunitách, vrátane podpory pre niektoré osoby so zdravotným postihnutím (s komplexnými komunikačnými požiadavkami, psychosociálnymi postihnutiami, mentálnym postihnutím a/alebo nepočujúcich) počas hospitalizácií, operácií a lekárskeho konzultácií. Poskytovanie služieb zdravotných sestier, fyzioterapeutov, psychiatrov alebo psychológov v nemocniciach ako aj doma, je súčasťou zdravotnej starostlivosti a nemalo by sa chápať ako plnenie povinnosti zmluvných strán podľa článku 19, ale podľa článku 25.

91. Existuje vzájomná závislosť a prepojenosť medzi nezávislým životom v komunite, habilitáciou a rehabilitáciou (článok 26). Pre niektoré osoby so zdravotným postihnutím nie je možná účasť na rehabilitačných službách, ak nedostanú dostatočnú individualizovanú podporu. Zároveň je cieľom rehabilitácie umožniť osobám so zdravotným postihnutím plnohodnotnú a efektívnu účasť v spoločnosti. Habilitácia a rehabilitácia osoby s postihnutím musí vždy rešpektovať jej slobodný a informovaný súhlas. Habilitácia a rehabilitácia je dôležitá predovšetkým vo vzťahu k vzdelávaniu, zamestnaniu, zdravotným a sociálnym záležitostiam.

92. Existencia individualizovaných podporných služieb vrátane osobnej asistencie je často predpokladom pre efektívne využívanie práva na prácu a zamestnanie (článok 27). Okrem toho, by sa osoby so zdravotným postihnutím mali stať samy zamestnávateľmi, manažérmi alebo školiteľmi v podporných službách špecifických pre zdravotne postihnuté osoby. Vykonávací článok 19 preto pomôže postupne odstraňovať chránené formy zamestnania.

93. Aby sa zabezpečilo, že osoby so zdravotným postihnutím majú primeranú životnú úroveň (článok 28), zmluvné strany by mali okrem iného poskytovať prístup k podporným službám, ktoré im umožňujú žiť nezávisle. Preto je povinnosť zmluvných strán zabezpečiť prístup k primeraným a cenovo dostupným službám, zariadeniam a inej formy pomoci, v súvislosti so znevýhodnením, a to najmä pre osoby so zdravotným postihnutím, ktoré žijú v chudobe. Okrem toho je potrebný prístup k verejným a dotovaným programom bývania v komunite. Je v rozpore s Dohovorom, ak osoby so zdravotným postihnutím majú znášať náklady spojené s ich postihnutím samy.

94. S cieľom ovplyvňovať a podieľať sa na rozhodnutiach zasahujúcich do rozvoja ich komunity by mali všetky osoby so zdravotným postihnutím využívať a uplatňovať svoje práva na účasť na politickom a verejnom živote (čl. 29) osobne alebo prostredníctvom svojej organizácie. Vhodná podpora môže poskytnúť osobám so zdravotným postihnutím cennú pomoc pri uplatňovaní ich práva voliť, zúčastňovať sa na politickom živote a viesť verejné záležitosti. Je dôležité zabezpečiť, aby asistenti a iný podporný personál neobmedzovali alebo nezneužívali možnosti, ktoré majú osoby so zdravotným postihnutím pri výkone svojich hlasovacích práv.

95. Kultúrny život, rekreácia, voľný čas a šport (článok 30) sú dôležitými dimenziami života v komunite, kde sa môže dosiahnuť inklúzia, napríklad zabezpečením, aby udalosti, aktivity a zariadenia boli prístupné osobám so zdravotným postihnutím a boli inkluzívne. Osobný asistent, sprievodca, čitateľ, a rôzni komunikační tlmočníci prispievajú aj k inkluzívnemu životu v komunite. To všetko sa deje podľa vôle a preferencií osôb so zdravotným postihnutím. Je dôležité, aby sa využívanie podpory akéhokoľvek druhu považovalo za súčasť výdavkov spojených so zdravotným postihnutím, pretože takéto podporné služby pomáhajú podporovať začlenenie do spoločnosti a nezávislý život. Asistenti, potrební na účasť človeka s postihnutím na kultúrnych a voľnočasových aktivitách, by nemali platiť na takéto podujatia vstupné. Takisto by nemali

existovať obmedzenia na to, kedy, kde a pre aké druhy aktivít je možné využívať asistenciu, a to na národnej a medzinárodnej úrovni.

96. Údaje a informácie musia byť systematicky rozčlenené (článok 31) podľa zdravotného postihnutia vo všetkých odvetviach, a to aj pokiaľ ide o bývanie, životné podmienky, systémy sociálnej ochrany, ako aj prístup k nezávislému životu a podpore a k službám. Informácie by mali umožňovať pravidelné analýzy, ako deinštitucionalizácia a prechod na podporné služby v komunite pokročili. Je dôležité, aby ukazovatele odrážali v každom zmluvnom štáte osobitné okolnosti.

97. Medzinárodná spolupráca (článok 32) sa musí vykonávať spôsobom, ktorý zabezpečí, aby sa zahraničná pomoc investovala do podporných služieb v miestnych komunitách, ktoré rešpektujú vôľu a preferencie osôb so zdravotným postihnutím a posilňujú ich právo vybrať si, kde, s kým a v akých podmienkach budú žiť, v súlade s článkom 19. Investovanie peňazí získaných v rámci medzinárodnej spolupráce do rozvoja nových inštitúcií alebo inštitucionálnych modelov starostlivosti je neprijateľné, pretože vedie k segregácii a izolácii osôb so zdravotným postihnutím.

V. Implementácia na národnej úrovni

98. Výbor berie na vedomie, že zmluvné štáty môžu čeliť výzvam na národnej úrovni pri uplatňovaní práva na nezávislý život a začlenenie do komunity. V súlade s vyššie uvedeným normatívnym obsahom a záväzkami by však zmluvné štáty mali vykonať nasledujúce kroky na zabezpečenie úplnej implementácie článku 19 Dohovoru:

(a) Zrušiť všetky zákony, ktoré bránia každej osobe so zdravotným postihnutím, bez ohľadu na typ postihnutia, vybrať si, kde, s kým a ako žiť, vrátane práva byť neobmedzovaným na základe akéhokoľvek postihnutia;

(b) Zaviesť a presadzovať zákony, normy a iné opatrenia s cieľom sprístupniť miestne komunity a životné prostredie, ako aj informácie a komunikáciu všetkým osobám so zdravotným postihnutím;

(c) Zabezpečiť, aby programy sociálnej ochrany spĺňali požiadavky rôznych skupín osôb so zdravotným postihnutím na rovnakom základe s ostatnými;

(d) Zaviesť zásadu univerzálneho dizajnu pre fyzický i virtuálny priestor do politík, právnych predpisov, noriem a ďalších opatrení vrátane monitorovania realizácie/implementácie záväzkov. Preskúmať svoje stavebné predpisy s cieľom dodržiavať zásady univerzálneho dizajnu a legislatívnych usmernení v oblasti stavebníctva, ako sa uvádza vo Všeobecnom komentári č. 2 (2014) Výboru pre prístupnosť;

(e) Zabezpečiť všetkým osobám so zdravotným postihnutím hmotné a procesné práva, aby žili nezávisle v komunite;

(f) Informovať osoby so zdravotným postihnutím o ich práve žiť nezávisle v komunite spôsobmi, ktorým porozumejú, a poskytovať školenia o empowermente s cieľom, aby sa osoby so zdravotným postihnutím naučili presadzovať svoje práva;

(g) Prijat jasné a ciele stratégie na deinštitucionalizáciu, s konkrétnymi časovými rámcami a primeranými rozpočtami, s cieľom odstrániť všetky formy izolácie, segregácie alebo inštitucionalizácie osôb so zdravotným postihnutím. Osobitná pozornosť by sa mala venovať osobám s psychosociálnym a/alebo mentálnym postihnutím a deťom so zdravotným postihnutím, ktoré sú v súčasnosti v inštitúciách;

(h) Vytvoriť povedomie, ktoré rieši negatívne postoje a stereotypy o osobách so zdravotným postihnutím a zabezpečuje transformáciu komunity v snahe vytvoriť individualizované a dostupné všeobecné verejné služby;

- (i) Zabezpečiť účasť osôb so zdravotným postihnutím, osobne alebo prostredníctvom zastupujúcich organizácií je rozhodujúce pre transformáciu podporných služieb a komunity a pre navrhovanie a implementáciu stratégií deinštitucionalizácie;
- (j) Vytvoriť komplexné politické a legislatívne usmernenia a prideliť finančné prostriedky na vybudovanie cenovo dostupných a prístupných bytových jednotiek, zastavaného prostredia, verejných priestranstiev a dopravy spolu s primeraným časovým rámcom na ich implementáciu a sankciami, ktoré sú účinné, odradzujúce a primerané pri ich porušovaní verejnými alebo súkromnými organizáciami a inštitúciami;
- (k) Alokovať zdroje do rozvoja vhodných a dostatočne vyhovujúcich služieb pre všetkých ľudí so zdravotným postihnutím, ako sú napr. osobná asistencia, sprievodcovia, čitatelia, profesionálny posunkový jazyk alebo tlmočníci;

- (l) Navrhovať postupy verejnej súťaže týkajúcej sa podporných služieb pre osoby so zdravotným postihnutím, ktoré žijú nezávisle v komunite, zohľadňujúc pritom normatívny obsah článku 19;
- (m) Zaviesť mechanizmy na monitorovanie existujúcich inštitúcií a pobytových služieb, stratégií na deinštitucionalizáciu a implementáciu nezávislého života v rámci komunity, so zreteľom na úlohu nezávislých monitorovacích rámcov; a
- (n) Monitorovanie a implementácia uvedeného podľa článku 19 by sa mali uskutočňovať za plnej účasti a konzultácie s osobami so zdravotným postihnutím prostredníctvom zastupujúcich organizácií.

Preložila: Lucia Cangárová, Rada pre poradenstvo v sociálnej práci



SNAŽÍM SA O TO, ABY SOM SI CHRÁNIL, VÁŽIL A ROZVÍJAL TO, ČO POVAŽUJEM V MOJOM ŽIVOTE ZA NAJDÔLEŽITEJŠIE

Slavoj Krupa, Miro Cangár

Slavoj, na základe čoho si sa rozhodol venovať sociálnej práci?

Vo veľkej miere ma ovplyvnilo rodinné prostredie. Spolu s mojimi dvoma bratmi a rodičmi sme bývali v družstevnom, dvojizbovom byte na Tehelnom poli v Bratislave. Do našej domácnosti prichádzali priatelia mojich rodičov, naši priatelia a hostia. V nedeľu na obed sme nikdy nevedeli presne, koľkých hostí k nám otec z kostola privedie. Vždy sa u nás našlo miesto, aby mohli nájsť domov. V značnej miere sa na otvorenom spôsobe života našej rodiny podieľala pohostinnosť a obetavosť našej mamy. Súčasťou našej rodiny bola hudba. Doma sa veľa spievalo pri našom starom harmóniu, chodili sme na hodiny hry na klavír, neskôr na organ, hral som v hudobnej kresťanskej skupine, komponoval prvé piesne. Štúdium na odbore liečebnej pedagogiky, kde bola možnosť špecializácie na muzikoterapiu, bola dobrá ponuka. V rozhodovaní pre tento odbor ma podporoval priateľ môjho otca Ján Rosenberger-Rosa, učiteľ, organizátor povojnovej starostlivosti o zdravotne postihnutých a hudobný skladateľ. Vo vyšších ročníkoch liečebnej pedagogiky sme spolu s mojím spolužiakom a priateľom Pavlom Kailinom prijali pozvanie Doc. MUDr. J. Molčana na aplikovanie muzikoterapie a sťažovanie v psychiatrickej liečebni v Hodoch, kde boli dlhodobo hospitalizovaní pacienti. Diplomovú prácu som mal zameranú na skúmanie percepcie rytmu u pacientov s dg. schizofrénia.

A to rozhodlo aj o tvojom zamestnaní po ukončení školy?

Nebolo to úplne také jednoduché. Po skončení školy som sa oženil a nastúpil som na



jednoročnú vojenskú službu. Moja manželka, ktorá v tom čase pracovala ako zdravotná sestra, pochádza zo Zemplína, kam sme sa teda presťahovali. Nejaký krátky čas som našiel prácu na sociálnom oddelení krajského úradu v Košiciach ale nemali sme tam kde bývať. Preto sme sa približne po krátkom čase presťahovali do Bratislavy. Hľadal som si prácu a Doc. Molčan, v tom čase primár na Psychiatrickej klinike, ma prijal na pracovnú pozíciu - muzikoterapeuta. Na klinike som pracoval na polovičný úväzok. Bola to inšpiratívna práca, nebolo to však trvale stabilné miesto. Narodili sa nám v rodine postupne rok po roku tri krásne deti, s ktorými bola manželka doma. Pre zabezpečenie rodiny bolo potrebné hľadať si ďalšiu prácu. Prijali ma do Ústavu sociálnej starostlivosti pre mládež na Patrónke v Bratislave, na úsek výchovy.

Zrazu si sa ocitol v prostredí ústavu sociálnych služieb ...

Nebolo to pre mňa úplne neznáme prostredie. Počas štúdia sme mali krátke stáže v rôznych zariadeniach a mal som možnosť pracovať ako dobrovoľník v jednom pobytovom ústave pre mentálne postihnuté osoby v NDR. Ústav na Patrónke bol s ním dosť podobný. Začal som tu pracovať ako vychovávateľ v rámci mimoškolskej výchovy. Pridelili mi skupinu životaschopných učňov a uční s kombinovaným psycho-somatickým postihnutím. Boli to chlapci a dievčatá z celého Slovenska. Bol som v kontakte s učiteľmi na škole, majstrami odborného výcviku, s rodičmi, psychologičkou, lekármi, rehabilitačnými pracovníkmi. Tá práca ma pohltila. Nedalo sa to všetko zvládnuť v pracovnom čase. V krátkom čase mi bolo zrejmé, že naša práca by bola efektívnejšia, keby vedenie ústavu malo záujem na koordinácii všetkých pracovníkov v prospech osobnostného rozvoja klientov. Viacerí sme to tak videli a cítili ale inštitučná kultúra ústavu sa nedala oficiálne prelomiť. Čiastočne sa nám to darilo na osobnej polo-oficiálnej úrovni s niektorými pracovníkmi ústavu, hlavne s lekárkou MUDr. Soňou Tomovou a psychologičkou Mgr. Dankou Kočicovou, liečebným pedagógom, mojím kolegom Janom Marečkom. Sociálna starostlivosť poskytovaná psycho-somaticky postihnutým deťom a mládeži priťahovala do zamestnania pracovníkov, ktorí sme spravidla neboli politicky – stranícky angažovaní a štátny aparát považoval za dôležité mať nás pod kontrolou. Na najnáročnejších oddeleniach pracovali rádové sestry. O to väčšie prekvapenie ma



čakalo po prvom roku mojej práce, keď ma vymenovali za vedúceho oddelenia výchovy. Zodpovedal som za opatrovateľskú, výchovnú, sociálnu a mimoškolskú starostlivosť približne 150 deťom a mladistvým. Tak prešlo sedem náročných rokov v 8-12 hodinovej práci denne ale aj sedem náročných rokov pre našu rodinu, počas ktorých sa nám narodili dvaja synovia a dcéra. Bývali sme vtedy v jednoizbovom strešnom byte na piatom poschodí bez výťahu.

Čo sa stalo potom, keď si začal pracovať v novom dennom zariadení pre mentálne postihnuté deti v Dúbravke?

Politická normalizácia po roku 1968 bola v plnom prúde. Myslel som si, že budem pracovať v pozícii vedúceho výchovy celý život. Veci sa však diali mimo mňa. Rodiny v Bratislave, ktoré mali mentálne postihnutých členov, sa spojili a založili združenie s cieľom riešiť sociálno-zdravotnú situáciu svojich deťom. Odmietali umiestňovanie mentálne postihnutých v celoročných ústavoch. Združenie na pomoc ľuďom s mentálnym postihnutím pod vedením pani E. Kopalovej a ľudí v ňom odvážne formulovali svoje požiadavky. Celoročné ústavy v tých rokoch (1982) mali poradovníky na prijímanie klientov a čakacia doba na prijatie trvala niekedy aj viac rokov. Často sa stávalo, že v krízových situáciách súhlasili niektoré bratislavské rodiny s umiestnením svojho syna alebo dcéry v celoročnom zariadení vzdialenom 200 až 300 km od ich bydliska. Bratislavské rodiny žiadali zriadenie denných zariadení, ktoré umožňujú spoločný život s postihnutými deťmi. Podporu našli hlavne medzi skúsenými lekármi, ktorí pôsobili v Bratislave, detským neurológom MUDr. J. Benkom a vedeckým pracovníkom Doc. MUDr. Černayom CSc., ktorý sa zaoberal výskumom liečby pacientov s DS a prof. MUDr. Karolom Matulayom, ktorý sa cieľavedome venoval výskumu mentálneho postihnutia, diagnostike a liečbe. V tom čase na Národnom výbore v Karlovej Vsi pracovala v posudkovej komisii MUDr. Bohmová, ktorá mala možnosť ako sprievodkyňa svojej dcéry, reprezentantky v krasokorčuľovaní, navštevovať západoeurópske krajiny. Tam si uvedomila, že v sociálnej starostlivosti majú dôležité

miesto stacionárne, denné zariadenia sociálnych služieb. V tom čase viaceré materské školy v časti Bratislava – Dúbravka zrušili pre nedostatok deťom. Národný výbor v Karlovej Vsi za podpory Hlavného mesta SR Bratislavy prijal rozhodnutie, že v škole na Lipského ulici zriadi stacionárne zariadenie pre deti v strednom až hlbokom pásme mentálneho postihnutia. Metodické stredisko odboru sociálnych vecí v zastúpení pani Zuzany Masnej, ktoré presadzovalo v tých rokoch odbornosť a profesionalizáciu služieb v ústavoch sociálnej starostlivosti, oslovilo vedenie ústavu na Patrónke, aby ma uvoľnili a umožnili mi nastúpiť do pozície riaditeľa stacionáru v Dúbravke, a to aj napriek tomu, že som nespĺňal politické kritériá pre takúto pozíciu. Zriaďovateľom stacionára bol Národný výbor v Karlovej Vsi. Bolo potrebné prevziať hmotnú zodpovednosť za majetok materskej školy od predchádzajúcej riaditeľky a vypracovať základný koncept organizačnej štruktúry a prevádzky denného zariadenia. Podporu som cítil od vedúcej sociálneho odboru JUDr. Hajrovej a významne mi pomáhala ekonómka a neskôr moja kolegyňa v ústave, Kristína Lončeková. V tom čase už bolo v Bratislave v prevádzke jedno nízko kapacitné zariadenie, ktoré poskytovalo denné služby v rodinnej vile na Jaskovom rade, a to bola príležitosť zapracovať ich skúsenosti a poznatky do koncepcie stacionáru v novom ústave na Lipského ulici. Budova bývalej materskej školy v Dúbravke je obklopená činnosťami a obyvatelia bytov sa po informácii, že tu bude poskytovaná starostlivosť postihnutým deťom, vzbúрили proti zriadeniu ústavu v blízkosti ich obydli. Bolo to moje prvé stretnutie s odporom verejnosti motivovanej strachom z (pre nich) neznámeho kontaktu s postihnutými osobami. Bola to dobrá skúsenosť, ktorú som potreboval aj do budúcnosti. Dnes viem, že sme podcenili postoje obyvateľov (syndróm NIMBY) okolitých bytoviek a oni mali nárok byť podrobne informovaní o našich zámeroch a obsahu práce.

Zriadenie ústavu v budove bývalej materskej školy bolo dobré riešenie?

Budova materskej školy je vhodná pre poskytovanie dennej ústavnej starostlivosti. Postihnutí klienti a klientky sa naraz ocitli



v podmienkach, ktoré boli navrhované pre zdravé deti, a to bolo nadštandardné oproti dovtedajšej ale aj súčasnej praxi. V súčasnosti význam prostredia služieb považujem za ešte významnejší.

Ako boli postupne prijímaní klienti a klientky do stacionára a ako sa rozvíjal prístup a program sociálnych služieb?

Na sociálnom odbore som dostal adresy rodín, ktoré prejavili záujem o umiestnenie svojich deťom v dennom zariadení. Návštevy v rodinách ma posilňovali v presvedčení, že denné služby, môžu významne zvýšiť kvalitu ich života. Základná koncepcia práce v novom dennom ústave bola položená na poskytovaní odborných služieb. Dovtedy zaužívaný systém nepočítal so zamestnávaním špeciálnych, liečebných pedagógov a ďalších vysokoškolských profesií v sociálnych službách. Často sa argumentovalo tým, že klienti so stredným až hlbokým mentálnym postihnutím sú nevzdelateľní a sociálne neprispôsobiví, a preto potrebujú len opatrovateľské a ošetrovateľské služby. Rozdielne podmienky prostredia v rodinách a prostredie ústavu boli od začiatku zdrojom napätia medzi rodičmi a pracovníkmi priameho kontaktu. Pracovníci očakávali, že rodičia budú akceptovať ich požiadavky a očakávania a rodičia mali podobné očakávania na pracovníkov. Sociálna práca s rodinou sa stala dôležitou súčasťou našej práce. Podstatné bolo, že sme objavovali v ťažko mentálne a fyzicky postihnutých klientoch dovtedy nepoznaný osobnostný potenciál. Základný obsah našej práce s klientmi a ich rodinami sa odvíjal na témach prijatia, diagnostikovania, komunikácie (neverbálnej,



augmentatívnej), dorozumenia, individuálnych programov, podpory a spolupráce s rodinou. Zákon umožňoval zriadiť v rámci prevádzky ústavu diagnostické oddelenie, sociálne oddelenie, ktoré významne prispeli ku skvalitneniu poskytovania sociálnych služieb. Diagnostický, prípadne rediagnostický pobyt, umožnil pripraviť individuálny program a prístup ku klientom ešte pred ich zaradením do skupín. V druhej polovici 80-tych rokov sme sa rozhodli zriadiť sociálne služby pre našich klientov v predškolskom veku v materskej škôlke. Mali sme víziu, že naše deti budú v bezprostrednom kontakte so zdravými deťmi materskej škôlky. Materská škôlka v Lamači bola poloprázdna. Pri našich prvých stretnutiach s riaditeľkou MŠ sme prekonávali jej obavy z „experimentu“. Riziko videla v postojoch rodičov z materskej škôlky, ktorí podľa nej nebudú súhlasiť s prítomnosťou našich detí z ústavu. Na stretnutí s rodičmi detí z materskej škôlky po dlhom rozhovore, rodičia súhlasili s výhradou, aby deťom z ústavu boli poskytované sociálne služby v budove materskej škôlky, ale oddelene od detí z ústavu. Získali sme kladné stanovisko inšpektorky k nášmu integračnému projektu. Život prinášal prirodzené situácie, kedy naše deti a deti

materskej škôlky vyšli na prechádzku alebo sa hrali na ihrisku a najčastejšie spolu. V pamäti mi ostávajú zážitky, keď zdravé deti učili svojich rodičov, ako sa majú správať k našim deťom. Neskôr bola zriadená materská škôlka priamo v tretej budove rozšíreného ústavu.

Ako vnímaš osoby, ktoré pre svoj život potrebujú sociálnu podporu?

Pre osobu, ktorá nevyhnutne potrebuje pre svoj život sociálnu, zdravotnú alebo inú starostlivosť je podstatné a dôležité, ako sa ja, my, ktorí im pomáhame, k nim správame. Naše správanie je prejavom nášho osobného a profesionálneho vzťahu. Žiaden prístroj nedokáže tak citlivo vnímať naše správanie ako človek, ktorému pomáhame. Sme schopní vnímať nielen vonkajšie prejavy ale aj tie skryté, neviditeľné, ktoré sú v nás, v našich myšlienkach, v našich srdciach – citoch, v obsahu našich slov, úsmevu, pohybu, v spôsobe hľadania riešení. Nielen my, ktorí odborne pomáhame, vnímame klienta, rozpoznávame situáciu, v ktorej sa nachádza ale aj klient, ktorému pomáhame, nás seba vlastným spôsobom vníma. Ak my vnútorne neprijímame osobu, s ktorou pracujeme, ako môžeme očakávať, že nás ona bude akceptovať? Prijímať

iné ako dôstojného, dokonca dôstojnejšieho ako som sám, si vyžaduje profesionálnu ale aj osobnú pokoru. To slovo nie je v slovníku sociálnej práce. Prijatie klienta znamená, že mám pre neho nevyhnutný čas, v ktorom ma potrebuje. Prijatie klienta znamená, že viem o jeho schopnostiach a zručnostiach, o ktorých možno doteraz ešte ani sám nevie a ktoré dokáže s mojou podporou objavovať, rozvíjať, zapojiť do riešenia svojho problému. Tak ako nemožno bez zodpovednosti poznať slobodu, tak ani bez prijatia inej osoby nie je možné jej postupné osamostatňovanie. Každý posun, čo aj len malá zmena v správaní klienta, vyvolaná prístupom sociálneho pracovníka, vedie zároveň k jeho vlastnému prehĺbovaniu osobnostnej zrelosti a zvyšovaniu odbornej kompetencie. Keď s problémami prijímame vlastnú životnú situáciu, je dobré, ak stretneme niekoho, kto nás takého, akí sme, ako sa práve cítime, dokáže akceptovať. Škála prijatia má na jednej strane takmer bezproblémové prijatie zrodu, narodenia, a na druhej strane, náročné a bolestné prijatie utrpenia a smrti. Život človeka sa pohybuje v týchto súradniciach. Uvedomujem si, že moju existenciu a existenciu ľudí vôbec, život presahuje nielen horizontálne ale aj vertikálne.

Každodenný kontakt s rodinami klientov bola pre teba nová skúsenosť?

Tak ako je dôležité mať pre poskytovanie dobrých sociálnych služieb osobnostne zreľých a odborne pripravených pracovníkov, tak je dôležitá matka a otec, súrodenci pre postihnutého člena rodiny. Kým zamestnanec v sociálnej starostlivosti sa na prácu, ktorú chce vykonávať, pripravuje, rodičia nie sú na neočakávanú situáciu pripravení a keď nepriaznivá a náročná situácia nastane, nedostáva sa im potrebná a nevyhnutná podpora. Rodičia citlivo vnímajú vzájomné reakcie, postoje a reakcie okolia, vrátane zdravotníkov, pedagógov a sociálnych pracovníkov. Je neprofesionálne vyčítať rodičom ich precitlivosť alebo zdanlivú apatiu. Tak ako to dokážu, sa vyrovnávajú s náročnou situáciou a sú v permanentnom v časovom strese. V krízovej situácii takto reagujeme všetci. Ak niečo rodičom pomôže, je to náš čas, aby sa mohli zdieľať so svojimi predtuchami, radostami i

obavami. Pravidelné, neformálne stretávanie s rodičmi pomáhajú vidieť nielen to, čo bolo, to, čo sa práve deje ale tiež aj to, čo je dôležité pre zajtrajšok, najbližšie dni, mesiace, roky. Je tiež neprofesionálne spochybňovať pocity, postrehy a pozorovania rodičov. Náš spôsob komunikácie s rodičmi môže ich náročnú situáciu ešte viac vyhrcovať alebo upokojovať. Stále nedoceňujeme, a preto ani neriešime komplexne psychickú a fyzickú záťaž, ktorou rodina s postihnutým členom prechádza.

Ako to bolo s prijímaním zamestnancov a celkovo s pracovníkmi?

S postupným prijímaním klientov do ústavu boli prijímaní do pracovného pomeru pracovníci. Sociálny odbor mi ponechal kompetencie pre výber a prijímanie zamestnancov. V každej skupine klientov bol jeden odborný pracovník (najčastejšie psychológ, špeciálny pedagóg, liečebný pedagóg, logopéd, akademická sochárka) a opatrovateľ/ka, alebo ošetrovateľ/ka. Bolo potrebné neustále a každý rok argumentovať a zdôvodňovať potrebu zvyšovania počtu pracovníkov a s tým spojené zvyšovanie rozpočtu ústavu. Problémom bola nízka politická angažovanosť pracovníkov ústavu. Za slabinu personálnej politiky považoval zriaďovateľ skutočnosť, že v ústave neboli členovia komunistickej strany. Po niekoľkých rokoch absencie straníkov sa v čase, keď nás už bolo niekoľko desiatok pracovníkov, prihlásila do pracovného pomeru absolventka defektológie v Moskve. V Rusku sa považovalo za samozrejmé vstupovať do strany už počas štúdia. Aj zriaďovateľ sa potešil zlepšeniu kádrového profilu pracovníkov ústavu. Sympatická kolegyňa ale po nejakom čase otehotnela a počas materskej dovolenky začala chodiť do blízkeho kostola pri jej bydlisku. Nadobudla presvedčenie, že byť kresťanom, a zároveň byť v strane je nezlučiteľné a požiadala o vystúpenie zo strany. Takéto rozhodnutia sa v čase politickej normalizácie „nenosili“ a spravidla mali nepriaznivé následky pre pracovníka. Naša politická angažovanosť tým klesla na bod mrazu. Táto situácia pretrvávala od vzniku ústavu (1982) až do revolúcie (1989). Tímová práca pracovníkov (odborných, zdravotníckych, technicko-prevádzkových) bola základnou požiadavkou. V

priebehu rokov sa neskôr viacerí z pracovníkov stali osobnosťami, ktoré sa podieľali na vzniku ďalších stacionárov a ústavov a služieb v Bratislave. Dr. Janišová – Kampino, Dr. Petrová – Integra, Mgr. Vyberalová – Hestia, Dr. Komrska – Sibirka, Mgr. Roháček – Návrat, Kristína Lončeková – Vstúpte, prof. Slávka Šicová – arteterapeutka, Mgr. Matej – Nadácia SOCIA, prof. PhDr. Zsolt Cséfalvay – katedra logopédie PF UK, Mgr. Pavol Kailing – Ústav prof. Karola Matulaya a ďalší.

Denný stacionár na Lipského ulici nesie meno Prof. MUDr. Karola Matulaya

Profesor MUDr. Karol Matulay sa vrátil do Bratislavy po ukončení svojej práce na Psychiatrickej klinike a LFUK v Martine vo veku 76 rokov. Kontaktoval sa so mnou po začatí prevádzky ústavu v čase, keď boli poskytované služby rozšírené v susednej budove (tiež bývalej materskej škôlky). V rukách držal starú ošúchanú koženú tašku a skromne sa predstavil: „ja som nejaký Matulay“. Výnimočný, skromný, vnímavý a pozorný človek. Po ukončení práce prednostu na klinickom pracovisku PL v Martine a následnom príchode do Bratislavy, nám prišiel ponúknuť svoje služby špičkového odborníka ako dobrovoľník. Mal neuveriteľné skúsenosti z riadenia reforiem klinických pracovísk psychiatrie, víziu, v ktorej mal pacient, či klient a jeho potreby nespochybniteľnú pozíciu, prehľad o liečebných postupoch v zahraničí a hlavne záujem všetky tieto poznatky odovzdávať. Prítomnosť profesora v ústave bola pre nás takmer neuveriteľný dar. K mojej ľúlosti nebolo možné pána profesora zamestnať. V tom čase bol v dôchodkovom veku a napriek svojej výnimočnosti nemal požadované politické krytie a ani sa o také politické krytie počas svojho života neuchádzal. V nekonečných podnetných a príjemných rozhovoroch, ktoré prebiehali pravidelne, niekedy aj niekoľkokrát týždenne, mi otváral možnosti zlepšovania podmienok našej práce. Počas dňa poskytoval konzultácie mojim spolupracovníkom, odporúčal reálne liečebné postupy na báze kognitívno-behaviorálnych prístupov. Profesor nás taktne a zároveň dôrazne upozorňoval na potrebu individuálneho prístupu /i keď rešpektoval realitu vyššieho počtu klientov v

skupine/. Nenásilne ma upozorňoval na moju zodpovednosť presadzovať zmeny umožňujúce individuálnu prácu s klientmi. Základné témy, ktoré sme spolu preberali, bola včasná diagnostika a terapia, podpora sebaobsluhy klientov a nevyhnutnosť prípravy na zamestnávanie postihnutých klientov v pracovných dielňach. Na profesoroze podnety sme postupne zriaďovali dielne pre mladých dospelých klientov, zabezpečovali sme im prácu v internom aj externom prostredí (Figaro). Na základe času, ktorý venoval individuálnym pozorovaniam a psychiatrickým vyšetreniam, mi odovzdával písomne odporúčania pre sociálnu prácu s klientmi. Absurdné bolo, keď niekto z ústavu poslal anonym zriaďovateľovi, v ktorom nepravdivo spochybňoval prácu a ohováral pána profesora. S podobnými útokmi mal profesor celoživotnú skúsenosť. Dokázal sa s nimi osobnostne vyrovnávať, lebo mal úplne inú kultúru v osobnom a profesionálnom živote. Bolo úžasné pozorovať a prijímať jeho prirodzený spôsob zvládania okolností života. Bolo bežné, že prišiel do ústavu v krátkych nohaviciach a košeli na svojej mbéčke a rovnako, že vítal účastníkov medzinárodnej konferencie v elegantnom fraku s motýlikom a bez problémov komunikoval s nimi po anglicky, francúzsky alebo nemecky. Naša spolupráca pokračovala až do r. 1991 a pokračovala aj v čase vedenia ústavu s mojim nástupcom Pavlom Kailingom. V roku 1990 som navrhol profesorovi, aby bol ústav nositeľom jeho mena ako prejav vďaky a úcty za jeho prínos. Na moju radosť súhlasil. Myslím si, že by sme nemali zabúdať na osobnosti, ako bol profesor Matulay, ktoré sa nespreneverili svojmu poslaniu a hodnotám, a to i napriek nepriazni štátnej moci a nám pomáhali v totalitnom prostredí nachádzať zmysel v práci. Profesor mal vplyv na odborný rast mladých psychiatrov, ktorí sa z medicínskeho hľadiska zaoberali problematikou mentálneho postihnutia – MUDr. Sýkorovej (neskôr zakladateľka rovnomeného detského psychiatrického sanatória v Bratislave), ktorá v jednom období bola našou ústavnou lekárkou a profesora MUDr. Pečeňáka CsC. (v súčasnosti prednosta psychiatrickej kliniky fakultnej nemocnice). Po revolúcii sa otvorili možnosti pre presadenie systému poskytovania ambulantnej včasnej



diagnostiky a terapie pre pacientov s nerovnomerným vývojom, ktorú profesor Matulay spolu s primárom MUDr. Benkom, Doc. MUDr. Černayom, MUDr. Šustrovou a v spolupráci s PhDr. Vierou Záhorcovou a ďalšími odborníkmi, presadil na DFN Kramáre v Bratislave, Úsek včasnej diagnostiky a liečby detí s celoslovenskou pôsobnosťou. Monografia „Mentálna retardácia“, ktorú profesor vydal v roku 1986, v značnej miere obsahuje poznatky zo spolupráce a skúseností, získanými s kontaktmi s poprednými psychiatrami a odborníkmi v Nemecku (T. Mutters) a Veľkej Británii (Prof. Oliver Rassel), Švédsku (Dr. Karl Grunewald) a skúseností z praxe, pozorovaných a získaných v sociálnych ústavoch na celom Slovensku. Profesor mal záujem, aby sprostredkoval možnosť nášho kontaktu so zahraničnými odborníkmi v Západnej Európe. Prihlásili sme sa na konferenciu v Mníchove. Naivne sme sa obidvaja nazdávali, že sa nám to podarí. Skončilo to tak, že mi na sedem rokov zobrali pas z dôvodu, že nie je v záujme štátu, aby osoba, ako som ja, vycestovala do zahraničia. Neskromne ale môžeme konštatovať, že koncom osemdesiatych rokov sme spolu s mojimi spolupracovníkmi získali za poskytované sociálne služby v stacionári uznanie nielen na Slovensku, v Čechách ale aj v zahraničí.

A prišla zamatová revolúcia v r. 1989

Málokto revolúciu očakával. Vyzeralo to naozaj tak, že režim bude vo Východnej Európe na „večné časy“. Zrútenie totality bol zázrak a ako každá taká udalosť, vyvolal veľa konšpiračných vysvetlení. Ešte pár mesiacov pred novembrom 1989 nás v ústave vyšetřovala štátna bezpečnosť z dôvodu, že moja kolegyňa prepisovala na ústavnom písacom stroji román disidentky. V každej oblasti spoločenského života, akoby sa prelomila atmosféra slobody z mítingov na námestiach. Sloboda. Už nemusíme mlčať alebo hovoriť, či písať tak, ako to prijal zjazd komunistickej strany v Rusku či doma, ale tak, ako to skutočne je. V našej oblasti to bolo pomenovanie neúnosnej, nehumánnej situácie v poskytovaní sociálnych služieb v tzv. azylových ústavoch pre osoby s kombinovaným psychofyzickým postihnutím a psychickými ochoreniami. Poznali sme prostredia celoročných pobytových sociálnych služieb, lebo niektorí naši klienti, napriek nášmu nesúhlasu, často z dôvodu neúnosnej preťažnosti rodiny, boli v týchto ústavoch umiestnení. Podmienky poskytovania sociálnych služieb v zariadeniach boli právne a odborne neúnosné a šokujúce, a to rovnako pre klientov ako pre pracovníkov. Zmena



32

reality nedôstojných a ľudsky ponižujúcich podmienok v celoročných ústavoch sa stala pre nás po revolúcii hlavným cieľom. Zriadili sme pri Ústave prof. Karola Matulaya občianske združenie Rada pracovníkov ústavnej a sociálnej starostlivosti (predchodca Rady pre poradenstvo v sociálnej práci). Pomenovali sme reálny stav a nevyhnutné kroky, ktoré ho umožnia zmeniť a poslali sme túto výzvu na ministerstvo práce. Pani PhDr. Helena Woleková, ministerka práce, nám oznámila, že s nami chce o našich návrhoch rokovať. Prišla za nami do ústavu aj s pracovníkmi ministerstva. Naše návrhy sa dotýkali decentralizácie štátnej správy a zároveň posilnenia autonómie vedenia ústavov sociálnej starostlivosti, deinštitucionalizácie celoročných inštitucionalizovaných zariadení sociálnych služieb, prípravy legislatívy, ktorá by umožnila poskytovanie sociálnych služieb neštátnymi organizáciami, zvyšovanie kvality sociálnych služieb a zmeny systému odborného vzdelávania pracovníkov ústavov. Po niekoľkohodinovej otvorenej diskusii s pracovníkmi ministerstva (ktorí zastávali predchádzajúci systém poskytovania služieb a len veľmi opatrne súhlasili s navrhovanými zmenami), ma pani ministerka o niekoľko týždňov pozvala pracovať na ministerstvo. Bol to necelý rok práce na ministerstve, v ktorom sme stihli prijať legislatívu pre prevádzkovanie neštátnych sociálnych služieb a chránených bývaní. Nástup Hnutia za demokratické Slovensko na čele s predsedom, pánom Mečiarom, a postkomunistami, zastavil priebeh navrhovaných a naštartovaných zmien v celej spoločnosti. Na nejaký čas sa obnovila moc obhajovateľov socialistickeho systému, ktorá odmietla náš návrh na

transformáciu sociálnych služieb a sociálnej starostlivosti, čo v určitej miere pretrvávalo až do súčasnosti.

Otvoril sa ale priestor pre prevádzkovanie neštátnych služieb ...

Za socializmu sa niektorí odvážlivci pokúsili prevádzkovať „načierno“, proti politickej moci, sociálne služby, ktoré ale nemali nádej na dlhšie udržanie. Naraz sa otvoril priestor pre legálnu existenciu celého tretieho sektora, prevádzkovanie sociálnych služieb, ktorých prevádzkovateľmi boli po r. 1989 cirkev a občianske združenia. V Cirkvi bratskej sme videli možnosť zriadenia Diakonického združenia Betánia, ktoré pod vedením MUDr. Igora André začalo s prevádzkovaním sociálno-zdravotnej geriatrickej starostlivosti na Partizánskej ul. v Bratislave, kde pracovala niekoľko rokov moja manželka Jolanka ako hlavná sestra. Ministerstvo financií Slovenskej republiky schválilo 8. 8. 1991 vydanie bývalých podnikov a hospodárskych zariadení Komunistickej strany Československa pre účely charitatívnej a sociálnej práce, medzi inými organizáciami, tiež pre Diakonické združenie Betánia, a to rekreačné zariadenie Ústredného výboru KSS v Senci. V Ústave prof. Karola Matulaya sme v tom čase po 10-ročnej prevádzke mali viacerých mladých dospelých a dospelých klientov. Po opakovaných rozhovoroch s rodičmi klientov, v ktorých sme im ponúkli pokračovanie v poskytovaní sociálnych služieb v podmienkach blízkych domácomu prostrediu v rekreačnom zariadení v Senci, približne 10 rodín prijalo našu ponuku. Klienti absolvovali adaptačný program, v ktorom postupne spočiatku raz za týždeň a na konci aj počas víkendu ostávali v Dome Betánia Senec. Na konci adaptačného programu požiadali, aby mohli bývať v Senci. Klienti sa rýchlejšie adaptovali na nové prostredie ako rodičia na odchod svojich synov a dcér z domova. Zmluva medzi Diakonickým združením Betánia a Ústavom prof. K. Matulaya zabezpečila na nejaký čas prevádzkovanie Domu Betánia v Senci, pod odbornou garanciou pracovníkov ústavu. Bol som rád, že zriaďovateľ akceptoval môj návrh a po ukončení pracovného pomeru vymenoval Mgr. Pavla Kailinga za riaditeľa Ústavu prof. Karola Matulaya. Prevzal som odbornú

garanciu za prevádzku Domu Betánia za Diakonické združenie Betánia v čase, keď som zároveň pracoval na ministerstvo. Často sa stávalo, že som po ukončení celodennej práce mal ešte dobrovoľnú nočnú službu v Dome Betánia. Bolo potrebné tiež obhájiť zriadenie Domu Betánia na mestskom zastupiteľstve v Senci. Vtedy len dvaja z 36 poslancov hlasovali ZA prevádzkovanie služieb v rekreačnej časti Slnecných jazier v Senci. Našťastie to vtedy ešte nemohlo ovplyvniť existenciu a prevádzkovanie Domu Betánia. A to bolo moje druhé stretnutie s prekonávaním odporu verejnosti. V súčasnosti je vzťah mesta Senec k prevádzke v Dome Betánia veľmi ústretový. Neskôr sa Dom Betánia právne osamostatnil a stal sa jednou z prevádzok združenia Betánia, ktoré za riaditeľa vymenovalo Mira Krupu. Bolo úžasné, že pri otváraní prevádzky bol tiež prof. Karol Matulay. Som rád, že Dom Betánia v Senci poskytuje sociálne služby pre mentálne postihnutých dospelých pánov a dámy aj v súčasnosti.

Otvoril sa priestor tiež pre reformu vysokoškolského vzdelávania ...

Z nejakých, pre mňa neznámych dôvodov, bol za socializmu, v čase politickej normalizácie, zrušený vysokoškolský odbor liečebnej pedagogiky. Revolúcia umožnila tento amatérsky počin vtedajšej vlády zmeniť. Študenti ma neočakávane navrhli za dekana Pedagogickej fakulty UK v Bratislave, lebo sme spolu s viacerými verejne deklarovali nevyhnutnosť odpolitizovania a zvyšovania úrovne vysokoškolského vzdelávania. Do revolúcie som nemal žiadnu šancu učiť na vysokej škole. Profesorka Marta Hornáková, Mgr. Pavol Kailing, prof. Vlado Labáth a ďalší - vypracovali sme návrh na znovuzriadenie katedry liečebnej pedagogiky, ktorý sme predložili dekanovi. Vlado Labáth (liečebný pedagóg) nás zároveň oboznámil so svojou predstavou zriadenia katedry sociálnej práce, s ktorou sme sa stotožnili rýchlo. Dekan presadil obnovenie odboru liečebnej pedagogiky a zriadenie katedry liečebnej pedagogiky a po vyše 40-tich rokoch, a obnovenie odboru sociálnej práce a zriadenie katedry sociálnej práce. Zároveň sme začali pracovať na vzniku katedry sociálnej práce na PF UKF v Nitre. Podarilo sa nám

33

v spolupráci s prof. Gaburom, Pavlom Kailingom, prof. Saidlerom, Dr. Š. Bugárom, prof. E. Sollárovou a s podporou našich kolegov v Nórsku, zriadiť odbor Sociálnej práce so špecifickým zameraním na pedagogické problémy, s cieľom vytvoriť podmienky pre zvyšovanie kvalifikácie zamestnancov v štátnom i neštátnom rezorte sociálnej starostlivosti. V priebehu posledných dvadsiatich siedmich rokov som dostal pozvanie pracovať na Katedre teológie a misie, tiež Katedre Sociálnej práce PF Univerzity Mateja Bela, na Teologickej bohosloveckej fakulte ECAV v Bratislave, na Evanjelikálnom teologickom seminári v Prahe, Katedre sociálnej práce a sociálnych vied FSV FK v Nitre, kde v súčasnosti, popri práci v Rade, ešte tento rok učím. Osobitne som rád, že sa v spolupráci rady a UKF v Nitre s nóorskymi organizáciami a vysokou školou Diakonhemmet Rogaland Hogskole v Sandnes v deväťdesiatych rokoch podarila spolupráca, ktorá umožnila štúdium 12 študentov zo Slovenska v Nórsku. Absolventi štúdia významným spôsobom prispievajú k rozvoju sociálnej práce na Slovensku, v Nórsku ale aj inde vo svete.

Po ukončení práce na ministerstve si bol riaditeľom v Domove sociálnych služieb pre mládež na Mokrohájskej ulici ...

Ústav sociálnych služieb na Mokrohájskej, ktorý od jeho založenia viedol pán riaditeľ Frehár a po revolúcii pani riaditeľka PhDr. Judita Stempelová. Ústav bol a je jedno z mála účelovo postavených zariadení. Z architektonického hľadiska je to známy bezbariérový postavený areál budov, v ktorom je okrem ústavu sociálnych služieb tiež MŠ, ZŠ, stredná odborná škola a gymnázium. Vtom čase tam našlo miesto viac ako 200 klientov so zdravotným postihnutím zo všetkých častí Slovenska, pričom približne 10 – 15 chlapcov a dievčat nemalo sociálne zázemie v rodine. Bolo mi zrejmé, že zo sociálneho hľadiska (napriek účelovej budove s bazénmi a komplexu sociálnych, vzdelávacích, liečebných služieb) nie je možné považovať za dobré, že najmä deti predškolskom a školskom veku sú oddelené od svojich rodičov, ktorí žijú niekedy aj viac ako 200 km od Bratislavy. Tento koncept uvažovania nemal oporu v myslení pracovníkov ústavu. Pre zmenu tentoraz

na mňa začali pracovníci písať anonymné listy a v krátkej dobe si Najvyšší kontrolný úrad spravil na niekoľko mesiacov v ústave svoju odbočku. Situácie, keď pracovníci nosili na rukách plačúceho chlapca z Oravy s ťažkým zdravotným postihnutím, lebo mu chýbali rodičia, boli ako výkriky do tmy. Všade inde (od nás na západ) by takéto služby v tom čase považovali za protiprávne. Dnes v r. 2017 je našťastie v ústave len jedna tretina z pôvodného počtu klientov, lebo zdravotne postihnuté deti zo vzdialenejších miest sú integrované v miestnych školách. Považoval som za potrebné vytvoriť samostatný domov pre deti, s ktorými sa rodičia nekontaktovali, alebo ktorých sa rodičia po narodení právne vzdali. Prenajali sme rodinný dom v Ivanke pri Dunaji, kde deti v školskom veku bývali a chodili do miestnej základnej školy, ľudovej školy. Pracoval tam ambicióznym tím mladých zamestnancov. Takmer hneď po ukončení mojej práce na Mokrohájskej, boli tieto deti presťahované naspäť do ústavu, keď v priestoroch areálu, len niekoľko metrov od hlavnej budovy postavilo vedenie domček. Žiaľ, to je aj súčasná predstava niektorých vedúcich ústavov o sociálnej integrácii.

Ukončil si prácu na Mokrohájskej po štyroch rokoch. Prečo?

Oslovila ma organizácia Ashoka Innovators for the Public a ponúkli mi možnosť podieľať sa na inováciách a reforme v oblasti, v ktorej som pracoval. Ich podmienkou bolo, aby som vypracoval projekt, ktorý by obsahoval víziu, ciele a konkrétny postup, ako tieto ciele chcem dosiahnuť. Druhou podmienkou bolo, aby som v prípade, že mi môj plán schváli a udelia mi štipendium, ukončil pracovný pomer na Mokrohájskej. Predstava, a reálna možnosť, že budem môcť naplno realizovať zmeny v sociálnej oblasti mi zo začiatku pripadala ako sen. Obsahom projektu bolo poskytovanie vzdelávania, poradenstva, zvyšovania kvality sociálnych služieb, deinštitucionalizácie a transformácie zastaraných foriem sociálnych služieb, podpory a zriaďovaním nových foriem komunitných sociálnych služieb, formou kurzov, prednášok, projektovania, konzultácií, v o. z. Rada pre poradenstvo v sociálnej práci. Projekt, ktorý som predložil, bol medzinárodnou aj národnou komisiou schválený na obdobie troch rokov.

Tak začala éra Rady pre poradenstvo v sociálnej práci?

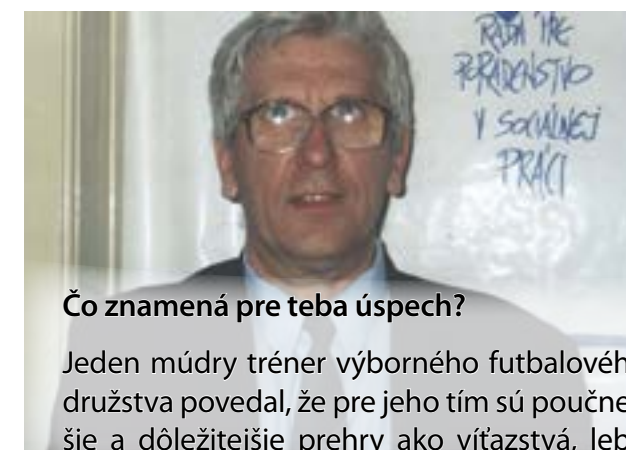
Počiatky Rady, ako som už povedal začali v Ústave prof. Karola Matulaya. Jeden čas sme mali na budove ústavu dve tabuľky. Jedna označovala miesto ústavu a druhá miesto Rady. Neskôr sa Rada organizačne oddelila od ústavu. Prevádzku Rady zabezpečovala Kristína Lončeková, ktorá bola aj šéfredaktorkou časopisu Integrácia. Rada bola v ashokárskom projekte kľúčovým nosičom vízie. Prenajali sme si priestor na Františkánskej 2, v budove Františkánskeho kláštora, kde sme pracovali v niektorých obdobiach 5 – 6 pracovníci. Postupne sme sa zamerali na zriaďovanie odbočiek rady v Košiciach s riaditeľkou Dr. Juditou Varcholovou a jej spolupracovníkmi (neskôr získala štatút samostatného právneho subjektu rady), odbočka v Žiline na základe spolupráce s Dr. Soňou Holúbkovou, jej celej rodiny a spolupracovníkmi, odbočka v rady v Leviciach s riaditeľom Mgr. Jozefom Vektorom a spolupracovníkmi, na nejaký čas tiež odbočka v Prešove a v Banskej Bystrici, s Dr. Maďarovou a jej spolupracovníkmi, v Malackách s vedúcou Kristínou Lončekovou a jej spolupracovníkmi. Na vlastnej koži sme spoznávali nezáujem štátu o existenciu neštátnych služieb a ich financovanie. V predchádzajúcich štyroch rokoch nám Úrad vyššieho územného celku v Banskej Bystrici odmietol poskytovanie finančného príspevku našej odbočky v Banskej Bystrici a podobne tiež Úrad vyššieho územného celku v Bratislave pre centrum Rady. Ako tak nás pri živote udržiavali medzinárodne financované projekty. Postupne sme sa zamerali na projekty deinštitucionalizácie zariadení sociálnych služieb, kvality v sociálnych službách spojených s monitoringom kvality u prevádzkovateľov sociálnych služieb. Rozvinuli sme spoluprácu so zahraničnými organizáciami a vysokými školami v Čechách, v Nórsku, na Ukrajine v Albánsku ale všetky tieto informácie sú obsiahnuté v ročníkoch, keď sme mali prostriedky na vydávanie časopisu Integrácia. Posledné roky sme boli po komplikovaných a zložitých rokovaniach prizvaní MPSVaR SR k realizácii projektu deinštitucionalizácie v SR. V súčasnosti už vyše dva roky očakávame spustenie národného projektu „Deinštitucionalizácia zariadení

sociálnych služieb - Podpora transformačných tímov“. Som vďačný mojim spolupracovníkom v odbočkách Rady Dr. Soni Holúbkovej, Jozefovi Vektorovi, v samostatnom pracovisku rady v Košiciach Dr. Judite Varcholovej, a spolupracovníkom v centre Rady Dr. Mirovi Cangárovi a jeho manželke Lucke Cangárovej za enormné pracovné nasadenie. Ďakujem za podporu, ktorá sa nám dostáva od členov správnej rady, hlavne od predsedníčky Mgr. Evy Krššákovskej.

Nosnými témami Rady v rámci sociálnej práce, sociálneho poradenstva a vzdelávania je v posledných rokoch kvalita sociálnych služieb, individuálne plány, deinštitucionalizácia zariadení sociálnych služieb a podpora komunitných služieb, sociálno-zdravotná dlhodobá starostlivosť ...

Uplatňovanie a hodnotenie kvality v sociálnych službách považujeme z odborného, praktického a ekonomického hľadiska za základnú požiadavku teórie i praxe. V deväťdesiatych rokoch sme začali o téme kvality publikovať a uskutočnili sme monitoring hodnotenia kvality v desiatkach organizácií, okrem iného tiež v spolupráci so Slovenským Helsinským výborom. Pamätám si, že pri jednej z prvých prezentácií koncepcie kvality v sociálnych službách boli rozpačité reakcie pracovníkov z akademickej obce i z praxe. Štandardizácia kvality v sociálnych službách je základnou podmienkou profesionalizácie poskytovania sociálnych služieb. Napriek tomu, že sú podmienky pre hodnotenie kvality sociálnych služieb obsiahnuté v zákone a bola vypracovaná metodika pre hodnotenie kvality sociálnych služieb, Slovenská republika nepristúpila od r. 2008 až doteraz k systematickému vyhodnocovaniu a sledovaniu kvality v sociálnych službách. Nepriaznivý dopad tohto stavu sa dotýka prijímateľov sociálnych služieb ale tiež transformácie sociálnych služieb a cenovej politiky služieb, podhodnoteného odmeňovania pracovníkov v sociálnych službách a nízkej úrovne marketingu. Individuálne plány pre prijímateľov sociálnych služieb, ktorých koncept a obsah do Rady priniesli naši študenti z Nórska a dopĺňame ho o princípy na človeka zameraného plánovania (PCP), je v súčasnosti obsiahnutý v podmienkach kvality sociálnych

služieb v zákone. Deinštitucionalizácia zariadení sociálnych služieb - tradičných zariadení s nízkou úrovňou organizačnej kultúry a prostredím, ktoré nezodpovedá podmienkam univerzálneho navrhovania, je nevyhnutnou úlohou, ktorú musí Slovenská republika realizovať. Poznáme podmienky, v ktorých sú poskytované sociálne služby v týchto inštitucionalizovaných zariadeniach. Vieme, že nezodpovedajú právnym a odborným európskym kritériám uplatňovaným v 21. storočí v Európe, vieme, že sú nedôstojné pre život klientov a aj pre prácu zamestnancov týchto organizácií. Máme enormný záujem podieľať sa spolu s ďalšími partnerskými organizáciami na tejto významnej reforme. Považujem za veľmi dobré, že sa v posledných dvoch rokoch venujeme tiež riešeniu problémov v súvislosti s dlhodobou sociálno-zdravotníckou starostlivosťou a pomáhame pracovníkom o. z. Pokoj a dobro pri sprevádzaní utečencov v Nitre.



Čo znamená pre teba úspech?

Jeden múdry tréner výborného futbalového družstva povedal, že pre jeho tím sú poučnejšie a dôležitejšie prehry ako víťazstvá, lebo z prehry dokážu čítať, v čom sa musia zlepšiť. Súčasťou života nie sú len samé víťazstvá a úspechy ale aj prehry a neúspechy. Skutočný úspech či víťazstvo je spojené s radosťou a aspoň na chvíľu tiež so spokojnosťou. Neúspech a prehra zase so zastavením, uvedomením si svojho podielu a viny na situácii, v ktorej sa nachádzam a ktorú som spôsobil. V tomto čase považujem za dôležité mať súlad medzi osobným životom a prácou, snažím sa o to, aby som si chránil, vážil a rozvíjal to, čo považujem v mojom živote za najdôležitejšie, a to je pozorne a citlivo vnímať a zachytávať presahujúci zmysel života, vážiť si dar, ktorý mám v mojich najbližších, v rodine, komunitu priateľov, spolupracovníkov. Úspech, to je takmer nepatrný pohyb, pohľad, smiech, malé svetielko, ktoré zasvieti v tme.

UVAŽOVALI SME O TRANSFORMÁCII SOCIÁLNYCH SLUŽIEB A VŽDY SME SA DOPŔŇALI

SLAVOJ

36



Spomienky na Slavoj, človeka vnímavého a plného rešpektu sú vlastne spomienkami na moju prácu v sociálnej oblasti. Stretla som sa s ním v čase, keď pôsobil v domove sociálnych služieb na Lipského v Bratislave a ja som vtedy začínala v dennom pobyte na Moyzesovej ulici v Žiline. On skúsený a rozhladený človek, ja matka po materskej dovolenke, s nadšením ale bez skúseností v oblasti sociálnych služieb. Zakladali sme spolu radu pracovníkov denných pobytov a už vtedy sme uvažovali o prepojení sociálnych služieb a bežného života. Písal rok 1988 a to, čo sme robili, mi pripadalo veľmi progresívne v porovnaní s bežnými pobytovými službami, kde som si neraz poplakala. Veď priviazané deti o radiátory či deti v klietkach neboli výnimkou.

Od roku 1991 som začala pracovať na MPSVaR SR a začali sme hovoriť o humanizácii služieb. Slavoj vtedy zakladal občianske združenie Rada pre poradenstvo. Ja som sa začala venovať zvyšovaniu kvality sociálnych služieb na Slovensku a on sa pridával, keď robil námestníka ministerky sociálnych vecí. Poskytovanie kvalitných sociálnych

služieb sa stalo hlavnou témou našej spolupráce na dlhé roky.

Od roku 1999, keď ma Slavoj pozval pracovať v Rade a vďaka malému grantu NPOA, sme otvorili pobočku v Žiline, mám šéfa, ktorý dôveruje svojim spolupracovníkom, je ochotný vypočuť si ich názor, podporuje ich myšlienky a necháva priestor na ich realizáciu. To bol pre mňa nesmierne dôležitý moment. Pracovali sme spolu na mnohých veľkých aj malých projektoch, zažívali sme roky úspechov aj nedostatku, začínali sme realizovať deinštitucionalizačný proces, zavádzať kritéria kvality do sociálnych služieb, vzdelávali sme spolu mnoho pracovníkov sociálnych služieb, obcí, rodičov aj ľudí s postihnutím. Uvažovali sme o transformácii sociálnych služieb a vždy sme sa dopŕňali. On z pohľadu akademického, vedeckého a filozofického, ja z pohľadu terénnej práce a každodenného kontaktu s ľuďmi.

Vždy bol otvorený mojim idealistickým predstavám a aj vďaka jeho morálnej podpore som dokázala realizovať sny mnohých ľudí s postihnutím. Podporoval ma v realizácii na človeka zameraného plánovania, pri otvorení zariadenia podporovaného bývania, pri podpore samostatného bývania pre ľudí s postihnutím a pri rozvíjaní komunitných služieb.

Tridsať rokov spolupráce so Slavojom, spoločnej cesty za kvalitnými sociálnymi službami, za premenami paradigiem od pacienta k občanovi a od ústavov k bývaniu bolo pre mňa veľkou príležitosťou pre profesionálny ale hlavne osobnostný rozvoj. Snáď som túto šancu dostatočne využila. Som za ňu nesmierne vďačná!

Soňa Holúbková
Rada pre poradenstvo, Odbočka Žilina
Nadácia Krajina harmónie
Agentúra podporných služieb

Nikdy som ešte nepísala o svojom priateľovi, kolegovi, a tak mi bolo zaťažko vôbec začať niečo písať o Slavojovi.

Poznáme sa síce asi 25 rokov, ale niekedy sme sa stretávali intenzívne a v niektorých obdobiach len sporadicky, v závislosti od toho, kde práve Slavoj pracovne pôsobil. Bližšie sa mi ho podarilo spoznať, to si myslím ja, v období rokov 1991 až 1992, keď za „ministrovania“ pani Heleny Wolekovej, bol Slavoj jej námestníkom (pre mladších kolegov, to je dnešná pozícia štátneho tajomníka) na Ministerstve práce a sociálnych vecí SR.

Ja som tam pracovala ako radový referent v problematike občanov so zdravotným postihnutím. To si asi neviete ani predstaviť, aká to bola pre mňa zmena. Ministerskí úradníci zvyknutí stať v pozore a triasť sa pred tými najvyššími, zrazu mali pred sebou ozajstného Človeka z mäsa a kostí, dokonca múdreho odborníka a chápujúceho kolegu a mimoriadne skromného človeka. Vtedy, práve vďaka Slavojovi, som pochopila po prvýkrát mnohé súvislosti týkajúce sa ľudí, ktorým sa poskytujú sociálne služby.

Aj roky predtým som navštívila mnohé zariadenia sociálnych služieb, nazývané ústavy, ale unikala mi podstata. Veľmi mi pomohlo, keď sme sa so Slavojom rozprávali, či pred, ale hlavne po návšteve ústavov v rôznych častiach Slovenska, vidiac, čo sa tam deje, o tom, čo je a nie je pre klientov takýchto zariadení životne dôležité, podstatné či nevyhnutné.

Nehovorili sme vtedy síce o deinštitucionalizácii, či o inštitucionálnej kultúre, ale Slavoj hovoril o klientoch, a to aj o klientoch s najťažšími zdravotnými postihnutiami, ktorí napr. nekomunikovali bežným spôsobom, s takou prirodzenosťou a láskou, o ich potrebách a túžbach, že som sa až hanbila, prečo som to aj ja tak nevnímala odjakživa. Ja som sa pozerala na klientov, na tieto ľudské bytosti, skôr s ľútosťou. Slavoj mi otvoril oči.

Toto nie je to jediné, čo mi Slavoj dal a za čosi ho vážim. Obdivujem ho za jeho vedomosti, ako sa



37

správa a prístupuje k ľuďom aj v tých najzložitejších situáciách, nestráca trpezlivosť, mnohé veci berie s humorom, niekedy až s iróniou. Stovky svojich študentov, mladých ľudí, ale nielen tých, vie svojimi vynikajúcimi odbornými znalosťami a životnými skúsenosťami, príbehmi a ľudským prístupom nadchnúť pre prácu s ľuďmi, dať im nádej a vieru, ako je možné svoju profesiu vykonávať kvalitne, v prospech ľudí, ktorým pomáhajú.

Mimochodom, keď Slavoj rozpráva študentom, lebo on vlastne neprednáša, tí mnohokrát ani nedýchajú, tak ho pozorne počúvajú. Prezradím aj to, že Slavoj nie je, nebol a nikdy nebude „kvázi dobrý úradník“, čo mnohí od neho často očakávali a nútili ho do vecí, ktoré sa mu bytostne protivili.

Ale chvalabohu, nebol by to už náš Slavoj. Za toto všetko mu zo srdca ďakujem a som rada, že môžem s ním občas tráviť príjemné a užitočné chvíle a to nielen z profesionálneho hľadiska.

Lýdia Brichtová

Právnička, ktorá hneď po absolvovaní vysokoškolského štúdia pričuchla sociálnej sfére plnej pavučinových sietí a dodnes sa z nich nevymotala a už sa asi ani nikdy z nich nevymotá.

VŽDY OTVORENÉ DVERE RIADITEĽNE

STRETNUTIA S VEĽKÝM ČLOVEKOM

38



nový, pre koho bol tento prístup nový, mal v zásade dve možnosti, prispôbiť sa, alebo odísť pod tlakom vysoko postavenej latky.

Vždy otvorené dvere riaditeľne. Keď som vstúpil dnu, mal som okamžite plnú pozornosť, ako by som bol jediný na svete. Keď sme s kolegami prišli s inovatívnym návrhom niečo zorganizovať pre klientov, dostali sme plnú podporu. Napríklad týždňový výlet aj s privátnym autobusom. Písal sa rok 1986 a ja som bol sanitár v ústave na Lipského ulici v Dúbravke, ktorý sa dnes volá DSS prof. Karola Matulaya. Bolo to za socializmu, za čias segregačného prístupu k ľuďom s postihnutím. Svet na Lipského ulici bol svet v svete, bol to skleníček, kde všetkým išlo o rozvoj klientov. Slavoj Krupa, ktorý bol riaditeľom, bol dušou tohto prístupu. Dokázal vytvoriť kultúru, ktorá bola nielen podnetným prostredím pre klientov, ale transformačným prostredím pre nás pracovníkov. My sme šli tvorivo, s nasadením, vzťahovo, tímovo, odborne a ľudsky zároveň. A ak prišiel niekto

To, ako dnes rozmýšľam, rozhodujem sa, žijem a pracujem vo všetkých prostrediach, kde sa pohybujem, je formované niekoľkými ľuďmi a prostrediami, ktoré som osobne zažil. Prostredie v ústave na Lipského bolo pre mňa mienkotvorné. Porozumel som, že stačí jeden človek, aby sa menil svet. Toto prostredie vytvorené jedným Slavojom prilákalo aj ďalších zaujímavých ľudí. Mal som možnosť pracovať napríklad aj so samotným profesorom Matulayom. Stretol som tam ľudí, s ktorými spolupracujem dodnes.

Slavoj stál pri nás s Vladom Matejom, keď sme zakladali a rozbiehali Návrat.

Vďaka Pánu Bohu, Slavoj, za Teba.

Marek Roháček
Návrat, o. z.

39



Keď som sa podujala napísať reflexiu o tom, čo ma spája profesne či osobne s pánom doc. Slavojom Krupom, išla som v pamäti až do roku 1984. A potom ďalej a ďalej tak, ako to život prinášal.

Zastavenie prvé, roky osemdesiate: DSS prof. Karola Matulaya na Lipského v Bratislave, pán dr. Krupa v role riaditeľa, ja s manželom v role ustráchaných rodičov s 3 ročným synčekom, ktorý má Downov syndróm. V tom čase sme hľadali špeciálnu škôlku a úradníci nás nasmerovali na denný „ústav“, kde náš syn strávil niekoľko mesiacov. O škôlke sme nechýrovali. Čas plynul a jedného dňa si nás pán riaditeľ zavolať na pohovor. Slová, ktoré nám povedal, zneli ako balzam na dušu. Vravil nám, že pre nášho Maťa by bolo lepšie, ak by chodil do škôlky, že má v sebe potenciál, ktorý sa dá

rozvíjať. A vtedy sme sa dozvedeli, že na Mišíkovej ul. je „osobitná“ škôlka, o ktorej existencii sme dovtedy netušili. Pán riaditeľ nám vliat nádej do budúcnosti a z jeho slov sme ťažili veľa ďalších rokov. Bol to z nášho pohľadu vynikajúci riaditeľ.

Zastavenie druhé, po revolúcii: dozvedeli sme sa, že existuje v Bratislave Združenie na pomoc ľuďom s mentálnym postihnutím, ktoré malo výročnú schôdzu. Hneď nás to zaujalo a keďže ja som bola v tom čase na materskej dovolenke, na schôdzu sa vybral len manžel. Tu stretol aj pána riaditeľa Krupu, ktorý bol spoluzakladateľom a dôležitým spolupracovníkom ZPMP. Jeho angažovanosť a snaha robiť stále viac a lepšie ho sprevádzala celé roky.

Zastavenie tretie, roky deväťdesiate: pán dr. Krupa ako spoluautor a realizátor významného

projektu, na ktorom spolupracovali Pedagogická fakulta UKF Nitra, Katedra sociálnej práce UK Bratislava a nórski partneri z Rogaland Vernepleier Hogskole, spustenie bakalárskeho a neskôr aj magisterského štúdia: Sociálna práca so zameraním na špecifické pedagogické problémy v Mojmirovciach. A následne 5 rokov ja v role študentky, pán dr. Krupa ako vyučujúci a neskôr aj oponent diplomovej práce ☺. Boli to zaujímavé časy, veľa som sa naučila a prenášala do praxe, čo sa deje dodnes.

A od roku 2000 naša aktívna spolupráca v občianskom sektore: stretávame sa ako partneri a spolupracovníci pri viacerých projektoch a pri presadzovaní ľudských práv osôb s mentálnym postihnutím dodnes, niekedy viac, niekedy menej intenzívne. Slavoj, ako riaditeľ Rady pre poradenstvo v sociálnej práci, pedagóg, filozof, autor odborných publikácií, ja ako riaditeľka Republikovej centrálnej Zdrúženia na pomoc ľuďom s mentálnym postihnutím v Slovenskej republike. Stretli sme sa pri viacerých projektoch, spomeniem len niektoré ako napr. zriadenie chráneného bývania v Bratislave na Hanulovej ul., či projekt Podpora komunitných iniciatív, zameraný na rozvoj medzisektorovej spolupráce a podpora vzniku chráneného bývania v regiónoch Slovenska.

Spolupracovali sme v rámci aktivít Sociofóra a Rady pre poradenstvo v sociálnej práci Bratislava, zúčastnili sme sa a stretli na mnohých odborných konferenciách, domácich i zahraničných. Ďalšia naša spolupráca bola v rámci Bratislavského samosprávneho kraja, pri príprave štandardov kvality v oblasti poradenstva, sociálnych služieb, ale aj pri procese komunitného plánovania sociálnych služieb. Spolupracovali sme na projekte vzdelávania pre aktivistov ZPMP a pre odborníkov zameraného na profesionalizáciu a skvalitnenie ich práce v regiónoch. Mohla by som vymenúvať množstvo tém, ktoré nás spájajú, ako napr. transformácia, deinštitucionalizácia. Dôležité však je, že procesy v spoločnosti sa dejú a život mnohých zraniteľných ľudí sa mení vďaka ľuďom, ako Slavoj.

So Slavojom ma najskôr spojil môj prvorodený syn, následne ľudia s mentálnym postihnutím a potreba meniť svet na lepší, ľudskejší a hodnotnejší. Potreba robiť zmeny sociálneho systému v rôznych stupňoch



a fázach spoločnosti. Slavoj je veľký ČLOVEK, dôležitá osobnosť, odborník.

Vážený pán docent, milý Slavoj, prajem Ti do ďalších rokov okrem zdravia, šťastia a lásky, veľa síl a tvorivej energie, aby si mohol uskutočňovať svoje sny a premieňať ich na realitu. Ďakujem Ti za všetko v mene svojom a v mene Zdrúženia na pomoc ľuďom s mentálnym postihnutím v SR.

S úctou
Iveta Mišová
Riaditeľka RC ZPMP v SR



Nespomínam si na naše úplne prvé stretnutie, ale pamätám si na to obdobie, myslím, že to bolo už počas prijímacích skúšok na odbor sociálnej práce na UKF v Nitre, na jar alebo jeseň roku 1996. Už vyše dvadsať ročná spolupráca, aj keď sa to občas zdá akoby začala len včera.

So Slavojom ma hneď od začiatku, najprv cez jeho prednášky, postupne aj pracovne, spájal záujem o prácu a kvalitu života pre ľudí s mentálnym postihnutím. Mojou motiváciou pri hľadaní toho správneho študijného odboru bolo nájsť odbor, ktorý by ma vybavil vedomosťami a zručnosťami pre prácu s touto skupinou. Po roku práce v jednom takom zariadení som cítila, že sa mi súčasný spôsob práce nezdá správny a východisko som videla práve v ďalšom štúdiu v odbore zameranom na životnú situáciu a prácu s ľuďmi s mentálnym postihnutím.

Už vtedy v rokoch 1996 a 1997, na Slavojových prednáškach, som si uvedomila, že má odpovede, ktoré som vo svojej práci hľadala, a tak, keď práve z Rady pre poradenstvo v sociálnej práci prišla ponuka a možnosť ísť študovať odbor sociálnej pedagogiky so zameraním na mentálne postihnutie do Nórska, neváhala som dlho a prihlásila som sa. Štúdium v Nórsku bolo pre mňa osobne aj profesionálne tým rozhodujúcim momentom, ktorý len utvrdil môj záujem o ďalšiu prácu v tomto odbore. A ako sa hovorí v Nórsku, že som sa mohla ocitnúť na tej správnej polici, alebo v tom správnom „šuflíku“.

VŠETCI SME SI ROVNÍ

Po návrate z Nórska v roku 2002 sa začala spolupráca ozajstná, kedy som sa stala zamestnankyňou Rady pre poradenstvo v sociálnej práci a aj keď tam už viac ako desať rokov nepracujem, stále si rada aspoň sama pre seba hovorím, že som stále členkou, tak na diaľku, podľa možností nielen v spomienkach, ale aj aktívne, podľa toho, ako nám životy a čas dovoľia.

Slavoja na diaľku aj z blízka vnímam už viac ako dvadsať rokov ako studnicu múdrosti, zdroj inšpirácie, ako partnera na rozhovor, ako usmerňovača mojich myšlienok, ako rozhladeného človeka, ako otca sociálnej práce zameranej na prácu s ľuďmi s mentálnym postihnutím, ako človeka, ktorý nevychádza z čísel, ale vychádza z našej ľudskosti a rovnosti bez ohľadu na to, akej sme farby pleti, či aké kognitívne schopnosti máme. Slavoj je a stále pre mňa zostáva vzorom pri prijímaní ľudí takých, akí sú. Je neuveriteľne zorientovaný a má prehľad v odbore, ale takisto je aj vizionár a má jasné predstavy, ako sa životné podmienky ľudí s postihnutím majú meniť, čo potrebuje spoločnosť, a čo by spoločnosť mala urobiť preto, aby sa ľudia z marginalizovaných skupín stali jej rovnocennými občanmi. V neposlednom rade, že zostáva dôležitým a neúnavným partnerom v rozhovore aj napriek tomu, že zmeny prichádzajú v slimačom tempe, aj keď sa možno občas stávame účastníkmi spiatocného chodu, on vidí cestu vpred. A takisto, že vie hovoriť za tých, ktorí to potrebujú najviac, a preto svoj obzor už pred začatím utečeneckej krízy v roku 2015 rozšíril o záujem o životné podmienky a integráciu utečencov na Slovensku. V čase, keď spoločnosť vníma utečencov ako hrozbu, kladie Slavoj dôraz na človeka, ľudstvo a spolupatričnosť bez ohľadu na pôvod. Všetci sme si rovní.

Anna Chalachanová
VID Sandnes

AKO SA DAJÚ ROBIŤ ZMENY V PRAXI

Miroslav Cangár

42

Prvýkrát som sa so Slavojom Krupom stretol ešte v roku 1997 ako študent sociálnej práce v Nitre, kde bol mojím pedagógom. Slavoj bol iný ako väčšina našich vyučujúcich na škole a na jednej z prvých skúšok nás zaskočil otázkou: „Aký je váš názor na integráciu ľudí s mentálnym postihnutím do spoločnosti?“ Práve integrácia a inklúzia všetkých ľudí, či ľudí so zdravotným postihnutím, seniorov, ale aj utečencov – rešpekt pred prirodzenou dôstojnosťou a akceptácia všetkých ľudí, sú roky znakom Slavovej práce. Veľa o nej sa dozvedáme v rámci rozhovoru v tomto čísle Integrácie. V nasledujúcich riadkoch však chceme, prostredníctvom úryvkov z knihy – *Prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v Slovenskej republike*. Čo vieme a nevieme o procese transformácie a deinštitucionalizácie sociálnych služieb v slovenskej republike, bližšie priblížiť Slavojovu prácu v oblasti sociálnych zmien v Slovenskej republike od roku 1989, ktorými zasadne ovplyvnil a ovplyvňuje, akým smerom sa ubera podpora ľudí so zdravotným postihnutím.

PRVÉ ZARIADENIA PODPOROVANÉHO BÝVANIA:

...Vďaka legislatívnym zmenám v rokoch 1991 - 1992¹ bolo umožnené poskytovať sociálnu starostlivosť aj neverejným organizáciám. **V roku**

¹ Zákon č. 135/1992 o poskytovaní sociálnych služieb právnickými a fyzickými osobami pripravený MPSVR SR za ministerky PhDr. Heleny Wolekovej, CSc. upravil možnosť poskytovania sociálnych služieb znovu aj pre iných poskytovateľov, ako len štátnych. Tento zákon umožnil a výrazne napomohol rozvoju komunitných služieb zo strany mimovládnych organizácií v Slovenskej republike.

1991 založil Slavomír Krupa v reakcii na dlhodobu deklarované potreby rodičov a mladých ľudí s mentálnym postihnutím **prvé zariadenie chráneného bývania – Betánia Senec**². Toto zariadenie vďaka spolupráci s ÚSS Lipského vytvorilo priestor pre komunitnú pobytovú službu pre 8 ľudí s mentálnym postihnutím a neskôr ju dlhodobo viedol a rozvíjal Miroslav Krupa. O dva roky neskôr sa stal Slavomír Krupa riaditeľom Ústavu pre deti a mládež s telesným postihnutím na Mokrohájskej ulici v Bratislave. V rokoch 1993 - 1996 DSS vypracoval projekt chráneného bývania pre telesne postihnutých klientov, ktorí nemali stabilné rodinné zázemie a spravidla ostávali v zariadení počas celého roka, včítane prázdnin a sviatkov. Vedenie ústavu prenajalo s príspevom nadácie INTEGRA v Ivánke pri Dunaji rodinný dom, ktorý poskytoval pre 6 klientov s telesným postihnutím domáce, bezbariérové prostredie. Ako hovorí Slavomír Krupa: „*Obec a susedia, miestna základná škola, spolužiaci, ľudová škola umenia, prijali nových obyvateľov medzi seba. V chránenom bývaní pracovali prevažne mladí zamestnanci, ktorým nerobil problém zmeniť systém a podmienky poskytovania sociálnych služieb v rodinnom dome. Klienti sa v prvých týždňoch prispôbili podmienkam života v domácnosti, spolu sa podieľali podľa ich možností a schopností, na príprave raňajok, večere, udržiavanie poriadku v dome. S prekvapením zisťovali obyčajné, bežné veci (ako sa varí polievka, pripravuje druhé jedlo, po kúpaní je potrebné umyť vaňu, v dome nie je potrebné kričať, stačí len šepkať, o psí-*

² Betánia Senec vznikla za podpory organizácie Bethanien Solingen a hlavne vďaka manželom Slavomírovi a Jolanke Krupovcom, Ivanovi a Júlii Markušovcom, Dušanovi Kintlerovi, Igorovi Andrému a Františkovi Ciesarovi.



ka, mačku je potrebné sa starať). Zamestnanci inštitúcie na Mokrohájskej prijímali projekt v Ivánke pri Dunaji s rozpakmi, lebo podľa nich mali klienti v ústave dobré podmienky pre život a preto nevideli dôvod pre zmenu.³ Potom ako Slavomír Krupa v roku 1996 ukončil svoje pôsobenie v ústave na Mokrohájskej, bolo chránené bývanie v Ivánke pri Dunaji zrušené. Priamo v areáli ústavu v Mokrohájskej nové vedenie postavilo rodinný dom, do ktorého boli klienti presťahovaní naspäť⁴.

Okrem Rady pre poradenstvo v sociálnej práci a Betánie vznikali aj ďalšie neštátne mimovládne a cirkevné organizácie, ktoré mali snahu presadzovať a poskytovať komunitné sociálne služby v Slovenskej republike. ZPMP v SR profesionalizovalo svoju činnosť, vznikli napr. organizácie Kresťanská liga pre pomoc mentálne postihnutým na Slovensku, KIDS, Spoločnosť Downovho syndrómu a ďalšie. Tieto prvé mimovládne organizácie po roku 1989 sa začali angažovať vo veľkej miere a vypracovali, okrem iných, aj dokument Návrh riešenia zásadných problémov ľudí s mentálnym postihnutím a realizácia ich spoločenskej integrácie...

³ Osobný rozhovor so Slavomírom Krupom. december 2016.

⁴ V oblasti podpory osôb s telesným postihnutím je možné badať to, že ak v komunite vzniká aj minimálna podpora (čiastočná integrácia a debarierizácia), tak ľudia silne preferujú toto prostredie pred inštitúciami. Práve táto skutočnosť sa v posledných rokoch odzrkadlila na poskytovaní sociálnych služieb v DSS Gaudeamus (ústav Mokrohájska) v Bratislave, ale aj ďalších podobných ústavoch pre ľudí s telesným postihnutím, že počet záujemcov o celoročný pobyt výrazne klesol. Všetky tieto zariadenia sa boría s tým, aké služby ponúkať, tak aby mohli vôbec ostať zachované. Toto často vedie k tomu, že tam vznikajú silne heterogénne skupiny prijímateľov sociálnych služieb, čo má za dôsledok výrazne zníženie kvality života a kvality sociálnej služby. Napriek pokusom o poskytovanie komunitných služieb v ústavnom prostredí a rôznym projektom o ich podporu, však nejde o reálne komunitné služby, ktoré sú v prirodzenom prostredí.

... Ako sme už uviedli, začiatkom 90tych rokov vzniklo viacero mienkotvorných organizácií v tejto oblasti. ZPMP v SR získalo právnu subjektivitu a v tomto období ho viedla PhDr. Viera Záhorcová, PhD., ktorá v oblasti transformácie a deinštitucionalizácie pôsobí veľmi aktívne až dodnes. V roku 1990 vznikla pod vedením, Doc. PhDr. Slavomíra Krupu, PhD., pri Ústave prof. MUDr. Karola Matulaya **Rada pracovníkov ústavnej a sociálnej starostlivosti**, ktorá sa neskôr premenovala na **Radu pre poradenstvo v sociálnej práci** a je dlhodobo lídrom a nositeľom myšlienok transformácie a deinštitucionalizácie v Slovenskej republike. RPSP mala za cieľ už od začiatku svojho pôsobenia presadzovať normalizáciu a sociálnu integráciu postihnutých ľudí do spoločnosti, zásadu úcty k životu, zásadu tímového odborného a kvalifikovaného prístupu, zásadu prevencie a poradenskej činnosti, zásadu včasnej diagnostiky, rehabilitácie a stimulácie, zásadu prioritného postavenia rodiny a koncipovania náhradnej rodinnej starostlivosti podľa modelu rodiny, zásadu odbornej sociálnej, zdravotnej, pedagogickej a právnej pomoci rodine s postihnutým dieťaťom a orientovania tejto pomoci do rodiny, zásadu kontinuálnej starostlivosti a zásadu prípravy na pracovné uplatnenie. Už v tomto období mala tiež za cieľ, okrem iného, aj vytváranie nových modelov bývania a chránených pracovísk, **atomizáciu veľkokapacitných ústavných zariadení na zariadenia rodinného typu**, preukazovanie úcty a dôstojnosti tým, ktorí sú celoživotne sociálne a zdravotne odkázaní na pomoc iných⁵....

⁵ Stanovy Rady pracovníkov ústavnej a sociálnej starostlivosti. 1990.

43



POČIATKY TRANSFORMÁCIE A DEINŠTITUCIONALIZÁCIE V SLOVENSKEJ REPUBLIKE

...Práve na základe **prvých hodnotení kvality** v druhej polovici 90tych rokov sa začali pripravovať a realizovať **prvé pilotné projekty transformácie a deinštitucionalizácie v sociálnych službách v Slovenskej republike**. Vo svete už boli procesy transformácie a deinštitucionalizácie vo svojich finálnych fázach a začal sa tam veľmi intenzívny rozvoj komunitných služieb. V Českej republike už tiež prebiehala deinštitucionalizácia prvého zariadenia v Horní Poustevni pod vedením Milana Chába⁶. V tejto časti by sme radi uviedli výstižný krátky text Milana Chába na tému deinštitucionalizácie: „Když se řekne deinstitucionalizace, tak většinou se to přeloží jako zavržení nebo zrušení instituce. Problém není v tom, že existuje instituce, ale v tom, že se v ní míchají sociologicky různé funkce a něco se zaměňuje něčím jiným. Uvedl bych to na příkladu. Zdá se mi to docela trefné na příkladu holičství nebo kadeřnictví. Jestliže vytvoříme ústav kadeřnických služeb a budeme stříhat pořád dohola toho svěřence a budeme dostatečně nahlas říkat, jak dobře ho stříháme, nepustíme ho ven a pořád budeme zdůrazňovat, že to je vlastně to nejlepší, co můžeme dělat, tak to je přesně ta institucionalizovaná služba, která se stává tím ústavem kadeřnických služeb. Dnes je svěřenec organickou součástí instituce, která se o něho stará; je vždy součástí hierarchicky nejnižší, proto se významně podílí na těch pracích, které

jsou v péči o něj nejméně příjemné. Současně platí, že počet svěřenců instituce uchovává nebo zvyšuje a svěřence nepropouští do světa, aby hierarchie svěřenců, nadřazené neztratili smysl. V měřitelných odborech lidské činnosti (průmysl, obchod, ... je dávno zřejmé, že taková norma organizace je na-prosto neefektivní.“

Na Slovensku tému transformácie a deinštitucionalizácie presadzovala a stále presadzuje organizácia Rada pre poradenstvo v sociálnej práci (ďalej len RPSP). RPSP profesionalizovala svoju činnosť v roku 1996 a začala sa zameriavať na presadzovanie transformácie a deinštitucionalizácie sociálnych služieb, zvyšovanie a implementáciu kvality v sociálnych službách, vzdelávania odborných pracovníkov a priamu podporu ľudí so zdravotným postihnutím a ich rodín. V rámci presadzovania nových služieb a zmien v spolupráci s nórskou vysokou školou Rogaland VernepleierHogskole iniciovala založenie nového vysokoškolského odboru na Univerzite Konštantína Filozofa v Nitre – Sociálna práca so zameraním na špecifické pedagogické problémy. V tomto období začala RPSP realizovať aj vôbec prvé projekty transformácie a deinštitucionalizácie v Slovenskej republike. V roku 1999 začal Krajský úrad v Košiciach spolupracovať s Radou pre poradenstvo v sociálnej práci a objednal si monitoring kvality 6 zariadení sociálnych služieb v jeho pôsobnosti. Na základe výsledkov monitoringu boli identifikované dve zariadenia, ktoré mali ísť do procesu transformácie a deinštitucionalizácie – **DSS Hodkovce a DSS Kráľovce**. V rámci monitoringu kvality RPSP v DSS Hodkovce identifikovala viaceré inštitucionálne prvky, z ktorých niektoré viedli k porušovaniu ľudských

práv. Išlo predovšetkým o umiestňovanie imobilných obyvateľov do sieťových postelí, nepovolené fixovanie obyvateľov k pevným predmetom tak, že niektorí mali dolné končatiny priviazané tzv. liacami, preferencia opatrovateľských a zdravotníckych služieb, vynútené sexuálne a fyzické zneužívanie medzi obyvateľmi, zbavovanie spôsobilosti na právne úkony.

RPSP v spolupráci s krajským úradom pripravila projekt transformácie DSS Žehra, časť Hodkovce. Tento projekt bol predložený a schválený v rámci programu 1999 Phare ACCES Programme, Macro-project Scheme v roku **2001** na Delegáciu Európskej komisie. RPSP sa stala odborným garantom projektu. Trval od 1. januára 2002 do 28. februára 2003. Rozpočet projektu bol 120.000,- Eur, z čoho investičná časť na vybudovanie chráneného bývania v komunite bola 57.193,- Eur a na zariadenie chráneného bývania bolo určených 23.605,- Eur. Z dôvodu omeškania stavebných prác v zime roku 2002 bol projekt na základe schválenej žiadosti predĺžený do 31. júla 2003. Základnými aktivitami projektu boli zmena kvality poskytovaných sociálnych služieb formou zriadenia bývania rodinného typu, zmena vlastníckych vzťahov (zo štátnej na neštátnu organizáciu) a zmena financovania organizácie na viaczdrojové financovanie. Hlavné aktivity, ktoré RPSP realizovala v rámci tohto projektu, boli odborná pomoc pri vzdelávaní a príprave pracovníkov s cieľom rekvalifikácie na pracovnú náplň v podmienkach chráneného bývania a prípravy klientov na zmenu životného štýlu z inštitučného na komunitný spôsob života v mestskom prostredí. Ďalej to bola príprava všeobecných princípov a zásad pre transformáciu domovov sociálnych služieb v Slovenskej republike a koordinácia projektu a spolupráce s partnermi projektu – MPSVR SR, Krajským úradom Košice, VÚC Košice, Okresným úradom Spišská Nová Ves, Agentúrou podporovaného zamestnávania v Bratislave⁸ a nadáciou Socia, ale aj so

⁸ Išlo o prvý projekt transformácie a deinštitucionalizácie, kde zmluvne spolupracovali RPSP a APZ Bratislava a neformálne nadácia Socia. APZ Bratislava v tomto období realizovala projekty pre pilotné overenie aktivizácie a zamestnávania osôb so zdravotným postihnutím na trhu práce – vznikla chránená dielňa Radnička, prebiehali školenia v oblasti zamestnávania pre zamestnancov domovov sociálnych služieb a agentúr podporovaného zamestnávania.

zahraničnými partnermi DSS Horní Poustevna a Nadácia Connaction z Holandska. V rámci tohto projektu vznikla organizácia Socialtransform, n.o., ktorá doteraz poskytuje sociálne služby v obci Spišské Vlachy.

V DSS Žehra, časť Hodkovce v tom období žilo 132 dospelých mužov s mentálnym postihnutím. DSS Žehra, časť Hodkovce bolo zriadené v roku 1959 v starom rozľahlom kaštieli, pôvodne ako domov dôchodcov s kapacitou 60 lôžok. Od roku 1960 bolo zariadenie sociálnych služieb reprofelizované na Ústav sociálnej starostlivosti pre mentálne postihnutých mužov s kapacitou 160 obyvateľov. V rokoch 1991 – 1998 došlo k zníženiu počtu obyvateľov na 120. Domov sociálnych služieb prešiel rozsiahlou rekonštrukciou, v rámci ktorej bolo preinvestovaných 65 mil. Sk. Rekonštrukcia bola ukončená v roku 1998. Zariadenie sa nachádza v rozsiahlom uzavretom areáli. Umiestnené je excentricky na okraji malej časti obce Žehra v Hodkovciach. Život v DSS prebiehal nezávisle na živote komunity, ktorá je okolo domova. Domov prešiel náročnou rekonštrukciou, ktorá sa týkala hlavne ubytovacej časti zariadenia. Jej ukončením sa výrazným spôsobom zlepšilo prostredie domova. Zmeny obsahu sociálnych služieb boli dosahované len postupne. K najvýraznejším patrí zrušenie nemocničného oddelenia pre ležiacich obyvateľov tým, že po odborných lekárskejších vyšetreniach bolo doporučené vertikalizovať obyvateľov, nakoľko všetci boli mobilní. So zrušením lôžkového oddelenia súviselo tiež posilnenie výchovnej a záujmovej činnosti. Postupne došlo k vyrovnávaniu a posilneniu sociálnych služieb (tiež výchovno-vzdelávacích) na úkor dominantne presadzovanej zdravotníckej starostlivosti. V areáli domova boli vybudované ihriská, zlepšilo sa poskytovanie stravy a ďalších služieb⁹. Projektový zámer uvádzal nasledovnú predstavu budúcnosti: „Obyvatelia domova žijú v internátnom prostredí, kde je väčšina izieb 3 lôžkových (8 izieb), 4 lôžkových (12 izieb), 5 lôžkových (8 izieb), pričom ubytovacia časť DSS je priestor, kde sa obyvatelia zdržujú len od večierky do budíčka. Potom ubytovacie časť DSS opúšťajú a vracajú sa späť až večer. Zmena

⁶ Pre ďalšie štúdium odporúčame knihu Milana Chába – Svět bez ústavů, ktorú vydala organizácia QUIP – kvalita v praxi založená bývalými kolegami Milana Chába, ktorá patrí k lídrom v oblasti deinštitucionalizácie a komunitných služieb v Českej republike www.kvalitavpraxi.cz

⁷ M. Cháb. 2004. Svět bez ústavů. Quip – Společnost pro změnu. Praha. ISBN: 80-239-4772-9.

⁹ Závěrečná správa k projektu 1999 Phare ACCESS Programme Macro – project Scheme Transformácia domova sociálnych služieb v Hodkovciach časť Žehra.2003. Rada pre poradenstvo v sociálnej práci. Bratislava

bývania spočíva vo vytvorení podmienok chráneného bývania, ktoré poskytnú obyvateľom nielen priestor pre ubytovanie ale predovšetkým súkromie (1 – max 2 posteľové izby s príslušenstvom, šatníkom, stolíkom so stoličkami), pričom sa zníži počet obyvateľov v jednom ubytovacom celku na 8 občanov. Postupne budú obyvatelia domova bývať na základe prejavu vlastnej vôle v prostredí miest (Spišské Vlachy, Krompachy, Spišské Podhradie, Gelnica). Podobne sa upravujú podmienky bývania v pôvodnom zariadení domova, kde sú už teraz v rámci areálu vybudované dva menšie ubytovacie celky.¹⁰

Napriek tomu, že tento projekt nevedel k úplnej transformácii a deinštitucionalizácii zariadenia v Hodkovciach, jeho prínos do tejto témy bol význačný. Hlavným odborným garantom celého procesu transformácie v DSS Hodkovciach bol Slavomír Krupa, ktorý komplexne hodnotí tento pilotný projekt takto: „Zákon o sociálnej pomoci č. 195/1998 Z.z. v pôvodnom znení neposkytoval žiadny právny priestor pre transformujúce sa zariadenia sociálnych služieb. Až novela zákona č. 507/2002 Z. z. v § 86 ods. 6 (ktorá bola iniciovaná n. o. Socialtransform, Nadáciou Socia a Radou pre poradenstvo v sociálnej práci) definuje podmienky pre poskytovanie finančného príspevku „neštátnemu subjektu poskytujúce sociálnu pomoc podľa tohto zákona v sume vyššej, ako je rozdiel medzi priemernými bežnými výdavkami a príjmami na poskytovanie porovnateľného druhu sociálnej služby za podmienky, že neštátny subjekt prevzal poskytovanie sociálnych služieb občanov od príslušného orgánu alebo od rozpočtovej organizácie, alebo príspevkovej organizácie zrušenej príslušným orgánom verejnej správy“. Podstatou transformácie domovov sociálnych služieb je právne prevzatie prevádzky neštátnym subjektom od pôvodného zriaďovateľa štátu, resp. verejnej správy a následnej realizácie projektu transformácie po obsahovej a formálnej stránke na základe zmluvy medzi neštátnym subjektom (n. o. Socialtransform), ktorý prevzal poskytovanie sociálnych služieb, pôvodným zriaďovateľom (KÚ v Košiciach, resp. KSK) a prevádzkovateľom sociálnych služieb a rezortným ministerstvom (MPSVR SR). Nový neštátny zriaďovateľ prevzal

právnu zodpovednosť za sociálnu starostlivosť o klientov tým, že uzavrel v pôvodnom znení nové dohody o poskyovaní sociálnych služieb s každým klientom, ktorému poskytoval sociálne služby predchádzajúci zriaďovateľ, resp. prevádzkovateľ (DSS Žehra, časť Hodkovce) a uzavrel nové pracovné zmluvy s pôvodnými pracovníkmi, ktorí sa stali zamestnancami neštátneho subjektu (n. o. Socialtransform). Výpožička majetku, v ktorom pôvodný prevádzkovateľ (KÚ v Košiciach) zabezpečoval sociálne služby (DSS Žehra, časť Hodkovce), umožnila neštátnemu subjektu bez prerušenia pokračovať v prevádzkovaní sociálnych služieb. I keď je táto zmena podstatná v tom, že vytvára právne a vecné podmienky pre realizáciu projektu transformácie (ktorý pôvodný zriaďovateľ, resp. prevádzkovateľ nemal záujem realizovať), samotná zmena zriaďovateľa, resp. prevádzkovateľa neštátnym subjektom ešte neznamená zmenu kvality sociálnych služieb, resp. zmenu kvality života klientov zariadenia bez následných obsahových a formálnych krokov obsiahnutých v transformačnom projekte.

Pilotný projekt nám umožnil poznanie, že z uvedených podmienok je ťažisková a najdôležitejšia príprava personálu. Stereotyp a rutina, ktorú pracovníci boli nútení vykonávať desiatky rokov, je najväčšou príčinou (rizikovým faktorom) transformácie a môže byť v budúcnosti aj vážnou prekážkou pri jej realizácii. Ani zmeny v legislatíve, či v ekonomike neumožnia realizáciu transformácie, keď nedôjde k zvýšeniu úrovne kvalifikácie, k zmene postojov, zmene prístupov a zmene metód práce pracovníkov, zmene riadenia a vedenia procesu transformovaných zariadení. Ani skutočnosť, že zariadenie sociálnych služieb ešte pred začiatkom transformácie uskutočnilo závažné humanizačné zmeny ešte nie je zárukou pripravenosti personálu na realizáciu transformácie. Závažnou podmienkou pre úspešnosť transformácie z pohľadu personálnych zdrojov je postoj pracovníkov ku klientom z hľadiska možností ich osobnostného rozvoja. V prípade, že pracovníci zariadenia sú v konflikte spočívajúcom vo vzájomne nezlúčiteľných a odporujúcich očakávaniach klientov (resp. ich potrieb) a požiadaviek organizácie, ani transformácia právnych a ekonomických podmienok, nezmení paradigmu a manažovanie organizácie. Inými slovami, transformácia kladie nároky

na zmeny riadenia organizácie, kde potreby a očakávania klientov určujú ciele, poslanie a realizáciu programov organizácie. Praktická interpretácia tejto všeobecnej zásady znie: Pretože klient má predpoklady pre osobnostný rozvoj, nezávislý spôsob života (s podporou alebo bez nej), potom každá prekážka organizácie, ktorá by mu v takomto rozvoji bránila, má byť postupne v rámci procesu transformácie odstránená.

Zmena formálnych podmienok bez vnútornej zmeny obsahu procesov nevedie k transformácii ale len k čiastočnej zmene vonkajších podmienok, t.j. k zmene právneho statusu, názvu organizácie, zmene miesta poskytovaných služieb, zníženiu počtu miest pre obyvateľov, zmene financovania, zmene ubytovacích podmienok. Z uvedených dôvodov príprava vedenia, pracovníkov domova je zrejme v procese transformácie základnou podmienkou úspešnosti (nie je to analógia s vývojom v celej spoločnosti?). Pripravenosť pracovníkov domova sociálnych služieb pre vstup do procesu transformácie je možná, keď:

- (a) vedenie a pracovníci domova sú stotožnení s projektom transformácie, t.j. považujú projekt za reálne a správne riešenie zmien kvality života klientov
- (b) vedenie a pracovníci sú stotožnení s rolou, ktorú v transformačnom projekte riešia a za ktorú nesú zodpovednosť
- (c) vedenie a pracovníci mali možnosť získať skúsenosť, absolvovali stáže v zariadeniach, ktoré už transformáciou prešli
- (d) vedenie a pracovníci majú odborné predpoklady pre riešenie úloh spojených s transformáciou domova sociálnych služieb

Transformácia domova sociálnych služieb si priebežne z hľadiska ekonomických podmienok

vyžaduje:

- (a) stabilné financovanie prevádzkových nákladov starého – pôvodného zariadenia až do doby, kým väčšia časť klientov nezačne bývať v nových ubytovacích priestoroch
- (b) investície do výstavby nových domov - chráneného bývania
- (c) po otvorení prevádzky nových chránených bývaní zároveň financovať prevádzkové náklady týchto domov.

Z prebiehajúceho procesu transformácie pilotného projektu je možné zhrnúť nasledujúce priebežné závery:

1. Transformácia tradičných domovov sociálnych služieb je náročný, dlhodobý proces, počas ktorého sú kladené vysoké nároky na organizáciu práce a na postoje pracovníkov organizácie.
2. Obyvatelia tradičných zariadení majú reálne predpoklady pre rýchlu adaptáciu na nové podmienky, sociálnu integráciu do prostredia obce, mesta.
3. Predpokladom úspešnosti transformačného projektu je kvalitná a intenzívna príprava vedenia a pracovníkov novej neziskovej organizácie, ktorej cieľom je celková zmena stratégie vedenia a organizovania sociálnych služieb.
4. Transformácia zariadenia sociálnych služieb je ekonomicky náročný proces, ktorý však v konečnom dôsledku vedie k efektívnejšiemu využívaniu finančných prostriedkov v porovnaní s vynakladanými finančnými nákladmi, ktoré verejná správa ročne vynakladá na tradičné, neefektívne služby. Z uvedených dôvodov je transformácia jediným možným spôsobom riešenia tejto situácie v Slovenskej republike.



¹⁰ Projektový zámer Transformácie DSS Hodkovce



48

Realizácia prvej etapy pilotného projektu transformácie v Hodkovciach umožnila definovať kritické faktory progresu, na ktoré sme sa v tejto analýze snažili upozorniť. Cieľom pilotného projektu je, aby umožnil znížiť riziká riadenia rozsiahlejších transformačných procesov. Z uvedených dôvodov je potrebné oceniť rozhodnutie n. o. Socialtransform, KÚ v Košiciach, Košického samosprávneho kraja, Ministerstva práce sociálnych vecí a rodiny SR vstúpiť do prvého projektu takéhoto typu v Slovenskej republike. K pokračovaniu uvedeného procesu bude potrebné získať skúsenosti zapracovať do širšej koncepcie, ako aj do kontinuálneho pokračovania projektu transformácie domova sociálnych služieb v ďalších zariadeniach.¹¹

Jedným z hlavných prínosov tohto projektu bolo aj to, že **zákon č. 195/1998 Z.z. v pôvodnom znení neposkytoval žiadny právny priestor pre transformujúce sa zariadenia sociálnych služieb**. Z iniciatívy vzniknutej organizácie Socialtransform, Nadácie SOCIA a RPSP sa však zákon **novelizoval a definoval podmienky pre poskytnutie finančného príspevku zariadeniam v procese transformácie**. Ďalej sa už aj v tomto projekte ukázalo, že najkľúčovejšie pre dobré a efektívne realizovanie transformácie a deinštitucionalizácie je kvalitné vzdelávanie a príprava personálu. Významný bol aj poznatok, že ani to, že v zariadení sociálnych služieb sa realizovali humanizačné procesy, nie je predpokladom úspešnej realizácie transformácie a deinštitucionalizácie a hlavnou podmienkou je zmena prístupu k ľuďom so zdravotným postihnutím. RPSP v tomto období vydala aj prvé publikácie,

¹¹ S. Krupa. (2011) Determinanty procesu transformácie zariadení sociálnych služieb. Habilitačná práca. VŠZa-SP sv. Alžbety. Bratislava.

ktoré sa venovali transformácii a deinštitucionalizácii – **Manuál k príprave transformácie domovov sociálnych služieb v podmienkach Slovenskej republiky (Krupa, Holubková, 2002) a Transformácia domovov sociálnych služieb (Krupa a kol. 2003)**.

Košický samosprávny kraj po skúsenostiach s pilotným projektom transformácie v Hodkovciach spracoval v roku 2002 Koncepciu transformácie zariadení sociálnych služieb na základe kvantitatívnej a kvalitatívnej analýzy zariadení sociálnych služieb.¹² Koncepcia obsahovala kvalitatívnu a kvantitatívnu analýzu úrovne kvality poskytovaných služieb v zariadeniach. Žiaľ táto koncepcia sa do realizačnej fázy nedostala napriek tomu, že existovali pripravené transformačné plány zariadení v Kráľovciach a Barci. Proces transformácie v DSS Kráľovce, ktoré je umiestnené v zrekonštruovaných budovách poľnohospodárskeho družstva, sa naštartoval, ale ako píše Slavomír Krupa: „Objektívnymi príčinami neúspešného projektu transformácie bolo podcenenie prípravy a vzdelávania vedenia zariadenia sociálnych služieb, vzhľadom k vysokej náročnosti cieľov a následný únik vedenia ako sa vyhnúť zmenám, ktoré súviseli s transformáciou. V projekte sa preukázal kľúčový význam a dôležitosť vzdelávania, osobnostnej a profesionálnej prípravy pracovníkov, ktorí sa zúčastňujú na realizácii náročného procesu transformácie.“¹³ Práve táto skúsenosť ukazuje, aké **nevyhnutné je aj v súčasnosti dobre pripraviť celý proces a dlhodobo vzdelávať pracovníkov zariadení sociálnych služieb a aj pripravovať samotných klientov na prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť**.

Oba tieto pilotné projekty transformácie sociálnych služieb nás naučili a ukazujú aká je nevyhnutná **synergická podpora medzi tzv. mäkkými aktivitami – vzdelávanie, podpora a príprava zamestnancov, klientov a prostredia a tvrdými investičnými aktivitami**. Tieto skúsenosti sa neskôr zohľadňovali pri príprave národných projektov podpory deinštitucionalizácie po roku 2011. V období rokov 2000 – 2001

¹² Dudová, Varcholová. (2002) Transformácia zariadení sociálnych služieb v Košickom samosprávnom kraji. Košice.

¹³ S. Krupa. (2011) Determinanty procesu transformácie zariadení sociálnych služieb. Habilitačná práca. VŠZa-SP sv. Alžbety. Bratislava.

je nutné spomenúť aj **aktivity Nadácie Socia** (napr. projekt Podpora systémových zmien v oblasti sociálnych služieb) a **Agentúry podporovaného zamestnávania v Bratislave** (napr. Podporované zamestnávanie ako nástroj systémových zmien v transformácii sociálnej sféry a ďalšie), ktoré v rámci svojich projektov presadzovali myšlienky transformácie a deinštitucionalizácie v sociálnych službách. **Práve tieto mimovládne organizácie dlhodobo presadzujú potrebu zmien v sociálnej oblasti a potrebu transformácie a deinštitucionalizácie**.

ĽUDSKÉ PRÁVA A KVALITA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

Odbornú správu v oblasti dodržiavania ľudských práv spracovala **RPSP, ktorá v mesiacoch máj a jún 2003 vykonala na** základe objednávky Slovenského helsinského výboru monitoring o stave ľudských práv v domovoch sociálnych služieb v Slovenskej republike¹⁴. V priebehu dvoch mesiacov vykonali pracovníci RPSP monitoring v 21 domovoch sociálnych služieb na základe metodiky vypracovanej odbornou konzultačnou komisiou Centra právnej pomoci osobám so zdravotným postihnutím v zložení: Slavomír Krupa, Bohuslava Zániová, Eva Lysičanová, Mária Orgonášová, Igor Javorský, Alexandra Bražinová, Viera Záhorcová a Peter Breier. Slovenský helsinský výbor a RPSP oslovili všetkých 8 samosprávnych krajov, z ktorých pozitívne reagovalo 7 krajov a Trenčiansky samosprávny kraj uviedol, že si hodnotenie vykoná vlastnými pracovníkmi. Monitoring prebiehal priamym pozorovaním v zariadeniach a rozhovormi s klientmi zariadení. Hodnotenie dodržiavania ľudských práv v zariadeniach sociálnych služieb v rámci tohto monitoringu sa venovalo nasledovným oblastiam:

1. Prostredie, v ktorom sú poskytované sociálne služby v súvislosti s ľudskými právami
2. Personál
3. Klienti
4. Podmienky liečenia a hospitalizácie
5. Vonkajšie kontakty
6. Lekárska a zdravotná starostlivosť

¹⁴ Monitorovacia správa o stave ľudských práv v domovoch sociálnych služieb. Rada pre poradenstvo v sociálnej práci 2003.

7. Pravidlá a interné predpisy v zariadení
8. Ľudské práva
9. Zákaz nútennej práce
10. Súkromie
11. Majetok a vlastníctvo
12. Sloboda a osobná bezpečnosť
13. Právo na informácie
14. Pacientska samospráva
15. Sloboda vierovyznania
16. Voľby
17. Zákaz diskriminácie

Samotný monitoring podrobne rozoberal situáciu v 21 domovoch sociálnych služieb a na jeho základe bola spracovaná komplexná záverečná hodnotiaca správa. Výsledky monitoringu potvrdzovali zlý stav poskytovania sociálnych služieb v tradičných zariadeniach. Väčšina monitorovaných zariadení poskytovala sociálne služby v starých historických budovách, ktoré prešli rekonštrukciou. V zariadeniach, ktoré sa reprofili- zovali z domovov dôchodcov na domovy sociálnych služieb, žili ešte aj pôvodní klienti – starobní dôchodcovia spolu s ľuďmi s mentálnym postihnutím. Správa konštatovala, že okrem vysokých nákladov na údržbu a rekonštrukciu budov, tieto objekty neposkytovali primerané prostredie na bývanie – veľké priechodné miestnosti s vysokým počtom postelí a nízkou úrovňou poskytovania súkromia a hygieny pre obyvateľov. Iba niektorí obyvatelia mohli opustiť zariadenie bez doprovodu. V budovách bývalých kaštieľov a kláštorov boli poskytované prevažne veľkocapacitné služby pre 100 a viac klientov a služby boli poskytované nekoedukovane – zvlášť pre mužov a zvlášť pre ženy. Nedostatok personálu v priamom kontakte sa prejavoval hlavne počas víkendov a sviatkov. Absentovali individuálne plány, aktivizácia a orientovanie sa na zamestnávanie. Spolupráca s rodinou bola minimálna. Takmer 90% klientov týchto zariadení bolo zbavených spôsobilosti na právne úkony a len výnimočne boli podmienky pozbavenia na právne úkony aj špecifikované. V rámci monitoringu sa ukázalo, že väčšina zariadení nezvládala poskytovanie sociálnych služieb pre ľudí s najvyššou mierou podpory a agresívnych klientov, ktorí boli zaradovaní do samostatných skupín s minimálnou aktivizáciou. V zariadeniach sa využívali obmedzujúce prostriedky ako fixovanie klientov, sieťové postele a medikamentózna liečba

49

na potlačanie sexuálneho a problémového správania, bez aktívnej terapie. Lekárska a zdravotná starostlivosť tvorila v tradičných zariadeniach viac ako 70% celkových služieb a ako už bolo uvedené, medikamentózna liečba bola preferovaná pred sociálno-psychologickými a pedagogickými prístupmi a metódami práce. Vládol tu silne paternalistický prístup, ktorý sa prejavoval jednostranným tykaním zo strany personálu a minimálnymi možnosťami rozhodovania a ovplyvňovania prostredia samotnými obyvateľmi. V oblasti slobody a osobnej bezpečnosti a práva na informácie, správa konštatuje: „Vysoký počet obyvateľov, nekoedukované prostredie, absencia výchovných a sociálnych pracovníkov spôsobuje konflikty medzi obyvateľmi, ktoré v niektorých prípadoch riešia vedúci pracovníci privolaním policajnej hliadky alebo hospitalizáciou na psychiatrii. Ohrozený býva tiež personál najmä počas nočných a víkendových služieb, kedy je vysoký počet obyvateľov na 2 – 3 pracovníkov. Výnimočne sme sa stretli s tým, že niektoré potrebné hygienické zariadenia boli z dôvodu ich ochrany pred poškodením uzamknuté. V tradičných zariadeniach je obyvateľ objektom služieb. Absentuje individuálny prístup, individuálne rozvojové programy, aktívna komunikácia s klientom. Zdravotná dokumentácia je umiestnená v ambulancii a nie je bežne prístupná obyvateľom domova. Obyvatelia nie sú aktívne vedení k sebaobhajovaniu svojich práv. Je pravdepodobné, že pomerne veľkú časť dňa (najmä v zimnom období) sedia v miestnostiach a pozerajú TV.“¹⁵ Pracovníci RPSP vo svojich monitoringoch objavovali podobné situácie ako členovia CPT a MDAC. Ako uvádza pracovníčka RPSP, ktorá sa podieľala na monitoringoch: „Najviac ma iritovala starostlivosť o klientov, ktorí boli vďaka svojmu zdravotnému stavu pripútaní na lôžko. Títo si len ležia, ležia a ležia. To je ich celodenná činnosť. Ráno sa zobudia, pracovníčky ich poumývajú na lôžku, nakrmia na lôžku a nechajú „oddychovať“ na lôžku. Na obed ich nakrmia na lôžku, prebalia na lôžku a nechajú „oddychovať“ na lôžku. Po večeri na lôžku ich pracovníci prebalia na lôžku, prípadne umyjú na lôžku a uložia spať na lôžko. To je život! Po návšteve jedného domova sociálnych služieb v našom kraji sme s kolegom odchádzali znovu

znehutnení z podmienok, v ktorých tam ľudia žijú. Nevideli sme však to, čo sa podarilo objaviť našim kolegom pri opakovanej návšteve tohoto zariadenia v súvislosti s iným projektom. Jedna z kolegýň náhodou zazrela pootvorené dvere a v škáričke mreže. Hneď sa zvedavo rozbehla k nim. To, čo uvidela bol hrozný obraz ako zo stredovekého filmu: v miestnosti boli dve mrežové „cely“, lyžičky nejako pripevnené ku konštrukcii, na zemi „WC=vedro“ nahádzané matrace a v jednej z nich zúbožený človek. Opakujem, ČLOVEK. Na otázku, prečo je ten pán v kletke, pani riaditeľka odpovedala, že sa tam asi nejako sám dostal, zatúlal. Ale ako sa potom mohol zvonku zamknúť? Táto metóda prístupu ku klientom s poruchami správania a ďalšie (kazajkovanie, sieťové postele, utlmujúce injekcie a iné) sú stále populárne v našich zariadeniach. Aj napriek špeciálnym metódam, ktoré sa v zahraničí úspešne používajú, a ktoré neohrozujú integritu človeka, sú šetrné a pritom účinné, stojí Slovensko zamrznuté na jednom bode – „stredoveku.“¹⁶

Výsledky tejto správy dokazujú, že napriek legislatívnym možnostiam zaznamenávame len pomalý nástup komunitných služieb prevádzkovaných predovšetkým mimovládny sektorom a postupným presadzovaním sociálneho prístupu. Vo svete tradičných inštitúcií ako keby zastal čas a fungovali ako v 50tych 60tych rokoch napriek tomu, že sa písal rok 2003 a Slovensko sa chystalo na aktívne členstvo v Európskej únii. Tento stav jasne popisuje väčšina hodnotiacich správ konkrétnych zariadení, ktoré boli do tohto procesu zapojené.

Pre ukážku vyberáme časť správy z monitoringu DSS Dúbrava na slovensko-ukrajinských hraniciach. „DSS Dúbrava sa nachádza v chránenej krajinej oblasti Vihorlat v okrese Snina, presnejšie v jeho východnej časti. Zariadenie sídli v budove kaštieľa pôvodne patriaceho grófskej rodine Serényiovcov. Budova kaštieľa sa stala majetkom štátu Benešovým dekrétom v roku 1945. Najprv patrila štátnym lesom, neskôr v roku 1961 v nej bol zriadený Okresným národným výborom v Humennom Ošetrovací ústav. Tento sa v roku 1966 zmenil na Ústav sociálnej starostlivosti. Od roku 1991 sa datuje vznik Ústavu sociálnych služieb ako samostatného právneho subjektu. Od 1.7.2002

zariadenie spadá do kompetencie Prešovského samosprávneho kraja a boli k nemu pričlenené ako organizačné jednotky: Domov pre osamelých rodičov v Snine, Útulok v Snine a Zariadenie sociálnych služieb v Novej Sedlici. DSS Dúbrava pozostáva z 8 budov: kaštieľ (oddelenia 1 a 3, kapacita: 47 klientov), budova pre ubytovanie klientov (oddelenie 2, kapacita: 43 klientov), pracovňa a administratíva, kuchyňa a sklady, rehabilitácia a spoločenská miestnosť, vrátnica, hospodárska budova a márnica. Súčasťou zariadenia je i rozsiahly park. Kaštieľ a park sú zapísané ako kultúrne pamiatky. Prestavby a renovácie prebehli v rokoch 1991 (pracovňa a administratívna budova), 1993 (hospodárska budova), v roku 2001 sa realizovala výmena hliníkovej elektrickej inštalácie za medenú, v r.2002 renovácia kúpeľní, r.2002 nákup smažiacej panvice do kuchyne (160 tis. Sk) a varnej stoličky (20 tis. Sk). V oblasti opráv a údržby je potrebné vykonanie týchto prác: kotolňa – prechod z tuhého paliva na plyn, oprava fasád, malby a nátery, rekonštrukcia vodovodnej siete, vyasfaltovanie chodníkov a ciest, nákup veľkokapacitných práčov, generálna oprava čističky odpadových vôd. Zariadenie má vypracovaný evakuačný plán. Núdzové východy by mohli byť označené výraznejšie. Obec Dúbrava leží medzi mestami Snina (32 km) a Sobrance (20 km). Do Sniny je možné dostať sa cez deň 7 autobusmi (najneskôr o 17.00) a zo Sniny prichádzajú do Dúbravy 4 autobusy. Do a zo Sobrance idú 2 autobusy denne. Cez víkend sú spoje obmedzené. Najbližšia väčšia dedina Ublá sa nachádza 5 km od Dúbravy, v nej sa nachádza zdravotné stredisko, pošta a lekáreň. Do Uble sa možno dostať autobusmi, ktoré idú smerom do Sniny. Priamo v obci Dúbrava sú 2 kostoly (rímsko a grécko katolícky) a potraviny.

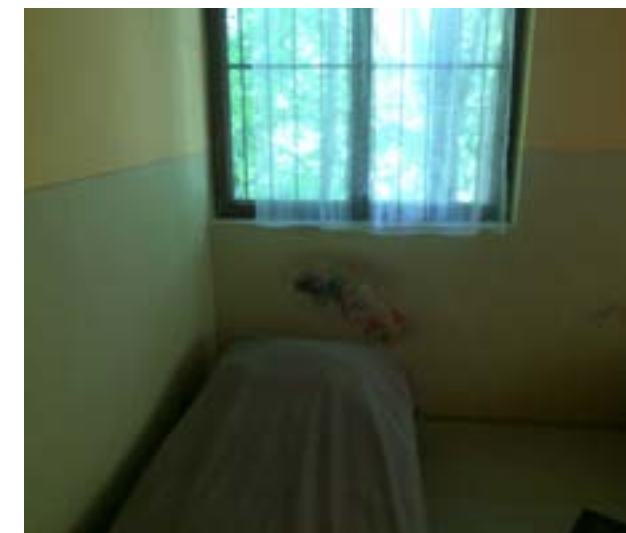
Bývanie:

Zariadenie má charakter celoročného pobytu. Prevládajú v ňom viac lôžkové izby.

Rozloženie lôžok:

- 2 lôžkové izby: 1
- 3 lôžkové izby: 6
- 4 lôžkové izby: 3
- 5 lôžkové izby: 3
- 6 lôžkové izby: 3
- 7 lôžkové izby: 1
- 9 lôžkové izby: 2

Izby sú vybavené zväčša nemocničným typom postelí. Pri každej posteli je nočný stolík, tiež nemocničného typu. V zariadení sa nachádza 11



sieťových postelí. Podlahová plocha obytných miestností je 357 m², na jedného obyvateľa tak pripadá necelých 3,97 m², čo ani zďaleka nepokrýva spodnú hranicu normy 8 m². Súkromie je ťažké zabezpečiť vzhľadom na veľký počet klientov na izbách, navyše niektoré izby sú priechodné. Izby sú stroho zariadené, chýba priestor pre umiestnenie osobných vecí. Klienti majú svoje osobné šatstvo v skrinách na chodbách. Skrine sú uzamknuté, šatstvo im vydáva zdravotnícky personál.

Hygienické zariadenia sú na chodbách spoločné pre viac izieb.

spolu

- WC 13 t.j. 07 obyvateľov na 1 WC
- Umývadlá 14 t.j. 06 obyvateľov na 1 umývadlo
- sprchy 4 t.j. 22 obyvateľov na 1 sprchu
- vane 8 t.j. 11 obyvateľov na 1 vanu

Klienti majú svoje osobné hygienické potreby v nočných stolíkoch. Niektorým klientom vydáva osobné hygienické potreby personál ústavu.“

V tomto kontexte je potrebné spomenúť aj **aktivitu Nadácie SOCIA** v spolupráci s expertmi z ČR a Radou pre poradenstvo v sociálnej práci, ktorí pripravili súbor seminárov o kvalite v sociálnych službách a metodológii jej hodnotenia. V rámci rozvoja oblasti kvality sociálnych služieb je potrebné uviesť predovšetkým **publikácie Rady pre poradenstvo v sociálnej práci - Kvalitné sociálne služby I (2000) a Kvalitné sociálne služby II (2003)**, ktoré sa venujú systematickému hodnoteniu kvality poskytovaných sociálnych služieb v Slovenskej republike, kde v rámci spolupráce s Nadáciou SOCIA vytvorila RPSP prvé neoficiálne štandardy kvality sociálnych služieb na Slovensku.

¹⁵ Monitorovacia správa o stave ľudských práv v domovoch sociálnych služieb. Rada pre poradenstvo v sociálnej práci 2003.

¹⁶ Len slovo o ľudských právach a slobodách, alebo čo je dobré radšej nevedieť. Integrácia. 2003



PROJEKTY TRANSFORMÁCIE V BANSKOBYSTRICKOM SAMOSPRÁVNOM KRAJI

Z pohľadu realizovaných projektov transformácie a deinštitucionalizácie je možné spomenúť ako významný program podpory v tomto období – **Iniciatívu spoločenstva EQUAL**. V tomto operačnom programe sa realizovalo viacero významných projektov mimovládnych organizácií, ktoré podporovali rozvoj komunitných služieb a deinštitucionalizácie. V rámci neho sa realizoval aj **projekt Rady pre poradenstvo v sociálnej práci s názvom Transformácia domovov sociálnych služieb s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie ich obyvateľov**¹⁷. Išlo o prvý systémovnejší projekt transformácie a deinštitucionalizácie sociálnych služieb na Slovensku. RPSP v spolupráci s Banskobystrickým samosprávnym krajom realizovala tento projekt v rokoch **2005 – 2007**. Hlavnými dôvodmi, prečo sa aj Banskobystrický samosprávny kraj (ďalej len BBSK) rozhodol participovať na tomto projekte bol predovšetkým pretrvávajúci vysoký počet klientov so zdravotným postihnutím v zariadeniach s celoročnou prevádzkou, ktorým nebola poskytovaná adekvátne ponuka a možnosť zúčastniť sa na pracovnom živote, dlhodobý, cielený, koncepčný záujem zriaďovateľa Úradu BBSK na zvyšovaní socializácie klientov v zariadeniach sociálnych služieb, nízka kvalifikácia pracovníkov, ich malá motivácia vo vzťahu k pracovnej a sociálnej integrácii klientov. Podľa

výsledkov vstupného dotazníka tohto projektu bolo 60% pracovníkov presvedčených o potrebe udržania vtedy existujúceho stavu v sociálnych službách a len 28% pracovníkov sa nazdávalo, že v oblasti zamestnávania je nevyhnutné uskutočniť zmeny. Posledným dôvodom bolo preferovanie skupinovej sociálnej práce pred individuálnym prístupom k prijímateľom sociálnych služieb, čo viedlo k nízkej kvalite poskytovaných sociálnych služieb. Realizácia projektu bola rozdelená do viacerých fáz - prvá fáza predstavovala monitoring a supervíziu v 25 zariadeniach sociálnych služieb v zriaďovateľskej pôsobnosti BBSK a pôsobiach v BBSK. Tento monitoring podrobne rozoberal nasledovné oblasti v poskytovaní sociálnych služieb:

- Ľudská a občianska dôstojnosť
- Sociálny status, komunita, vzťahy, rodina – výchova a vzdelávanie
- Odborný a profesionálny prístup – postoj ku klientovi
- Zdravotná starostlivosť - hygiena
- Stravovanie
- Finančné náklady
- Humánnosť prostredia služieb - bývanie
- Riadenie organizácií

V rámci týchto monitoringov sa RPSP potvrdilo, že vo väčšine zariadení BBSK sú poskytované inštitucionálne sociálne služby, ktoré viedli k porušovaniu a nedostatočnej podpore ľudských práv ich klientov. Pracovníci zariadení mali tendenciu považovať klienta odkázaného na sociálne služby za človeka s nižšími nárokmi v oblasti potrieb, a tým sa znižovalo povedomie klienta o jeho vlastnej dôstojnosti a o sebaúcte, preukazovala sa naučená pasivita a naučená bezmocnosť. Ľudia so zdravotným postihnutím prestali vnímať a vyžadovať potrebu súkromia, existovala tam tendencia obmedzovania práva výberu a slobody rozhodovania, ale aj slobody pohybu. Odborní pracovníci RPSP konštatovali pretrvávajúce paternalistické a hyperprotektívne postoje ku klientom. V zariadeniach BBSK bola nedostatočná ponuka voľnočasových aktivít, nedostatočná inovatívnosť a stereotypné aktivity. Neakceptovali sa aktuálne záujmy a potreby klientov a absentovala individuálna práca, či už na individuálnom plánovaní, ale aj individuálna práca odborných pracovníkov s klientom. U školopovinných klientov bola nedostatočná

predprofesionálna príprava a nácvik sebaobslužných zručností, čím sa im sťažili vyhliadky na samostatný život v dospelosti v komunite a aj pre uplatnenie sa na trhu práce. Väčšina zariadení bola umiestnená excentricky (4/5 zo všetkých zariadení) na okraji komunity so slabou infraštruktúrou a náročnou dopravou do zariadení. Väčšina zariadení mala veľkokapacitné formy ubytovania nemocničného typu, kde na jedného klienta pripadalo cca. 4 – 5 m² obytného priestoru¹⁸. Ako príklad uvádzame vybrané časti z monitorovacej správy v DSS Slatinka z roku 2005: „Domov sociálnych služieb pre deti a dospelých v Slatinke bol zriadený v roku 1950, ako ústav sociálnej starostlivosti pre mentálne postihnuté deti do 15 rokov. Do roku 1970 boli pracovníkmi ústavu prevažne rehoľné sestry. Po roku 1979 rehoľné sestry odišli a v súčasnosti pracujú v zariadení iba civilní pracovníci. Po roku 1990 bolo zariadenie rozšírené na poskytovanie sociálnych služieb pre deti a dospelých, čím sa odbúral problém presúvania klientov po dosiahnutí 18 roku života do iných zariadení. Domov sociálnych služieb je umiestnený v kaštieli, ktorý bol postavený v roku 1896 a patrila barónovi Cebranymu. Majitelia však o reštitúciu po roku 1990 neprejavili záujem, a tak kaštieľ aj s veľkou záhradou prešiel do správy Krajského úradu, a následne, pod správu Vyššieho územného celku v Banskej Bystrici. Zariadenie je umiestnené v malej osade Slatinka, v ktorej je okolo 50 - 60 obyvateľov. Starostlivosť o klientov je poskytovaná v dvoch budovách:

(a) v kaštieli, kde sa nachádza podstatná časť poskytovaných služieb a klientov

(b) v jednoposchodovom dome, nazývaný výchovný domček.

V kaštieli sa nachádza na prízemí kuchyňa, skladové priestory, kotolňa, práčovňa, kancelárske priestory pre ekonómku a účtovníčku, na poschodí miestnosť pre p. riaditeľku, tri oddelenia pre ťažko postihnutých klientov, jedna miestnosť pre pracovnú terapiu a fitness, ktorá je polyfunkčná a je využívaná na viaceré aktivity s klientmi. Asi 30 metrov od kaštiľa v spoločnom areáli sa nachádza ďalšia budova - menší výchovný dom, kde žije 12 klientov

s ľahším a stredným pásmom zdravotného postihnutia. V domčeku sú poskytované aj výchovné aktivity, na ktorých sa zúčastňujú klienti s ľahším postihnutím z kaštiľa. Počas dňa sú tieto aktivity pre 18 klientov a poskytuje ich 8 výchovných pracovníkov. Kaštieľ je v postupnej rekonštrukcii. V súčasnosti prebiehajú rekonštrukčné práce zamerané na odvlhčovanie spodnej časti kaštiľa, rekonštrukcia je finančne nákladná a doposiaľ bolo preinvestovaných okolo 6 mil. korún. Do budúcnosti je plánom a víziou pani riaditeľky zrekonštruovať aj vrchnú časť kaštiľa – podkrovie. Dôvodom je zväčšenie ubytovacích možností pre klientov. V areáli sa nachádza malý „obchodík“, ktorý môžu klienti navštíviť za účelom malého nákupu sladkostí v odpoľudňajších hodinách jeden alebo dvakrát do týždňa. V obchodíku platia klienti fiktívnymi peniazmi, ktoré dostanú od výchovného pracovníka. Cieľom obchodíka v areáli DSS je naučiť klientov s ťažším mentálnym postihnutím narábať s peniazmi, a poznávať ich hodnotu do takej miery, ako sú schopní – obchodík je chápaný ako tréningový obchod pre klientov. Súkromie klientov je veľmi obmedzené, izby sú predimenzované - 8 - 10 - 12 lôžok na izbu. V časti domček je situácia lepšia, na izbe sú klienti ubytovaní na 2 až 3 lôžkových izbách, je tam tiež 1 lôžková izba. Personál vstupuje do izieb bez klopania. Klientom chýbajú vlastné nočné stolíky a písacie stoly. V kaštieli majú všetci klienti vlastné skrine uzamknuté, v časti domček klienti môžu do skríň vstupovať aj sami. V domčeku sú izby vybavené nočnými stolíkmi a skriňou pre každého klienta.

Za veľmi vážne považujeme :

- predimenzovanosť izieb, v časti kaštieľ (7-8 detí na izbe)
- absencia priestorov pre výchovnú činnosť, stravovanie a bývanie v časti kaštieľ
- absencia výchovných aktivít a odbornej výchovnej činnosti na oddeleniach v kaštieli
- nevhodné podmienky stravovania v časti kaštieľ (3 deti nesedeli za stolom, a čakali na lavičke na kŕmenie)
- absencia celkového odborného – tímového, individuálneho prístupu ku klientom s ťažkým mentálnym postihnutím.¹⁹

¹⁷ Podrobnejšie informácie o projekte nájdete v publikácii RPSP – Transformácia domovov sociálnych služieb s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie ich obyvateľov - <http://www.rpsp.sk/download/publikacie/transformacia.pdf>

¹⁸ Slavomír Krupa a kol. 2007. Transformácia domovov sociálnych služieb s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie ich obyvateľov. RPSP. Bratislava. ISBN: 978-80-970004-2-4. <http://www.rpsp.sk/download/publikacie/transformacia.pdf>

¹⁹ Monitorovacia správa –Domov sociálnych služieb Slatinka. 2005. Rada pre poradenstvo v sociálnej práci. Bratislava.

Po realizovaní týchto monitoringov absolvoval manažment zariadení BBSK 200 hodinové akreditované vzdelávanie, ktorých sa zúčastnilo 150 pracovníkov BBSK a samotných zariadení. Výstupom týchto vzdelávaní bola príprava konkrétnych transformačných projektov. Druhej fáze projektu predchádzal výber troch zariadení, ktoré mali perspektívne transformačné projekty. RPSP spoločne s BBSK vybrala tieto zariadenia: **DSS Slatinka, DSS Pohorelská Maša a DSS Neporadza**. Vo t vybraných zariadeniach sa následne realizovala ďalšia podpora procesu transformácie a deinštitucionalizácie, ktorou bolo 180 hodinové akreditované vzdelávanie pre všetkých pracovníkov týchto troch inštitúcií (celkovo viac ako 200 zamestnancov). Okrem toho bola realizovaná podpora pri príprave a implementácii viac ako 100 individuálnych plánov pre ľudí s mentálnym postihnutím, ktorí žili v týchto inštitúciách, so zameraním na podporu samostatného života a pracovného uplatnenia. Poslednú fázu projektu tvorila diseminácia vrátane medzinárodnej konferencie a študijných ciest pre zamestnancov BBSK a vybraných zariadení do Českej republiky a Nemecka, kde mohli vidieť a zažiť príklady dobrej praxe poskytovania komunitných služieb.



Napriek tomu, že samotný projekt nemohol v rámci svojich možností realizovať aj investičné zmeny, priniesol veľa nových skúseností v oblasti transformácie a deinštitucionalizácie v Slovenskej republike. Jeho výsledky ukázali, že základný proces transformácie a deinštitucionalizácie je hlavne procesom zmeny vnímania ľudí so zdravotným postihnutím a zmeny postojo. Preto, aby sa takáto zmena mohla udiť, je dôležité poskytnúť nielen zamestnancom, ale aj prijímateľom sociálnych služieb nevyhnutnú podporu, prípravu a vzdelávanie. Kým pred začiatkom realizácie vzdelávaní a podporných aktivít bolo 60% pracovníkov presvedčených o nevyhnutnosti udržať inštitucionálny spôsob poskytovania sociálnych služieb, tak po ukončení tohto projektu 54% pracovníkov zariadení sociálnych služieb zastávalo názor, že je nevyhnutné skvalitňovať sociálne služby a meniť ich smerom k sociálnej a pracovnej integrácii občanov so zdravotným postihnutím. Zároveň záverečná analýza projektu ukázala, že je nevyhnutné realizovať organizačné zmeny pre zvýšenie efektívnosti riadenia sociálnych služieb, zvyšovanie aktivity pracovníkov pri podpore pracovnej a sociálnej integrácie. No tiež sa ukázali ako veľmi rizikové faktory – nedostatočná politická podpora na regionálnej úrovni, ktorá viedla k personálnym zmenám v manažmente sociálnych služieb. Následkom týchto zmien z procesu transformácie a deinštitucionalizácie v BBSK vypadlo zariadenie DSS Neporadza. Tiež sa ukázala nevyhnutná potreba systémovej podpory zo strany zriaďovateľa, ale aj štátu v oblasti dlhodobej udržateľnosti, podpory a kontinuity deinštitucionalizácie, ktorá je niekoľkoročným procesom. Tieto rizikové faktory sa až do súčasnosti podarilo prekonať len DSS Slatinka, ktorá v rokoch 2008 - 2012 opustila pôvodný objekt kaštieľa, kde poskytovala služby. DSS Slatinka naďalej dostávala neformálnu podporu zo strany RPSP a podarilo sa jej vytvoriť nové formy služieb v komunite, ale ešte stále proces deinštitucionalizácie nedokončila, napriek tomu, že patrí k lídrom v tejto oblasti medzi zariadeniami sociálnych služieb. Túto zmenu uvažovania a myslenia už môžeme sledovať aj v Konceptii rozvoja sociálnych služieb DSS Slatinka, ktorá bola vypracovaná v roku 2007. V porovnaní s víziou z roku 2005, kde okrem iného chcelo zariadenie budovať podkrovie kaštieľa, sa presúvajú ciele k transformácii a deinštitucionalizácii zariadenia.

Pre porovnanie s uvedenou monitorovacou správou z roku 2005 uvádzame výber z koncepcie DSS Slatinka: „Hlavný cieľ: Transformácia DSS.

Začať proces transformácie zariadenia so zreteľom na právne, kvalitatívne a ekonomické dôvody a príčiny premeny zmeny pasívnej formy poskytovaných sociálnych služieb internátno – azylového typu, ktoré izolujú klientov zariadenia na podporné, aktivizačné služby a mobilizáciu potenciálu klientov v prospech ich začlenenia sa do prirodzených štruktúr spoločnosti. Vytvoriť, a pre klientov domova a regiónu ponúknuť služby, ktoré budú vychádzať z individuálnej potreby klientov – Chránené bývanie, Podporované bývanie, odľahčovacie služby, denný stacionár. Systematické vzdelávanie, profesionálna príprava zamestnancov a podpora tímovej práce v prospech aktivizácie vnútorného potenciálu klientov, zmena zdravotníckeho prístupu ku klientovi na holistický model – multidisciplinárny prístup ku klientovi. Zmena financovania – multizdrojové financovanie – príspevok BBSK, donori, granty, vlastná ekonomická činnosť, príjmy z úhrad klientov.

Čiastkové ciele krátkodobé.

- Sociálna integrácia klientov DSS.
- Zmena postojo zamestnancov
- Zmena riadenia a personálnej stratégie DSS
- Permanentné vzdelávanie zamestnancov
- Spracovať vnútorné akty riadenia.
- Využívanie viaczdrojového financovania
- Racionalizačné opatrenia
- Aktivizácia vnútorného potenciálu klientov a prirodzených zdrojov ich prostredia
- Pracovná integrácia klientov
- Vzdelávanie klientov
- Prevencia syndrómu NYMBY
- Vybudovať sieť dobrovoľníkov, rodičov, príbuzných a priateľov
- Zabezpečenie supervízie²⁰

Ako súčasť výstupov tohto projektu boli vydané viaceré publikácie - učebné texty – Transformácia zariadení sociálnych služieb s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie ich obyvateľov – učebné texty a Rozvoj komunitných sociálnych služieb. Okrem týchto učebných textov vyšla aj prvá súborná publikácia o procese

transformácie a deinštitucionalizácie sociálnych služieb – **Transformácia zariadení sociálnych služieb s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie ich obyvateľov**²¹.

Okrem tohto projektu patrili v tomto období medzi významné projekty, ktoré podporovali rozvoj komunitných sociálnych služieb aj projekty **Nadácie SOCIA – Zvyšujeme šance pre znevýhodnené skupiny obyvateľstva spolupracou obcí a neziskových organizácií**, kde bolo pripravených a podporovaných 85 sociálnych pracovníkov obce s cieľom podpory komunitnej starostlivosti. V oblasti transformácie a deinštitucionalizácie je potrebné aj spomenúť projekt **Agentúry podporovaného zamestnávania - Príklady dobrej praxe – podporujeme deinštitucionalizáciu v sociálnej oblasti**, ktorého výstupom bolo 10 videí o tom, ako sa osoby so zdravotným postihnutím prepracovali s podporou z DSS, po absolvovaní špeciálnej školy alebo z rodiny, na trh práce. Ako je možné vidieť, v rovnakom období sa na Slovensku presadzovali dva rozdielne prístupy v oblasti rozvoja sociálnych služieb. Mimovládne organizácie v spolupráci so samosprávou realizovali pilotné projekty deinštitucionalizácie a transformácie. No na druhej strane **MPSVR SR podporovalo cez svoj projekt humanizáciu a inštitucionalizáciu, bez toho, aby zohľadnilo kvalitatívny aspekt poskytovania sociálnych služieb**.

TRANSFORMÁCIA A DEINŠTITUCIONALIZÁCIA NA NÁRODNEJ ÚROVNI

Ako je uvedené v štúdiu organizácie INESS – Monitoring čerpania štrukturálnych fondov v sociálnej oblasti v období 2007 – 2011,²² ku koncu septembra 2010 bolo v rámci ROP v oblasti sociálnych služieb schválených 136 žiadostí, na ktoré bolo viazaných 209 mil. EUR z celkovej alokácie na sociálne služby vo výške cca. 234 mil. Takmer polovica zo schválených zdrojov bola na

²¹ Publikácie je možné prečítať a stiahnuť si na webovej stránke RPSP - http://www.rpsp.sk/joomla/index.php?option=com_content&view=article&id=25&Itemid=137

²² Ďurana R. et al. (2013). Monitoring čerpania štrukturálnych fondov v sociálnej oblasti v období 2007 – 2011. INESS. Bratislava. ISBN: 978-80-969765-1-5.

²⁰ Kelemenová, A., Nincová, D., Jančovič M. – Konceptia rozvoja sociálnych služieb v Domove sociálnych služieb Slatinka, Lúčenec. 2007.



výstavbu nových veľkokapacitných zariadení sociálnych služieb s kapacitou nad 50 miest. INESS upozorňuje aj na to, že ku koncu septembra boli schválené žiadosti o projekty na úrovni 101% celkovej alokácie, čo znamená, že k nadkontrahovaniu alokácie došlo bez predchádzajúcej alokácie zdrojov. Reakcia na zmeny na Európskej úrovni sa nezohľadnila a práve v rámci ROP vznikol návrh na novú alokáciu pre budovanie nových komunitných služieb vo výške cca. 119 mil. EUR. Návrh revízie ROP bol zaslaný koncom októbra 2010 Európskej komisii, ktorá ho posudzovala do februára 2011 a vzniesla požiadavky na revíziu v oblasti sociálnej infraštruktúry smerom k transformácii a deinštitucionalizácii. Na potreby týchto zmien naďalej upozorňovali aj odborníci v oblasti sociálnych služieb, kde **Slavomír Krupa hovoril o siedmich základných dôvodoch potreby deinštitucionalizácie:**

„Prvý dôvod - Doteraz nemáme zriadený a zavedený systém – sieť, centier včasnej vývinovej intervencie a funkčnej vývinovej terapie, rehabilitácie pre deti s postihnutím a sociálnej starostlivosti v Slovenskej republike. Uvedený stav je jednou z vážnych príčin poskytovania nízkej sociálnej a psychickej podpory rodičom a ich deťom s postihnutím, ktorá je v období (1 – 3 roku života) najúčinnější. Absencia včasnej zdravotnej a multidisciplinárnej starostlivosti spôsobuje vážne dôsledky v osobnom živote ľudí s postihnutím, v systéme vzdelávania a v systéme sociálnej podpory a služieb pre osoby s postihnutím.

Druhý dôvod - Verejná mienka a primerane k nej reálne uplatňovaná sociálna politika štátu

považuje umiestňovanie postihnutých detí, občanov do pobytových domovov sociálnych služieb za primerané a adekvátne riešenie problémovej situácie rodín a ich postihnutých členov. Uvedený trend je paradoxne v rozpore s národnými prioritami v oblasti sociálnych služieb, ktoré deklarujú „podporu zotrvania klienta v prirodzenom prostredí rozvojom terénnych sociálnych služieb, rozvojom ambulantných sociálnych služieb a pobytových sociálnych služieb v zariadení s týždenným pobytom. Dôvodom stanovenia tejto priority je skutočnosť, že terénne sociálne služby sú podľa dostupných štatistických údajov nedostatočne rozvinuté a na celom území Slovenska ide o sociálne služby, ktoré sú nedostatkové alebo úplne chýbajú.“ Ten istý významný dokument ale podporuje „zvýšenie kvality a humanizácie poskytovaných sociálnych služieb prostredníctvom rekonštrukcie, rozširovania, modernizácie a budovania zariadení sociálnych služieb“. Medzi prioritami vlády v poskytovaní sociálnych služieb nie je transformácia pobytových služieb v zariadeniach ale ich rekonštrukcia, rozširovanie, ... Hoci uvedené finančné prostriedky by boli potrebné investície pre transformáciu domovov sociálnych služieb.

Tretí dôvod - Napriek právnym dokumentom medzinárodného významu a právnej sily ako je Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím (schválený OSN v r. 2007), ktoré vyžadujú začleňujúci (integrovací) vzdelávací systém, naše právne normy (Školský zákon č. 245/2008), nie je s uvedeným „dohovorom“ v súlade. Zákon síce vytvára možnosti pre integráciu zdravotne postihnutých občanov do základných a stredných škôl ale

nezabezpečuje, aby žiaci so zdravotným postihnutím neboli vylúčení zo všeobecného systému vzdelávania.

Štvrtý dôvod - Deti a mladiství s mentálnym postihnutím, ktorí sú umiestnení v pobytových domovoch sociálnych služieb, nemajú prakticky žiadnu možnosť pre sociálnu integráciu a ostávajú po celý život ich obyvateľmi. Deti a mladiství s postihnutím, ktorých rodičia súhlasili s umiestnením v ambulantnej forme sociálnych služieb alebo týždennej pobytovej forme sociálnych služieb, sa z dôvodu starnutia rodičov v dospelosti stávajú obyvateľmi pobytových sociálnych služieb až do konca života. Takýto osud majú tiež mnohí zdravotne postihnutí občania. Deti a mladiství s postihnutím umiestnení do detských domovov po dovŕšení 18. roku života nemajú často inú alternatívu ako život v domove sociálnych služieb. Okrem podporovaného bývania nebol žiadny podobný právny inštitút, ktorý by umožnil odchod postihnutých detí z domovov sociálnych služieb za posledných dvadsať rokov prijatý.

Piaty dôvod - Popri dôvodoch, ktoré vedú k rozhodnutiu súdu o umiestnení intaktných zdravých i postihnutých detí z dysfunkčných rodín do troch rokov do detských domovov, je špecifickým dôvodom umiestňovania detí v detských domovoch a v domovoch sociálnych služieb nezvládnutie náročnej situácie pri narodení postihnutého dieťaťa zo strany rodičov z dôvodu ich nedostatočnej sociálnej podpory. Krízová situácia, ktorej príčinou je narodenie postihnutého dieťaťa, je sprevádzaná vysokou psychickou, emocionálnou a fyzickou záťažou, frustráciou a stresom, ktorý vedie k zníženiu sociálnej funkčnosti rodiny, k rozvodom partnerov alebo odmietnutiu jedného z partnerov podieľať sa na starostlivosti o postihnuté dieťa a konečne tiež k rozhodnutiu umiestniť svoje deti v pobytovom domove sociálnych služieb. Súčasné sociálne nástroje, napr. odbremeňovacia služba, nepriniesla z hľadiska zníženia záťaže rodiny zatiaľ očakávané zmeny.

Šiesty dôvod - Občania s postihnutím sa len ťažko presadzujú a nachádzajú zamestnanie na voľnom pracovnom trhu. Situácia je o to ťažšia, o čo vyššia je celková nezamestnanosť v danom regióne. Preto namiesto aktívnej pracovnej integrácie občanov s postihnutím zotrváva štát na pasívnych formách sociálneho zabezpečenia.

Siedmy dôvod - doteraz sa mimovládny organizáciám, ktoré sa zaoberajú transformáciou

pobytových tradičných zariadení sociálnych služieb, nepodarilo prezentovať sociálne problémy postihnutých ľudí pred verejnosťou s takým efektom a pozitívnymi dôsledkami, ktoré by viedli k zásadnej zmene situácie.”²³

V tomto období sa na slovenské mimovládne organizácie – predovšetkým na ZPMP v SR obrátil Jan Pfeiffer, ktorý ako predseda Európskej expertnej skupiny pre deinštitucionalizáciu, asistoval DG Regio a DG EMPL pri posudzovaní návrhov jednotlivých krajín. Jan Pfeiffer vypracoval pre Európsku komisiu krátku správu o stave poskytovania sociálnych služieb v Slovenskej republike v kontexte transformácie a deinštitucionalizácie, kde sa primárne opieral o aktivity realizované mimovládnymi organizáciami RPSP, Nadácie SOCIA, Agentúry podporovaného zamestnávania a ich pilotnými projektami deinštitucionalizácie a transformácie a hovorí aj o nedostatkoch inštitucionálnej starostlivosti v SR. Intenzívne sa riešeniu tejto situácie začala venovať aj Helena Woleková z nadácie SOCIA, poradkyňa vtedajšej premiérky Ivety Radičovej. Zamietnutie revízie ROP zo strany Európskej komisie a aj požiadavku podpory deinštitucionalizácie začalo riešiť aj MPSVR SR, ktoré prejavilo záujem o stretnutie a spoluprácu s Janom Pfeifferom, ale aj mimovládnymi organizáciami, ktoré pôsobili v oblasti deinštitucionalizácie dlhé roky a mali s ňou skúsenosti. Dňa 18. februára 2011 sa uskutočnilo prvé pracovné stretnutie na MPSVR SR s cieľom riešenia ďalšieho postupu v podpore deinštitucionalizácie sociálnych služieb, kde boli zástupcovia z EEG, MPSVR SR, mimovládnych organizácií a samosprávnych krajov. Práve na tomto stretnutí padol návrh na vypracovanie národného akčného plánu deinštitucionalizácie a pilotných projektov deinštitucionalizácie, ale aj odporúčania na vytvorenie pracovného úväzku na MPSVR SR pre potreby naštartovania procesu deinštitucionalizácie v Slovenskej republike. V tomto období vznikla, na základe aktívnej podpory štátnej tajomníčky Lucie Nicholsonovej, pri MPSVR SR pracovná skupina, ktorá mala na starosti systémovú prípravu procesu transformácie sociálnych služieb, v ktorej boli zastúpení aj dlhoroční slovenskí odborníci na túto tému – Helena

²³ Krupa, S. 2011. Algoritmus poskytovania sociálnych služieb a transformácia pobytových zariadení sociálnych služieb na Slovensku.

Woleková, Slavomír Krupa, Viera Záhorcová a ďalší. Podkladom pre tieto zmeny bola Krátka správa o stave deinštitucionalizácie na Slovensku, ale aj dokument: Projektový zámer deinštitucionalizácie sociálnych služieb v SR s využitím štrukturálnych fondov EÚ, ktoré pre MPSVR SR vypracovali mimovládne organizácie. Tieto sa veľmi aktívne chopili šance podporiť systémové zmeny v oblasti transformácie a deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb. V rámci veľmi intenzívnej a produktívnej spolupráce medzi mimovládnymi organizáciami a MPSVR SR hneď na začiatku bolo odporúčané úzke previazanie medzi mäkkou podporou zo zdrojov ESF a investičnými zdrojmi ERDF. V apríli 2010 vytvorilo MPSVR SR miesto pre jedného pracovníka, ktorý sa venoval len príprave procesu deinštitucionalizácie a neskôr sa uskutočnili personálne zmeny vo vedení sekcie sociálnej a rodinnej politiky, kde sa stala generálnou riaditeľkou Mária Nádaždyová, ktorá intenzívne podporovala proces transformácie a deinštitucionalizácie. Vecnú gesciu nad aktivitami MPSVR SR v oblasti deinštitucionalizácie sociálnych služieb prevzal odbor sociálnych služieb pod vedením Lýdie Brichtovej.

V nadväznosti na úlohy stanovené v Národnom akčnom pláne DI vyhlásilo Centrum vzdelávania MPSVR SR **v decembri 2011 verejnú súťaž na výber partnerov pre Národný projekt podpory deinštitucionalizácie služieb starostlivosti**. Výberová komisia, zložená zo zástupcov MPSVR SR, samosprávy a člena Európskej expertnej skupiny pre DI, vybrala pre realizáciu projektu 4 partnerov – pre oblasť koordinácie a diseminácie to bola SOCIA - Nadácia pre podporu sociálnych zmien, pre oblasť podpory sociálnych služieb – Rada pre poradenstvo v sociálnej práci, pre oblasť podpory zamestnávania a aktivizácie – Slovenská únia podporovaného zamestnávania, pre oblasť podpory zmien fyzického prostredia – Výskumné a školiace centrum bezbariérového navrhovania CEDA STU. Štyria vybraní partneri a Centrum vzdelávania MPSVR SR začali pod odbornou gesciou MPSVR SR pripravovať národný projekt deinštitucionalizácie a na tejto práci aktívne pokračovali až do augusta 2012. Na jar roku 2012 sa po voľbách zmenila vláda. Dôsledkom bolo výrazné spomalenie realizácie procesu deinštitucionalizácie a transformácie sociálnych služieb v Slovenskej

republike. Nové vedenie MPSVR SR v auguste zastavilo prípravu národného projektu deinštitucionalizácie vybranými partnermi, bez toho, aby im to oficiálne oznámilo, alebo oficiálne zrušilo verejnú súťaž, na základe ktorej boli vybraní. Následne sa na pokyn nového vedenia MPSVR SR začal prepracovávať národný projekt deinštitucionalizácie tak, že jeho prijímateľom sa mal stať Fond sociálneho rozvoja. **Prepracovanie tohto projektu trvalo až do konca roku 2012. V projekte sa počítalo len so zapojením fyzických osôb ako odborníkov, ktorí budú realizovať podporu DI, znížil sa aj počet zariadení zapojených zariadení.**

Veci sa začali hýbať až po zlúčení ministerstiev agentúr do Implementačnej agentúry MPSVR SR a a na základe personálnych zmien v jej vedení. V lete 2014 sa udiali aj personálne zmeny v metodickom tíme projektu, kde sa vedúcou metodického tímu na základe nových výberových konaní stala Tatiana Králiková, expertom pre sociálne služby Slavomír Krupa, expertom pre oblasť zmien fyzického prostredia Lea Rollová, expertom pre disemináciu Mária Machajdíkova. Expertom pre zamestnávania bola od začiatku projektu Viera Záhorcová. **Realizácia projektu bola predĺžená do decembra 2015**, čo znamenalo, že v priebehu 1,5 roku bolo potrebné realizovať všetky aktivity projektu pôvodne trojročného projektu.

V tomto období sa začalo s intenzívnou podporou zariadení sociálnych služieb, a to predovšetkým formou vzdelávania, supervízie a diseminačných komunitných aktivít. Pre zapojené zariadenia to bol náročný proces, lebo museli skĺbiť bežné pracovné aktivity s podpornými aktivitami projektu. Posledná výrazná personálna zmena v metodickom tíme projektu sa udiala ešte začiatkom roku 2015, keď sa do pozície vedúceho metodického tímu vrátil Miroslav Cangár. Avšak počas celej realizácie projektu bolo možné vidieť veľkú fluktuáciu administratívneho a podporného personálu projektu. Bol to dôsledok nerealizovania projektu v partnerstve, ale priamym kontrahovaním odborníkov. Tento štýl riadenia projektu bol nesmierne náročný. V období od druhej polovice roku 2014, a predovšetkým v roku 2015, sa podarilo do projektu zapojiť viacerých slovenských a českých odborníkov na proces transformácie a deinštitucionalizácie a zabezpečiť tak kvalitnú podporu

zariadení sociálnych služieb. Treba však uviesť, že iba vďaka tomu, že sa znovu do projektu zapojili mimovládne organizácie, ktoré v procese deinštitucionalizácie a transformácie pôsobili dlhoročne. Oni uvoľnili svojich zamestnancov na výkon činnosti v projekte. Realizácia projektu ukázala nevyhnutnosť partnerského prístupu a spolupráce medzi štátnymi a mimovládnymi organizáciami. MPSVR SR má, vzhľadom na nedostatočné pochopenie týchto súvislostí, aj v súčasnosti problémy s pokračovaním procesu transformácie a deinštitucionalizácie.

V národnom projekte boli zapojené nasledovné zariadenia sociálnych služieb:

- Trnavský samosprávny kraj – DSS Okoč – Opatovský Sokolec
- Nitriansky samosprávny kraj – DSS Lipka Lipová
- Trenčiansky samosprávny kraj – CSS Adamovské Kochanovce
- Banskobystrický samosprávny kraj – DSS Slătinka, DSS Ladomerská Vieska
- Prešovský samosprávny kraj – CSS Zátisie Osadné
- Košický samosprávny kraj – DSS Lidwina Strážske
- Bratislavský samosprávny kraj – DSS Merema Modra, DSS a DD Stupava, DD a DSS Rača.

Okrem vzdelávania, supervízie, diseminácie, a podpory zapojených zariadení, študijných ciest zamestnancov a prijímateľov sociálnych služieb do transformovaných zariadení v Čechách, priniesol projekt ešte niekoľko významných výstupov, ako napr. medzinárodnú konferenciu, ale aj viacero metodických a odborných publikácií o procese transformácie a deinštitucionalizácie.²⁴ Zároveň bola v rámci projektu (pod vedením Lýdie Brichtovej) spracovaná **Záverečná hodnotiaca správa, ktorá okrem vyhodnotenia samotného projektu priniesla legislatívne a nelegislatívne odporúčania pre ďalšiu implementáciu procesu transformácie a deinštitucionalizácie na systémovej úrovni na Slovensku**²⁵.

²⁴ Všetky publikácie sú dostupné tu: <https://www.ia.gov.sk/sk/narodne-projekty/programove-obdobie-2007-2013/narodny-projekt-di/publikacie-na-stiahnutie>

²⁵ Brichtová et al. Záverečná hodnotiaca správa. IA MPSVR SR. Bratislava. 2015. https://www.ia.gov.sk/data/files/np_di/publikacie/Zaverecna_hodnotiaca_sprava.pdf

Pre krátke zhrnutie, čo sa v tomto projekte v rokoch 2014 – 2015 stihlo realizovať: „Miesto zdĺhavého úvodu uvádzame niekoľko pre nás veľmi dôležitých čísel:

- 856 (ukazovateľ počtu osôb cieľovej skupiny zapojených do projektu, naplnený na 114%)
- 409 (ukazovateľ počtu osôb vyškolených v projekte, naplnený na 102%)
- 22 (mužov a žien, obyvateľov DSS, ktorých sa podarilo zapojiť do pracovného procesu)
- 26 (komunitných akcií a podujatí, kde sme sa snažili podporiť sieťovanie, vzťahy a najst spoločnú cestu)
- 3 (konferencie regionálneho, a medzinárodného charakteru, kde sa aj prakticky vymieňali poznatky a skúsenosti)
- 3 (viacdňové študijné cesty do Českej republiky, ktorých sa zúčastnili, zamestnanci a obyvatelia DSS, zástupcovia zriaďovateľov a ďalší prizvaní spolupracovníci)
- 12 (rôzne zameraných vzdelávacích kurzov, odlektorovaných v 7 zapojených zariadeniach)
- 130 (dohôd a iných foriem úväzkov = ľudí, ktorým na DI záleží a rozhodli sa prostredníctvom projektu pokúsiť o zlepšenie podmienok života obyvateľov v DSS)





Projekt Podpora procesu deinštitucionalizácie a transformácie systému sociálnych služieb trval od marca 2013 do decembra 2015. Ťažisko jeho aktivít sa prenieslo na posledný rok, paralelne prebiehali vzdelávania, supervízie, konzultácie, hodnotenia, pracovali experti v metodickom tíme, pod vedením ktorých vznikali metodické príručky, odborné materiály a ďalšie výstupy projektu. Pracovali špecialisti, lokálni konzultanti, projektový tím. Prostredníctvom verejných obstarávaní sme spolupracovali s množstvom dodávateľov, s cestovnou kanceláriou, tlmočníčkami, korektorkami, grafikmi a vydavateľmi. Rok 2015 bol teda pre všetkých, ktorí boli zapojení v projekte, akčný, plný nových úloh, výziev, prekážok, no i bohatý na nové poznatky, priateľstvá, profesionálne vzťahy a väzby. Hektika overila možnosti zariadení v NP DI, často krát ich stavala do náročnej pozície, ako všetky aktivity zodpovedne naplniť a pritom ustáť chod inštitúcie. Spolu sme posúvali hranice. Obyvatelia medzi sebou, no i vo vzťahoch so zamestnancami testovali svoje možnosti (takmer 100% sa potvrdili slová Slavoj Krupu, že každý z nich dokáže ísť ďaleko za svoje limity), riaditelia a manažment, v súčinnosti so zriaďovateľom zas tie svoje (prevádzkové, finančné, odborné a ďalšie), experti v metodickom tíme, spolu so špecialistami, lektormi a supervízormi nastavovali vzdelávania takpovediac „na mieru“ a snažili sa flexibilne reagovať na nové potreby a otázky. Všetci sa medzi sebou stretávali a vymieňali si skúsenosti, názory, delili sa o riešenia podobných situácií. Facilitovali

ich aj zahraniční odborníci, napríklad Jan Pfeiffer, ktorý veľmi ochotne poskytoval jeho know-how.“²⁶

Ako sme už uviedli, realizovať tento projekt sa podarilo len vďaka zapojeniu sa mimovládnych organizácií a ich odborníkov, ktorí sa dlhodobo zasadzujú za realizovanie procesu deinštitucionalizácie a transformácie. Práve tieto skúsenosti viedli k tomu, že ešte **v marci 2015 sa začalo s prípravou nového národného projektu podpory deinštitucionalizácie**, ale znova bol **nastavený na realizovanie formou partnerstva**.

Tieto úryvky zachytávajú len fragmenty Slavojovej rôznorodej práce, ktorej súčasťou mám to šťastie byť už skoro 20 rokov a pracovať na tom, aby sa veci menili k lepšiemu. Viac sa o celom procese transformácie a deinštitucionalizácie dozviete v knihe *Prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v Slovenskej republike*. Čo vieme a nevieme o procese transformácie a deinštitucionalizácie sociálnych služieb v slovenskej republike, ktorá je dostupná voľne na stiahnutie tu: <https://www.socia.sk/wp-content/uploads/2017/05/Cangar-Prechod-z-institucionalnej-na-komunitnu-starostlivost-web.pdf>

Fotky sú z archívu autora a RPSP

²⁶ Cangárová, L. 2015. <https://www.ia.gov.sk/sk/narodne-projekty/programove-obdobie-2007-2013/narodny-projekt-di/zaverom>



20. októbra 2017 sme usporiadali medzinárodnú konferenciu **Ako môžeme dosiahnuť, aby proces sociálnych zmien dostal „zelenú“?** Bola to pre nás špeciálna konferencia. Okrem toho, že sa viazala k 70tym narodeninám nášho riaditeľa Slavoj Krupu, snažila sa tiež o zhrnutie, kde sa v témach sociálnych zmien na Slovensku nachádzame, aká k nim viedla cesta a čo by sme ešte mohli urobiť preto, aby sa nám ich podarilo presadzovať s väčším úspechom.

Konferencia prebiehala v štyroch panelových diskusiách:

1. Deinštitucionalizácia

Panelisti: Slavomír Krupa, David Towell, Viera Záhorcová, Marek Roháček
Moderátorka: Mária Nádaždyová

2. Vzdelávanie

Panelisti: Ján Gabura, Eva Mydlíková, Lea Rollová, Leif Kare Lende
Moderátorka: Anna Chalachanová

3. Kvalita v sociálnych službách

Panelisti: Lýdia Brichtová, Zuzana Stavrovská, Maroš Matiaško, Miroslav Cangár
Moderátor: Vladislav Matej

4. Život v komunite

Panelisti: Eva Krššáková, Denisa Nincová, Peter Brnula
Moderátorka: Soňa Holúbková

V rámci uvedených štyroch blokov, ale aj neformálnych diskusií počas celého dňa sa účastníci zhodli na týchto základných výstupoch, ktoré sú potrebné na podporu procesov sociálnych zmien smerom k rozvoju komunitných služieb a nezávislému životu ľudí so zdravotným postihnutím.

- Sme presvedčení, že spoločnosť sa ochudobňuje o rozmer ľudí, ktorí sú odtláčaní na okraj, keď im vytvoríme priestor, tak my budeme obohatení. Paralela sa dá vidieť s tým, ako prijímame utečencov. Ako sa stavíme k ľuďom vo vnútri našej krajiny (marginalizovaným skupinám), tak sa stavíme k ľuďom, ktorí prichádzajú a majú odlišnú kultúru.
- Potrebujeme, aby rozhodovali ľudia (samotní ľudia so zdravotným postihnutím, ich blízki a rodiny), ktorých sa zmeny priamo týkajú, a to aj v spolupráci s odborníkmi, politikmi a laickou verejnosťou.
- Pre stanovenie základného rámca si musíme zodpovedať na štyri základné otázky:
 - Majú ľudia so zdravotným postihnutím rovnakú šancu na bežný život ako ostatní ľudia v spoločnosti?
 - Majú ľudia so zdravotným postihnutím reálnu kontrolu nad svojim životom?



62

- Sú služby orientované na človeka, alebo sa službám musí človek prispôbiť?
- Môžu ľudia so zdravotným postihnutím využívať všetky služby v spoločnosti bez diskriminácie, tak ako všetci ostatní ľudia v spoločnosti?
- Žijeme v slobode a my všetci môžeme urobiť viac preto, aby sa tu udiali pozitívne zmeny.
- Inklúzia = ukončenie inštitucionalizácie.
- Na argumentáciu máme silný nástroj – Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím. Je potrebné, aby sme ho používali.
- Potrebujeme sa spájať a počúvať sa, aby sme dokázali, že táto zmena je dobrá investícia pre celú spoločnosť.
- Nie je dostatočné prepojenie praxe a vzdelávania škôl.
- Musíme klásť dôraz na prepojenie praxe a akademickej pôdy. Musíme sa snažiť o to, aby akademická pôda a vývin obsahu odboru sociálnej práce reagovali na zmeny v praxi a naopak. Aby spoločne rozvíjali sociálne služby ďalej, buď v rámci spolupráce na výskumných projektoch alebo v rámci tvorby obsahu štúdia a cez angažovanie sa v politike.
- Mali by sme byť citliví a pozorní k hlasom ľudí, pre ktorých pripravujeme našich študentov, aby tí (absolventi) vedeli nielen hájiť práva prijímateľov sociálnych služieb, ale aby si vytvárali aj kritický pohľad na vlastnú profesiu. Kritická reflexia vo vlastných radoch môže posunúť odbor vždy o krok vpred.

- Na rozvoj odboru je nevyhnutý výskum. Aby sme zmapovali sociálnu situáciu, potrebujeme výskum rôzneho druhu, hodnotiaci, ale aj akčný výskum - teda taký, ktorý je zameraný na zmenu systému a rozvoj služieb. Tiež musíme začať klásť dôraz na spoluprácu medzi akademickým personálom, pracovníkmi v praxi a takisto užívateľmi služieb, expertami so skúsenosťami.
- Máme spoločný cieľ aj napriek niekedy odlišným odborom, napríklad ako v prípade architektúry. Tým cieľom je integrácia a inklúzia ľudí s rôznymi potrebami, a rúcanie bariér - tých mentálnych aj fyzických.
- Prepojenie na prax je dôležité. Esenciálne je používať príklady dobrej praxe a stretávať ľudí, ktorých sa tieto problémy týkajú, mať zameranie na človeka. Individuálne a konkrétne problémy sa nie vždy dajú dostatočne spracovať a obsiahnuť na akademickej pôde a len z teoretického uhla pohľadu.
- Akademická pôda musí vytvoriť obsah odboru, ktorý mapuje potreby praxe, aby absolventi boli pripravení na reálnu prax, teoreticky aj prakticky. Tak, aby vzdelanie nebolo len ideálnym obrazom, ktorý je na míle vzdialený od reality.
- Dohovor je silný nástroj, ale potrebujeme prostriedky, aby sme vynútili jeho dodržiavanie. Na to potrebujeme legitímne prostriedky, ako sú aj právne nástroje.

- Súhlasíme s tým¹, že inštitucionálna starostlivosť je nedôstojná a môže byť ľahko neľudská. Inštitúcie môžu fungovať ako „sklady ľudí“ a chceme proti tomu bojovať.
- Dôležité je, aby sa ľudia a rodičia, ktorých práva sú porušované, mohli a chceli súdiť. Aby nemali strach a verili v systém, zároveň musia mať správnu podporu.
- Kvalita života a kvalita sociálnych služieb sú jedným z nástrojov presadzovania a dodržiavania ľudských práv.
- Ďalším nástrojom je Všeobecný komentár k čl. 19 Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím
- Potrebujeme budovať podporu, ktorá zabezpečí:
 - Dostupnosť služieb (povinnosť vytvoriť rôzne druhy služieb)
 - Cenovo dostupné služby pre všetkých
 - Prístupné z hľadiska cieľových skupín a fyzickej prístupnosti
 - Prispôbené individuálnym potrebám jednotlivca a v zodpovedajúcej kvalite
- Inštitucionálna starostlivosť nikdy nedokáže zabezpečiť kvalitnú starostlivosť v kontexte podmienok definovaných Dohovorom a ľudskými právami.

¹ Quinn, G., Degener, T., (Eds), Human Rights and Disability: The Current Use and Future Potential of United Nations Human Rights Instruments in the Context of Disability, Office of the United Nations Commissioner for Human Rights, United Nations, Geneva, (2002), 184 pages (published in English, French, Chinese, Spanish & Russian).

63

- Od roku 2010 musí Slovensko robiť konkrétne a postupné kroky na implementovanie Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím. Implementovanie dohovoru do praxe je vynútiteľná povinnosť.
- Dôležité je prijatie ľudí so zdravotným postihnutím, ako rovnocenných partnerov:
 - prijatie dieťaťa ako dar do rodiny
 - prijatie ľudí so zdravotným postihnutím aj okolím a spoločnosťou
 - podporné služby
- Musíme sa naučiť dôverovať komunite a ľuďom v komunite, že dokážu urobiť zmenu, a že komunita dokáže cez vzťahy prevziať zodpovednosť
- Dôležité je podporovať a rozvíjať vzťahy všetkých ľudí v komunite v rámci procesu deinštitucionalizácie.
- Sociálni pracovníci musia disponovať novými zručnosťami a schopnosťami práce – nové, progresívne formy práce s komunitou.
- Nemôžeme hovoriť o kvalite sociálnych služieb, ak neexistuje dostupnosť sociálnych služieb v komunite – preto nie je možné vnímať inštitucionálne služby ako kvalitné služby.

Celú konferenciu si môžete vypočuť na našej webovej stránke www.rpsp.eu.

Konferenciu sme zorganizovali za podpory našich partnerov a priateľov z Radničky a Nadácie SOCIA – na podporu sociálnych zmien. Konferencia bola finančne podporená aj z prostriedkov Nadácie ORANGE.

OBČIANSTVO A ZVLÁDANIE KAŽDODENNÉHO ŽIVOTA

Lucia Cangárová

64

Počas roka 2017 sa v Modre stretávala skupinka mladých šikovných a otvorených ľudí s postihnutím na pravidelných pracovných sedeniach. Rovnako sa tak bude stretávať v roku 2018 aj skupina v nórskom meste Sandnes. A bude z toho určite niečo veľmi zaujímavé.

Naša priateľka a kolegyňa Anna Chalachanová, ktorá je momentálne študentkou doktorandského štúdia na partnerskej vysokej škole VID specialized University, v odbore „diaconia, values and professional practice“ na sociálnej pedagogike, sa rozhodla vo svojej doktorandskej práci

venovať inkluzívnemu výskumu – inclusive research a mladí ľudia z oboch krajín sa na celý rok stávajú jej spoluvedcami.

V Modre to boli klienti rehabilitačného strediska Claudianum. Ak by som ako laik v oblasti foriem a metód výskumu mala zhrnúť, o čo išlo, povedala by som asi toto: na spoločných stretnutiach, ktoré boli vopred starostlivo metodicky pripravené, skupina začala stanovením hypotéz a otázok, na ktoré neskôr spolu hľadali odpovede, resp. ich potvrdenie alebo vyvrátenie. Na to, aby sa často v komplikovaných otázkach dokázali zorientovať správne, hľadali rôzne možnosti,



65

a odborníkov, ktorých do priebehu stretnutí pozvali. Postupne sa sami mladí zo skupiny stávali lídrami a prirodzene zaujali rolu pomenovanú už na začiatku - spoluvedec. Neboli teda len účastníkmi, respondentmi či predmetom výskumu, stali sa jeho spoluriešiteľmi.

Dnes, keď sa s nimi rozprávam, majú posledné formálne stretnutie v skupine, je december a všetci okolo sa pomaly pripravujú na sviatky a uzatvárajú pracovné úlohy roka 2017. A podobne to vidím aj na nich. Napriek tomu, že sme tu v rehabilitačnom centre, kde vystupujú v role klientov, keď sa začneme rozprávať o Ankinom výskume, okamžite sa menia na odborníkov a začínajú mi rozprávať svoje dojmy a závery z tohto rok trvajúceho procesu.

V nasledujúcich riadkoch by sme vám radi sprostredkovali aspoň niekoľko z ich myšlienok a reakcií:

Dominika: „... na stretnutiach bolo všetko dobré. Dozvedela som sa odpovede na otázky, ktoré som potrebovala poznať. Bývam s rodičmi a som spokojná. Tu robím brošne a iné veci, napríklad výšivky. Okrem toho ale už viem, že mám hľadať ľudí,

ktorí budú vedieť lepšie odpovedať na moje otázky. A keď sa ich odvážne opýtam, asi ma neodmietnu.“

(do Claudiana dochádza každý deň už 9.ty rok. Je to mladá, milá žena, ktorá momentálne býva spolu s rodinou, je tak spokojná. Najradšej chodí do divadla a na kultúrne akcie. V centre sa venuje všetkým činnostiam a má tu sieť kamarátov. Do výskumu bola zapojená rada a jeho priebeh aj výsledky vníma veľmi pozitívne. Predovšetkým si uvedomila, že cielenou prácou a s podporou skupiny dokáže získať odpovede na otázky, ktoré ju zaujímajú a predtým sa v nich pohybovala len po povrchu.)

Štefan: „... Sami sme si zvolili otázky a potom sme spoločne volali odborníkov. Je to tak lepšie. Nabudúce by som vedel už sám povedať, čo ma ešte zaujíma a koho treba zavolať. Chcel by som bývať sám a teraz rozumiem, čo to znamená. Musím trénovať, zlepšiť sa a vedieť povedať, v čom potrebujem stále pomoc.“

(Štefan je v centre rád, teší sa aktivitám a dochádza doň sám autobusom z Pezinka. Je tak sebestačný a pomaly začína rozmýšľať aj nad tým, ako sa postupne stať ešte viac nezávislým. Chcel by



bývať v Modre alebo v Bratislave, najradšej číta detektívky, v miestnej knižnici má už prelúskané všetky knihy Agathy Christie. Keď má voľno, vezme do rúk aj relaxačné omalovánky a zacvičí si. Tento rok sa bol pozrieť v Európskom parlamente v Bruseli.)

Hanka: „... to, že sme sa rozprávali a rozoberali veci, mi uľahčilo praktické veci, napríklad pri varení alebo hospodárení s peniazmi. Necítila som sa diskriminovaná, nikto mi nehovoril, že to nejde a že to neviem. Miesto toho mi povedali možnosti, ako na to. Potrebujem niekoho, aby mi pomohol pri tých veciach, niekedy úplne stačí, aby sedel vedľa a hovoril so mnou. Ja to všetko viem urobiť, len mi chýba taká podpora.“

(Do Claudiana prichádza sama zo Šenkvic. Hanka býva na dedine spolu s bratom, no v samostatnej časti domu. Má tam známych, ale stále potrebuje rozširovať svoju sieť kontaktov, pretože je veľmi zhovorčivá a spoločenská. Má priateľa. Nie je rodenou optimistkou, má svoje problémy, ako každý z nás. Rada vyrába vianočné trubičky, kreslí obrazy a hľadá spôsoby, ako začať zarábať. Účasť vo výskume jej veľmi pomohla v potvrdení realistických pohľadov na životné otázky, ktoré ju zaujímajú. Tiež je viac sebavedomá v pomenovaní, kde potrebuje podporu.)

Bea: „... Čo mi dal výskum? Dal mi nové priateľstvá, dal mi dobrý pocit. Nové veci o bývaní som sa dozvedela. Chcela by som sa niekedy osamostatniť. Teraz bývam s mamou a mám aj veľkú rodinu, ktorú mám rada. Ale už aj viem, čo treba urobiť, ak by som to niekedy chcela zmeniť. Hlavne financie, prácu a vedieť sa dobre postarať o seba. A páčilo sa mi, aj keď prišla sestrička a hovorili sme o duchovných veciach.“

(Bea je mladá žena, ktorá najradšej asi upratuje. Odhadujem to, keď mi s radosťou rozpráva, ako sa pripravuje na Vianoce, ostatným pomáha s prácami, pečením. Zdôrazňuje tiež, že okrem výroby chodí produkty, vznikajúce v Claudiane, aj predávať na rôzne akcie. Bea je z Modry, má tu dosť priateľov. Jedným z dôvodov je určite aj jej optimistická povaha. Premýšľa veľa o svojej budúcnosti a tento rok a sedenia v skupine ju posilnili v myšlienkach o svojich kompetenciách a zručnostiach.)

Mirka: „... Keď sme sa s Mirom a Ankou rozprávali o veciach a robili sme výskum, zdalo sa mi to veľmi dobré. Mám tajný sen, aby som bývala sama. To je jedna vec. A ešte by som chcela chodiť sama do kostola, vybaviť si veci, ktoré potrebujem, lekára, poštu, obchod. Hľadám si kamarátku, ktorá by

mi možno pomohla. A o všetkom by sme sa rozprávali. Teraz rozmýšľam, ako s tým ďalej.“

(Tanečníčka, ktorá rada vyšíva, upratuje a streťáva sa s kamarátmi. Mirka je z Cífera. Momentálne by potrebovala podporu pri narábaní s financiami. Má predsavzatia, že si nasporí, aby si mohla kúpiť veci, ktoré sa jej páčia – mobil, hodinky. V tomto by chcela poradiť od odborníka, a keby výskum ďalej pokračoval, financie by bola hlavná téma. Bavilo by ju hovoriť o svojich snoch pred všetkými verejne, byť v parlamente. Mirka je veľmi šikovná a keď človeka trochu spozná, dokáže v rozhovore presne pomenovať svoje potreby.)

Evka: „... Do Claudiana chodím autobusom. Bývam v Budmericiach, ale chcela by som v Bratislave. Narodila som sa tam. Chcem sa tam ísť pozrieť a aj odfotiť. Rozprávali sme sa tu o bývaní. A čo bude, keď mama nebude vládnuť? Ja musím konať! Musím vedieť, kde sú obchody, lekár, nemocnica, musím poznať čísla, keď mám záchvat, zavolám sama.“

(Evka je pomaly v strednom veku a potrebuje viac podpory. Ťažšie sa jej rozpráva, ale akonáhle sa osmelí, dozvieme sa všetko, čo potrebujeme. Vie presne, čo by v živote chcela, má vlastné

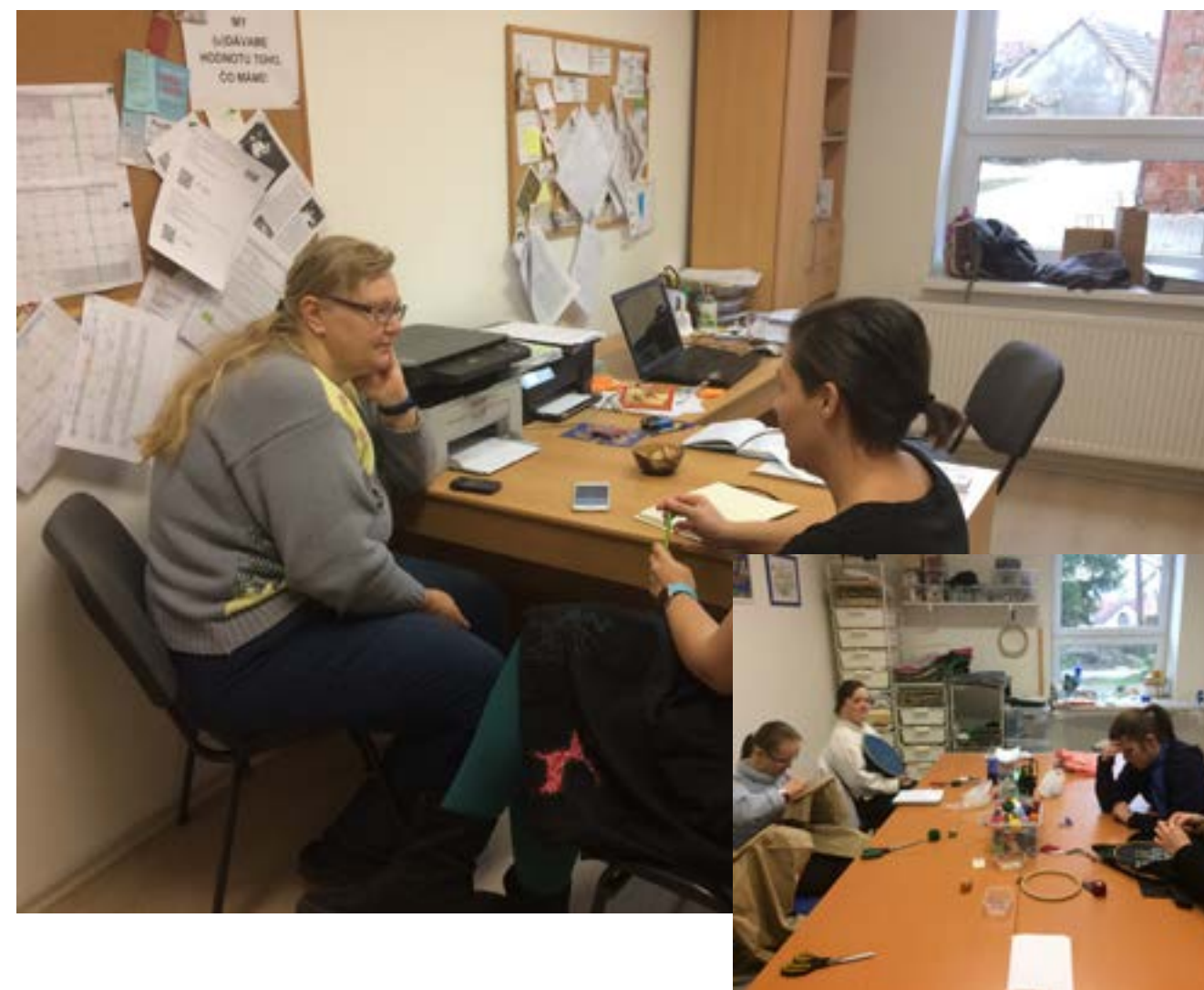
plány, ktoré mení celkom často. Niekedy jej ostatní musia pripomenúť, že všetky veci v živote musíme robiť postupne. Napriek tomu je optimistka a páčili sa jej aj spoločné stretnutia, hovorí, že to všetko bolo dobré. Nebolo to plytvanie časom. Páčilo by sa jej mať prácu v kaviarni. O tom by chcela viac hovoriť v budúcnosti.)

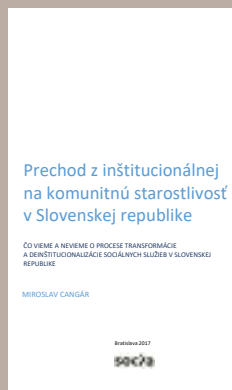
Akýkoľvek dlhší záver by bol asi úplne zbytočný. Slová vyššie hovoria za seba a hovoria veľmi silným hlasom.

Možno len toľko, že ľudia v Claudiane vnímajú čas, ktorý strávili výskumom, pozitívne. Ten čas im priniesol viac vedomostí, sebavedomia, ale aj vhľad do reality a viac ďalších otázok. A rozdiel je asi aj v tom, že teraz už vedia, že na tie otázky nie sú sami. A keď sa rozhodnú venovať im čas a úsilie, nájdu a oslovia ľudí, ktorí im budú vedieť odpovedať.

Vedia, ako na to ☺.

Rozprávala sa a spísala Lucia Cangárová, s veľkou vďakou všetkým vedcom a spoluvedcom a aj pracovníkom rehabilitačného centra Claudianum





Miroslav Cangár. Prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v Slovenskej republike.

Monografiu nášho kolegu Miroslava Cangára vydala Socia – nadácia na podporu sociálnych zmien, ako prvú ucelenú publikáciu o procese transformácie a deinštitucionalizácie v systéme sociálnych služieb v Slovenskej republike. Publikácia historicky zachytáva rozvoj sociálnych služieb od začiatku 20. storočia až po súčasnosť a hlavný akcent venuje pohľadu na systémové zmeny, ktoré sa v tejto oblasti udiali. Ako hovorí jej podnázov – Čo vieme a nevieme o procese transformácie a deinštitucionalizácie sociálnych služieb v Slovenskej republike, nájdete tu presný a podrobný pohľad do „zákulisia“ tvorby, implementácie a realizácie deinštitucionalizácie v Slovenskej republike, ale aj praktické a teoretické ľudskoprávne východiská týchto procesov a dôvody na potrebu realizovania štrukturálnych zmien v sociálnych službách.



Ján Gabura, Ján Gabura, ml. Teória konfliktov a stratégie ich riešenia pre pomáhajúce profesie.

Ako uvádzajú autori J. GABURA, J. GABURA ml., „Konflikt predstavuje bežný, sprievodný jav života ľudí. Ak sa stretnú ľudia s odlišnými predstavami, názormi, postojmi, očakávaniami, zájmami, potrebami vzniká priestor pre vzájomné problémy, nedorozumenia a konflikty. Konflikt nie je situovaný iba do oblasti medziľudských vzťahov, vzniká aj v samotnom človeku a býva súčasťou života živej i neživej hmoty“. Publikácia poskytne čitateľovi prehľad od vymedzenia konfliktov, teórií, typológií a riešení konfliktov. Publikácia poskytuje cenné poznatky teórie a praxe riešenia konfliktov najmä pre pracovníkov pomáhajúcich profesií.



Peter Brnula. Sociálna práca. (Dejiny, teórie a metódy)

Peter Brnula pôsobí ako vysokoškolský pedagóg v Českej republike a na Slovensku, ale zároveň je aj aktívnym supervízorom v pomáhajúcich profesiách. Jeho monografia Sociálna práca (Dejiny, teórie a metódy) je kniha, ktorá by mala byť „povinným čítaním“ pre sociálnych pracovníkov. Publikácia sa venuje počiatkom a rozvoju sociálnej práce a dáva nám prehľad o obraze pomoci v rôznych obdobiach. Súčasťou publikácie je aj meniaci sa pohľad na klientov sociálnej práce a ich postavenia sa v procesoch podpory. Množstvo historických informácií je v publikácii podaných ľahkočitateľným spôsobom a to z nej robí veľmi dobrý zdroj informácií a poznania o profesii sociálnej práce.



Kateřina Kolářová (ed.) Jinakost postižení kritika. Společenské konstrukty nezpůsobilosti a hendikepu.

Česká antológia textov z odboru „disability studies“ prináša nové a zaujímavé pohľady na oblasť zdravotného postihnutia. Zdravotné postihnutie nepopisuje v kontexte charitatívneho alebo medicínskeho prístupu a pomoci, ale hlavne ako spoločenský vzťah, ktorý otvára možnosti pre kritickú reflexiu spoločnosti, spoločenskej nerovnoprávnosti, kultúry a metafor pre inakosť zdravotného postihnutia. Ako uvádza editorka antológie Kateřina Kolářová: „Kniha predstavuje interdisciplinárne disability studies a prináša prehľad základných konceptov odboru. Antológia zahrňuje texty, ktoré o telesnej inakosti a konštruktoch ne/spôsobilosti pojednáva aj vo vzťahu k ďalším kategóriám sociálne produkovanej alternatívy, tj. vo vzťahu k pohlaviu, sexualite, etnicite, rase a sociálnej triede.“