

INTEGRÁCIA

Interdisciplinárny odborný časopis o inováciách v riešení nepriaznivých sociálnych situácií občanov



Slavomír Krupa – Pandémia, znevýhodnenie a obmedzenie

*Lea Rollová a Zuzana Čerešňová – CEDA:
univerzálne navrhovanie a tvorba inkluzívneho prostredia*

*Viera Záhorcová – Aktivizácia a pracovné začlenenie
v transformačných procesoch sociálnych služieb*

Helena Woleková – Kam kráčaš opatrovateľská služba?

*Eva Corkery – Feuersteinova metoda
jako nástroj integrace lidí se získaným poškozením mozku*

- 3 Úvodník
- 4 Slavomír Krupa – Pandémia, znevýhodnenie a obmedzenie
- 6 Lea Rollová – Bývanie v komunite
- 16 Lea Rollová a Zuzana Čerešňová – CEDA: univerzálne navrhovanie a tvorba inkluzívneho prostredia
- 22 Viera Záhorcová – Aktivizácia a pracovné začlenenie v transformačných procesoch sociálnych služieb
- 40 Helena Woleková – Kam kráčaš opatrovateľská služba?
- 43 Monika Fričová – Kde sme vo včasnej intervencii na Slovensku?
- 53 Erika Tichá – Integrovaný systém včasnej intervencie na Slovensku
- 61 Eva Corkery – Feuersteinova metoda jako nástroj integrace lidí se získaným poškozením mozku
- 65 Katarína Balážová – Zo života rodiny s dieťaťom so sluchovým postihutím
- 67 Spomienka na PhDr. Jána Škotta
- 70 Spomienka na Beatku Stykovú

Vydala a spracovala: Rada pre poradenstvo v sociálnej práci, Františkánska 2, 811 01 Bratislava. IČO: 30812682; e-mail: radaba@rpsp.eu, redakčná rada: Šéfredaktorka: Lucia Cangárová Členovia: PhDr. Miroslav Cangár, Ph.D. PhDr. Soňa Holúbková, Mgr. Eva Krššáková, PhDr. Judita Varcholová, Doc. PhDr. Slavomír Krupa, Ph.D. – odborný garant. Foto na obálke: folklórny súbor Javorček, propagačné materiály. 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 tlače MK SR. pod ev. číslom 4432/11. Vychádza 2x ročne. Ilustrácie: Lucia Cangárová. Časopis Integrácia (číslo 1-2/2020) vyšiel za finančnej podpory MPSVaR SR. ISSN 1336-2011

Pán Peter je fenomén. Je to človek, ktorého pozná celé mesto, generácie žijúce v ňom.

Je to človek, ktorého, ak stretnete alebo len vidíte prechádzať po chodníku, máte instantne lepší deň.

Pán Peter má 73 rokov a odkedy si pamätáte, bol tu. Brázdil chodníky v nečase, v horúčave, v snehovej fujavici. Preňho bolo najväčším trestom ostať sedieť na stoličke a nerobiť nič. Vtedy väčšinou poklesol na náladu a vyhľadával spoločnosť a hocijakú inú zábavu pre ruky, ktoré nevedeli odpočívať.

Pán Peter neublíži nikomu, aj keď by svojou mohutnou medvedou postavou pokojne mohol. Má rád všetkých okolo seba. Ani mu nenapadne, že vy, čo idete oproti nemu a nepozdravíte, by ste mohli byť zlým človekom. Jednoduchou úvahou príde k záveru, že ste iste len nešťastný a treba vás nejako rozveseliť.

Preto sa vám kludne prihovorí. Raz, dvakrát, trikrát, tisíckrát.

Keď bol mladší, chodieval rezkejšie a v nohách mal denne aj desiatku kilometrov. Teraz už vládze menej, hľadá miesta na oddych, lavičku, kde sa na sekundu zosunie a načerpá sily. Zmysel jeho života ho však drží už roky. Preňho je to veľmi jednoduché – pomáhať, byť užitočný a prospešný.

Pán Peter chodí na trh, k obchodom, k supermarketu a zbiera použité a nepotrebné drevené debničky od zeleniny a ovocia. Tiež od iných vecí. Donesie ich „domov“ a rozoberie. Dôkladne, aby oddelil všetky materiály. Drevo ponúka seniorom a aj mladším na uliciach, žeby si s ním bárs aj zakúpili. Alebo čo.

Pán Peter vám sľúbi, že zajtra donesie. Ak nevie, kde bývate, opýta sa. A niekedy zabudne. Ale potom si vždy spomenie.

Pán Peter už nemá rodinu. Býva v útulku.

Je to jeho domov. Ľudia okolo neho, zamestnanci, riaditeľka. Sú ako rodina. Pomáhajú si aj s tým málom, čo majú. Robia, čo môžu. Fungujú.

Do útulku však prichádza nový obyvateľ. Teší sa, až všetkých spozná zblízka. Nie je to zrovna chlapík do partie. Nedáva si servítku pred ústa a ide si svoju pesničku. Tú, ktorú už všetci poznáme.

Pán Peter sa s ním stretáva a možno prvý raz v jeho živote nie je nadšený. Spoznávajú sa dlhšie a dôverne.

Je piatok pred Valentínom a pán Peter tu už nie je ... o týždeň sa s ním všetci rozlúčime. A ja plačem. A plače veľmi veľa ľudí v mojom meste.

Odišiel dobrý a rovný chlap. Bojoval s tým novým a neželaným hosťom, tak ako aj ďalší obyvatelia a zamestnanci miestneho útulku. On, ich medvedí ochranca hosta zlomil tak, aby to takmer všetci ostatní zvládli.

Slúžil nám, ľuďom, mestu. A nepotreboval za to takmer nič.

Najväčším pokladom mu boli papuče, tričko a debničky.

A s nimi pôjde pán Peter ďalej.

Ale to mesto už nebude ako predtým.

A ani ja nie som ...

Lucia Cangárová
Autor obrazu: Ivan Jakušovský



Pandémia, znevýhodnenie a obmedzenie

Štáty, verejná správa, mestá, dediny, školy, firmy, neziskové organizácie, cirkvi, nemocnice, sociálne zariadenia, jednotliví občania, sú už niekoľko mesiacov v situácii, ktorú ešte pred dvomi rokmi nikto nepredpokladal. Neočakávané nás ohrozuje ľudským zrakom neviditeľný protivník, ktorý ohrozuje zdravie a spôsobuje smrť. Nie je to divadelná hra, ani film. Je to každodenná realita, akú naša generácia ešte nezažila.

Vynárajú sa otázky, o ktorých sme ani netušili a na ktoré teraz hľadáme odpovede. Situácia, v ktorej sa nachádzame, pripomína neslávnu plavbu Titanicu. Cestujúci boli pred nastúpením do parníka presvedčení, že plavba bude bezpečná, zážitok z nej nezabudnuteľný. Všetko narušil malý záchvev lode, podobne, ako nás vyrušil neviditeľný vírus. Nebezpečenstvo nehrozí, ubezpečovali sa, podobne ako my, keď ešte vírus ohrozoval ľudí ďaleko od nás.

Potom, keď vírus zaútočil na nás, niektorí to zobrali vážne, iní vyhlásili, že je to bežná nemoc, niečo podobné ako chrípka, potrebujeme sa naučiť s tým žiť. Zatiaľ sú ohrození chronicky chorí starší ľudia. Je potrebné sa chrániť, nie je ale potrebné zmeniť zabehané spôsoby života. Ľudia sa rodili a zomierali v minulosti a bude tomu tak v súčasnosti.

Titanic sa po náraze na ľadovec mierne naklonil a spodné časti lode pomaly zaplavuje voda. Ničivá sila malého neviditeľného vírusu je väčšia ako sme očakávali. Preplňujú sa nemocnice, je potrebné sa chrániť, niektorí pacienti zomierajú. V naklonenom Titanicu nastáva panika. Infekcia sa šíri rýchlo, správajme sa tak, aby sme ju zastavili.

Rúška, odstup, ruky sú záchranné kolesá. Čakáme na prípravu a distribúciu vakcíny. Postupne skoro každý obyvateľ vie o niekom, kto na Covid 19 ochorel alebo komu vírus ukončil život. Situácia nás zaskočila, áno, skutočne ide o život.

V uzavretých objektoch, ústavoch, nemocniciach, ktoré sú priestorovo preťažené, sa vírus šíri rýchlo. V krátkom čase zomierajú desiatky obyvateľov v jednom zariadení sociálnych služieb. Na námestí agresívne a posmešne vykrikujú ľudia, bez rúšok, odmietajú akékoľvek opatrenia a tých, ktorí upozorňujú na nebezpečenstvo, považujú za nebezpečných pre tento svet. Potenciálni šíritelia choroby zo zahraničia protestujú proti povinnej karanténe. Kričia, že to najhoršie nás ešte len čaká. Začipujú nás ako zvieratá, budú nás programovať a sledovať. Je to do plaču aj do smiechu, je to obraz človeka, je to náš obraz, vidíme sa v zrkadle nepredvídanej situácie.

Pandémia nás postavila pred základný ľudský konflikt medzi životom a jeho zmyslom. Existencia života je zachovaná a udržiavaná tými, ktorí sú pre záchranu života iných ochotní svoj život riskovať alebo stratiť. Nie je k tomu potrebné veľa. Chce to len jednoduché spoznanie, sme ľudia, ktorí si uvedomujeme sami seba, nerozlučne sme medzi sebou a s prostredím spojení vo vzájomnej slobode a zodpovednosti. Jednoducho ale pravdivo to povedal náš nórsky priateľ a vysokoškolský učiteľ Olaf Munthe. Spýtal som sa: „Prečo jazdiš na svojom aute opatrne a ohľaduplne?“ Odpovedal: „Keď som na ceste za volantom svojho auta, jazdím tak, aby som došiel do cieľa svojej cesty nie len ja, ale aby bezpečne

prišli do cieľa všetci tí, ktorí idú oproti mne a tí, ktorí idú po tej istej ceste.“ Keď sa stretne s niekým, kto je ochotný nám pomôcť, vzdať sa svojho pohodlia, vtedy, keď to najviac potrebujeme a preto, aby sme došli „do cieľa“, život nadobúda zmysel.

Pandémia otvorila naplno na širokej spoločenskej aréne otázky, ktoré tu už pod rúškom hmly dávno boli. Existujú navonok neviditeľné dôsledky nášho správania na ľudí okolo nás a prostredie v ktorom žijeme. Chránime sa pred infikovaním nebezpečným vírusom nielen preto, aby sme neochoreli, ale aj preto, aby sme nenakazili ľudí okolo seba. Obmedzujeme svoju slobodu nie preto, že spochybňujeme jej dôležitosť, ale preto, lebo tým chránime slobodu všetkých okolo nás. Tomu rozumieme, ale ak nás niečo vyrušilo z nášho zabehaného spôsobu života, tak sú to obmedzenia. Nemáme radi, keď niekto alebo niečo narušuje naše plány. Mali sme naplánovanú dovolenku na Maldivách, teraz nemôžeme prejsť z okresu do okresu, uvažujeme ako sa

dostaneme do najbližšieho obchodu s potravinami a na verejnosti máme povolený pohyb vo vymedzených hodinách. Cítíme sa nepríjemne, sme znevýhodnení a dlhšie obmedzenia sú neznesiteľné. Ozaj znevýhodnenie a obmedzovanie, to je každodenná skúsenosť, ktorú majú ľudia so zdravotným postihnutím a ich rodiny a mali ju už dávno pred pandémiou. To, čo oficiálne priznávame im, veď sú ľudia so zdravotným znevýhodnením, je pre majoritnú väčšinu ťažko prijateľné. Svet ľudí so zdravotným postihnutím je plný znevýhodnení a obmedzení, teraz je šanca si to uvedomiť a napraviť to.

Táto neočakávaná situácia a správanie ľudí v nej je v určitom zmysle očisťujúca a posilňujúca. Svet je viac vnútorne rozdelený, ako sme si to mysleli. Neviditeľná čiara v nás, nás spája niekedy s tými, ktorí chcú život len pre seba, a inokedy s tými, ktorí svoj život vidia v službe a podpore a pomoci iným. Poznanie pravdy o sebe oslobodzuje.



Doc. PhDr. Slavomír Krupa, PhD. pracuje v treťom sektore, prednáša na vysokých školách v Slovenskej republike a v zahraničí, z teoretického a praktického hľadiska sa zaoberá systémovými zmenami v sociálnych službách, sociálnym poradenstvom, kvalitou v sociálnych službách, špecifickým významom vzťahov diakonie, charity a sociálnej práce a ich presahu v riešení nepriaznivých sociálnych situácií v živote občanov.

BÝVANIE V KOMUNITE

VÝSKUMNÉ A ŠKOLIACE CENTRUM BEZBARIÉROVÉHO NAVRHOVANIA CEDA FAD STU

Ludia preferujú bývanie v domoch alebo bytoch, ktoré podporujú ich nezávislý, aktívny a zdravý život. Budovy na bývanie a ich bezprostredné okolie by mali byť atraktívnejšie, zdravšie, ohľaduplné k prírode a v súlade s trendom starnutia populácie a s prebiehajúcou transformáciou systému sociálnej starostlivosti aj univerzálne prístupné pre všetkých. Je nutné preferovať nové modely bývania, ktoré umožnia seniorom a zdravotne postihnutým osobám zostať vo vlastnom domácom prostredí tak dlho, ako je to možné. Modely univerzálne prístupného bývania v komunite a tzv. „adaptabilné bývanie“, založené na koncepte nezávislého života, by sa mali presadzovať v rámci štátnej bytovej politiky v synergii s transformáciou systému sociálnych služieb.

Ludia chcú byť opatrovaní doma

Byt symbolizuje samostatnosť a nezávislosť, v mnohých výskumných štúdiách sa preukázalo, že väčšina seniorov a ľudí so zdravotným postihnutím považuje bývanie vo vlastnom domácom prostredí za prioritu aj v období, keď sú odkázaní na pomoc rodiny alebo opatrovateľa. V roku 2020 bol napríklad vykonaný prieskum českého Inštitutu pro sociální politiku a výzkum v spolupráci s agentúrou NMS Market Research, ktorý preukázal, že „Česi chcú žiť doma aj v prípade, ak nebudú na všetko stačiť sami. Sťahovanie do pobytového

zariadenia typu Domov pre seniorov by volil len zlomok populácie, a aj to nie vždy ako ideálne riešenie.“ Tu sú hlavné výsledky prieskumu¹:

- 69 % opýtaných dáva jednoznačne prednosť domácej opatrovateľskej starostlivosti pred pobytovými zariadeniami. To zodpovedá 7 z 10 opýtaných osôb.
- Len 24 % opýtaných by si zvolilo starostlivosť v pobytových službách. Najčastejšie preto, že nechcú starostlivosťou zaťažovať rodinu a v pobytových zariadeniach očakávajú dostupnú odbornú a komplexnú starostlivosť.
- Viac ako polovica osôb, ktoré by sa rozhodli pre pobytové služby, volí tento druh služieb z dôvodu neznalosti iných foriem podpory alebo preto, že nechce byť na obtiaž svojmu okoliu.
- V skutočnosti je preto podiel osôb, ktoré chcú žiť doma, výrazne vyšší: zodpovedá minimálne 8 z 10 opýtaných osôb.

Výsledky tejto štúdie jednoznačne preukázali, že „budúcnosť sociálneho systému v ČR, ako aj inde v Európe, tkvie najmä v podpore a rozvoji terénnych sociálnych služieb, tak,

¹ Inštitut pro sociální politiku a výzkum: Průzkum: Naprostá většina Čechů preferuje péči doma. Domovy pro seniory by volila méně než čtvrtina z nich. Dostupné na internete: <https://socialnipolitika.eu/2020/02/pruzkum-naprosta-vetsina-cechu-preferuje-peci-doma-domovy-pro-seniory-by-volila-mene-nez-ctvrtina-z-nich/>

aby ľudia mohli ostávať čo najdlhšie doma“ (slová predsedu inštitútu Jakuba Čtvrtníka).

Súčasný slovenský bytový fond však nie je pripravený na domácu opatrovateľskú starostlivosť, preukázalo sa to aj v rámci národného projektu Deinštitucionalizácia zariadení sociálnych služieb – podpora transformačných tímov. Na slovenskom realitnom trhu je absolútny nedostatok bezbariérových bytov a rodinných domov vhodných na presťahovanie prijímateľov z existujúcich zariadení, ktoré by bolo možné užívať bez nutnosti ďalších investícií do debariérizácie. Požiadavka bezbariérovosti a univerzálneho navrhovania vyplýva zo zákona o sociálnych službách a je aj jednou z hodnotiacich kritérií na získanie nenávratného príspevku z Eurofondov. Požiadavka bezbariérovej prístupnosti je logická – veľké percento prijímateľov sociálnych služieb má obmedzenú schopnosť pohybu a orientácie, ich zdravotný stav sa s vekom zhoršuje... Odporcovia tvrdia, že pre „chodiacich“ prijímateľov by mohli byť zakúpené aj bariérové byty, ale tu narážame na problém, lebo prijímateľ/ka si môže vybrať s kým chce žiť, a ak bude žiť v bariérovom byte bude si musieť vybrať iba priateľku/ľa bez pohybového obmedzenia. V komunitných službách sa tiež preferuje princíp „navšteviteľnosti“ v rámci udržiavania sociálnych kontaktov s rodinou alebo priateľmi – ak však bude byt neprístupný pre rodiča alebo priateľa s poruchami mobility, nebude môcť prísť na návštevu. Univerzálna prístupnosť všetkých objektov sociálnych služieb je jedným z kľúčových faktorov nezávislosti a nediskriminácie prijímateľov sociálnych služieb.

Ekonomické argumenty

Budúcnosť sociálneho systému však nesúvisí len s oprávnenými nárokmi a želaniami prijímateľov dostávať kvalitnú sociálnu službu v domácom prostredí, ale aj s ekonomickou udržateľnosťou systému. Z dôvodu starnutia populácie sa každoročne zvyšujú náklady na poskytovanie sociálnych služieb. Populačné starnutie bude na Slovensku omnoho

intenzívnejšie ako v ostatných Európskych krajinách, uvádza Boris Vaňo z INFOSTATU²: „rast počtu obyvateľov v najstaršom veku bude ešte intenzívnejší ako rast celej skupiny poproduktívneho obyvateľstva. Vo vekovej skupine nad 80 rokov pôjde o zvýšenie o 450-tis. osôb, čo znamená zhruba 2,5-násobné zvýšenie za obdobie 2017 – 2060. Podiel tejto najstaršej vekovej skupiny obyvateľov na celkovej počte obyvateľov sa zvýši zo súčasných 3,2 % na 12,2 % v roku 2060.“ Spoločenské a ekonomické dopady očakávaného vývoja počtu a predovšetkým vekovej štruktúry obyvateľstva budú na Slovensku v najbližších desaťročiach závažné a prejavia sa vo všetkých kľúčových oblastiach: trh práce, sociálne poistenie, zdravotníctvo a sociálne služby.

Pretrvávajúci systém poskytovania sociálnej starostlivosti na Slovensku, ktorý preferuje celoročnú pobytovú sociálnu službu pred terénnou formou sociálnej služby, je z dlhodobého hľadiska ekonomicky neudržateľný. Porovnanie nákladov na inštitucionálnu starostlivosť (ďalej len IS) a komunitnú starostlivosť (ďalej len KS) vysvetľuje Radovan Ďurana v publikácii Odvaha na nové služby³: „Ak vychádzame z predpokladu, že KS aj IS majú naplniť skutočné potreby klienta v rovnakej kvalite, IS bude v konečnom dôsledku vždy poskytovať niektoré služby navyše. Hoci majú veľké inštitúcie výhodu potenciálu úspor z rozsahu (napríklad distribúcia jedla, pranie), tieto úspory sú do značnej miery eliminované práve poskytovaním často nepotrebných služieb (stravovanie, 24 hodinová starostlivosť). Ak zároveň od hromadného zariadenia požadujeme služby „šité“ na mieru klienta, dodatočné personálne náklady ďalej znevýhodňujú model IS.“

² Boris Vaňo: DEMOGRAFICKÉ VÝZVY NA SLOVENSKU NA NAJBLIŽŠIE DESAŤROČIA. Slovak Statistics and Demography 2/2019, str. 8. Dostupné na internete: https://www7.statistics.sk/wps/wcm/connect/a767757b-d32d-4e5d-930f-19e4df99bf5a/Slovenska_statistika_a_demografia_2_2019.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mEAJi4f

³ Holúbková, S., Ďurana, R. (2013): Odvaha na nové služby. Str.15, INESS, ISBN: 978-80-969765-3-9. Dostupné na internete: https://www.iness.sk/sites/default/files/media/file/pdf/INESS_Odvaha_na_nove_sluzby.pdf

Pozitíva bývania v komunite

Ak hovoríme o bývaní v komunite a o poskytovaní KS, máme na mysli bývanie bežných ľudí žijúcich resp. opatrovaných vo svojich bytoch, ako aj prijímateľov sociálnych služieb, ktorí sa presťahovali do nového bývania v komunite v rámci procesu deinstitucionalizácie. Z hľadiska fyzického prostredia majú obidve skupiny užívateľov veľmi podobné, porovnateľné nároky na fyzické prostredie. Bývanie v zastavanej časti obce má byť prívetivé, bezbariérovo prístupné a podnetné bez ohľadu na mieru funkčnej poruchy a stupeň zdravotného postihnutia prijímateľov. Bývanie nemôže byť v areáli existujúceho ZSS, alebo v odľahlých častiach obce, kde by boli prijímateľa znovu izolovaní.

Poskytovanie starostlivosti v domácom prostredí má viacero benefitov. O benefitoch zotrvaní ľudí vo vlastnom domácom prostredí zrejme nepochybuje nikto – žijú vo svojom vlastnom, známom prostredí, v kruhu rodiny, stretávajú sa s priateľmi, susedmi..., samozrejme za podmienky, že im je v prípade potreby poskytnutá kvalitná opatrovateľská starostlivosť. Z pohľadu života prijímateľov IS je bývanie v komunite omnoho podnetnejšie, dochádza k zlepšeniu ich zdravotného a psychického stavu. Dôkazom sú príbehy ľudí, ktorým sa podarilo presťahovať z ústavu do nového bývania, napríklad príbeh Danky H., ktorá sa dostala z ústavu „na slobodu“⁴. Publikované sú tiež mnohé skúsenosti z transformácie ústavných zariadení v Čechách, kde zamestnanci zhodne uvádzajú, že ich klienti sú v novom komunitnom bývaní šťastnejší. „Po zkušenostech v běžném bydlení se nikdo nechce vrátit do původního ústavu“⁵. Šťastie a zlepšovanie zdravotného stavu prijímateľov by malo byť jedným z hlavných motívátorov pre realizáciu zmien.

⁴ Týždeň: Ako vták zamknutý v klietke. Diskusná relácia dostupná na internete: <https://www.tyzden.sk/promotion/68183/ako-vtak-zamknuty-v-klietke/>

⁵ 3 roky na plno pohľadom komunitní sociální služby. Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec. Str. 21. Dostupné na internete: <http://chbnaplno.cz/wp-content/uploads/2018/12/Publikace-o-Chr%C3%A1n%C4%Bn%C3%A9m-bydlen%C3%AD-Naplno.pdf>

Modely komunitného bývania

Úmerne s rastúcim vekom a zhoršujúcim sa zdravotným stavom narastajú nároky na funkčnosť a bezbariérovosť priestorov bytu. Tento fakt si však ľudia pri nadobúdaní bytu alebo rodinného domu neuvedomujú – nemyslia na budúcnosť. V živote rodiny môžu nastať rôzne situácie, kedy je bariérový byt zrazu nepohodlný alebo nefunkčný, napríklad niektorý člen rodiny je po operácii alebo po úraze, v rodine je dieťa so zdravotným postihnutím, alebo príde čas, kedy sa treba postarať o svojich rodičov, a napokon všetci raz zostarneme... Sme pripravení na to, že sa budeme vo vysokom veku sťahovať do nového, bezbariérového bytu? Alebo pôjdeme radšej do Zariadenia pre seniorov? V mnohých prípadoch sa nič iné nedá vymyslieť, lebo byt alebo rodinný dom s nevhodnou dispozíciou sa často nedá prispôsobiť aktuálnym potrebám, napríklad z dôvodu nevhodného konštrukčného systému, chýbajúceho výťahu v bytovom dome, alebo by bola rekonštrukcia príliš drahá. Nové modely komunitného bývania sú ústretivejšie k rôznorodým užívateľom – sú univerzálne prístupné pre všetkých a sú adaptabilné – schopné prispôsobiť sa aktuálnym potrebám svojich užívateľov a samozrejme sú ekologické, ohľaduplné k prírode...

Nové modely komunitného bývania sa začali formovať už po druhej svetovej vojne, kedy sa začali do popredia dostávať myšlienky štrukturalizmu, ktorý je typický hľadaním sociálnych a funkčných súvislostí v architektonickej a urbanistickej tvorbe. Stavby realizované predstaviteľmi tohto prúdu sú veľmi často charakteristické adaptabilnými a inkrementálnymi (prírastkovými) modulmi. Typickými predstaviteľmi tohto hnutia boli členovia pracovnej skupiny „Team 10“ (napr. Louis Kahn z USA, Kenzo Tange z Japonska, alebo John Habraken a Herman Herzberger z Holandska). Architekt N. John Habraken spracoval prvýkrát koncept adaptabilného bývania už v roku 1962, ktorý spočíval v ideovom oddelení novej konštrukcie stavby od dispozície, pričom v procese navrhovania dotvára dispozíciu bytu v súčinnosti s budúcimi užívateľmi. Známý je

tiež projekt H. Hertzbergera: Diagoon housing v Delfte z roku 1967-1970 (obrázok č. 1), kde adaptabilita spočívala vo variabilnom zostavovaní modulov s použitím odstrániteľných priečok, pričom každý užívateľ sa mohol

rozhodnúť kde bude situovaná kuchyňa, obývací izba, alebo aký má byť počet spální, pričom neskôr možno dispozíciu ďalej meniť podľa potreby užívateľa. V tom čase sa však ešte neuvažovalo o potrebe bezbariérovosti.



Obr. č. 1 – Foto Diagoon Housing v Delfte, Holandsko, autor: Herman Hertzberger

Neskôr bol tento koncept dopracovaný jednak v zmysle filozofie „open building“⁶ (otvorené bývanie), ako aj „visitabile housing“ (navštíviteľné bývanie), ktorý spracoval Selwyn Goldsmith. Tieto koncepty sa už viac približujú princípom univerzálneho navrhovania, lebo sú založené na vedomí, že mnohí z nás budú mať v určitej životnej fáze obmedzené schopnosti (fyzické, zmyslové, mentálne) v detstve, počas choroby, vplyvom nehody, alebo v starobe. Tieto modely bývania neostali bez odzvy a v súčasnosti sa často premietajú do praxe. Adaptabilné byty sa realizujú v mnohých

krajinách sveta napríklad v Škandinávii, Holandsku, Spojenom kráľovstve, Rakúsku, Austrálii, alebo v Spojených štátoch amerických.

Filozofia adaptabilného bývania je založená na predpokladaných zmenách počas života užívateľov bytov resp. rodinných domov. Nejedná sa len o prípadné úpravy v súlade s meniacimi sa nárokmi seniorov alebo osôb so zdravotným postihnutím, ale aj o potrebu úpravy - adaptability priestorov z hľadiska očakávaných zmien v živote rodiny čo do počtu členov domácnosti, ale aj vytvorenie adekvátnych možností pre opateru rodičov v pokročilom veku. Nezanedbateľný je aj argument „navštíviteľnosti“, teda poskytnúť možnosť navštíviť rodinu alebo priateľov aj tým ľuďom, ktorí majú rôzne trvalé alebo prechodné poruchy mobility, zmyslové alebo mentálne postihnutia. Základným predpokladom na to, aby bol bytový alebo rodinný

⁶ Poznámka: Podstatou filozofie Open Building je flexibilita, pričom funkcia zostane rovnaká, ale mení sa užívateľ, alebo sa zohľadňujú procesy zmeny. Súčasne sa preferuje adaptabilné využitie všetkých typov budov. V bytovej výstavbe sa týka bytov, ktoré sú natoľko flexibilné, aby dokázali naplniť budúce špecifické požiadavky užívateľov. Tento koncept sa často aplikuje v Holandsku a v Japonsku.

dom skutočne vyhovujúci pre všetkých, musí byť navrhnutý metódou univerzálneho navrhovania, pričom dispozičné a konštrukčné riešenie adaptabilného bytu musí byť navrhnuté tak, aby umožňovalo dodatočne vykonať nevyhnutné úpravy v krátkom čase, s nízkymi nákladmi, bez zmien na nosnom systéme, inštaláciách, technike alebo izolácii.

Takto navrhnuté bývanie poskytuje užívateľom bytu veľkú výhodu, pretože požadované úpravy a zmeny môžu byť vykonané s pomerne malým úsilím a nízkym finančným zaťažením. Napríklad v prieskume holandskej organizácie „Nationale WoningRaad“ sa uvádza, že „úprava adaptabilného bytu pre potreby osôb so zdravotným postihnutím alebo starších ľudí je o 30 až 60 % lacnejšia, ako úprava klasického bytu“.⁷

Čo teda musí správne navrhnuté adaptabilné bývanie splniť? Najskôr sú to princípy univerzálneho navrhovania vo všetkých častiach:

- bezbariérové prístupné okolie domu – vlastný pozemok, ale aj bezbariérové prístupné verejné chodníky a cesty,
- bezbariérové parkovanie, zväčša na vlastnom pozemku,
- pri tvorbe exteriérových a interiérových priestorov sa musí vytvoriť prehľadný orientačný systém,
- všetky interiérové priestory musia spĺňať plošné a priestorové požiadavky užívateľov s obmedzenou schopnosťou pohybu (dodrжанá veľkosť priestorov na manévrovanie s vozíkom, ako aj dosahová výška predmetov a ovládacích prvkov),

- vybavenie obytných priestorov musí poskytovať dostatočnú flexibilitu, aby mohli byť naplnené individuálne nároky užívateľov,
- použité stavebné materiály a prvky musia byť bezpečné, aby nedochádzalo k úrazom a aby nebolo ohrozené zdravie užívateľov,
- bývanie musí zohľadňovať ekologické požiadavky, preferujú sa pasívne domy, ktoré si dokážu vyrábať vlastnú energiu vďaka obnoviteľným zdrojom a moderným technológiám.

Pri tvorbe adaptabilného bývania je dôležitý každý detail, napríklad šírka, osadenie a spôsob otvárania dverí, umiestnenie ovládacích prvkov, únosnosť stien, na ktorých sa predpokladá montáž držiadiel, predpríprava kúpeľne na dodatočnú realizáciu sprchy v úrovni podlahy, alebo bezprahový prechod na balkón, aby bol byt skutočne pripravený na akúkoľvek úpravu podľa individuálnych potrieb užívateľa. Variabilitu dispozície bytu dokážu zabezpečiť odstrániteľné priečky, v ktorých nie sú zabudované žiadne inštalácie. **Na obrázku č. 2** je uvedený príklad upravitel'ného bytu, kde si môže rodina, vďaka odstrániteľným priečkam, modifikovať počet izieb v závislosti od počtu členov rodiny. V byte sú napríklad umiestnené dva šatníky, pretože vstavané skrine sú často prekážkou pri dodatočných úpravách bytu. Šatník pri vstupe do bytu má však jednu stenu odstrániteľnú, čo takisto poskytuje väčšiu variabilitu, ak má rodina potrebu zväčšiť jednu zo spální.



Obr. č. 2 – príklad riešenia adaptabilného bytu (autorka L. Rollová)

Toaleta je v samostatnom priestore a je zväčšená, aby v prípade potreby poskytovala dostatok priestoru na manévrovanie s vozíkom. Väčšia toaleta je komfortná pre všetkých, môže v nej byť situovaný bidet alebo práčka, jednoducho každý využije tento priestor podľa vlastných, aktuálnych potrieb.

Najväčšie nároky sa kladú na premyslené riešenie kúpeľne, aby sa dala ľahko upraviť podľa potrieb členov domácnosti. V modelovom byte je kúpeľňa zostavená z dvoch častí, v predsienke je samostatne prístupné umývadlo, čo je výhodou pri viacčlennej domácnosti.

Aj tu je situovaná odstrániteľná priečka, ak by bolo potrebné priestor kúpeľne zväčšiť. Neoddeliteľnou súčasťou hygienických priestorov (kúpeľne aj WC) je podlahový vpust, aby bolo možné sprchovanie vedľa vane resp. toalety, čo využije rodina v nepredvídateľných situáciách napríklad po úraze alebo pooperačných stavoch, kedy je pre mnohých nemožné vchádzať alebo vystupovať z vane. Podlahový vpust je súčasne predprípravou pre dodatočné realizovanie bezbariérovej sprchy. Každá kúpeľňa by teda mala mať podlahový vpust alebo odtokový žlab, aby sa dala dodatočne upraviť na bezbariérovú kúpeľňu (**obr. č. 3 a 4**).

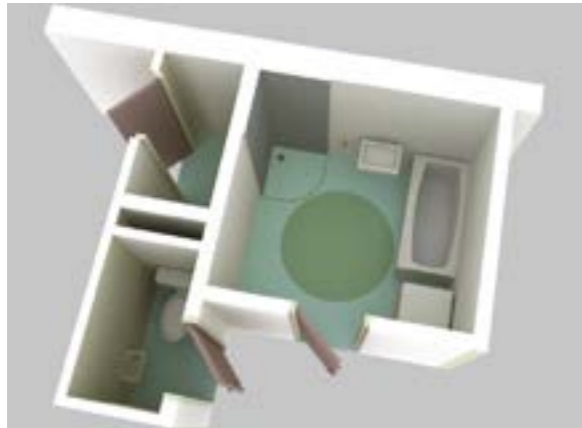


STU FA
CEDA FA STU – Fakulta architektúry STU
Výskumné a inováčné centrum adaptabilného bývania

Obr. č. 3 – Odstrániteľná priečka a podlahový vpust umožní prerobiť kúpeľňu na bezbariérovú

⁷ Nationale Woningraad Building adaptable housing, NWR, 1989 [cit. 2012-11-22] <http://www.scie-socialcareonline.org.uk/repository/fulltext/0011140.pdf>

A na obrázku č. 4 je také umiestnenie inštaláčného jadra, ktoré umožňuje montáž ďalšej



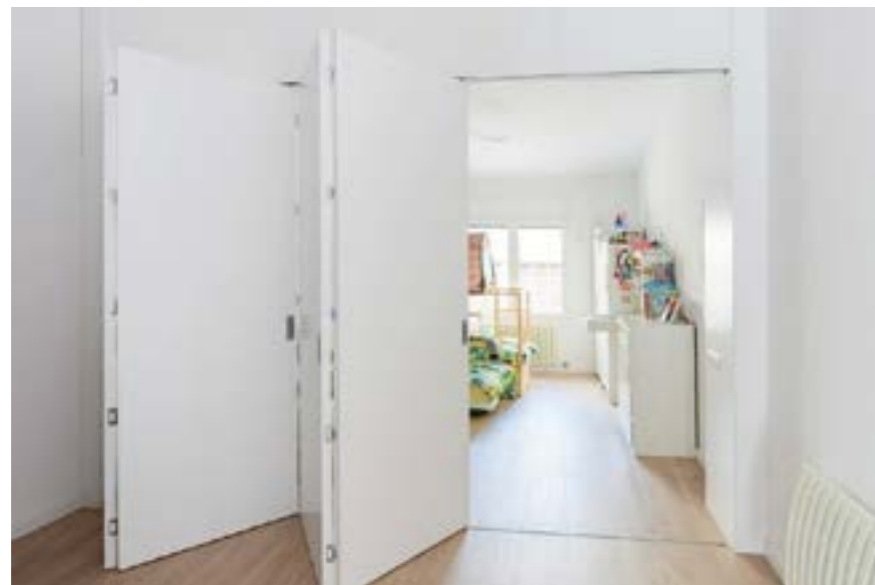
toalety v kúpeľni, ktorá by bola vhodná aj pre užívateľa na vozíku.



Obr. č. 4 – Dodatočným umiestnením toalety sa kúpeľňa zmení na bezbariérovú za predpokladu, že sa na stenu sprchovacieho kúta namontujú držadlá a sklopné sedadlo

Denná časť bytu má charakter otvorenej dispozície, ktorá poskytuje dostatok priestoru na variabilné usporiadanie nábytku a kuchynský kút má takú veľkú podlahovú plochu, aby sa v nej dalo manévrovať aj s invalidným

vozíkom. Rovnako tento priestor by mohol poskytovať možnosť delenia na funkčné zóny pomocou posuvnej deliacej steny ako je na príklade zobrazené na obr. č. 5.



Obr. č. 5 – posuvná deliaca stena dokáže vytvoriť v byte intímnu zónu, napríklad tichý priestor na prácu...

Takto navrhnutý modelový byt je len jedným z možných riešení adaptabilného riešenia bytu, architekt má možnosť aplikovať tieto zásady pri akejkoľvek dispozícii bytu - musí však rozumieť nárokom rôznych skupín užívateľov, vrátane ľudí so zdravotným postihnutím,

aby dokázal predvídať rôzne životné situácie rodiny. Pre ilustráciu uvádzam tiež príklady adaptabilného bývania, ktoré navrhli moji študenti na Fakulte architektúry a dizajnu v rámci predmetu Univerzálne navrhovanie.

Obr. č. 6. 7 . Postery študentov...

ADAPTABILNÉ BÝVANIE

MNOHO ĽUDÍ PRI STAVBE SVOJHO NOVÉHO DOMU PREDPOKLADÁ, ŽE V ňOM PREŽIJÚ ROKY, BA AŽ DESAŤROČIA. INÍ SI ZASA PREDSTAVUJÚ LEN KRÁTKODOBEJŠÍ POBYT V ňOM. NECH JE ALE ZÁMER AKÝKOL'VEK, KAŽDÝ NOVÝ DOM SA PRAVDEPODOBNE BUDE MUSIEŤ PRISPŮSOBOVAŤ BUDÚCIM ZMENÁM A MENICIM SA POTREBÁM POČAS CELEJ JEHO ŽIVOTNOSTI. ADAPTABILNÝ DOM JE TAKÝ, KTORÝ JE SCHOPNÝ REAGOVAŤ NA TIETO POTREBY BEZ NÁKLADNÝCH A ENERGETICKY NÁROČNÝCH ZMIEN.

TRENDY	ZMENY V PRIESTORE	ZMENY KVŮLI FUNKCIÍ	ZMENA FUNKCIE	ZVÝŠENIE KOMFORTU	FUNKČNÝ UPGRADE	TECHNICKÝ UPGRADE

ZMENY PODĽA POŽIADAVIEK UŽÍVATEĽOV <https://www.semanticscholar.org/paper/BIM-FOR-ADAPTABLE-HOUSING-DESIGN-IN-THE-INDUSTRY-Raji-Gomez/1da4aac5dd224f735c4faab47679ac6e2023c1f>

<https://www.caandesign.com/concrete-home-flexible-enough-adapt-future-allowing-modify-distribution-even-adding-new-bedrooms/>

VYLEPŠENÝ FUNKČNÝ ŽIVOTNÝ PLÁN

GRAF ŽIVOTNOSTI Gijsbers et al., 2008

OBÝVAJACIA IZBA	KUCHYŇA	SPÁLŇA	KÚPEĽŇA
DIMENZOVANIE INTERIÉRU https://www.yourhome.gov.au/housing/livable-and-adaptable-house	V PRVEJ FÁZE SA DISPOZÍCIA NACHÁDZA V ÚPRAVE PRE MLADÚ RODINU. OKREM KLASICKEJ DISPOZÍCIE SA TU NACHÁDZA DETSKÁ IZBA S DETSKÝMI POSTIEĽKAMI A PRACOVŇA PRE OTCA, KTORÝ V TEJTO FÁZE ŽIVÍ RODINU PODNIKANÍM Z DOMU. ZO ZÁDVERIA SA DÁ DOSTAŤ DO WC, KTORÉ MÔŽU VYUŽÍVAŤ DOMÁCI AJ HOSTIA.	V DRUHEJ FÁZE SA UŽ SITUÁCIA V RODINE O POZNANIE ZMENILA. DETI RASTÚ A KAŽDÉ Z NICH MÁ UŽ SVOJOU VLATNÚ IZBU. OTEC PREŠIEL Z RIZIKOVÉHO PODNIKANIA DO FIRMY, KDE MÁ STÁLE MIESTO A PRACOVŇA UŽ NIE JE POTREBNÁ. Z DETSKEJ IZBY BOLÍ DEMONTOVANÉ VSTAVANÉ SKRINE A NOVÉ BOLÍ NAMONTOVANÉ V SPÁLŇI RODIČOV.	V TRETEJ FÁZE SA UŽ DOSPELÉ DETI OSAMOSTATNILI A ODĽUŽI Z DOMU, AVŠAK VZNIKLA NOVÁ POTREBA STAROSTLIVOSTI O STARÝCH RODIČOV. Z DVOCH DETSKÝCH IZIEB BOLA VYTVORENÁ VEĽKÁ IZBA A SÚČASNE SPOJENÍM WC A TECH. MIESTNOSTI VZNIKLA KÚPEĽŇA. V TECH. MIESTNOSTI UŽ BOL DOPREDU NAINŠTALOVANÝ ODTOK AJ VŠETKY PRIPOJENIA.

BUDÚCE ROZŠÍRENIE

FÁZA Č. 1

FÁZA Č. 2

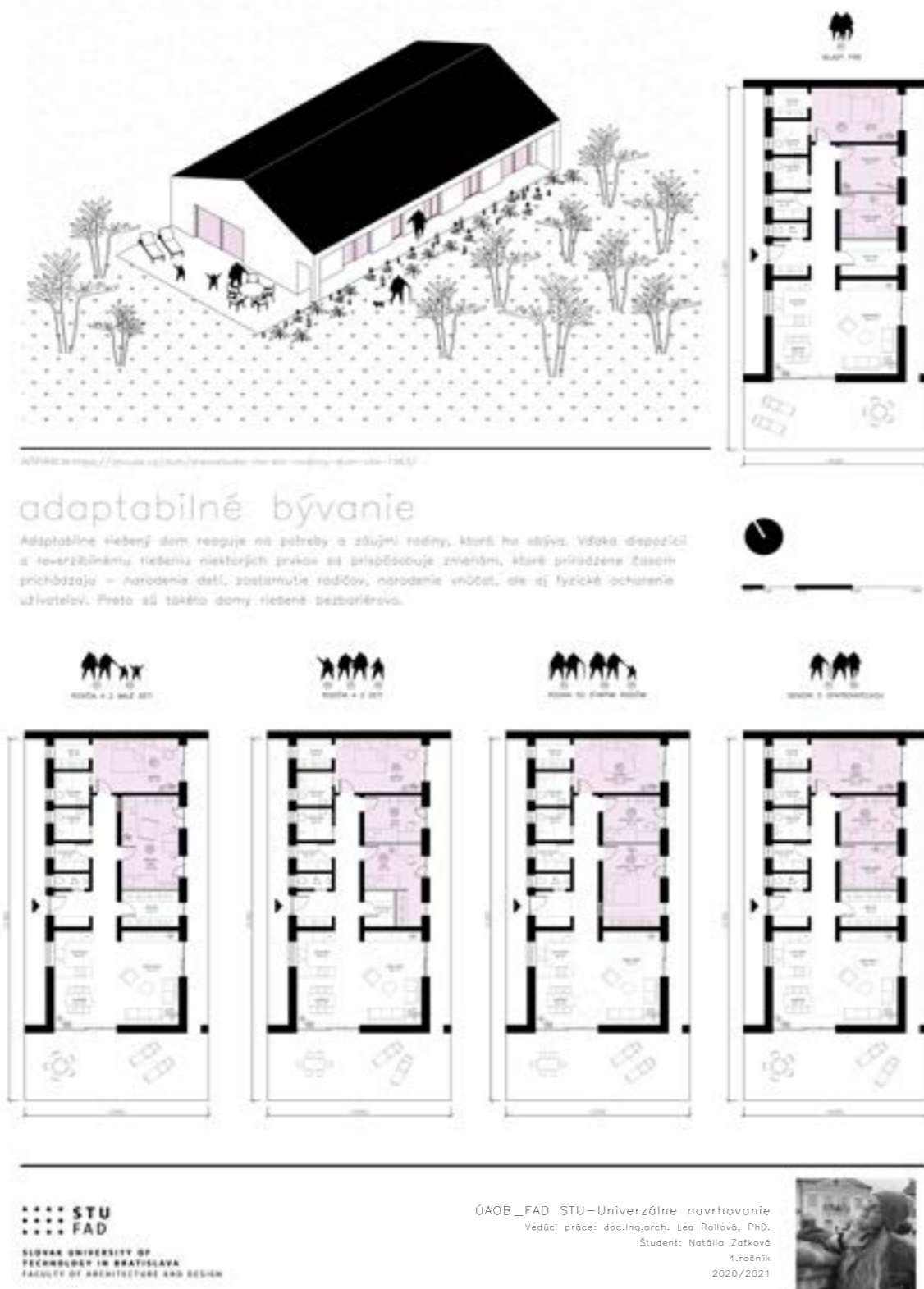
FÁZA Č. 3

INSPIRÁCIA

1_UNA_AU – UNIVERZÁLNE NAVRHOVANIE

GESTOR PREDMETU: doc. Ing. arch. ZUZANA ČERESŇOVÁ, PhD.
VEDÚCI PRÁCE: doc. Ing. arch. LEA ROLLOVÁ, PhD.
ŠTUDENT: MATEJ ŠEVČÍK
AKADEMICKÝ ROK: 2020 / 2021

Obr. č. 6a. UN adaptabilné bývanie – študent Matej Ševčík



Obr. č. 6b. UN adaptabilné bývanie – študentka Natália Zafková

Ekologické bývanie

Pre ekologický spôsob života v súvislosti s bývaním sa treba rozhodnúť ešte pred začatím stavby domu. Rovnako ako univerzálne navrhovanie, ani ekologické bývanie sa nedá optimálne vyriešiť pri rekonštrukcii existujúceho domu. Pre takýto

typ domu je typické využívanie alternatívnych zdrojov energetického zabezpečenia formou tepelných čerpadiel, využitie solárnej energie ako aj recyklácia tzv. šedej vody a dažďovej vody na opätovné použitie. Voda zo sprchy, vane a umývadiel

sa po vyčistení a znovunadobudnutí hygienickej kvality recykluje a využíva v splachovacom systéme WC, v pračke, pri zavlažovaní exteriéru. Na tento účel sa môže využívať aj dažďová voda, ktorá sa zbiera zo striech a spevnených plôch do zberných nádrží, ktoré sú umiestnené pod zemou.

Ekologické bývanie má jednoduchú víziu: dom by mal byť presvetlený, vzdušný, nemala by v ňom byť nadmerná vlhkosť, ale ani príliš sucho. Potrebná je preto najmä kvalitná izolácia, ktorá zabráni vlhnutiu stien, aby nevznikali plesne. Väčšina ekologických domov má riadne vetranie tzv. rekuperáciu, teda mikroklimu vnútorného prostredia regulujú automatické ventilačné systémy. Pri rozhodovaní treba začať najmä správnym výberom materiálu, z ktorého budeme dom stavať. U nás na Slovensku sa najčastejšie ľudia rozhodnú pre dom z dreva, lebo je to tradične overený materiál, má dlhú životnosť (cca do dvesto rokov), a ďalšou veľkou výhodou je jeho pomerne nízka cena. Domy z dreva majú nízku energetickú náročnosť a ich výstavba môže byť veľmi rýchla od jedného do troch mesiacov (záleží od firmy).

Okrem domov z dreva sa dnes stavajú aj ekologické domy zo slamy alebo z hliny, u nás ich však zatiaľ nie je na trhu dostatok.

Záver

Zapojenie užívateľov resp. prijímateľov do procesu tvorby bývanie je nutnou podmienkou dosiahnutia udržateľného obytného prostredia, pričom koncept univerzálneho navrhovania je

komfortný pre všetkých užívateľov. Bolo by fajn, ak by boli všetky novostavby obytných stavieb navrhnuté tak, aby zohľadňovali potrebnú mieru flexibility, čo by umožnilo prispôbovanie bývania individuálnym potrebám užívateľov bytu. Dôležité je to najmä z hľadiska sociálnej udržateľnosti, ktorá súvisí s prognózami o starnutí populácie, ako aj vzhľadom na zvyšujúci sa počet osôb so zdravotným postihnutím, ktoré majú zvýšené nároky na prístupnosť prostredia. Architekt Prof. Dr. Stephen Kendall v súvislosti s tvorbou prostredia kladie podnetné otázky: „Ako treba navrhovať obývatelné prostredie tak, aby podporovalo stabilitu vo vzťahu k dlhodobým záujmom spoločnosti a ako ho zmeniť vo vzťahu k preferenciám jednotlivca? Inými slovami, ako máme navrhovať a realizovať regeneračné prostredie?“⁸ Mojou odpoveďou je adaptabilné bývanie, ktoré je „regeneračné“ a v súčasnosti máme veľkú šancu investovať najmä z európskych zdrojov do kvalitného, adaptabilného, komunitného bývanie, ktoré bude schopné slúžiť prijímateľom sociálnych služieb mnoho rokov.

Viac informácií o univerzálnom navrhovaní a adaptabilnom bývaní sa možno dozvedieť z publikácie: Rollová, L., Čerešňová, Z.: Univerzálne navrhovanie objektov komunitných sociálnych služieb. IA MPSVR SR, 2015. Dostupné na: https://www.ia.gov.sk/data/files/np_di/publikacie/Univerzalne_navrhovanie_objektov_komunitnych_socialnych_sluzieb.pdf

⁸ Stephen Kendall: Open Building Concept [cit. 2012-11-22] <http://www.open-building.org/ob/concepts.html>

Doc. Ing. arch. Lea Rollová, PhD. je pedagogička na Fakulte architektúry a dizajnu STU, je súčasne vedúca Výskumného a školiaceho centra bezbariérového navrhovania CEDA, ako aj vedúca Ústavu architektúry občianskych budov. Vo svojej pedagogickej a výskumnej činnosti sa zameriava najmä na univerzálne navrhovanie, ktorému sa venuje viac ako 20 rokov. Počas tohto obdobia spracovala spolu s členmi CEDA niekoľko výskumných úloh zameraných na tvorbu univerzálne prístupného prostredia v rôznych sektoroch – v školstve, kultúre, bývaní, turizme, športe, na pracoviskách a podobne. Je členkou viacerých pracovných skupín, podieľa sa na tvorbe a pripomienkovaní stavebnej legislatívy a presadzuje implementáciu univerzálneho navrhovania v praxi. V národnom projekte NPDI-PTT pracuje v pozícii expert pre oblasť fyzického prostredia.



CEDA: UNIVERZÁLNE NAVRHOVANIE A TVORBA INKLUZÍVNEHO PROSTREDA

Výskumné a školiace centrum bezbariérového navrhovania CEDA (Centre of Design for All) vzniklo v roku 2007 na Fakulte architektúry a dizajnu STU na základe dlhoročnej spolupráce kolegov z Ústavu architektúry občianskych budov pod vedením doc. Márie Samovej. Na začiatku pôsobenia mal tím CEDA ambíciu rozšíriť poznanie v oblasti tvorby bezbariérového prístupného prostredia a univerzálneho navrhovania s cieľom zlepšiť užívateľskú kvalitu architektonického prostredia pre rôzne skupiny osôb. V súčasnosti je portfólio CEDA omnoho širšie, venuje sa interdisciplinárnemu výskumu formou spolupráce s odborníkmi na psychológiu, sociológiu, neurovedu, sociálnu prácu, ľudské práva, pedagogiku, informatiku a iné odbory podľa aktuálneho výskumného zamerania. Problematika prístupnosti prostredia, produktov

a služieb pre čo najširšiu skupinu užívateľov je v centre pozornosti odborníkov z celého sveta a súvisí najmä s negatívnym trendom starnutia populácie a problematikou sociálnej udržateľnosti v spoločnosti, ktorá má následne vplyv aj na ekonomickú udržateľnosť. Ďalším podstatným dôvodom rýchleho progresu vo výskume a poznaní v oblasti tvorby prístupného prostredia bolo prijatie medzinárodnej zmluvy - Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím (2006), ktorú ratifikovali takmer všetky štáty sveta, vrátane Slovenska. Prijatie dohovoru má výrazný vplyv na tvorbu európskych sociálnych politík, premietol sa do mnohých nariadení, podmienok čerpania štrukturálnych fondov a inicioval vznik mnohých svetových iniciatív, ktoré sa snažia presadzovať inkluzívne postupy v rôznych spoločenských

oblastiach. Za všetky spomenieme napríklad „Design for All“, „Tourism for All“, „Museums for All“, „Inclusive Technology“, „Home4Life“. Dohovor tiež podnietil radikálne reformy, napríklad reformy v oblasti vzdelávania (inkluzívne vzdelávanie), naštartoval transformáciu systému sociálnych služieb (deinštitucionalizácia), a taktiež mal vplyv na tvorbu nových bytových politík, ktoré majú za cieľ vytvárať dostupné, adaptabilné a univerzálne prístupné bývanie pre všetkých občanov.

Členovia CEDA sa zaoberajú tvorbou prístupného, inkluzívneho prostredia viac ako 20 rokov. Dlhodobý výskum a prax v tejto oblasti sa premietol do rôznych foriem spolupráce na národnej aj medzinárodnej úrovni. Pracovisko CEDA bolo oslovené na spoluprácu pri tvorbe stavebnej legislatívy, vykonáva audity bezbariérovej prístupnosti budov alebo hodnotí investičné projekty pre rôzne organizácie, poskytuje odborné poradenstvo pri tvorbe projektovej dokumentácie, alebo sa priamo zapája do ich realizácie. V oblasti výskumu sa orientuje najmä na univerzálne navrhovanie rôznych typologických druhov budov a na zvyšovanie užívateľskej kvality stavebného prostredia v súlade s požiadavkami sociálne udržateľného rozvoja.

INKLUZÍVNE VZDELÁVANIE NA STU

V posledných rokoch bola významná časť výskumu pracoviska CEDA orientovaná na tvorbu inkluzívneho vzdelávacieho prostredia, čo sa

premietlo do viacerých projektov. Na Slovenskej technickej univerzite pracovisko CEDA iniciovalo a následne aj zrealizovalo projekty, ktorých cieľom bolo vytvorenie podmienok na štúdium pre študentov so špecifickými potrebami na STU.

V rámci dvoch rozvojových projektov (2014 – 2016) získala STU dotácie z MŠVVaŠ SR a z týchto zdrojov sa riešiteľom z CEDA, v spolupráci s Rektorátom STU, podarilo zrealizovať mnoho aktivít, napríklad:

- debariérizácia priestorov STU s cieľom zabezpečiť výučbu v bezbariérových priestoroch na všetkých fakultách a Rektoráte STU, zrealizovali sa napríklad 3 bezbariérové rampy, 2 výtahy a 8 zdvíhacích plošín pre študentov na vozíku, dve špecializované učebne na FAD so zabudovanými indukčnými slučkami a flexibilným nábytkom,
- ubytovanie v bezbariérových priestoroch študentského domova Jura Hronca, v súčasnosti sú k dispozícii 4 bezbariérové izby s kuchynkou a kúpeľňou (obr.1 a obr.2),
- zlepšil sa prístup k informáciám a študijným materiálom v akademických (fakultných) knižniciach STU bezbariérovým spôsobom a zvýšila sa kvalita informácií o štúdiu pre študentov so špecifickými potrebami,
- zlepšili sa podmienky na orientáciu, samostatný a bezpečný pohyb študentov, napr. formou reliéfného plánu na Fakulte architektúry a dizajnu (obr.3),
- prepracovali sa požiarne evakuačné plány budov STU tak, aby bol zabezpečený bezpečný únik aj študentov so zdravotnými znevýhodneniami; vypracovali sa schémy únikových trás v reliéfnom prevedení pre študentov so zdravotným postihnutím,



- bolo zriadené podporné centrum pre študentov so špecifickými potrebami tzv. „Poradenské centrum STU“.

Výstupom rozvojových projektov boli aj dve vysokoškolské učebnice, ktoré majú slúžiť ako pomôcka pri tvorbe prístupného prostredia a zavádzaní inkluzívnych metód výučby aj na ostatných vysokých školách na Slovensku:

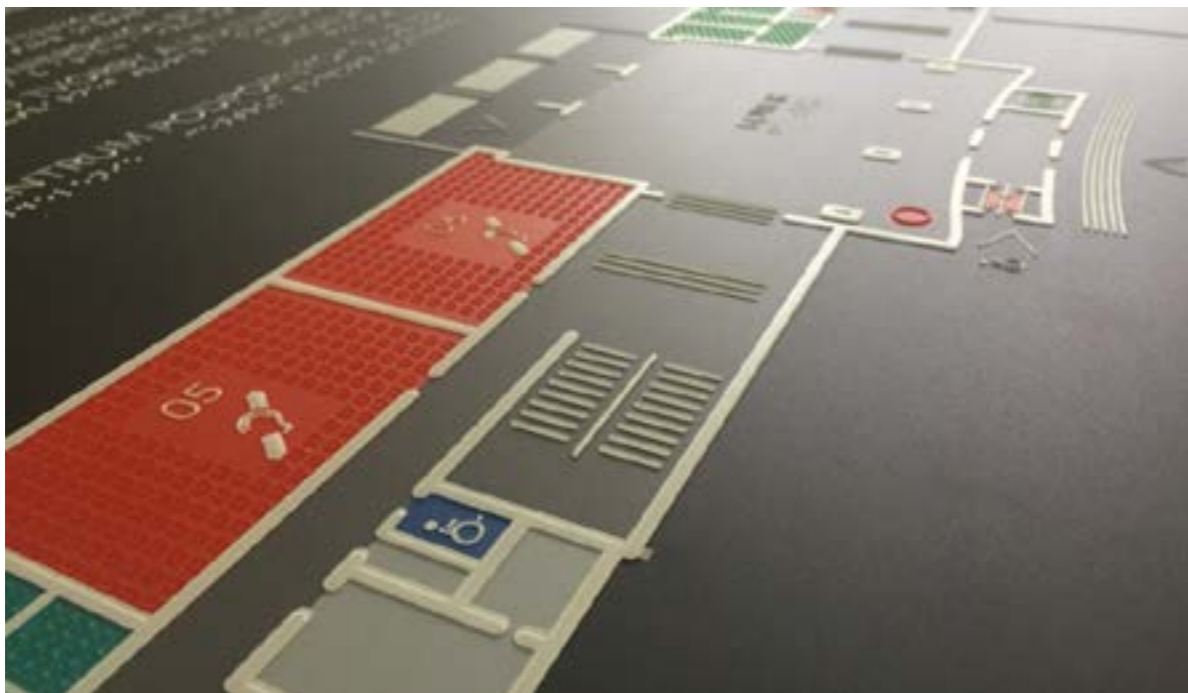
- „Identifikácia architektonických bariér v prostredí. Vysoké školy a študentské domovy.“ Editorka: doc. Ing. arch. Lea Rollová, PhD.
- „Tvorba inkluzívneho vysokoškolského prostredia“ Autorky: doc. Ing. arch. Zuzana Čerešňová, PhD., doc. Ing. arch. Lea Rollová, PhD.



obr. 1 bezbariérová kuchynka s priestorom na zasunutie nôh osoby na vozíku pod drezom a varnou doskou v bezbariérovej ubytovacej bunke Študentského domova Jura Hronca



obr. 2 bezbariérová toaleta so sklopnými držadlami v bezbariérovej ubytovacej bunke Študentského domova Jura Hronca



obr. 3 reliéfny plán Fakulty architektúry a dizajnu STU

MEDZINÁRODNÁ SPOLUPRÁCA

Významným medzinárodným projektom CEDA zameraným na vytváranie inkluzívneho univerzitného prostredia bol projekt UNIAL: „Prístupnosť vysokoškolského vzdelávania pre študentov so špecifickými potrebami“, ktorý sa realizoval v rokoch 2015-2018 v rámci programu Erasmus+, KA2 – Strategické partnerstvá. Koordinátorom projektu bola CEDA (doc. Čerešňová) a do projektu boli zapojení partneri:

- Teiresiás - Stredisko pre pomoc študentom so špecifickými potrebami na Masarykovej univerzite v Brne,
- AP3SP - Asociácia poskytovateľov služieb pre študentov vysokých škôl so špeciálnymi potrebami v Českej republike,
- Katedra architektúry a dizajnu na Univerzite v Chieti-Pescara v Taliansku.

Na projekte spolupracovali aj s odborníkmi z oblasti psychológie, lingvistiky a špeciálnej pedagogiky z Univerzity Komenského v Bratislave a Výskumného ústavu detskej psychológie a patopsychológie.

Z dotácie boli zrealizované viaceré spoločné výstupy: (1) monitorovanie a vyhodnotenie súčasného stavu prístupnosti vysokoškolského prostredia v partnerských krajinách projektu; (2) adaptácia psychometrických nástrojov na diagnostiku porúch učenia vysokoškolských študentov; (3) vytvorenie podkladov pre národné akčné plány na zabezpečenie inkluzívneho vysokoškolského prostredia; (4) vytvorenie nástrojov na zlepšenie podporných služieb pre študentov so špeciálnymi potrebami – napríklad on-line slovník posunkového jazyka s odbornou terminológiou, ďalej virtuálni sprievodcovia prístupnosťou budov VŠ, (5) prípadové štúdie inkluzívneho VŠ prostredia vo vybraných európskych krajinách, (6) publikácia „Inclusive Higher Education“, ktorá poskytuje súhrnnú metodiku tvorby inkluzívneho terciárneho vzdelávania.

UNIVERZÁLNE NAVRHOVANIE

V súčasnosti centrum CEDA realizuje dva veľké **národné projekty** financované zo zdrojov Európskeho sociálneho fondu, do ktorých je zapojených takmer 40 zamestnancov Fakulty architektúry a dizajnu STU, ako aj viacerí architekti z praxe. Nosnou témou oboch projektov je výskum a implementácia univerzálneho navrhovania do stavebnej praxe.

Prvý projekt **„Deinštitucionalizácia zariadení sociálnych služieb – podpora transformačných tímov“** (2018 – 2023) je partnerský projekt, okrem CEDA sú partnermi Rada pre poradenstvo v sociálnej práci a Slovenská únia podporovaného zamestnávania. Implementačná agentúra MPSVR SR je prijímateľom projektu. Cieľom národného projektu je intenzívna podpora zamestnancov a zriaďovateľov zariadení sociálnych služieb v ich príprave na proces transformácie systému sociálnych služieb s podporou odborníkov z rôznych oblastí, pričom do konca roka 2023 má byť do projektu postupne zapojených 92 zariadení sociálnych služieb z celého Slovenska. Partner projektu CEDA zodpovedá za realizáciu aktivít súvisiacich s tvorbou fyzického prostredia nových komunitných sociálnych služieb, hodnotí napríklad aktuálny stav budov, v ktorých sú sociálne služby poskytované, vzdeláva poskytovateľov a zriaďovateľov sociálnych služieb o tvorbe prístupného a inkluzívneho prostredia. Odborní konzultanti CEDA poskytujú v rámci projektu odborné poradenstvo pri vyhľadávaní vhodných nehnuteľností, spolupracujú pri tvorbe investičných zámerov alebo vykonávajú dohľad nad prípravou projektovej dokumentácie, aby boli splnené všetky požiadavky deinštitucionalizácie a univerzálneho navrhovania. V rámci projektu sa aplikujú tiež predchádzajúce výsledky výskumu zameraného na tvorbu adaptabilného bývania.

Druhý projekt **„Podpora univerzálneho navrhovania“** (2020 – 2023) je výskumný projekt Fakulty architektúry a dizajnu STU, ktorého cieľom je skúmať aplikáciu prístupnosti

a univerzálneho navrhovania v zahraničnej a domácej stavebnej praxi a navrhnutí spôsoby implementácie týchto prístupov do navrhovania budov a verejných priestorov v súlade s článkami 2 a 9 Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím v podmienkach Slovenskej republiky tak, aby ich mohli využívať v najväčšej možnej miere všetci ľudia bez nutnosti úprav alebo špeciálneho dizajnu. V rámci aktivít sa vykonávajú napríklad komparatívne analýzy európskej a domácej stavebnej legislatívy, prípadové štúdie pozitívnych príkladov aplikácie univerzálneho navrhovania v praxi, vypracujú sa metodiky tvorby univerzálne prístupného prostredia, a taktiež pripravujú podklady a odporúčania pre stavebnú legislatívu a technickú normalizáciu. Počas celého projektu bude prebiehať informačná kampaň zameraná na odbornú aj laickú verejnosť, v rámci ktorej budú propagované výsledky výskumu. V súčasnosti prebieha príprava webovej stránky s názvom „pun“, ktorá bude poskytovať rôzne cenné a zaujímavé informácie.

Pracovníci CEDA spolupracujú aj na **medzinárodnom projekte** „DESIRE - DESIgn for all methods to cREate age friendly housing“ v rámci programu Erasmus + KA2 Strategické partnerstvá (č. projektu 2020 1 SK01 KA202

078245), ktorý sa začal realizovať v decembri 2020 a bude ukončený v roku 2022. Koordinátorom projektu je Fakulta architektúry a dizajnu STU (BCDIab) a partnermi projektu sú:

- Ústav etnológie a sociálnej antropológie Slovenskej akadémie vied,
- CETEM (Technologické centrum nábytku a dreva) – Španielsko,
- SHINE 2Europe – Portugalsko,
- InnoRenew CoE – Slovinsko.

Projekt DESIRE je zameraný na tvorbu vzdelávacích programov na tému navrhovania obytného prostredia zohľadňujúceho rôzne vekové kategórie obyvateľov, najmä starších ľudí so zdravotným postihnutím. Projekt DESIRE poskytne vzdelávacie nástroje v oblasti architektonickej a dizajnerskej tvorby obytného prostredia s použitím metódy Design for All (navrhovanie pre všetkých) ako neoddeliteľnej súčasť procesu navrhovania s cieľom vytvoriť alebo prispôbiť bývanie s ohľadom na vek a zdravotné obmedzenia starších osôb tak, aby bola podporená ich nezávislosť, pocit pohodlia a komfortu, a predovšetkým možnosť zotrvať v domácom prostredí, nie v inštitúcii. Projekt využíva humánno-centrický prístup nielen v súvislosti s tvorbou prostredia, ale aj zapojením rôznych skupín osôb s rôznorodými potrebami a požiadavkami do výskumu a tvorby vzdelávacích programov.



doc. Ing. arch. Lea Rollová, PhD. je pedagogička na Fakulte architektúry a dizajnu STU, je súčasne vedúca Výskumného a školiaceho centra bezbariérového navrhovania CEDA, ako aj vedúca Ústavu architektúry občianskych budov. Vo svojej pedagogickej a výskumnej činnosti sa zameriava najmä na univerzálne navrhovanie, ktorému sa venuje viac ako 20 rokov. Počas tohto obdobia spracovala spolu s členmi CEDA niekoľko výskumných úloh zameraných na tvorbu univerzálne prístupného prostredia v rôznych sektoroch – v školstve, kultúre, bývaní, turizme, športe, na pracoviskách a podobne. Je členkou viacerých pracovných skupín, podieľa sa na tvorbe a pripomienkovaní stavebnej legislatívy a presadzuje implementáciu univerzálneho navrhovania v praxi. V národnom projekte NPDI-PTT pracuje v pozícii expert pre oblasť fyzického prostredia.



doc. Ing. arch. Zuzana Čerešňová, PhD. je pedagogička na Fakulte architektúry a dizajnu STU, je garantkou predmetu Univerzálne navrhovanie a spoluzakladateľka Výskumného a školiaceho centra bezbariérového navrhovania CEDA. Dlhodobo sa orientuje sa na výskum a vzdelávanie univerzálneho navrhovania, je autorkou a riešiteľkou viacerých pedagogických a výskumných projektov CEDA zameraných na humánno-centrickú architektonickú tvorbu. Publikovala viac ako 100 odborných a vedeckých článkov o univerzálnom navrhovaní, venuje sa aj projekčnej činnosti. V národnom projekte NPDI-PTT pracuje v pozícii manažér implementácie odborných aktivít CEDA.

Aktivizácia a pracovné začlenenie v transformačných procesoch sociálnych služieb.

SLOVENSKÁ ÚNIA PODPOROVANÉHO ZAMESTNÁVANIA

Úvod

To, čo je pre väčšinu ľudí samozrejmosťou, mať prácu, bývať s rodinou, cestovať a plánovať si svoju budúcnosť, alebo si po práci s kolegami a priateľmi len tak niekam vyjsť, je pre mnohých ľudí so zdravotným postihnutím stále ťažko dosiahnuteľné alebo úplne nemožné.

Uplynulé desaťročia priniesli veľké zmeny v postojoch spoločnosti k ľuďom so zdravotným postihnutím, v zameraní sociálnych politik, a aj značný pokrok v praktickom naplňaní ich ľudských, sociálnych a kultúrnych práv. Ľudia so zdravotným postihnutím sa stále stretávajú s mnohými znevýhodneniami a diskrimináciou. Dizajn a organizácia mnohých služieb – či už ide o bežné alebo dokonca špecializované služby v oblasti vzdelávania, poradenstva, dopravy, zdravotnej starostlivosti, sociálnych služieb, prístupu k práci a k produktom dennej spotreby – sa skôr prispôbujú potrebám poskytovateľov ako individuálnym potrebám ľudí so zdravotným postihnutím.

Význam práce v ľudskom živote

Práca nie je len zdrojom našej obživy a nevyhnutnej aktivity, ale je aj dôležitým zdrojom nášho poznania, rozvoja, dáva štruktúru nášmu dennému režimu a životnému cyklu, prostredníctvom nej tvoríme nové hodnoty, sociálne sa identifikujeme, je vyjadrením nášho statusu a predpokladom i zdrojom vzniku sociálnych vzťahov. O jej význame, úlohe a dôležitosti nikto z nás, aktívnych ľudí práce, nepochybuje.

Napriek tomuto nášmu presvedčeniu sme však náchylní si myslieť, že ľudia so zdravotným postihnutím, najmä tí, ktorí žijú mimo nášho bežného sveta a jeho bežných vzorcov, ktorí z rôznych dôvodov žijú v rôznych zariadeniach sociálnych služieb, sú v tomto výnimkou. A to bez ohľadu na to, že ako všetci ľudia, aj oni majú rovnaké ľudské túžby, potreby, sny a obavy. Preto ani práca v ich živote nemá väčší či menší význam.

Slovenská únia podporovaného zamestnávania

Slovenská únia podporovaného zamestnávania (SUPZ) je mimovládna organizácia, ktorá sa tejto problematike venuje od svojho vzniku v roku 2004. Impulzom jej vzniku bolo registrovanie nových služieb zamestnanosti, Agentúr podporovaného zamestnávania (APZ), ktorých cieľom bola podpora zamestnávania osôb so zdravotným postihnutím na otvorenom, teda bežnom trhu práce. SUPZ vytvorila strešnú organizáciu pre Agentúry podporovaného zamestnávania, s cieľom poskytovať im vzdelávanie, metodickú podporu, vyjednanie inkluzívnych podmienok pre pracovné miesta a spoluprácu so zamestnávateľmi.

Agentúra podporovaného zamestnávania v Bratislave, ktorá vznikla v roku 1999, ako prvá APZ na Slovensku, sa začala venovať spolupráci so zariadeniami sociálnych služieb, transformačným procesom, ale aj tvorbe modelov komunitného a nezávislého života pre ľudí so zdravotným postihnutím, s dôrazom na ich pracovné začlenenie a nezávislosť.

Čo potrebuje spoločnosť k tomu, aby sa stala inkluzívnou, aby rešpektovala práva aj tých najzraniteľnejších?

Jedným z predpokladov je vytvoriť **priestor pre politiky sociálnej inklúzie** a tým vytvoriť **podmienky pre aktívnu participáciu na ekonomickom a sociálnom živote aj pre znevýhodnených občanov na trhu práce, teda aj občanov so zdravotným postihnutím**. Jednou z hlavných línií tohto prístupu je **integrácia prostredníctvom trhu práce**. Mnohé osoby vystavené sociálnej exklúzii majú sťaženú situáciu pri hľadaní zamestnania, ich pracovný profil často nevyhovuje požiadavkám na kvalifikáciu, produktivitu práce a flexibilitu meniť zamestnania podľa potrieb trhu práce. Tieto skupiny občanov sú odkázané na profesionálnu pomoc a **podporu prostredníctvom podporných služieb**.

Ďalším predpokladom je **inkluzívny trh práce**, teda priateľsky nastavené nástroje služieb zamestnanosti, aby sa zamestnávateľom oplátilo zamestnávať aj znevýhodnené skupiny obyvateľov. Jedným z nástrojov, ktoré môžu aktívne prispieť k sociálnemu začleňovaniu a sprevádzaniu pri pracovnom začlenení je **metóda podporovaného zamestnávania**, šírená a uplatňovaná v európskych politikách viac ako 50 rokov. Ide o podporu zamestnancov so zdravotným postihnutím, o podporu a prípravu jednotlivcov "šitých na mieru" konkrétnych pracovných miest. Ide o podporu, s ktorou aj na Slovensku máme skúsenosti už 20 rokov a sú poznačené tvorivosťou, flexibilitou, vzájomnou dôverou a podporou pre ľudí so zdravotným znevýhodnením.

Okrem podporných služieb potrebujeme aj ďalšieho partnera, **zamestnávateľov**. Názo-ry zamestnávateľov na pracovnú integráciu občanov so zdravotným postihnutím zisťoval v r. 2007 Inštitút pre výskum práce a rodiny (IVPR) z ktorého o. i. vyplynuli nasledovné poznatky a informácie:

- zamestnávateľia demonštrovali pomerne vysoký sklon zamestnávať občanov so zdravotným postihnutím spolu so zamestnancami bez zdravotného postihnutia
- takmer dve tretiny zamestnávateľov (61,2%) uprednostňuje zamestnávanie občanov so zdravotným postihnutím v integrovanom prostredí pred segregovaným pracovným prostredím

Nevyhnutnosťou je aj nastavenie celej spoločnosti **priať politiky a filozofiu sociálnej inklúzie**, spoločnosť, ktorá prezentuje v tomto zmysle **tvorbu podmienok pre realizáciu a naplnenie týchto práv** v každodennom živote, do všetkých oblastí života spoločnosti, do komunitného bývania, bežného inkluzívneho zamestnania a naplnenia ostatných práv na súkromie, osobný život, osobnú integritu. My všetci môžeme k tomu prispieť tým, že budeme vytvárať v bežnom živote podmienky pre tieto oblasti života.

Kľúčové dokumenty a kľúčové princípy sú tiež presvedčivým nástrojom pre podporu inkluzívnych politík a ich implementácie.

Európske spoločenstvo a jeho členské štáty, vrátane Slovenska, potvrdili svojím spoločným podpisom **Dohovorom OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím (2007)** svoje presvedčenie o tom, že zdravotné postihnutie je ľudsko-právnu záležitosťou a vecou práva, nie charity. Článok 27 Dohovoru hovorí o práci a zamestnávaní.

„Zmluvné strany uznávajú právo osôb so zdravotným postihnutím na prácu na rovnakom základe s ostatnými; zahŕňa to právo na možnosť živiť sa slobodne zvolenou prácou alebo prácou prijatou na trhu práce, a právo na pracovné prostredie, ktoré je otvorené, začleňujúce a prístupné pre osoby so zdravotným postihnutím. Zmluvné strany zaručujú a podporujú uplatňovanie práva na prácu... prijímaním primeraných opatrení. (Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím, 2007)

Uplatňovať a implementovať tieto strategické dokumenty sa stále učíme. Je nevyhnutné neustále šíriť legislatívne normy, princípy moderných sociálnych politík zameraných na sociálno-ekonomickú integráciu ľudí so zdravotným postihnutím. Pre vzťahy medzi teóriou a dobrou praxou je dôležité poznať napríklad týchto 5 kľúčových princípov, ktoré odporúča OECD:

- *status zdravotného postihnutia posudzovať a priznávať nezávisle od pracovnej a príjmovej situácie jednotlivca: pojem „zdravotné postihnutie“ sa nerovná automaticky pojmu „neschopný práce“ a aj keď jednotlivec so zdravotným postihnutím pracuje a má príjem z práce, zostáva naďalej osobou so zdravotným postihnutím, a preto má mať zachované práva a nároky plynúce z toho stavu*

- *položiť dôraz na aktivizáciu a včasnú intervenciu: každá osoba so zdravotným postihnutím by mala mať nárok na tzv. **individuálny participatívny balíček**, ktorý by okrem tradičných peňažných dávok obsahoval aj rôzne pracovno-rehabilitačné prvky a vecné dávky, zostavené podľa individuálnych potrieb, prístup ku službám podporovaného zamestnávania*
- *modifikovať a spružniť štruktúru dávkových systémov: **peňažné dávky by mali pružne brať do úvahy jednak zostatkový pracovný potenciál jednotlivca**, v žiadnom prípade by osoba so zdravotným postihnutím nemala byť „penalizovaná“ odňatím či znížením dávky za to, že začne pracovať;*
- ***zaviesť kultúru vzájomných povinností**: ak príslušné úrady majú niesť zodpovednosť za úsilie integrovať ľudí so zdravotným postihnutím, očakávať v tomto smere recipročnú povinnosť na strane ľudí so zdravotným postihnutím, napr. vo forme dostatočnej spolupráce;*
- *zdôrazniť a pozdvihnúť úlohu zamestnávateľov: účasť zamestnávateľov a spolupráca s nimi je dôležitým aspektom celého integračného snaženia; opatrenia siahajú napr. od povinných kvót, cez sankcie, antidiskriminačnú legislatívu až po rôzne formy finančnej podpory a kompenzácie vzniknutých nákladov.*

Občania so zdravotným znevýhodnením v kontexte trhu práce

Napriek všetkým vyššie uvedeným snahám štátov, sociálnych politík, podporných služieb a otvoreným a priateľským prístupom, realita v zapojení osôb so zdravotným postihnutím na trh práce nie je potešiteľná..

Údaje Eurostatu uvádzajú, že až 16 % populácie v produktívnom veku sú ľudia so zdravotným postihnutím. Viac ako 45 miliónov ľudí v Európe – jeden zo šiestich – vo veku od 16 do 64 rokov má dlhodobý zdravotný

problém alebo zdravotné postihnutie. U mladých ľudí (vo veku 16 – 25 rokov) sa tento údaj týka približne 7,3 % populácie. (Eurostat, 2018)

Slovensko patrí medzi malý okruh krajín, ktoré umožňujú **súbeh poberania invalidného dôchodku a príjmu z pracovnej činnosti bez obmedzenia**, invalidní dôchodcovia predstavujú z celkového počtu ekonomicky neaktívnych obyvateľov v poradí tretiu najpočetnejšiu skupinu po starobných dôchodcoch a skupine študentov a učňov. Na základe dostupných údajov doplnkového zisťovania o zdravotných problémoch a invalidite, ktoré realizoval Štatistický úrad v roku 2002, z celkového počtu 297 tis. osôb v produktívnom veku s dlhodobými zdravotnými problémami bolo ekonomicky neaktívnych viac ako dve tretiny (215,4tis), čo predstavuje 73% občanov so zdravotnými problémami. Z celkového počtu 81,5tis. ekonomicky aktívnych osôb s dlhodobými zdravotnými problémami pracovalo 56,2 tis.(69%) a bolo nezamestnaných 25,4 tis (31%). (Hanzelová a spol. 2007)

...a z pohľadu zariadení sociálnych služieb

Žiaľ, táto časť popisu situácie zamestnávania ľudí so zdravotným postihnutím v SR by zostala úplne prázdna, pretože v žiadnom z analyzovaných verejných materiálov, štatistík, údajov Eurostatu, sme nenašli ani jednu zmienku či informáciu venovanú tejto téme, ktorá by sa aspoň z nejakého pohľadu dotkla problému pracovnej integrácie a utvárania pracovných príležitostí pre osoby so zdravotným postihnutím žijúcich v pobytovej zariadeniach sociálnych služieb. Zber informácií a hodnotenie situácie v tejto špecifickej oblasti zostáva bohom a takmer úplne mimo záujmu všetkých aktérov. Vypovedá to o našom postoji: tento problém nepovažujeme za dôležitý a ľudia so zdravotným postihnutím žijúci v podmienkach inštitucionálnej starostlivosti sa nestali predmetom našich úvah a rozvojových snažení v kontexte s pracovným začlenením.

Výstupy z prieskumu...

Slovenská únia podporovaného zamestnávania uskutočnila v roku 2008 prieskum v zariadeniach sociálnych služieb SR, keď na otázku „*Aké možnosti pracovného uplatnenia majú klienti vášho DSS*“ najčastejšou odpoveďou bolo „*Žiadne*“ a len 18 klientov zo 105 zariadení, ktoré sa zapojili do prieskumu, sa pripravuje na prácu. Pritom väčšina obyvateľov DSS bola v tom čase v produktívnom veku, pracovať vedela a mohla, a mala isté pracovné skúsenosti prevažne s rôznymi pomocnými prácami (57%), ale aj tvorivými činnosťami v dielňach v rôznych oblastiach (52%). Pracovníci DSS za hlavnú bariéru primeraného pracovného uplatnenia ľudí so zdravotným postihnutím považovali okrem vysokej miery všeobecnej nezamestnanosti, tradičné postoje spoločnosti a predsudky voči ľuďom so zdravotným postihnutím, nedostatočnú sieť alternatívnych terénnych, ambulatných a podporných služieb, ako aj zotrvačnosť segregovaného modelu starostlivosti o túto skupinu občanov.

V SR však existuje niekoľko málo organizácií, ktoré sa venujú problematike aktivizácie a zamestnávania osôb so zdravotným postihnutím, vrátane osôb so zdravotným postihnutím žijúcich v pobytovej zariadeniach sociálnych služieb. Za posledných 20 rokov Agentúry podporovaného zamestnávania v Bratislave sa podarilo podporiť odchod niekoľkých prijímateľov SS z pobytovej sociálnej služby do života v komunite.

Deinštitucionalizáciou k nezávislému životu

Autori najreprezentatívnejšej štúdie o deinštitucionalizácii v podmienkach Európy *Deinstitutionalisation and Community Living / Deinštitucionalizácia a život v spoločenstve resp. komunite z r. 2007*, ktorá zhromaždila informácie o rezidenčných inštitúciách v 28 krajinách Európy, zdôrazňujú, že keď diskutujeme o službách pre ľudí so zdravotným postihnutím, dnes už nemáme na mysli

určitý špecifický typ budovy či programu, ale ide nám o riešenie flexibilnej škály pomoci a zdrojov, ktoré môžeme zoskupiť a prispôbiť podľa potrieb, s cieľom umožniť všetkým ľuďom so zdravotným postihnutím žiť ich život spôsobom, aký si želajú, ale s podporou a ochranou, ktorú potrebujú.

Takéto riešenie sa vyznačuje nasledovnými prvkami:

- Separácia budov a podpory: organizácia podpory a pomoci ľuďom so zdravotným postihnutím nie je podmienená budovou, v ktorej žijú, ale potrebami jednotlivca a tým, čo potrebuje pre život.
- Prístup k takým istým možnostiam ako majú ostatní: mať svoje bývanie, svoje aktivity, prácu a svoje súkromie.
- Možnosť výberu a rozhodovania pre ľudí so zdravotným postihnutím a ich zástupcov: pomoc vychádza z princípu, že osoba so zdravotným postihnutím má mať čo najväčšie právo a možnosť rozhodovať o type služieb, ktoré bude dostávať, o ich organizácii a poskytovaní tak, aby vyhovovali jeho predstavám

Takýto prístup sa nazýva „*nezávislý život*“. Jeho súčasťou je aj pracovné začlenenie, ktoré prináša ekonomickú nezávislosť a samostatnosť. Slovensko vo svojej novodobej histórii postupne vytvorilo nástroje na podporu zamestnávania znevýhodnených skupín – **chránené pracovné prostredie** a zamestnávanie na otvorenom trhu práce formou **podporovaného zamestnávania**.

Podporované zamestnávanie

História podporovaného zamestnávania

Podporované zamestnávanie (PZ) vzniklo v Spojených štátoch amerických v sedemdesiatych rokoch ako alternatíva k tradičným službám pre ľudí s mentálnym postihnutím v oblasti zamestnanosti. Vzniklo ako služba pre ľudí, ktorí boli pôvodne vnímaní ako neschopní zamestnať sa a vykonávať prácu. V roku 1984 bolo „podporované zamestnávanie“ legislatívne upravené zákonom Developmental Disability ACT. Zo Spojených štátov sa podporované zamestnávanie rozšírilo do Kanady a do Austrálie, teda do krajín, kde dnes táto metóda patrí k základným a zásadným službám pre občanov s ťažkým zdravotným postihnutím. Do Európy sa metóda podporovaného zamestnávania dostala v deväťdesiatych rokoch 20. storočia. (Blumberger, 2002).

V Európe patria k najúspešnejším priekopníkom škandinávské krajiny. Najďalej je Nórsko, ktoré je významné tým, že sa rozhodlo testovať v praxi podporované zamestnávanie v snahe zvrátiť nežiadúci trend zvyšovania výdavkov na sociálne dávky. Odvtedy sa štátna politika v Dánsku a Nórsku nesie pod názvom „práca musí byť preferovaná pred poberaním dávok“. Ekonomická výhodnosť podporovaného zamestnávania sa stala dôvodom pre zavedenie podporovaného zamestnávania ako štandardnej služby zamestnanosti, prioritne financovanej z verejných zdrojov.

Z ostatných Európskych krajín nájdeme fungujúci národný systém podporovaného zamestnávania v Nemecku. Služba sa nazýva „služby expertov pre integráciu“, je poskytovaná neverejnými poskytovateľmi. Podľa zákona o pracovnej rehabilitácii musí byť v Nemecku v každom regióne aspoň jedna organizácia, poskytujúca služby podporovaného zamestnávania. PZ v Nemecku je financované prostredníctvom kontraktov, ktoré majú za úlohu umiestniť nezamestnaných klientov z Úradu práce na otvorený trh práce. V ostatných Európskych krajinách je PZ nerovnomerne dostupnou, ale žiadanou službou. Pre rozvoj

podporovaného zamestnávania v Európe je dôležitý vplyv zastrešujúcej organizácie – Európskej únie pre podporované zamestnávanie (EUSE) a Svetovej asociácie pre podporované zamestnávanie (WASE). EUSE bola založená v roku 1992, jej členmi sú v súčasnosti národné organizácie podporovaného zamestnávania (EUSE, Európske štandardy kvality v PZ, 2000)

História podporovaného zamestnávania **na Slovensku** sa viaže k roku 1998, kedy v rámci projektu decentralizácie a transformácie sociálnych služieb v rámci projektu PHARE vznikla v Bratislave prvá Agentúra podporovaného zamestnávania. Cieľom tejto novej služby zamestnanosti bolo v tom čase vytvoriť novú formu pomoci pre občanov s ťažkým zdravotným postihnutím, ktorí chcú a môžu pracovať, chcú sa prostredníctvom riadnej práce začleniť na trhu práce. Vďaka tomuto projektu sa podarilo v priebehu ďalších rokov vytvoriť sieť spolupracujúcich Agentúr podporovaného zamestnávania pomáhajúcich občanom so zdravotným postihnutím a dlhodobo nezamestnaným osobám pri hľadaní si práce a jej udržaní (Záhorcová, Projekt decentralizácie a transformácie sociálnych služieb, MPSVR, 1997)

V roku 2000 z iniciatívy MPSVR a APZ n. o., v spolupráci s BBRZ Rakúsko vznikli ďalšie tri Agentúry podporovaného zamestnávania na Slovensku – APZ n. o. v Banskej Bystrici, vo Vranove nad Topľou a Agaut v Bratislave. Okrem toho sa začali profilovať ďalšie organizácie, ktoré poskytujú podporované zamestnávanie v rámci komunitných služieb, alebo v rámci Agentúr sociálnych služieb, ako aj pre ďalšie cieľové skupiny, nielen pre občanov so zdravotným postihnutím.

V priebehu rokov 2001- 2002 v rámci projektov Access PHARE a SOCRATES GRUNDTVIG sa v spolupráci so zahraničnými partnermi školili manažmenty Agentúr podporovaného zamestnávania, pracovníci Úradov práce a pracovní asistenti agentúr. Bol spracovaný návrh „Pracovného profilu pracovného asistenta/poradcu pre podporované zamestnávanie“, návrh programu

„Vzdelávanie pracovníkov služby podporovaného zamestnávania“, ako aj „Základné princípy poskytovania služieb podporovaného zamestnávania“ (Záhorcová, Projekt Vzdelávania pracovníkov v podporovanom zamestnávaní, 2001).

V rámci projektu NÚP sa v rokoch 2002 a 2003 overoval „Systém financovania služieb podporovaného zamestnávania“ zmluvnou formou medzi NÚP OÚP a jednotlivými Agentúrami podporovaného zamestnávania v regiónoch. Overil sa tak systém poskytovania služieb zamestnanosti postavený na pracovnej asistencii, vedení klienta so zdravotným postihnutím pri hľadaní pracovných príležitostí, umiestnení na trhu práce a udržaní si ohrozeného pracovného miesta. Z výročných správ jednotlivých Agentúr podporovaného zamestnávania sa dozvedáme, že jednotlivé APZ sa starajú cca o 50 - 350 klientov ročne, kvóta úspešnosti pri nájdení pracovného miesta a jeho udržaní je cca 30 %. (Zmluva o spolupráci medzi APZ a NÚP, 2003, 2004). Súčasťou je spolupráca so zamestnávateľmi.

V roku 2004 sa vytvoril priestor pre právnu úpravu podporovaného zamestnávania v SR., Agentúry podporovaného zamestnávania boli zadefinované **Zákomom o službách zamestnanosti č.5/2004 Zb. z. ako jeden z nástrojov služieb zamestnanosti. Prirodzeným dovŕšením prvej etapy podporovaného zamestnávania bol vznik Slovenskej únie podporovaného zamestnávania v novembri roku 2004.**

Obdobie rokov 2005 - 2009 je charakterizované rozvojom podporovaného zamestnávania formou vytvárania Agentúr podporovaného zamestnávania (APZ) v Slovenskej republike. V priebehu týchto rokov vzniklo takmer 20 nových Agentúr podporovaného zamestnávania.

Je to obdobie, v ktorom sa vďaka projektu EQUAL podporeného ESF začala etapa tvorby kritérií kvality a štandardov kvality. „Štandardy kvality podporovaného zamestnávania“ boli vytvorené vďaka dvojročnému úsiliu 21

APZ v projekte EQUIP, ktorý bol podporený vďaka SAAIC v programe Celoživotného vzdelávania.

V rokoch 2010-2020 sa počet pracujúcich a fungujúcich APZ pohyboval v rozmedzí 30 -57 APZ. Vzhľadom k tomu, že Slovenská republika doteraz nezaviesla proces financovania služby podporovaného zamestnávania, mnohé APZ fungujú iba z projektov v rámci európskych zdrojov financovania alebo malých domácich projektov. **Financovanie „služby podporovaného zamestnávania“ SR systémovo stále nevyriešila. Znamená to, že prístupnosť k tejto službe zamestnanosti pre občanov so zdravotným postihnutím nie je ukotvená v systéme sociálnych politík, teda hlavne v legislatíve služieb zamestnanosti.**

Podporované zamestnávanie ako služba zamestnanosti

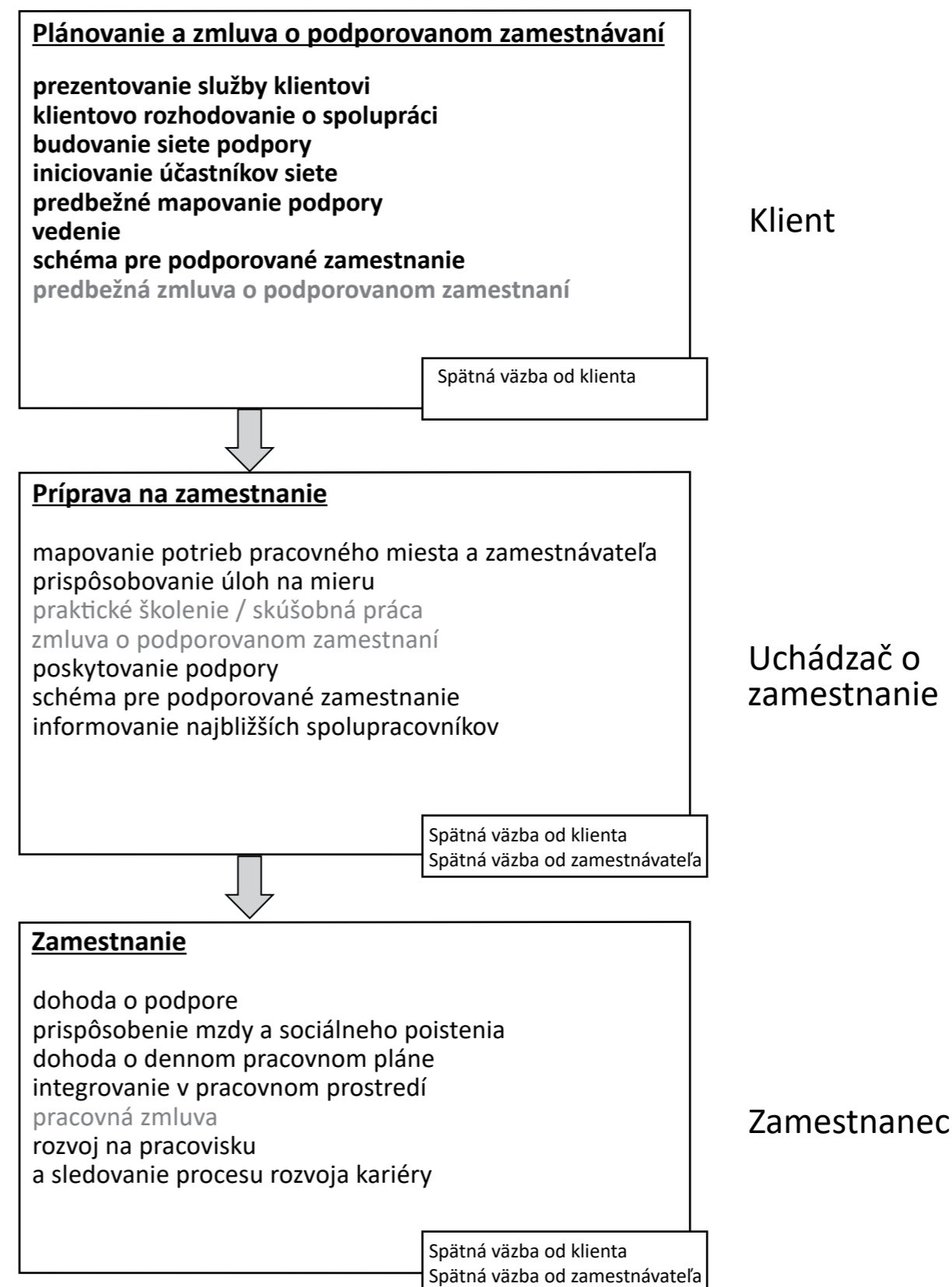
Slovenská únia podporovaného zamestnávania definuje podporované zamestnávanie ako časovo ohraničenú službu určenú občanom so zdravotným postihnutím a dlhodobo nezamestnaným, ktorí hľadajú riadne zamestnanie na otvorenom trhu práce za rovnakých mzdových podmienok (Zriaďovacia listina SÚPZ)

Zákon o službách zamestnanosti č.5/2004 Zb. z. definuje podporované zamestnávanie prostredníctvom § 58 ako činnosť Agentúry podporovaného zamestnávania, poskytujúcej služby občanom so zdravotným postihnutím, dlhodobo nezamestnaným občanom a zamestnávateľom, zamerané na uľahčenie získania zamestnania alebo na udržanie zamestnania alebo na uľahčenie získania zamestnanca z radov občanov so zdravotným postihnutím a dlhodobo nezamestnaných občanov (Zákon č.5/2004).

Metodika SUPZ uvádza ako kľúčové nasledovné metódy:

- Vyhľadávanie voľných pracovných miest, vyhľadávanie zamestnávateľov ochotných vytvoriť pracovné miesto pre občana so ZP
- Poradenstvo pre zamestnávateľov a klientov
- Diagnostika pracovného potenciálu
- Individuálna podpora klienta
- Monitoring na pracovisku zamestnanca
- Vedenie klienta - job coaching na pracovisku
- Príprava na pracovné miesto – tréningy klientov, budúcich zamestnancov
- Pracovné stretnutia – tímové riešenie situácie klienta, tvorba pracovných plánov
- Konzultácie s partnermi v sieti - ÚPSVR, Sociálna poisťovňa, psychologické poradne
- Koordinácia aktivít za účelom jednotného vedenia a usmerňovania aktivít zameraných na zamestnávanie klienta
- Pracovná asistencia vytvára predpoklady pre podporu riešenia problémov, ktoré súvisia s výberom vhodného pracovného miesta, prípravou na pracovné miesto, poradenstvo pri krízových situáciách na pracovisku, podporu procesu pri udržaní si pracovného miesta, poradenstvo súvisiace s finančným manažovaním potrieb klienta, individuálne zaškolenie na pracovisku, poradenstvo pre zamestnávateľa pri úspešnej adaptácii na zamestnanca so ZP na pracovisku, poradenstvo pri vytváraní vhodných pracovných miest.

Fázy procesu podporovaného zamestnávania z pohľadu práce s klientom



Príklady dobrej praxe z činnosti APZ

Udržanie si práce

Marek je 21 ročný marketingový manažér, ktorému bola nedávno diagnostikovaná depresia, následkom čoho u neho pretrvávajú problémy. Klient vyžaduje medikamentóznú liečbu, ktorá mu pomáha prekonať symptómy depresie a realizovať každodenné aktivity, vedľajšie účinky liekov však ovplyvnili jeho dochádzku a výkonnosť v práci.

Marekova práca vyžaduje prácu na plný úväzok, pričom ide o prácu na zmeny. Je zodpovedný za riadenie tímu, kontrolu vystavovania tovaru v obchode a pomáha s rozhodnutiami ohľadne novej sezónnej výzdoby obchodu.

Marekov pracovný výkon pred ochorením bol dobrý. Po nástupe ochorenia jeho výkon dramaticky utrpel a dostal sa až do bodu, kedy bol v ohrození straty práce. Jeho zamestnávateľ nebol spokojný s jeho výkonom, a preto mu chcel dať výpoveď.

Marek kontaktoval poradcu v Agentúre podporovaného zamestnávania, aby mu pomohol udržať si prácu. Poradca mu pomohol nasledujúcimi spôsobmi:

- Poučil zamestnávateľa o depresii a potenciálnom dopade tohto ochorenia na prácu, aby pochopil, čím Marek prechádza
- Informoval zamestnávateľa o jeho zodpovednostiach vyplývajúcich zo Zákona o službách zamestnanosti. Navrhol potenciálne vhodné prispôsobenia, ktoré by Marekovi umožnili pokračovať v práci, kým sa stabilizuje jeho situácia
- Zobral do úvahy skutočnosť, že Marekove lieky potrebujú 6 až 8 týždňov na to, aby sa dostavil ich pozitívny efekt
- Navrhol plán zotrvania v práci, ktorý zobral do úvahy Marekovu únavu a nedostatok koncentrácie. Plán zahŕňal redukovaný počet pracovných hodín bez skorého nástupu do práce

na prvé tri týždne. Tento plán bol posudzovaný na týždennej báze, aby bol zaručený progres. Počas nasledujúcich 5 týždňov sa počet pracovných hodín postupne zvyšoval. Neskôr Marek začal znovu rotovať v rámci svojich smien.

Stačilo osem týždňov a Marek sa vrátil k svojim bežným povinnostiam a pracovným hodinám a úspešne sa integroval späť na pracovisko.

Udržanie pracovného miesta

Zuzana je 48 ročná žena trpiaca stavmi úzkosti a depresívnymi myšlienkami, ktorá sa stala klientkou APZ, pretože nebola schopná vysporiadať sa s novými pracovnými úlohami vyplývajúcimi z jej povýšenia. Jej pracovný výkon pred povýšením bol primeraný. V rámci svojej novej pozície však potrebovala rozsiahle zlepšenie.

Zamestnávateľ požiadal APZ o pomoc pre Zuzanu, aby poradcovia pre podporované zamestnávania identifikovali skutočné problémy týkajúce sa jej pracovného výkonu. Mala problém s manažovaním času a nebola schopná naplniť všetky aspekty svojej práce. Na pozícii asistentky Zuzana manažovala tím a spracovávala dôležité správy pre vedenie. Bolo očakávané, že bude pracovať 37 hodín týždenne. Personálne oddelenie firmy, v ktorej Zuzana pracovala, ju chcelo vrátiť na pôvodnú pozíciu a takisto jej znížiť mzdu.

Poradca pre PZ počas úvodného hodnotenia zistil, že problémy s výkonnosťou sa objavili okamžite po tom, ako bola Zuzana povýšená. Pri porovnaní podstatných povinností v starej a novej pozícii zistil, že nová pozícia bola vo svojej podstate viac administratívna a Zuzana trávila veľkú časť dňa písaním správ.

Poradca sprostredkoval diagnostikovanie porúch učenia, s cieľom zistiť, či v prípade Zuzany nejde o problémy spojené napríklad s dyslexiou. Hodnotenie potvrdilo dyslexiu, takisto potvrdilo, že príprava správ, ktoré Zuzana pripravuje, by mala zabrať len málo času. Súčasťou hodnotenia boli aj návrhy na nenáročnú úpravu, ktoré môže zamestnávateľ zrealizovať, aby Zuzane umožnil zostať na vyššej pozícii.

Opatrenia zahŕňali realizáciu týchto krokov:

- Zabezpečenie Softvéru pre dyslektikov
- Tréning v používaní softvéru
- Zapísanie Zuzany do večerného počítačového kurzu, aby si zlepšila prácu na počítači
- Prípravu plánu návratu do práce
- Opatrenie v rámci zamestnania, ktoré umožnilo, že Zuzana bude poznámky diktovať a text bude písať na počítači niektorý z kolegov.

Tento plán bol posudzovaný každý týždeň v rámci jedného mesiaca. Zuzana zostala vo vyššej pozícii, pričom si oveľa zlepšila úroveň svojej výkonnosti. Zamestnávateľ bol s výsledkom takisto spokojný.

Získanie pracovného miesta

Peter má 36 rokov a žije s diagnózou Downov syndróm. Vyštudoval špeciálnu základnú školu, následne 6 rokov navštevoval Praktickú školu. Po jej absolvovaní prišiel do APZ s rodičmi s prosbou o vyhľadanie zamestnania. Peter je veselý, usmievavý muž s dobrými komunikačnými schopnosťami, cielavedomý, zodpovedný, spolupracujúci. Rozumie zadaniam a úlohám, je vysoko motivovaný pre výkon. Má problémy s matematickými schopnosťami, číta s porozumením. Psychologické vyšetrenie poukázalo na stredný stupeň mentálnej retardácie. Peter ešte nikde nepracoval, jeho predstavy o zamestnaní preto nevie popísať, ale do zariadenia sociálnych služieb sa nechce zaradiť, ani rodičia tomu nie sú naklonení, toto zdôrazňujú pri príchode.

Po niekoľkých stretnutiach s Petrom v APZ sme zvolili metódu exploračnej schopností a zručností v oblasti mobility, komunikačných a sociálnych zručností, ako aj profesijných zručností.

Odporúčania:

- Dohodli sme sa s Petrom na pravidelnom dochádzaní do APZ
- Na stretnutiach sme riešením malých pracovných úloh zisťovali jeho výdrž, sústredenie sa na prácu, kvalitu práce

- Niektoré situácie sme modelovali tak, aby Peter prejavil svoju samostatnosť, tvorivosť, schopnosť riešiť situácie
- Sledovali sme aj vzťahy, ktoré si na pracovisku postupne vytváral
- Sledovali sme schopnosť jeho samostatného dochádzania do APZ, s prípadným využitím dopravných prostriedkov

Po troch mesiacoch sa naskytla možnosť nepravidelnej práce na otvorenom trhu práce v blízkom obchodíku, kde majiteľka potrebovala pracovnú silu niekoľkokrát do týždňa s pracovnou náplňou upratovanie, donáška a odnesenie pošty a dokladanie drobného tovaru do regálov. Keďže počas zácviaku v APZ Peter dochádzal na drobné nákupy do obchodíka, vytvoril si obraz milého chlapíka a nakoniec po rozhovore majiteľky obchodu s poradcom podporovaného zamestnávania vznikla dohoda o práci. Peter už poznal svoje pracovné prostredie a aj majiteľku, poradca APZ ho v adaptačnej fáze pripravil na nové pracovné povinnosti. Peter tam pracuje dodnes.

Zapojenie SUPZ do projektov transformácie sociálnych služieb

Od roku 2013 sa SUPZ podieľala na Národnom projekte Deinštitucionalizácie a transformácie sociálnych služieb, od roku 2019 na Národnom projekte Deinštitucionalizácia a transformácia sociálnych služieb - podpora transformačných tímov, ako jeden z partnerov projektov. Úlohou SUPZ v projektoch transformácie je podpora prijímateľov pobytových sociálnych služieb, zapojených do projektu, ale aj podpora zamestnancov formou vzdelávania a konzultačnej činnosti. Cieľom je motivovať manažmenty a prijímateľov v hľadaní nových foriem fungovania v komunite, **aktivitáciou a rôznymi formami pracovného začlenenia...**

Čo je prioritou v témach o ktorých diskutujeme?

AKTIVIZÁCIA

Dlhodobá pasivita, segregácia a sociálna izolácia boli dlhé roky sprievodným javom života prijímateľov sociálnych služieb v pobytových zariadeniach sociálnych služieb. Skupinový systém dohľadu, skupinová práca s prijímateľmi sociálnych služieb prinášajú minimálne možnosti pre motiváciu žiť svoj život aktívne, plnohodnotne a podľa svojich predstáv. Svet jednotvárnosti, stereotypov, uniformity, sa stáva začiatkom pre **pasivitu a naučenú bezmocnosť**.

Aktivizácia ako program v Národnom projekte prináša podnety pre nové skúsenosti a nové zážitky pre prijímateľov SS a aj pre zamestnancov.

Aktivizáciu prijímateľov sociálnych služieb definuje § 7 Zákona č. 485/2013 Z.z., ktorým sa mení a dopĺňa Zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov, ktorý zakotvil právo prijímateľa na aktivizáciu podľa svojich potrieb, schopností a možností a na druhej strane povinnosť poskytovateľa mu túto aktivizáciu poskytnúť na odbornej úrovni. V § 6 tohto zákona odstavce 2 písmeno a) hovorí, že **fyzická osoba má právo na poskytovanie sociálnej služby, ktorá svojim rozsahom, formou a spôsobom poskytovania umožňuje realizovať jej základné ľudské práva a slobody, zachováva jej ľudskú dôstojnosť, aktivizuje ju k posilneniu sebestačnosti, zabraňuje jej sociálnemu vylúčeniu a podporuje jej začlenenie do spoločnosti**

Malíková/2011/ definuje aktivizáciu, ako proces, ktorý zahŕňa:

1. Voľnočasové a záujmové aktivity.
2. Poskytnutie pomoci pri obnovení alebo udržaní kontaktu s prirodzeným sociálnym prostredím.
3. Pomoc pri nácviku a zlepšovaní všetkých schopností (motorických, psychických a sociálnych) klienta.

Za prvoradáce zdôrazňuje **predchádzanie pasivite** a ponúknutie prostredia bohatého na

stimuly, so zameraním na redukciu deprivácie a spoločenskej izolácie. Všetky metódy a terapeutické prístupy sociálnej práce musia byť cieľené na zamestnávanie činnosťami, ktoré **obohacujú a spríjemňujú každodenný život**.

Livečka (2004) definuje aktivizáciu nasledovne:

1. **Preventívne činnosti** – uskutočňovanie opatrení, ktoré pozitívne ovplyvňujú udržanie nadobudnutých funkcií formou účasti na vzdelávacích aktivitách týkajúcich sa sebaoznania, využívania multimédií, rozširovanie obzorov na témy týkajúcich sa zdravia alebo špecifických tém podľa preferencií jednotlivcov.
2. **Rehabilitačné činnosti** – trvalé venovanie pozornosti na udržiavanie a posilňovanie fyzických a duševných schopností. S touto oblasťou súvisia najmä tréningy pamäti a cvičenia na udržanie kondície, psychických a telesných dispozícií.
3. **Posilňovacie činnosti** – prebudenie záujmu o nové veci a prehĺbenie už existujúcich voľnočasových aktivít, prípadne ich objavenie sa vo vzťahu k práci s multimediálnym technológiami, aj so životom mimo SS
4. **Anticipačné činnosti** – dokázať sa pripraviť na budúce zmeny

Plne sa stotožňujeme s prístupmi oboch autorov a na ich definíciách a vlastnej skúsenosti z dlhodobej podpory osôb so zdravotným postihnutím a prijímateľov sociálnych služieb sme postavili **programy aktivizácie** pre prijímateľov sociálnych služieb zapojených do projektov transformácie sociálnych služieb.

Programy aktivizácie prijímateľov sociálnych služieb prezentujeme prostredníctvom konzultácií v projekte. Nastavili sme ciele aktivizácie nasledovne:

- **zlepšovanie kvality života** prijímateľov SS a smerovanie k životu v komunite
- **obmedzenie sociálneho vylúčenia**, resp. zmiernenie jeho dôsledkov

- **presadzovanie sociálnej zmeny** na zlepšenie prosperity - mať prácu a mať bývanie v komunite
- pomoc, podpora, sprevádzanie, posilňovanie a zmocňovanie klientov, ich **participácia v komunite**

Prijímateľov sociálnych služieb sprevádzame na rôznych aktivitách v komunite, ponúkame im brigádu na Radničkiných trhoch, pozvali sme ich na trhy práce ako Profesia Days, sprostredkovali sme im stretnutia s rovesníkmi, ktorí predtým tiež žili v DSS a dnes majú svoje bývanie v zariadení podporovaného bývania, majú svoju prácu, ale aj podporu s ambulatnou sociálnou službou, ak ju chcú využiť.

Obrázok č. 1,2,3



obr. 1 Profesia Days – vyhľadávanie práce



obr. 2 Tréning na pošte



obr. 3 Tréning na ÚPSVR

Aktivizácia formou „ochutnávky práce“.

Mnohí prijímatelia sociálnych služieb žijú od detstva v zariadeniach sociálnych služieb, preto otázka „čím by si chcel byť“ a „čo by si chcel robiť?“ je pre nich síce zaujímavá ale nemá odpoveď, poznajú iba kuchárku, upratovačku, zdravotnú sestru a sociálnu pracovníčku, či údržbára. Preto pre nich v projekte organizujeme „ochutnávku práce“ na konkrétnych pracoviskách. **Obrázok č.4,5,6,7**



obr. 4 Tréning v chránenej dielni kaviarni Radnička s baristkou



obr. 5 Ochutnávka práce v MC Donalde Z Ladomerskej Viesky do Bratislavy



obr. 6 Balenie v chránenej dielni – vianočné pečivo pre Siemens



obr. 7 Balenie komponentov pre IKEU – chránená dielňa Jakubov

Pre úspešné začlenenie do pracovného a verejného života je dôležité najprv rozvíjať a podporovať prijímateľov v štyroch oblastiach aktivizácie (Blumberger, 2004)

- Rozvíjať zručnosti v mobilite
- Rozvoj komunikačných zručností
- Rozvoj sociálnych zručností
- Rozvoj profesijných zručností

Čo to znamená- rozvíjať zručnosti pre prácu v týchto oblastiach ?

Znamená to mať pri sebe človeka, poradcu, sociálneho pracovníka, ktorý mi pomôže prekonať prvé nesmelosti, neskúsenosť, podporí ma, ukáže prvé riešenia. Naučí ma vedieť požiadať o pomoc. Pri cestovaní, orientácii v novom meste, naplánovať si peniaze na cestu do práce, naučí ma čo robiť, keď budem potrebovať pomoc. Ale aj predstaviť sa, vyplniť úlohy v prvom zamestnaní, fungovať v tíme, dodržiavať pravidlá. Vedieť vypočítať, mať svoje predstavy a vedieť ich vyjadriť. Vyskúšať si niektoré práce a profesie a rozhodnúť sa, čo ma baví. Mať svoj súkromný život, robiť čo ma baví a s kým chcem byť vo svojom voľnom čase... **Obrázok č. 8**



obr. 8 Aktivačná činnosť formou dobrovoľníckej činnosti u starostky v Lipovej s pomocou pracovnej asistentky

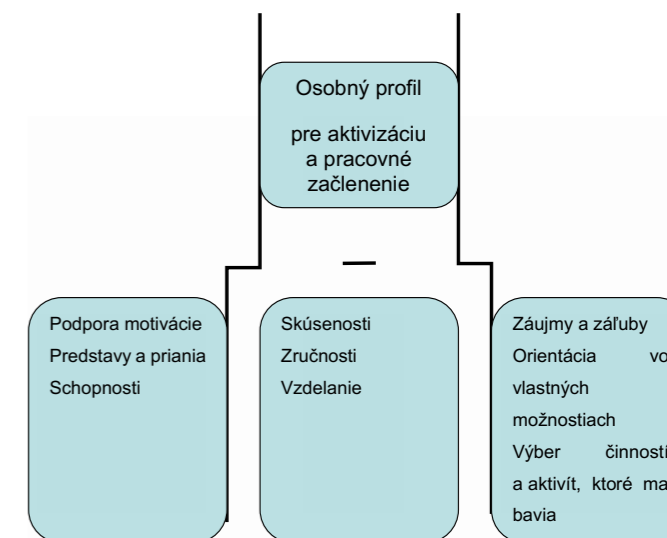
Aktivizácia sa týka všetkých prijímateľov sociálnej služby, aj tých s vysokou mierou podpory a s vysokým stupňom odkázanosti. Preto sú v projekte NPDI PTT aj programy zamerané na aktivizáciu týchto cieľových skupín. V oblasti alternatívnych foriem komunikácie, sebaobslužných činností, ergoterapie, fyzioterapie a ponuky denných činností s týmito cieľovými skupinami.

Príklady tém pre aktivizáciu prijímateľov s vysokou mierou podpory

Zdroj: interný materiál SUPZ v projekte NPDI PTT

Zdravotné a kompenzačné pomôcky podporujúce aktivizáciu prijímateľov
Sebaobslužné činnosti - ako ich rozvíjať u prijímateľov s vysokou mierou podpory?
Ergoterapia - metóda, ktorá pomáhať rozvíjať samostatnosť u prijímateľov
Aktivizácia prijímateľov s viacnásobným postihnutím
Priestorová orientácia u nevidiacich prijímateľov SS
Komunikácia s prijímateľmi s poruchami verbálnej komunikácie
Polohovanie a fyzioterapeutické prístupy pre prijímateľov s vysokou mierou podpory
Aktivizácia a podpora prijímateľov s viacnásobným postihnutím

Kľúčovým princípom aj pri aktivizácii je **individuálny prístup** k prijímateľovi sociálnej služby. Preto výstupom v programe AKTIVIZÁCIE je jej plánovanie a tvorba osobného profilu pre aktivizáciu a pracovné začlenenie.



PRACOVNÉ ZAČLENENIE

Poznáme 4 základné modely, ktoré odporúča Rada Európy pre pracovné začlenenie prijímateľov SS a sú odskúšanou a dobrou praxou aj na Slovensku.

• Model podpory na otvorenom trhu práce

Pracovné začlenenie na otvorenom trhu práce. Vychádzame zo základnej filozofie podporovaného zamestnávania, že **“každý človek, aj so zdravotným postihnutím” je schopný pracovať na otvorenom trhu práce, ak má k tomu vytvorené podmienky, podporu a pomôcky.”** Tento model vyjadruje najnovšie trendy súvisiace aj s prístupmi, ktoré sa v praxi overili ako najefektívnejšie a vychádzajú zo skúseností, že **bežné podmienky práce a bývania sú najlepšou školou pre rozvoj zručností.**

• Model podpory v chránenom pracovnom prostredí

Ludia, ktorých **kapacity pre produktívnu prácu sú limitované** a ktorí sú tak ťažko zdravotne postihnutí, že je pre nich nemožné pracovať dočasne alebo úplne na bežnom trhu práce, by mali mať možnosť **práce v chránenom zamestnaní.** Získajú tak pocit bezpečia a vysokú mieru podpory. Chránené dielne sú dnes vnímané ako priestor pre zaučenie, pre naštartovanie do pracovného procesu, ako terapeutické priestory. Klienti z nich po zaučení tiež smerujú na otvorený trh práce.

• Model prepojenia trhu práce so sociálnou službou

Niektorí ľudia so zdravotným postihnutím môžu **potrebovať modifikované programy kombinujúce prvky chráneného zamestnávania v systéme bežného trhu práce,** prípadne s kombináciou sociálnej služby. Takéto podporované alebo prechodné zamestnanie by malo vychádzať z ich individuálnych potrieb a želaní.

• Model podpory v centre pracovných a sociálnych aktivít

Niektorí ľudia so zdravotným postihnutím **nebudú hneď schopní pracovného začlenenia.** Napriek tomu by malo byť vyvinuté úsilie podporiť ich k takému životu, ktorý ich bude

uspokojovať. Tí, s najviac limitovanými schopnosťami, by mali byť vedení k využívaniu **služieb centier pracovných aktivít,** ktoré by im umožňovali vykonávať aktivity nie s ohľadom na produktivitu, ktoré by ale zároveň pomáhali rozvíjať ich funkčné, sociálne a pracovné schopnosti.

Odporúčania Rady Európy(2002). Obr. 11,12,13

Uvedené modely v praxi využívajú agentúry podporovaného zamestnávania pri individuálnej podpore a pri začlenení osôb so zdravotným postihnutím do komunitného života, stávajú sa **nástrojmi pre pracovnú a sociálnu integráciu.**



obr. 11 Pečenie perníkov v Integrovanom centre



obr. 12 Balenie perníkov – zákazka v Rehabilitačnom stredisku pre SLSP



obr. 13 Práca na zákazke v rehabilitačnom stredisku – pečenie trubičiek

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- Bednárík, R., Hanzelová, E., Kostolná, Z., Repková, K., Reichová, D. 2006. Zmapovanie súčinnosti subsystémov sociálnej ochrany na zlepšenie zamestnanosti a zamestnateľnosti občanov so zdravotným postihnutím, I. etapa, Záverečná správa, IPVPR, Bratislava.

- Blumberger, W., Keppelmüller, P., Rückemann, G. 2004. Between Market- and Welfare „ u.i „System. European Platform for Vocational Rehabilitation, Bruxelles. IBE Linz in cooperation with FH Heidelberg. (správa výskumu) Linz, Heidelberg.
- Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím, 2007. WHO.
- Služby podporovaného zamestnávania v Euroregióne, APZ, Bratislava, 2003
- Záhorcová, V., 2008 Príklady dobrej praxe- podporujeme deinštitucionalizáciu v sociálnej oblasti, žiadosť o blokový grant OSF, projekt APZ, Bratislava.
- Výberové zisťovanie pracovných síl/VZPS 4/2006,. 2006. Štatistický úrad SR, Bratislava.
- Záhorcová,V., 1997 . Projekt Decentralizácia a transformácia sociálnych služieb, Bratislava. Záverečná správa projektu Curriculum Education Phare ACCES, 2001.
- Zákon NR SR č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

PhDr. Viera Záhorcová, PhD. je zakladateľkou podporovaného zamestnávania na Slovensku, založila prvú Agentúru podporovaného zamestnávania v SR. Vytvorila model prepojenia sociálnych služieb a služieb zamestnanosti v praxi, poskytujúci podporu klienta so zdravotným postihnutím na ceste k nezávislému životu v komunite, s možnosťou čo najväčšej novej aktivizácie a zamestnania. Pracuje v Slovenskej únii podporovaného zamestnávania, aktuálne na projekte Deinštitucionalizácie a transformácie sociálnych služieb – podpora transformačných tímov ako expertka pre aktivizáciu a zamestnávania. Je garantom dvoch sociálnych služieb, ktoré prevádzkuje Inklúzia o.z. Rehabilitačného strediska a Integrovaného centra, vedie dve chránené dielne, ktoré zamestnávajú zamestnancov s ťažkým zdravotným postihnutím. Venuje sa publikačnej a prednáškovej činnosti v oblasti sociálnych služieb a služieb zamestnanosti, pracovného začlenenia. Venuje sa tvorbe modelov pomoci osobám so zdravotným postihnutím, ktoré vytvárajú podmienky pre inkluzívne začlenenie a podieľa sa priamo na ich realizácii.



Kam kráčaš opatrovateľská služba?

Demografický vývoj v ostatnom čase preukazuje, že spoločnosť starne. Hovorí o tom aj nespochybniteľné štatistické údaje – 16 %-ný podiel seniorov nad 65 rokov na celkovej populácii. Prirodzeným dôsledkom starnutia je zhoršovanie zdravotného stavu seniorov a vyššia potreba zdravotných a sociálnych služieb v spoločnosti.

Jedna z najžiadanejších sociálnych služieb – opatrovateľská služba bola v roku 2020 predmetom kontroly Najvyššieho kontrolného úradu v SR. Ide o sociálnu službu, ktorá sa v rámci reformy verejnej správy v roku 2004 stala originálnou kompetenciou miestnej samosprávy. Dovtedy ju spravoval štát. Ešte predtým treba povedať, že starostlivosť o človeka odkázaného na pomoc druhých, má dve formy. Buď sa poskytuje priamo blízkou osobou odkázaného člena rodiny – príbuzným, alebo sa poskytuje profesionálnym opatrovateľom / opatrovateľkou – cudzou osobou. Zvykli sme si tých prvých nazývať neformálni opatrovatelia, tých druhých zasa formálni opatrovatelia. Tých prvých (neformálnych) na Slovensku pracuje takmer 60 tisíc, tých druhých (formálnych) necelých 20 tisíc osôb. Neformálni opatrovatelia dostávajú za svoju prácu od štátu príspevok na opatrovanie, formálni opatrovatelia dostávajú od svojho zamestnávateľa mzdu.

Kto je zamestnávateľ, čiže kto má v kompetencii výkon opatrovateľskej služby? Od roku 2004, kedy bol prijatý zákon o sociálnych službách, je to výlučne miestna samospráva,

čiže každé mesto alebo obec. Vzhľadom na individuálny charakter služby by to v podstate malo robiť naozaj každé mesto alebo obec, lebo aj v tých celkom malých obciach alebo práve v nich žijú odkázaní starší občania bez náležitej podpory či pomoci. Realita je však iná. Opatrovateľskú službu občanom poskytuje priamo vo vlastnej réžii len tretina samospráv (cca 1000). Menšiu časť pokrývajú neverejní poskytovatelia na základe zmluvy s obcou, ktorá im garantuje príspevok na úhradu nákladov. A napokon sú tu neverejní poskytovatelia bez podpory obce / mesta, ktorí musia celé vynaložené náklady na službu premietnuť do poplatku od opatrovaných. Od začiatku reformy verejnej správy (rok 2004) neverejní poskytovatelia bojujú za rovnoprávnosť podmienok pre všetkých, ktorí potrebujú opatrovateľskú službu. Či už za rovnaké podmienky verejných a neverejných poskytovateľov alebo za rovnaké podmienky pre formálnych a neformálnych opatrovateľov.

Dlhé roky sa nič nedialo. Až v poslednom období došlo k zmenám, ktoré naznačujú, že opatrovateľská služba by mala nadobudnúť nové rozmery a novú vážnosť. To, čo jej chýba, je dostatok kvalifikovaných zamestnancov, ktorých odrádza od práce nízke mzdové ohodnotenie, ktoré je, v porovnaní s vyspelými štátmi, veľmi nedostatočné. To spôsobuje, že naše opatrovatelky dávajú prednosť práci v zahraničí, ktorá je spojená aj s ďalšími sociálnymi benefitmi.

Proces profesionalizácie práce a systém odmeňovania sa posunul len veľmi mierne. Takmer 80 % starostlivosti poskytujú členovia rodiny - neformálni poskytovatelia. Títo nemajú povinnosť ďalej sa vzdelávať, či robiť skúšky, a preto ich úroveň stagnuje. Nízka zamestnanosť (nedostatok opatrovateľov) je spôsobená najmä ohodnotením opatrovateľov. V roku 2019 to bolo 586 euro mesačne u verejných poskytovateľov a 441 euro u neverejných poskytovateľov. Nedôstojné ohodnotenie, ktoré osciluje okolo výšky minimálnej mzdy, má hlavne, a bude mať aj v budúcnosti, vplyv na zabezpečenie kvalifikovanej pracovnej sily. Tá má rozhodujúci vplyv aj na zabezpečenie požadovanej kvality v poskytovaní starostlivosti. Alarmujúcim stavom zamestnanosti v tejto oblasti je fakt, že najmä v Rakúsku pracuje cca 20 tisíc našich opatrovateliek. Prieskum kvalifikácie našich evidovaných nezamestnaných ukázal, že v evidencii máme minimálne 4 tisíc nezamestnaných s požadovanou kvalifikáciou, ktorí však nie sú spokojní s ponúkanou mzdou. A tak radšej zostávajú v evidencii. Pritom sa zamestnávajú v oblasti sociálnych služieb javí ako jeden z nástrojov znižovania regionálnych rozdielov a udržania života v malých obciach, čo je aj pre nás extrémne dôležité.

I napriek skutočnosti, že v ostatných rokoch sa prijali dôležité legislatívne úpravy v zákone o sociálnych službách (napr. spracovanie komunitných plánov), je implementácia týchto opatrení vysoko formálna alebo žiadna. Rozvoj sociálnych služieb, ktorý má byť zrkadlom sociálnej politiky miestnej samosprávy, je na nízkej úrovni. Súvisiace úlohy, ako rozvoj služieb na základe prieskumu, stanovenie konkrétnych cieľov a priorít, vedenie evidencie prijímateľov, zabezpečenie dostupnosti sociálnych služieb, sú vysoko formálne a nemôžu pôsobiť ako nástroj na pozitívny vplyv opatrovateľskej služby, najmä v oblasti duševného zdravia, a tak zabezpečiť znížený dopyt v inštitucionálnej starostlivosti.

Kontrola NKÚ odhalila veľmi vážne pochybenia v systéme opatrovateľskej služby. Predovšetkým, opatrovateľská služba nie

je systematicky plánovaná, nie je ani predmetom komunitného plánovania ani iného zberu údajov o budúcej potrebe. Komunitné plánovanie v našich mestách a obciach je na počiatku, väčšina tých, čo mali vypracovaný komunitný plán, ho mali spracovaný externou firmou. Samozrejme, že nebol konkrétny pre potrebu obce. Neboli v ňom vyčíslené potrebné ani plánované finančné prostriedky, pretože neboli konkretizované nové služby. Údaje o poskytovanej opatrovateľskej službe celkom jednoznačne preukazovali, kedy boli služby hrazené z európskych peňazí a kedy sa už peniaze z eurofondov minuli. Všetky boli určené na zapltenie opatrovateliek, žiadne z nich nešli na odskúšanie nových foriem služby alebo na zmenu pravidiel. Zmenu snáď priniesie posledný európsky projekt, ktorý je zameraný na podporu malých obcí. Najväčším prekvapením pre kontrolórov NKÚ bolo zistenie, že obce a mestá nevedú žiadnu evidenciu žiadateľov o opatrovateľskú službu. Nemôžu preto ani plánovať a zabezpečovať potrebné zdroje. Prečo je tomu tak? Na jednej strane je to existencia inštitútu domáceho opatrovateľa, ktorého si rodina vybavuje cez sociálny odbor ÚPSVaR-u. V súčasnosti je odmena domáceho opatrovateľa na úrovni čistej minimálnej mzdy, čiže takmer na úrovni formálneho opatrovateľa obce / mesta. Je to samostatný pracovník bez spolupracovníkov, ktorí by ho mohli prípadne kontrolovať. A bez šéfa. Neformálni opatrovatelia sú tí, ktorí brzdia rozvoj opatrovateľskej služby, pretože v očiach úradníkov obecného úradu sú tou lacnou pracovnou silou, ktorá vykonáva prácu namiesto ich formálnych opatrovateľov. Oni v skutočnosti vyprázdňujú priestor domácim opatrovateľom a šetria prostriedky obce. Na druhej strane, veď štátna kasa je bezodná.

Je veľmi pravdepodobné, že neformálni opatrovatelia neboli ešte nikdy predmetom kontroly NKÚ. 60 tisíc neformálnych opatrovateľov – to je sila. To je minimálne 20 opatrovateľov do každej obce. I tej najmenšej. Kontrolovať kvalitu ich práce je takmer nemožné. Máme minimum poznatkov o úrovni ich vzdelania, nevieme nič o ich vzdelávaní. Zistiť spokojnosť ich klientov s úrovňou

starostlivosti je veľmi obťažné - zostáva to v rodine. Pracovníci obecných úradov priznávajú, že ku svojim opatrovateľom sú často veľmi benevolentní. Klienti s najvyšším stupňom odkázanosti 5 a 6 majú nárok na relatívne vysoký počet hodín opatrovania 8 - 10, čo je samozrejme viac ako je bežný pracovný čas. Oni však netrávajú na delení zmien, aby opatrovateľ uložil svojho klienta do postele, ale prenechajú to jeho rodinným príslušníkom. Opatrovateľka v skutočnosti odpracuje oveľa menej hodín, ako vykazuje.

Nie je celkom jasná ani ich motivácia k výkonu domácej opatrovateľky. A tak sa len veľmi ťažko dozvieme, či opatrovaná osoba by dala prednosť inej forme opatrovania: obecnej opatrovateľke alebo radšej dennému stacionáru, či samostatnému bývaniu s dvoma tromi spolubývajúcimi. Rovnako aj domáca príbuzná má určite svoju predstavu ako prežiť zbytok života. Ale my sa, bohužiaľ, nepýtame ľudí, ako si predstavujú posledné roky svojho života, hoci na to máme priestor pri komunitnom plánovaní.

Škoda, využime ho.

KDE SME VO VČASNEJ INTERVENCII NA SLOVENSKU?

PLATFORMA RODÍN DETÍ SO ZDRAVOTNÝM ZNEVÝHODNENÍM

Včasnú intervenciu chápeme v tomto texte v širšom kontexte ako podporu pre dieťa aj rodinu od zistenia rizika oneskoreného vývinu alebo potvrdenia diagnózy až po tranzíciu do školského zariadenia. Na Slovensku je v populačnom ročníku 3 044¹ detí so zdravotným znevýhodnením, ktoré túto podporu potrebujú.

Viac ako 10 rokov platí záväzok Slovenska z Článku 26 Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím², že *štát prijme účinné a primerané opatrenia, aby umožnili osobám so zdravotným postihnutím dosiahnuť a udržať si maximálnu možnú samostatnosť, uplatniť v plnej miere telesné, duševné, sociálne a profesijné schopnosti a dosiahnuť plné začlenenie a zapojenie do všetkých oblastí života.*

¹ ÚHP, IVP, ISP, Revízia výdavkov na skupiny ohrozené chudobou alebo sociálnym vylúčením, 2020 - <https://www.minedu.sk/revizia-vydavkov-na-skupiny-ohrozene-chudobou-alebo-socialnym-vylucenim-2020/>

² **Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím (Dohovor) v Slovenskej republike nadobudol platnosť 25.6.2010. NR SR uznesením z 9. marca 2010 a rozhodla, že ide o medzinárodnú zmluvu, ktorá má podľa čl. 7 ods. 5 Ústavy Slovenskej republiky prednosť pred zákonmi.**

Realita je však stále neuspokojivá, na čo poukazujú aj podnety od rodičov, ako aj diskusie s odborníkmi. Súčasná situácia je u väčšiny rodín nasledovná:

- 1. Nedostatok špecializovaných pracovísk a odborníkov na medicínsku diagnostiku**, čo zapríčiňuje dlhé čakacie doby pre diagnostikovanie, ako aj množstvo detí so zdravotným znevýhodnením, ktoré ani vo veku 10 – 15 rokov nemajú jasnú diagnózu, ktorá by umožňovala zodpovedajúcu podporu dieťaťu pri riešení zdravotného stavu.
- 2. Absentujúce podporné tímy v nemocniciach (psychológovia, liečebný pedagógovia, fyzioterapeuti, ...).** Často sa oznamovanie vážnej diagnózy s trvalými následkami deje bez poskytnutia krízovej intervencie a informácií. Rodičia nevedia ako postupovať ďalej, čo robiť s dieťaťom, na akú podporu majú nárok. Podpora psychológa, fyzioterapeuta, liečebného pedagóga a sociálneho pracovníka je veľmi oceňovaná, no je dostupná len výnimočne.

PhDr. Helena Woleková, PhD. celý svoj profesionálny život venuje práci v oblasti sociológie a sociálnej politiky. Angažuje sa v presadzovaní ľudských práv sociálne odkázaných občanov, sociálnym inováciám a podpore občianskych iniciatív.

V roku 2002 zakladala nadáciu SOCIA, je senior konzultantkou pre nové programy v oblasti sociálnych služieb a sociálnej práce.

Je držiteľkou Pribinovho kríža II. triedy, Radu Ľudovíta Štúra II. triedy a vyznamenania Knight in the Order of Orange Nassau (Rytier rádu Orange Nassau) piateho stupňa, ktoré jej udelila Jej Veličenstvo holandská kráľovná Beatrix za dlhoročnú spoluprácu s holandskými súkromnými nadáciami v sociálnej oblasti.



3. **Nedostatočná dostupnosť podpory pre dieťa so zdravotným znevýhodnením (ZZ) a jeho rodinu zo strany štátu.** O dostupnosti podpory z jednotlivých rezortov sa dozvedáme zo spätnej väzby od rodičov, zo Správy o stave včasnej intervencie za rok 2017³ a z Revízie výdavkov na skupiny ohrozené chudobou alebo sociálnym vylúčením za rok 2018². Zistenia poukazujú na:
- nízku opakovanú fyzioterapiu v rezorte zdravotníctva - dostupnosť len pre 17% detí so ZZ
 - rannú starostlivosť poskytovanú v 151 Centrách špeciálno-pedagogického poradenstva len pre 1 267 detí so ZZ, t. j. 14% detí so ZZ do 3 rokov
 - poberanie sociálnej služby včasnej intervencie k 31.12.2018 je len u 1 219 detí a ich rodín, t. j. 5,7 % detí so ZZ do 7 rokov
 - väčšinu intervencií pre deti so ZZ poskytujú súkromné a mimovládne organizácie za úhradu (viď obr. 1).
 - podľa prieskumu Nadácie SOCIA⁴ rodiny detí so ZZ do 7 rokov vynakladajú ročne priemerne 4 532 Eur za terapie, intervencie a stimulácie na Slovensku a v zahraničí, čo výrazným spôsobom zhoršuje ich finančnú situáciu

4. **Nedostatočná prepojenosť paralelných služieb pre dieťa a rodiču.** Paralelne poskytovaná podpora v rannom veku je pre rodinu náročná na čas pre dochádzanie do rôznych ambulancií, na vybudovanie si dôveryhodného vzťahu s odborníkmi, na zladenie rodinného života a starostlivosti o vývin dieťaťa a pod. Podľa výsledkov prieskumu Nadácie SOCIA⁴ takmer polovica respondentov (47%) uviedla, že na základe ich skúseností tieto inštitúcie spolu nespolupracujú a častokrát ani neberú do úvahy závery iných inštitúcií.
5. **Chýbajú komplexné informácie, akú formu a rozsah podpory potrebuje dieťa a rodič** na dosiahnutie rozvoja schopnosti a zručností dieťaťa v maximálnej možnej miere. Rodičia sa nevedia rozhodnúť akou formou môžu svoje dieťa rozvíjať, čo je často dôvodom, prečo hľadajú terapie na internete a na základe odporúčaní iných rodičov.
6. **Chýba alebo je nedostatočná tranzícia dieťaťa so ZZ z podporných služieb do škôlky a školy.**

Považujeme za dôležité zdôrazniť, že niektorí poskytovatelia sociálnej služby včasnej intervencie a niektoré poradne robia maximum, aby dieťa a rodina dostali vysoko-odbornú, intenzívnu a koordinovanú podporu. V podmienkach Slovenska, kde sú sociálne služby a poradne nedostatočne financované, im patrí poďakovanie.

ČO ROBÍ PLATFORMA RODÍN V OBLASTI VČASNEJ INTERVENCIIE?

Platforma rodín detí so zdravotným znevýhodnením (ZZ) považuje zavedenie dostupného a kvalitného systému včasnej intervencie za prioritu už od roku 2015. V tejto oblasti aktívne a konzistentne postupuje v zmysle dohody mimovládnych organizácií z októbra 2018, kedy Platforma dostala mandát túto tému presadzovať v spolupráci s kompetentnými inštitúciami a odborníkmi.

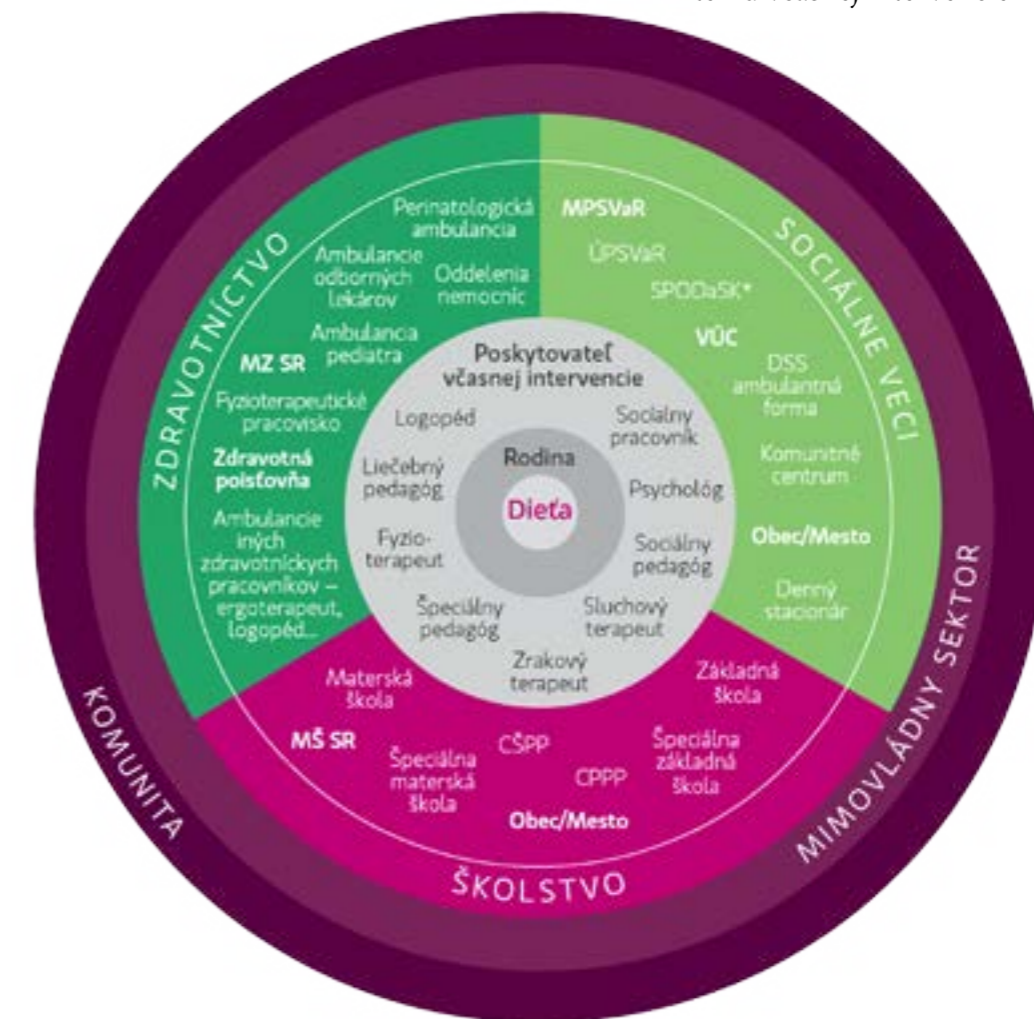
Aktivity Platformy rodín:

- 2015 – spolupracujeme s prvými poskytovateľmi sociálnej služby včasnej intervencie
- 2016 – iniciujeme potrebu založiť Asociáciu poskytovateľov a podporovateľov včasnej intervencie (Asociácia)
- 2016 – komunikujeme zástupcom NR SR a ministerstiev nevyhnutnosť spolupráce rezortov školstva, sociálnych vecí a zdravotníctva prostredníctvom zriadenia medzirezortnej skupiny na tému včasnej intervencie

POSKYTOVANIE VČASNEJ INTERVENCIIE NA SLOVENSKU



Obr.1: Poskytovanie včasnej intervencie na Slovensku



Obr 2: Návrh koordinovaného systému v roku 2016:

³ Asociácia poskytovateľov a podporovateľov včasnej intervencie, Správa o stave včasnej intervencie na Slovensku v roku 2018

⁴ Dotazník v rámci konferencie Nezávislý život, Nadácia SOCIA, 2020, <https://www.socia.sk/vysledky-dotaznika-pripraveného-v-ramci-konferencie-nezavisly-zivot-2020/>

- 2017** – odpočtom plnenia opatrení Národného programu rozvoja životných podmienok osôb so ZP poukazujeme na nízku dostupnosť služby včasnej intervencie
- podávame návrh opatrenia na riešenie včasnej intervencie a zriadenie medzirezortnej skupiny, ktorej súčasťou je Platforma rodín dodnes
 - podávame pripomienok v MPK k novele zákona o sociálnych službách, doplnenie komunitnej rehabilitácie do služby včasnej intervencie a povinnosti krajov financovať službu a sú
 - vyzývame všetky kraje na zlepšenie financovania a dostupnosti služby včasnej intervencie
 - spolu s inými organizáciami a odborníkmi posielame otvorený list na MŠVVaŠ s výzvou na zabezpečenie poskytovania ranej starostlivosti terénou formou pre deti s poruchou sluchu
- 2018** – opakovane upozorňujeme ministerstvá na nedostatočnú dostupnosť služieb včasnej intervencie, služieb ČŠPP a pediatrického skríningu v praxi, ktorý dodnes neplní dostatočne funkciu odosielania rodín do služby včasnej intervencie a poradenského systému
- sme súčasťou pracovnej skupiny na MŠVVaŠ v rámci diskutovanej transformácie poradenských centier s dôrazom na to, že väčšina poradní ČŠPP poskytuje deťom so ZZ len diagnostiku
 - písomne spolu s odborníkmi vyzvame MŠVVaŠ na riešenie a zabezpečenie dostupného raného poradenstva
 - podporujeme otvorený list odborníkov adresovaný MZ a MŠVVaŠ na podporu rodinám s deťmi s poruchou sluchu a rodinám s deťmi s viacnásobným postihnutím – výzva na riešenie podpory vývinu formou terénne špeciálno-pedagogickej podpory, dostupnosti logopedickej intervencie a pod.

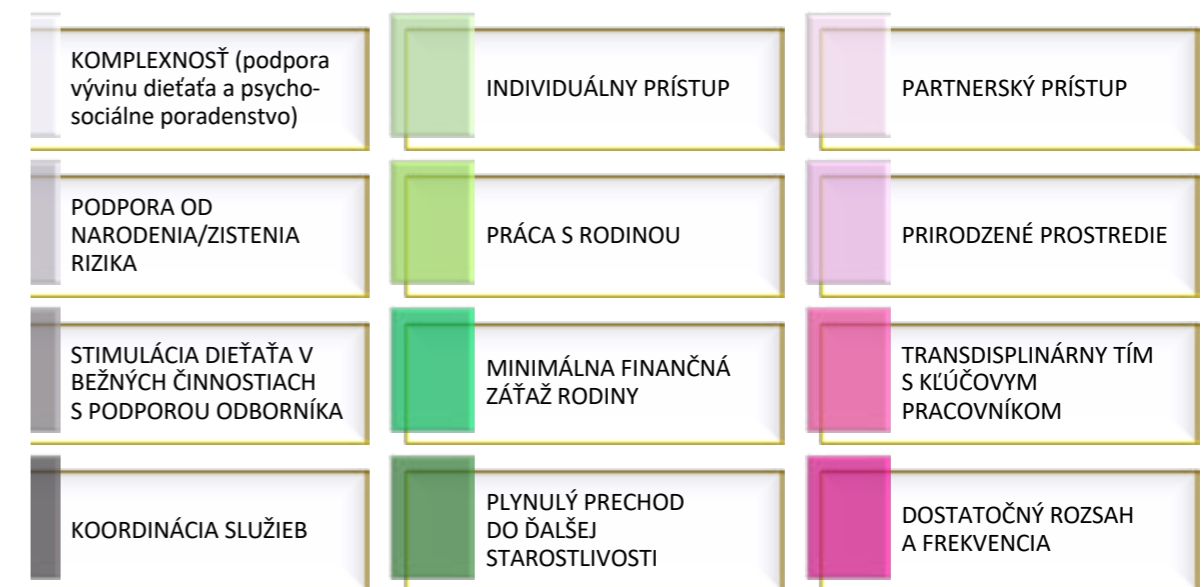
- písomne vyzývame 131 poradní – ČŠPP, na poskytovanie raného poradenstva deťom so ZZ v ranom veku hneď od narodenia v dostatočnej intenzite podľa potrieb dieťaťa
 - spolupracujeme na tvorbe metodiky služby včasnej intervencie v rámci Asociácie
 - iniciujeme spoločný okrúhly stôl s mimovládnyimi organizáciami, kde bola definovaná potreba dostupnej včasnej intervencie zameranej na dieťa aj rodinu, poskytovaná v prirodzenom prostredí s využitím kľúčového pracovníka. Platforma rodín dostala mandát na presadzovanie tejto témy v zmysle dohody voči kompetentným.
- 2019** – pri snahe o transformáciu poradní apelujeme na nízku dostupnosť služieb a potrebu dohodnúť sa najskôr nadrezortne, ktoré inštitúcie budú zabezpečovať starostlivosť o ranný vek
- sme súčasťou vzdelávania o trendoch vo včasnej intervencii s lektormi medzinárodnej organizácie pre včasnú intervenciu – EurllyAid
 - rozvíjame spolu s niektorými poskytovateľmi VI a nadáciou SOCIA víziu komplexného systému včasnej intervencie v SR v súlade s medzinárodnými trendami
 - sme súčasťou medzirezortnej skupiny riešiace opatrenie NPRŽPOZP č. 4.5.8. o včasnej intervencii
- 2020** – spolupracujeme s útvarom Hodnota za peniaze pri MF SR a IVP pri MŠVVaŠ na príprave Revízie výdavkov na skupiny ohrozené chudobou alebo sociálnym vylúčením a zdôrazňujeme, že systém včasnej intervencie aktuálne nezahŕňa deti v riziku so sociálne-znevýhodneného prostredia
- pripomienkujeme tvorené štandardy kvality poradenských zariadení pre VÚDPAP a presadzujeme prácu v prirodzenom prostredí dieťaťa, komplexnosť služieb a potrebu vymedziť kompetencie rezortov pred prijatím štandardov

- zasielame ministerstvám školstva, sociálnych vecí a zdravotníctva návrh opatrenia do Programového vyhlásenia vlády (PVV), ktorý je akceptovaný. **Vláda sa v ňom zaväzuje, že zavedie koordinovaný nadrezortný systém včasnej intervencie pre deti so zdravotným znevýhodnením a deti zo sociálne-znevýhodneného prostredia a ich rodiny v prirodzenom prostredí dieťaťa**
- aktuálne v komunikácii s MZ, MŠVVaŠ a MPSVaR a p. s p. Žitňanskou, predsedníčkou výboru NR SR pre sociálne veci, poukazujeme na potrebu

- aktívnej dohody rezortov, ako budú pri realizácii uvedeného bodu v PVV ďalej postupovať
- sme ocenení cenou „Purpurové srdce“ za prácu v prospech rodín detí so zdravotným znevýhodnením a za spájanie sa pre spoločný cieľ

Platforma rodín chce byť pri tvorbe dohody a naďalej presadzovať dohodu MVO z októbra 2018 v súlade s aktuálnymi trendami: **DOSTUPNÝ KOMPLEXNÝ SYSTÉM VČASNEJ INTERVENCIIE od zistenia diagnózy, dostatočne intenzívnu podporu odborníkov v prirodzenom prostredí rodiny až po tranzíciu do škôlky a školy.**

Obr. 3: Princípy komplexného nadrezortného systému včasnej intervencie v súlade s dohodou MVO a aktuálnymi trendami vo včasnej intervencii



Platforma rodín pri presadzovaní dostupnej a kvalitnej včasnej intervencie spolupracuje s Asociáciou poskytovateľov a podporovateľov včasnej intervencie a občianskymi združeniami: Malíčkek, Nepočujúce dieťa a Up-Down.

Aktivity s cieľom začleniť deti so zdravotným znevýhodnením a ich rodiny do spoločnosti môže Platforma rodín aktuálne

realizovať vďaka projektu Spájanie je cesta aj cieľ. Za 13 mesiacov jeho trvania Platforma rodín spolupracovala s 136 organizáciami a inštitúciami, zaškolila 149 rodičov detí so ZZ a vyzbierala 541 podnetov od rodín detí so zdravotným znevýhodnením. Zistiť viac o aktivitách Platformy rodín a podporiť ich môžete na www.platformarodín.sk.

VÝZVA K DOSTATOČNEJ A PREPOJENEJ PODPORE PRE DETI SO ZDRAVOTNÝM ZNEVÝHODNENÍM V RANOM VEKU A ICH RODINY

Podľa zistení Revízie výdavkov na skupiny ohrozené chudobou alebo sociálnym vylúčením⁵ len 5,7% detí so zdravotným znevýhodnením (1219 rodín z 21 308) malo k 31.12.2018 k dispozícii sociálnu službu včasnej intervencie. Návštevy poradcov často nepokrývajú rozsah potrebný pre rozvoj dieťaťa a podporu rodiny (obsahovo a frekvenciou návštev), čo môže byť spôsobné aj tým, že niektorí poskytovatelia nemajú dostatok odborníkov. V poradenskom systéme je len niekoľko CŠPP, ktoré poskytujú rodine plný rozsah podpory. Všetkým zaniateným odborníkom, ktorí s vysokým osobným nasadením v aktuálnych podmienkach financovania pracujú v prospech rodín detí so zdravotným znevýhodnením (ZZ) sa chceme veľmi poďakovať a veríme, že sa daná situácia zmení a bude ich oveľa viac.

DOPADY PRE RODINY

Na tomto mieste by sme radi poukázali na to, ako nedostupnosť a/alebo neprepojenie poskytnutej podpory pre dieťa so zdravotným znevýhodnením (ZZ) a jeho rodinu ovplyvní dieťa so ZZ a jeho rodinu.

Dopady nedostatočnej a nekoordinovanej podpory sú u rodín rôzne. Miera a rozsah dôsledkov závisia od osobnostných predpokladov rodičov, nastavenia rodiny, intenzity odbornej podpory, miery koordinácie podpory, podpory okolia a prípadnej predchádzajúcej skúsenosti so znevýhodnením.

Dopady pre rodiny majú nasledovné spoločné črty:

- **Šok, pocit neistoty, strachu a beznádeje** po nevhodnom oznámení diagnózy, neposkytnutí krízovej

intervencie a informácií, ako ďalej postupovať. Pri zistení diagnózy alebo podozrenia na diagnózu rodič dostane väčšinou strohú a alebo žiadnu informáciu o tom, čo bude nasledovať, ako s dieťaťom pracovať, ako to povedať ostatným v rodine, kde vyhľadať CVI alebo CŠPP. Veľmi pozitívny vplyv na zvládnutie prvých dní má empatický pozitívny prístup personálu v nemocnici a prítomnosť odborníka – napr. psychológa, ktorý v súčasnosti býva k dispozícii len ojedinele.

- **Popieranie, obviňovania seba, okolia, hnev, smútok** – rôzne prejavy krízy, ktorú spustí narodenie dieťaťa so ZZ alebo zistenie, že dieťa má oneskorený vývin. Jednou z fáz krízy je aj popieranie ZZ, čo je pre niektorých rodičov nástroj na odsunutie reality dieťaťom, čo môže viesť k nedostatočnému rozsahu stimulácie dieťaťa. Je to obranný mechanizmus, ktorého nevýhodnou však môže byť minimalizovanie práce s dieťaťom. Prejavmi hnevu môžu byť aj neadekvátne, expresívne reakcie na lekárov, odborníkov, rodinu, či celé okolie.
- **Hľadanie podpory, stimulácií pre svoje dieťa so ZZ.** Rodič, ktorý nemá k dispozícii odborníkom koordinovanú podporu vývinu dieťaťa, získava čiastkové informácie od iných rodičov, z internetu, sociálnych sietí, čiastkovo od odborníkov, menej často od lekárov. Rodičia následne robia sami rozhodnutia, niekedy siahnu po viacerých terapiách naraz, aby niečo nezameškali a niekedy naopak nezachytia všetky pre dieťa potrebné oblasti vývinu. Od terapeutov sa dozvedajú, čo a koľkokrát denne doma robiť pre vývin pohybu, oromotoriky, komunikácie a pod., ak je inštrukcií priveľa, sú pre rodičov časovo nezvládnuteľné. Presuny na terapie vyžadujú veľa energie, času, diskomfortu napr. cestovanie aj keď dieťa chce spať. Niekedy

si rodič od lekárov vypočuje nejasnú diagnózu, negatívnu prognózu alebo aj odporúčanie „umiestniť dieťa do domova sociálnych služieb“. Tento jav, podobne ako popieranie má vplyv na to, ako rodičia preberajú zodpovednosť za stimuláciu dieťaťa. Rodičia veľmi ťažko znášajú, keď stimulovanie dieťaťa závisí od ich finančných možností a nie od potrieb dieťaťa.

- **Finančná neistota.** Väčšinu terapií rodičia hradia a často potrebujú viac financií ako sú ich príjmy. Stávajú sa odkázanými na dary okolia, nadácií, niekedy siahajú po spotrebných úveroch, ktoré nedokážu splatiť, obzvlášť ak matka alebo otec zostanú s dieťaťom so ZZ ako samoživitelia. Absencia sociálneho poradenstva – napr. na čo má dieťa nárok, často zapríčiňuje, že rodič hradí aj pomôcky, na ktorých preplatenie má nárok.
- **Sociálna izolácia, znefunkčenie vzťahov, segregácia.** Zvýšené náklady, odsúvanie zdravých súrodencov, partnera, menej času na vzťahy, priateľstvá a komunitu. Rodičia si v záplave starostlivosti o dieťa väčšinou nevedomia, akú neformálnu podporu by mohli čerpať v rodine alebo v rámci susedských a priateľských vzťahov. Majú obavy a niekedy aj negatívnu skúsenosť s reakciami cudzích ľudí na ich dieťa.. Je dôležité, aby sa rodič dokázal zmieriť so zdravotným znevýhodnením svojho dieťaťa, pretože inak svoje videnie prenáša na dieťa, ktoré si nedôveruje, v kolektíve je často vylučované, končí v špeciálnom školstve a zostáva v dospelosti izolované.
- **Ohrozenie rodičovskej identity.** Rodič sa často mení na zdravotníka, šoféra, telefonistu, fundraisora a menej stíha byť „len“ milujúcim rodičom. Len výnimočne si rodič uvedomí, že pre dieťa je dôležitý aj čas s mamou, vybudovanie pocitu bezpečia

a istoty. Môže to narušiť budovanie pevnej vzťahovej väzby aj so samotným dieťaťom.

- **Zvýšená odkázanosť.** Rodič často nemá psychologickú podporu pri zmierovaní sa so situáciou, nepočuje ocenenie za to, čo dokázal, opakovane zažíva, ako odborník lepšie zvláda prácu s dieťaťom a pozná všetky odpovede. Aj tieto aspekty sa podpisujú za stratu dôvery v seba a schopnosť prekonávať prekážky. Rodič sa stáva závislým na príspevkoch štátu, okolia, terapeutoch a nehľadá cesty k vlastnej sebarealizácii...
- **Nedostatok spánku, vyčerpanie, vyhorenie, niekedy zrútenie rodiča.** Náročná situácia, zmes rôznych informácií, nie vždy úspešná snaha o plnenie odporúčaní odborníkov a časté odsúvanie potrieb rodiča prinášajú rodičovi vyčerpanie, ktoré sa prenáša aj na dieťa.

DOPADY PRE ŠTÁT

Na tomto mieste by sme radi poukázali na to, ako nedostupnosť alebo neprepojenie poskytnutej podpory pre dieťa so zdravotným znevýhodnením (ZZ) a jeho rodinu ovplyvní štát:

- **Finančné straty.** Je opakovane dokázané v analytických materiáloch zo Slovenska⁶⁷ aj v meta-analýze

⁵ ÚHP, IVP, ISP, Revízia výdavkov na skupiny ohrozené chudobou alebo sociálnym vylúčením, 2020 - <https://www.minedu.sk/revizia-vydavkov-na-skupiny-ohrozene-chudobou-alebo-socialnym-vylucenim-2020/>

⁶ Bednárík, M., Krok, M., Salomonsová L., a Slobovníková, S. (2018). Počúvajme potreby včasnej intervencie. Analýza nákladov a prínosov terénnej včasnej intervencie pre deti so sluchovým postihnutím. Bratislava: IJ, ISP, IVP a UHP. https://www.nadacnyfondtelekom.sk/wpcontent/uploads/2018/10/Analýza_nakladov_a_prinosov_terennej_vcasnej_intervencie.pdf

⁷ Interný materiál Inštitútu sociálnej politiky: NÁKLADY A PRÍNOSY VČASNEJ INTENZÍVNEJ INTERVENČIE PRI PORUCHÁCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA, http://effeta.sk/svk/projekty/projekt-evs/SALOMONSOVA_Analyza_nakladov_prinosov_SVI_PAS.pdf

z USA⁸, že štát tým, že neinvestuje do podpory detí so zdravotným znevýhodnením v ranom veku musí za každý neinvestovaný dolár vynakladať 1,26 až 17,07 násobne väčšie investície napríklad do:

- **zdravotných pomôcok a kompenzácií**, ktoré sú nevyhnutné, lebo dieťa nedostalo včas podporu fyzioterapeuta a dosiahlo nižší stupeň samostatnosti
- **hospitalizácií kvôli zhoršeniu stavu osôb so ZZ** – napr. časté zápaly pľúc, korektívne ortopedické zákroky kvôli zanedbanej prevencii...
- **sociálnych služieb v dospelosti** – ak štát neposkytne dostatok komunitnej rehabilitácie, dieťa so ZZ a jeho rodina zostanú v izolácii, súrodenci ani nikto v okolí nepomôže rodičom v starostlivosti, sú nútení umiestniť dieťa alebo dospelého človeka so ZZ do pobytovej formy DSS
- **náklady na pobyt dieťaťa v Centre pre dieťa a rodinu**, pretože po oznámení diagnózy nedostali rodičia krízovú intervenciu a terénnu formu podpory pri starostlivosti o dieťa a v obave z nezvládnutia starostlivosti umiestnili dieťa do Centra pre dieťa a rodinu
- **náklady na pomocného vychovávateľa, odborný personál, asistenta učiteľa v škôlke a škole**, pretože dieťa nedostalo hneď po zistení diagnózy dostatočnú podporu vývinu od špeciálneho pedagóga, logopéda, ergoterapeuta...
- **duplicitné náklady**, napríklad na vývinovú diagnostiku v rezorte zdravotníctva aj školstva
- **Sankcie za neplnenie záväzkov** vyplývajúcich z medzinárodných dohôd napr. z Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím

- **Nedostatok pracovnej sily** – ak rodina nemá psychologickú podporu po narodení dieťaťa, nedokáže dieťa prijať a prenáša to aj na samotné dieťa, ktoré v dospelosti napriek potenciálu pracovať sa nikdy nezamestná

AKO VYZERÁ zmenu K LEPŠIEMU?

Predkladáme týmto kompetentným ponuku na možné riešenie podpory pre deti so zdravotným znevýhodnením a ich rodiny.

Je ním zavedenie a financovanie takého komplexného nadrezortného systému podpory, ktorý prevedie dieťa a jeho rodinu od zistenia rizika alebo diagnózy až po vstup do školského zariadenia. Dlhodobá podpora v podobe programu včasnej intervencie by sa mala poskytovať v jednej inštitúcii, ktorá:

1. zahŕňa všetkých potrebných odborníkov – psychológ, špeciálny/liečebný pedagóg, logopéd, fyzioterapeut, sociálny pracovník, ktorí navzájom spolupracujú
2. poskytuje podporu v prirodzenom prostredí dieťaťa podľa aktuálnych trendov⁹
3. zameriava sa na dieťaťa a na rodinu ako odporúčajú odborné štúdie¹⁰
4. podporu poskytuje v intenzite a rozsahu podľa potrieb dieťaťa a rodiny
5. je financovaná zo všetkých rezortov, ktoré neskôr usporia vďaka investícii do včasnej intervencie t.j. zdravotné poisťovne, MŠVVaŠ SR, VÚC prípadne MPSVaR.

Obr.1 Schéma komplexného nadrezortného systému včasnej intervencie na podklade analýzy podľa Guralnicka¹¹



Monika FričovĚ - rodič, 2019, upravenĚ na zĚklade Guralnick (2001)

Ako vhodný inštitút dlhodobej koordinovanej podpory pre deti so zdravotným znevýhodnením sa javí sociálna služba včasnej intervencie¹² alebo rané poradenstvo v centre špeciĚlno-pedagogickĚho poradenstva¹³, ktoré vĚak nezahŕňa sociĚlne poradenstvo, ani fyzioterapiu a znenie aktuĚlnych ťtandardov zahŕňa poskytovanie terapiĚ v ambulantnom prostredĚ.

VYZVY PRE ťTĚT

Poskytovanie služby včasnej intervencie v dostatočnej intenzite predpokladĚ nemĚlo vyziev pre rodiny, odbornĚkov aj ťtĚt. V tomto texte sa zameriame na vyzvy pre ťtĚt, ktorĚmi sĚ:

1. **Prebrať zodpovednosť za deti so ZZ a deti so sociĚlne znevýhodnenĚho prostredia.** Ak sa chce SlovenskĚ republika zaradiť k rozvinutĚm ťtĚtĚm, ktorĚch vyspelosť sa odrĚĚa na schopnosti pomôcť zranitelnĚm skupinĚm, musĚ prebrať zodpovednosť za nastavenie a financovanie komplexného nadrezortného systému včasnej intervencie.

¹¹ Guralnick, M.J. (2001). A developmental systems model for early intervention. *Infants and Young Children*, 14, 1-18.

¹² ZĚkon o sociĚlnych sluzbĚch Ě. 448/2008 Z.z., §33 a §19, §22, §23 pĚs.a, §23 pĚs.b, §82

¹³ ZĚkon Ě. 245/2008 Z. z. o vĚchove a vzdelĚvanĚ (ťškolskĚy zĚkon) a vyhlĚška Ě. 325/2008 Z. z.

⁸ Van Huisen, T. a J. Plantenga (2018) Do Children Benefit from Universal Early Childhood Education and Care? Meta-Analysis of Evidence from Natural Experiments, *Economics of Education Review*, vol. 66, 206-222

⁹ McWILLIAM, R. A., *Routines-Based Early Intervention. Supporting Young Children and Their Families*, Paul H. Brookes Publishing Co, USA, 2010

¹⁰ Dunst, Trivette& Deal, 1994; Trivette& Dunst, 2000

Integrovaný systém včasnej intervencie na Slovensku

MEDZIREZORTNÁ A TRANSDISCIPLINÁRNA SPOLUPRÁCA

Už viac ako tri desaťročia sa Carl Dunst a jeho spolupracovníci venujú rozsiahlemu výskumu včasnej intervencie u detí a rodín. Na základe ich empirickej činnosti ako aj množstva ďalších odborníkov bol vypracovaný model včasnej intervencie založený na uplatňovaní prístupu zameraného na rodinu. Ide o integrovaný model založený na dôkazoch, ktorý kladie dôraz na pôsobenie sociálnych systémov a premenných prostredia súvisiacich s podporou a posilňovaním rodiny. Podľa Dunstovho tzv. modelu včasnej intervencie 3. generácie sa včasná intervencia zameriava na ovplyvnenie učenia sa detí a ich vývinu v širšom kontexte a zahŕňa základné princípy práce s rodinou, ktorých cieľom je zabezpečiť, aby skúsenosti dieťaťa a možnosti jeho prirodzeného prostredia (rodina, jasle, materská škola a pod.) smerovali k podpore

a posilneniu kompetencií dieťaťa, jeho opatrovníkov a rodiny (Carvalho et al, 2019).

Včasná intervencia vo svojom širšom ponímaní je na Slovensku ukotvená v troch rezortoch: zdravotníctvo, školstvo, sociálne veci a rodina. V jednotlivých rezortoch pozorujeme niekoľko špecifik, ktorými sa koncepty včasnej intervencie v jej širšom ponímaní od seba odlišujú:

- terminologická nejednotnosť,
- cieľová skupina nejednotne vymedzená,
- rôzne inštitucionálne ukotvenie včasnej intervencie,
- rôzna miera spolupráce odborníkov v tíme,
- rôzne formulovaná rola prijímateľa tejto služby,
- rôzna predstava toho, čo včasná intervencia je a má byť.

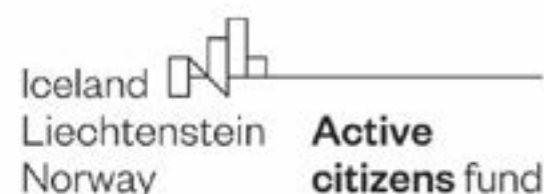
Včasná intervencia na Slovensku

ZDRAVOTNÍCTVO	SOCIÁLNE VECI A RODINA	ŠKOLSTVO
<ul style="list-style-type: none"> • Včasná diagnostika a terapia • Pacient/ dieťa • Dieťa s potenciálnym a identifikovaným rizikom vývinu • Interdisciplinárna spolupráca odborníkov v tíme • Ambulancia 	<ul style="list-style-type: none"> • Služba včasnej intervencie • Klient/ rodina • Dieťa s rizikovým vývinom/ zdravotným postihnutím a jeho rodina • Transdisciplinárna spolupráca odborníkov v tíme • Prirodzené prostredie rodiny 	<ul style="list-style-type: none"> • Raná starostlivosť • Klient/ dieťa • Dieťa so zdravotným postihnutím • Multidisciplinárna spolupráca odborníkov v tíme • CŠPP/ SCŠPP/ rodinné prostredie

4. **Naplniť článok 26** Habilitácia a rehabilitácia a súvisiace články Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím a zaviesť podporu podľa svetových trendov. Ide o podporu v prirodzenom prostredí, pre celú rodinu, komplexne s cieľom začlenenia týchto detí a ich rodín do spoločnosti.

5. **Finančne odbremeniť rodiny** poskytovaním komplexnej starostlivosti deťom so ZZ, ako aj deťom so sociálne znevýhodneného prostredia.

6. **Zabezpečiť súvisiace služby a funkčný tranzit** – podporné tímy na oddeleniach nemocníc, pediatrický skrining, odborné tímy a podporné služby v škôlkach a školách.



Projekt „Spájanie je cesta aj cieľ“ je podporený z programu ACF - Slovakia, ktorý je financovaný z Finančného mechanizmu EHP 2014-2021. Správcom programu je Nadácia Ekopolis v partnerstve s Nadáciou otvorenej spoločnosti Bratislava a Karpatskou nadáciou.

Ing. Monika Fričová. Členka výkonného výboru združenia. Od roku 1999 spolupracuje s ľuďmi so zdravotným znevýhodnením, ich rodinami a odborníkmi v organizáciách Samaritán, Raná starostlivosť a Asociácia poskytovateľov a podporovateľov včasnej intervencie. Aktívne presadzuje partnerstvo rodiny a odborníkov. Pracuje ako lektor v oblasti potrieb detí so zdravotným znevýhodnením a ich rodín. Realizuje sa v oblasti: informácie o združení, potreby rodín z pohľadu rodiča a ich napĺňanie v oblasti sociálnych služieb, jednotný systém včasnej podpory pre rodiny detí so ZZ a začleňovanie ľudí so zdravotným znevýhodnením a ich rodín do spoločnosti.



Napriek nejednotnosti v uchopení konceptu včasnej intervencie v širšom ponímaní na Slovensku jednotlivými rezortmi, možno identifikovať sieť inštitúcií poskytujúcich podpornú

sieť pre rodinu dieťaťa so zdravotným postihnutím alebo rizikovým vývinom v ranom a predškolskom veku.

Podporná sieť pre dieťa a jeho rodinu



Snahy o medzirezortnú spoluprácu v rámci včasnej intervencie mali doposiaľ charakter individuálnej spolupráce jednotlivých odborníkov založenej na osobných vzťahoch, prípadne lokálnych komunitách. Integrovaný systém včasnej intervencie predpokladá koordináciu a spoluprácu jednotlivých rezortov zdravotníctva, školstva a sociálnych vecí a rodiny s cieľom integrácie politík, systémov a služieb od najvyšších úrovní plánovania a prijímania rozhodnutí na celonárodnej úrovni až po tímy ktoré realizujú samotnú včasnú intervenciu v rodinách a komunite.

Pre formulovanie kľúčových systémových princípov integrovaného systému včasnej intervencie na Slovensku je nevyhnutné vymedziť relevantné princípy pre samotný systém včasnej intervencie (Guralnick, 2005):

1. *Vývinový rámec a centrálna úloha rodiny* musia byť prítomné vo všetkých zložkách systému včasnej intervencie, pričom reflektujú proces vývinu dieťaťa a zdôrazňujú primárnu úlohu rodiny;
2. *Integrácia a koordinácia služieb včasnej intervencie* zdôrazňuje tímovú prácu, spoluprácu medzi odborníkmi a rodinami naprieč celým procesom vyhodnocovania a intervencie a súčasne integráciu služieb a systémov na regionálnej a celonárodnej úrovni;

3. *Inklúzia a participácia detí a rodín* v rámci typických komunitných programov a aktivít v prirodzených kontextoch a zdrojoch musia predstavovať ciele systému včasnej intervencie;
4. *Včasné procesy identifikácie a diagnostiky* musia byť implementované v najskoršom možnom štádiu vývinu dieťaťa;
5. *Pozorovanie a monitoring* musia predstavovať integrálnu súčasť systému včasnej intervencie;
6. Všetky súčasti systému včasnej intervencie musia byť *individualizované*;
7. *Proces vyhodnotenia a spätnej väzby* musí predstavovať postupy, ktoré sú súčasťou systému včasnej intervencie;
8. *Efektívne partnerstvá s rodinami* si vyžadujú citlivý prístup ku kultúrnym rozdielom a chápanie ich vývinových implikácií;
9. Odporúčania rodinám a aplikované *postupy v praxi musia byť založené na dôkazoch*;
10. Systematická perspektíva zahŕňa *uznanie vzájomných vzťahov medzi všetkými zložkami systému*.

Vychádzajúc z uvedených princípov včasnej intervencie pre Slovensko predstavuje hlavnú výzvu spôsob, ako uvedené princípy pretaviť do politík a postupov, ktoré efektívne naplňajú

potreby rodín a detí s rizikovým vývinom alebo zdravotným postihnutím vo veku od narodenia do 7.rokov.

Integrovaný systém medzirezortnej včasnej intervencie reaguje na tri hlavné problémy súčasnej podoby služieb pre rodinu a dieťa so zdravotným znevýhodnením (Marques (Coord.), 2014):

1. *Nadbytočnosť*: situácie, kedy je rovnaká činnosť poskytovaná v dvoch alebo viacerých rezortoch, napriek tomu, že to nie je nutné.
2. *Medzery*: situácie kedy potrebné činnosti neposkytuje nikto.
3. *Inkoherencia*: situácie kedy verejné politiky s dopadom na rovnakých príjemcov majú protichodné ciele.

Paralelné a nekoordinované činnosti a poskytované služby sú často nielen nadbytočné, ale predstavujú pre rodiny zbytočnú záťaž a stres.

Vytvorenie integrovaného systému medzirezortnej včasnej intervencie predpokladá

reflektovanie niekoľkých kľúčových charakteristík, ktoré výrazne menia tradičný, na Slovensku doposiaľ zaužívaný rezortný pohľad a nazeranie na včasnú intervenciu. Medzi tieto kľúčové charakteristiky medzirezortnej včasnej intervencie patria:

1. Zameranie na rodinu, resp. prístup orientovaný na rodinu.
2. Medzirezortná spolupráca
3. Intervencia založená na komunitách
4. Rešpektovanie kultúrnych hodnôt a rodinných tradícií
5. Zameranie na konkrétne výsledky a pozitívne zmeny v živote detí a rodín ako indikátory efektivity

Reflektovanie uvedených princípov predstavuje zmenu paradigmy v kontexte aktuálnych empirických výskumov, národných a medzinárodných dokumentov ako aj potrieb rodín detí s rizikovým vývinom a zdravotným znevýhodnením. Zmena paradigmy v pohľade na včasnú intervenciu v súčasnosti preniká všetkými oblasťami jej rozsahu nasledovne:

	V súčasnej praxi včasnej intervencie	V zámere integrovanej včasnej intervencie
Cieľová skupina	Dieťa vo veku od 0 - 3 rokov so zdravotným postihnutím	Dieťa vo veku od 0 – 7 rokov s rizikom vo vývine, vývinovou poruchou a jeho rodina
Prostredie	Inštitúcie: CŠPP/ SCŠPP, CPPaP/ SCPPaP, špecializované ambulancie a podobne	Prirodzené prostredie (domov, jasle, materská škola a podobne)
Postupy	„Pripravené na použitie“	„Individualizované a šité na mieru“
Úloha odborníkov	Experti/ ľudia v rozhodujúcich pozíciách	Facilitátori
Úloha rodín	Pasívni prijímatelia služieb	Aktívni účastníci a prijímatelia rozhodnutí
Ciele/ výstupy	Vývin dieťaťa	Prevenia Vývin dieťaťa Posilnenie a budovanie kapacít rodiny
Tímová práca	Multi/ interdisciplinárna tímová spolupráca	Transdisciplinárna tímová spolupráca so zapojením rodiny ako člena tímu
Organizačná štruktúra	Rezortná s občasným prepojením medzi jednotlivými sektormi/ fragmentované služby	Medzirezortná Komunitná Integrované služby
Filozofia včasnej intervencie	Orientovaná na dieťa na základe jeho „deficitov“	Orientovaná na rodinu na základe jej „silných stránok“

Tabuľka 1: Zmena paradigmy včasnej intervencie (upravené podľa Caravalo et all, 2019)

Jedna z hlavných zmien vo filozofii včasnej intervencie súvisí s rastúcim povedomím o potrebe odklonu od hierarchického vzťahu k viac spolupracujúcemu modelu medzi rodičmi a odborníkmi (Campbell & Halbert, 2002 citované podľa Caravalo et al, 2019). V ostatných rokoch sme boli svedkami dôležitej rekonceptualizácie tradičnej úlohy odborníkov na úlohu facilitátorov, od priamych poskytovateľov služieb deťom na poskytovateľov poradenstva a konzultácií pre deti a rodiny na Slovensku primárne v kontexte služby včasnej intervencie v rezorte práce sociálnych vecí a rodiny. Transdisciplinárny model tímovej spolupráce svojou povahou vytvára funkčnú štruktúru, ktorá sprostredkúva zapojenie rodín ako aktívnych členov a optimalizuje účasť odborníkov z rôznych rezortov, oblastí a služieb. Rodina, ako primárny „opatrovateľ“ dieťaťa, má v otázke jeho zdravia a pohody nezastupiteľnú a hlavnú úlohu, preto by včasná intervencia mala zväziť zásadný vplyv rodiny, ako aj stresových faktorov, ktorým je rodina vystavená (napr. sociálne, finančné alebo psychické), vrátane schopnosti rodiny sa trvalo prispôbovať novým výzvam.

Odborné služby je potrebné štruktúrovať a koordinovať z pohľadu rodiny, ktorá je v živote dieťaťa konštantná a z tohto dôvodu je hlavným cieľom včasnej intervencie podpora jej kompetencií vo vývine dieťaťa.

Je potrebné aby odborníci vnímali rodinu ako integrálny prvok tímu a opustili tradičné klinické a preskriptívne modely. Táto logická spolupráca a partnerstvo medzi rodinou a odborníkmi a vytváranie spolupracujúceho systému medzi rôznymi sektormi (zdravotníctvom, vzdelávaním a sociálnou politikou) na všetkých úrovniach procesu včasnej intervencie je kľúčom k úspešnej realizácii služieb zameraných na rodinu (Boavida & Carvalho, 2003, citované podľa Caravalo et al, 2019).

Kompetenčný rámec jednotlivých rezortov v kontexte včasnej intervencie

Vychádzajúc zo skúseností a analýzy integrovaných systémov včasnej intervencie v zahraničí, každý z troch rezortov má svoje medzirezortné kompetencie, ktoré sa uplatňujú na všetkých úrovniach systému – na úrovni národného koordinačného výboru, regionálnych výborov ale aj miestnych tímov včasnej intervencie.

Miestne tímy včasnej intervencie si zachovávajú svoju transdisciplinárnu perspektívu a reflektujú elementy zdravotnej starostlivosti, vzdelávania a sociálnych služieb. Transdisciplinárne tímy včasnej intervencie s takýmto nastavením sa aktívne podieľajú na tvorbe individuálneho plánu podpory rodiny, poskytujú informácie z oblasti zdravotníctva, školstva a informácie sociálneho charakteru. Usilujú sa o integráciu prístupov a informácií z jednotlivých rezortov s cieľom podporovať formulovanie stratégií, ktoré pomôžu pristupovať k potrebám a prioritám rodiny, ktoré si rodina formulovala sama.

Špecifické a komplementárne aspekty súvisiace s konkrétnymi kompetenciami každého rezortu možno vymedziť nasledovne:

1. Rezort zdravotníctva predstavuje rezort so špecifickým postavením v rámci integrovaného systému včasnej intervencie. V kompetencii tohto rezortu (resp. pediatrov v primárnej zdravotnej starostlivosti) realizácia skríningu psychomotorického vývinu všetkých detí od narodenia v rámci povinných pediatrických prehliadok a následné odosielanie identifikovanej skupiny detí s rizikom vo vývine do starostlivosti ďalších odborníkov v rezorte zdravotníctva, ale aj rezorte sociálnych vecí v rozsahu služby včasnej intervencie. Identifikácia vývinových a/alebo biologických alebo environmentálnych rizikových faktorov by mala viesť k odporúčaniam na transdisciplinárny tím včasnej intervencie. V súčasnosti na Slovensku legislatíva v rámci rezortu práce sociálnych vecí a rodiny priamo podmieňuje

poskytnutie služby včasnej intervencie rodine dieťaťa s rizikovým vývinom alebo zdravotným postihnutím na základe vyjadrenia a odporúčenia uvedenej služby ošetrovateľom lekárom.

2. Rezort práce, sociálnych vecí a rodiny zastrešuje a koordinuje celý integrovaný systém včasnej intervencie pre rodinu a dieťa s rizikovým vývinom alebo zdravotným postihnutím od narodenia do 7. rokov veku. Táto sociálna služba poskytuje kontinuálne dlhodobé sprevádzanie rodine v jej prirodzenom prostredí prostredníctvom kľúčového pracovníka rodiny a zameriava sa na posilnenie kompetencií samotnej rodiny v podpore vývinu dieťaťa v novej životnej situácii. Identifikované potreby a priority rodiny zapracováva do individuálneho plánu podpory rodiny a prostredníctvom kľúčového pracovníka za podpory celého transdisciplinárneho tímu implementuje v intervencii s rodinou. V rámci služby včasnej intervencie v uvedenom rezorte na Slovensku dnes je zloženie tímu odborníkmi viacerých profesií priamo vymedzené legislatívou a transdisciplinárna forma spolupráce je základnou formou spolupráce tímu odborníkov. Jednotliví poskytovatelia sú povzbudzovaní strešnou organizáciou APPVI (Asociácia poskytovateľov a podporovateľov včasnej intervencie na Slovensku – www.asociaciavi.sk) k aplikovaniu princípov koordinácie a integrácie jednotlivých služieb prijímaných rodinou do jednotného celku s cieľom komplexnej podpory rodiny.

3. Rezort školstva predstavuje rezort ktorého primárnou rolou je realizovanie vývinovej diagnostiky vrátane špecializovaných foriem diagnostiky pre deti s rôznym druhom rizika vo vývine alebo zdravotného postihnutia (psychologická, špeciálno-pedagogická, liečebno-pedagogická, fyzioterapeutická, logopedická a iné) a realizovanie následnej vývinovej stimulácie a terapie pre dieťa prostredníctvom špecializovaných odborníkov a expertov pre rôzne druhy zdravotného postihnutia alebo

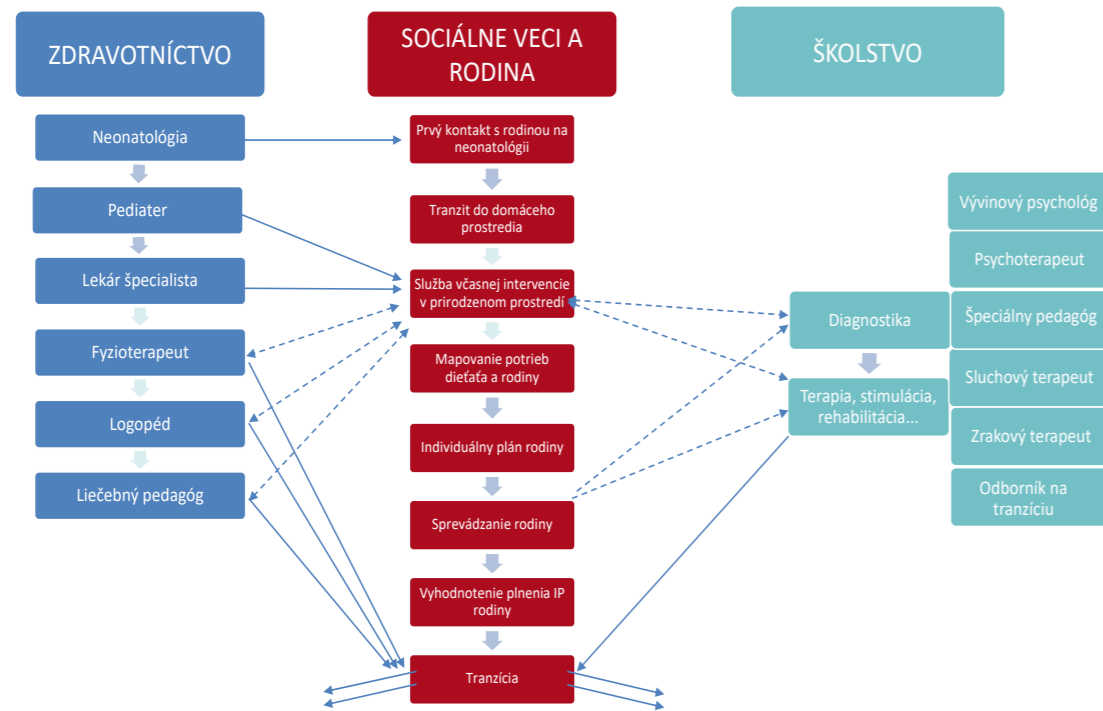
terapeutického prístupu. Významnou rolou rezortu školstva je zabezpečenie procesu tranzície z domáceho prostredia do prostredia materskej resp. neskôr základnej školy prípadne iného druhu zariadenia starostlivosti o dieťa v ranom a predškolskom veku. Výsostnou úlohou ministerstva školstva je zabezpečiť kontinuitu inkluzívneho prístupu a podporovať rodinu pri ujasňovaní práv svojho dieťaťa. Úlohou týchto služieb je prebrať na seba rolu a status zodpovedného rezortu za vzdelávanie dieťaťa v systéme, ktorý je dieťa adekvátny a reflektujúcim jeho potreby.

Na Slovensku v súčasnosti v rámci existujúceho systému poradenstva v rezorte školstva identifikujeme snahy odborníkov o komplexné posúdenie vývinu dieťaťa od narodenia, avšak tieto snahy sú skôr ojedinelé a založené na hlbokom presvedčení odborníkov o dôležitosti kontinuálneho monitorovania vývinu dieťaťa od najranejšieho obdobia jeho vývinu. Súčasnú posúdenie vývinu dieťaťa do veľkej miery reflektuje predovšetkým nastavenie klasického prístupu orientovaného na dieťa, mieru deficitov a vývinových odchýlok od normy, menej však reflektuje aktuálne trendy v zmysle posúdenia funkčnosti dieťaťa a miery jeho participácie na samostatnom živote, čo možno považovať na kľúčové determinanty ďalšieho vývinu dieťaťa, miery poskytnutej podpory a jeho zapojenia do bežného života v spoločnosti. V nadväznosti na diagnostiku je kľúčovou poskytnutie primeranej formy podpory rodine a dieťaťu vo forme stimulácií, prípadne terapií, ktoré vzhľadom na súčasný systém financovania systému špeciálno-pedagogického poradenstva, je možné realizovať v limitovaných možnostiach. Úlohu rezortu školstva preto do veľkej miery na Slovensku kompenzujú organizácie rôzneho druhu mimo rezort školstva ktoré vo väčšej/ menšej miere garantujú alebo často v žiadnej miere negarantujú prepojenie poskytovanej terapie s výsledkami diagnostiky, prípadne inými službami prijímanými rodinou, sú poskytované rodine

za úhradu, pričom sú často bez odbornej garancie kvality prípadne dohľadu. Ďalšou dominantou uvedeného rezortu vzhľadom na raný a predškolský vek detí je tranzícia

dieťaťa do školského systému, príprava rodiny na túto zmenu, podpora rodiny v procese a jeho úspešné prevedenie celým systémom.

Komplementárnosť služieb pre dieťa a jeho rodinu



Medzi najčastejšie ťažkosti medzirezortnej spolupráce patrí (Carvalho et al, 2019):

1. **Konkurencia medzi rezortmi:** „územný“ konflikt (úlohy, právomoci); nedostatok informácií o úlohe/funkcii ostatných rezortov/služieb.
2. **Nedostatočná organizačná štruktúra pre koordináciu:** odlišné filozofie; odlišné ciele (niekedy až divergentné); slabá úroveň konzistentnosti a nepravidelnosť tímovej práce, chýbajúci facilitátor; nedostatočný monitorovací a hodnotiaci proces; nedostatočné plánovanie; nedostatočná právomoc a autorita na prijímanie a implementáciu rozhodnutí.
3. **Technické faktory:** obmedzené zdroje v podobe odborníkov, času alebo rozpočtu; logistika: vzdialenosť, geografické faktory.

4. **Personálne faktory:** príliš úzko zamerané záujmy jednotlivých odborníkov a inštitúcií; odpor voči zmenám; osobné postoje odborníkov; nedostatok angažovanosti pre potreby komunity; nedostatočná podpora administratívy; špecifický žargón a pohľady na konkrétnu problematiku.

Je dôležité poznamenať, že včasnú intervenciu nemožno vnímať len ako samotnú podpornú prax alebo poskytovanie služieb. Včasná intervencia predstavuje spojenie medzi filozofiou, politikami a praxou – tromi základnými dimenziami, ktoré by mali byť navzájom artikulované koherentným a konzistentným spôsobom.

Včasná intervencia postupne získala medzinárodnú podporu ako inovatívny model integrovanej intervencie pri poskytovaní podpory deťom a ich rodinám v snahe zabrániť

fragmentácii tradičných liečebných a rehabilitačných postupov, ktoré sú charakteristické pre politiky a služby adresované deťom a rodinám zo strany rôznych orgánov a inštitúcií (Felgueiras, Bairráo, & Castanheira, 1988; Guralnick, 2005; Shonkoff, 2010, citované podľa Carvalho et al, 2019). Systematické a ekologické vízie (Bronfenbrenner, 1979, Bronfenbrenner & Morris, 1998, citované podľa Carvalho et al, 2019), kľúčová úloha rodiny vo vývine detí (Guralnick, 2005; Shonkoff, 2010), alebo prístup zameraný na rodinu (Dunst, Trivette, & Deal, 1988, citované podľa Carvalho et al, 2019) sa odrážajú nielen priamo v práci odborníkov a tímov s rodinami a deťmi, ale nevyhnutne aj v definovaní verejných politík a organizačných modelov systémov a služieb včasnej intervencie.

Zoznam použitých bibliografických zdrojov:

- BOAVIDA, J. - CARVALHO, L. (2003). A comprehensive early intervention training approach: Portugal. In: S. L. Odom HANSON - BLACKMAN, J. A. - KAUL, S. (Eds.). Early intervention practices around the world (pp. 213 - 252). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- In: CARVALHO, Leonor - De ALMEIDA, Isabel Chaves - FELGUEIRAS, Isabel - LEITAO, Sara - BOAVIDA, Jose SANTOS, Paula Coelho, SERRANO, Ana - BRITO, Teresa Ana - LANCA, Carla - PIMENTEL, Julia Serpa - Pinto, Ana Isabel - GRANDE, Catarina - Brandao, Teresa - Franco, Vitor. (2019). Recommended Practices in Early Childhood Intervention. A Guidebook for professionals. Luxembourg, Eurlayid - The European Association on Early Childhood Intervention (EAECI), 2019. ISBN 978-2-9199584-0-5.
- BROFENBRENNER, U. - MORRIS, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In: DAMON, W. (Series Ed.) - LeRNER, R. M. (Vol. Ed). Handbook of child psychology: Vol. 1: Theoretical models of human development (5th ed. Pp. 993 - 1028). New York: John Wiley and Sons. In: CARVALHO, Leonor - De ALMEIDA, Isabel Chaves - FELGUEIRAS, Isabel - LEITAO, Sara - BOAVIDA, Jose SANTOS, Paula Coelho, SERRANO, Ana - BRITO, Teresa Ana - LANCA, Carla - PIMENTEL,

Julia Serpa - Pinto, Ana Isabel - GRANDE, Catarina - Brandao, Teresa - Franco, Vitor. (2019). Recommended Practices in Early Childhood Intervention. A Guidebook for professionals. Luxembourg, Eurlayid - The European Association on Early Childhood Intervention (EAECI), 2019. ISBN 978-2-9199584-0-5.

CARVALHO, Leonor - De ALMEIDA, Isabel Chaves - FELGUEIRAS, Isabel - LEITAO, Sara - BOAVIDA, Jose SANTOS, Paula Coelho, SERRANO, Ana - BRITO, Teresa Ana - LANCA, Carla - PIMENTEL, Julia Serpa - Pinto, Ana Isabel - GRANDE, Catarina - Brandao, Teresa - Franco, Vitor. (2019). Recommended Practices in Early Childhood Intervention. A Guidebook for professionals. Luxembourg, Eurlayid - The European Association on Early Childhood Intervention (EAECI), 2019. ISBN 978-2-9199584-0-5.

DUNST, C. J. *Family and community life as the contents for supporting and strengthening child learning and development.* Congresso Nacional de Intercencao Precoce com Crianças s Familias. Aveiro, Portugal. In: CARVALHO, Leonor - De ALMEIDA, Isabel Chaves - FELGUEIRAS, Isabel - LEITAO, Sara - BOAVIDA, Jose SANTOS, Paula Coelho, SERRANO, Ana - BRITO, Teresa Ana - LANCA, Carla - PIMENTEL, Julia Serpa - Pinto, Ana Isabel - GRANDE, Catarina - Brandao, Teresa - Franco, Vitor. (2019). Recommended Practices in Early Childhood Intervention. A Guidebook for professionals. Luxembourg, Eurlayid - The European Association on Early Childhood Intervention (EAECI), 2019. ISBN 978-2-9199584-0-5.

DUNST, C. J. - TRIVETTE, C. M. - DEAL, A. (1988). Enabling and empowering families: Principles and guidelines for practice. Cambridge, MA: Brookline Books. In: CARVALHO, Leonor - De ALMEIDA, Isabel Chaves - FELGUEIRAS, Isabel - LEITAO, Sara - BOAVIDA, Jose SANTOS, Paula Coelho, SERRANO, Ana - BRITO, Teresa Ana - LANCA, Carla - PIMENTEL, Julia Serpa - Pinto, Ana Isabel - GRANDE, Catarina - Brandao, Teresa - Franco, Vitor. (2019). Recommended Practices in Early Childhood Intervention. A Guidebook for professionals. Luxembourg, Eurlayid - The European Association on Early Childhood Intervention (EAECI), 2019. ISBN 978-2-9199584-0-5.

FELGUEIRAS, BAIIRAO, & CASTANHEIRA. (1988). Introducao ao planeamento de acoes integradas para a infancia – Tentativas existentes em Portugal. In R. Gracio (Org). Integracao de servicos para a infancia: Metodologia de projectos (81-107). Isboa: Fundacao Aga Khan/Fundacao Calouste Gulbenkian. In: CARVALHO, Leonor - De ALMEIDA, Isabel Chaves – FELGUEIRAS, Isabel – LEITAO, Sara – BOAVIDA, Jose SANTOS, Paula Coelho, SERRANO, Ana – BRITO, Teresa Ana – LANCA, Carla – PIMENTEL, Julia Serpa – Pinto, Ana Isabel – GRANDE, Catarina – Brandao, Teresa – Franco, Vitor. (2019). Recommended Practices in Early Childhood Intervention. A Guidebook for professionals. Luxembourg, Eurllyaid – The European Association on Early Childhood Intervention (EAECI), 2019. ISBN 978-2-9199584-0-5.

FRIČOVÁ, Monika – MATEJ, Vladislav – TICHÁ, Erika. *Správa o stave včasnej intervencie na Slovensku*. Bratislava: Asociácia poskytovateľov a podporovateľov včasnej intervencie, 2018. Materiál spracovaný v rámci medzinárodného projektu AGORA.

GURALNICK, M. J. (2005). The developmental systems approach to early intervention. Baltimore: MD: Paul H. Brookes Publishing Co., 2005. In: CARVALHO, Leonor - De ALMEIDA, Isabel Chaves – FELGUEIRAS, Isabel – LEITAO, Sara – BOAVIDA, Jose SANTOS, Paula Coelho, SERRANO, Ana – BRITO, Teresa Ana – LANCA, Carla – PIMENTEL, Julia Serpa – Pinto, Ana Isabel – GRANDE, Catarina – Brandao, Teresa – Franco, Vitor. (2019). Recommended Practices in Early Childhood Intervention. A Guidebook for

professionals. Luxembourg, Eurllyaid – The European Association on Early Childhood Intervention (EAECI), 2019. ISBN 978-2-9199584-0-5.

MARQUES (Coord.). 2014. Problemas complexos e governacao integrada? (Working paper V 1.0). Retrieved from <http://www.gaiurb-pt/2015/docs/portugal.govint.versao.final.pdf>. In: CARVALHO, Leonor - De ALMEIDA, Isabel Chaves – FELGUEIRAS, Isabel – LEITAO, Sara – BOAVIDA, Jose SANTOS, Paula Coelho, SERRANO, Ana – BRITO, Teresa Ana – LANCA, Carla – PIMENTEL, Julia Serpa – Pinto, Ana Isabel – GRANDE, Catarina – Brandao, Teresa – Franco, Vitor. (2019). Recommended Practices in Early Childhood Intervention. A Guidebook for professionals. Luxembourg, Eurllyaid – The European Association on Early Childhood Intervention (EAECI), 2019. ISBN 978-2-9199584-0-5.

SHONKOFF, J. P. Building a new biodevelopmental framework to guide the future of early childhood policy. Child development. 81 (1), 357 – 367. In: CARVALHO, Leonor - De ALMEIDA, Isabel Chaves – FELGUEIRAS, Isabel – LEITAO, Sara – BOAVIDA, Jose SANTOS, Paula Coelho, SERRANO, Ana – BRITO, Teresa Ana – LANCA, Carla – PIMENTEL, Julia Serpa – Pinto, Ana Isabel – GRANDE, Catarina – Brandao, Teresa – Franco, Vitor. (2019). Recommended Practices in Early Childhood Intervention. A Guidebook for professionals. Luxembourg, Eurllyaid – The European Association on Early Childhood Intervention (EAECI), 2019. ISBN 978-2-9199584-0-5.

TICHÁ, Erika. *Interné materiály Centra včasnej intervencie Bratislava, n. o.* Bratislava, 2020.



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

Feuersteinova metoda jako nástroj integrace lidí se získaným poškozením mozku

Obnova a rozvoj schopností u člověka se získaným poškozením mozku není úkolem pouze zdravotním. Po akutní péči přichází fáze rehabilitace a péče o jedince, která je mnohem delší, je náročná a často velmi vyčerpávající. V této fázi jde o návrat jedince do jeho života, k rolím a úkolům, které ho naplňují. Maminky chtějí být znovu schopné postarat se o děti, otcové chtějí být schopni rodinu zabezpečit, lidé se chtějí vrátit do práce ke svým povinnostem. Tento návrat má několik fází a neexistuje jasný postup nebo doba, za kterou se tak stane, ani kvalita s jakou se podaří jedince zpět integrovat. Přes všechna úskalí je to velmi významná životní fáze v životě jedince se získaným poškozením mozku. Feuersteinova metoda nabízí možnost kognitivní rehabilitace, kterou lze uplatnit už v době akutní péče a především pak jako součást dlouhodobé péče o jedince.

Feuersteinova metoda Instrumentálního obohacování je aplikovaná do řady oblastí – vzdělávání ve všech úrovních, pedagogicko-poradenské činnosti, sociální oblasti, její výsledky jsou známé i při práci s psychiatrickými pacienty. Jeruzalémský Institut prof. Reuevena Feuersteina pravidelně publikuje své výsledky jak na úrovni vědeckých prací tak publikační činnosti, ve kterých sdílí možnosti využití metody do řady oblastí. Mezi jednu z nich je práce s klienty se získaným poškozením mozku.

Reuven Feurstein založil v roce 1997 speciální oddělení v Jeruzalémském institutu s cílem nabízet neurokognitivní rehabilitaci

i lidem po získaném poškození mozku. Od té doby se osobně podílel na tvorbě specifické kognitivní rehabilitace, při které uplatňoval vlastní přesvědčení o modifikovatelnosti organismu a plasticitě mozku a aplikoval své postupy u lidí s rozdílnými neurologickými diagnózami. Znovu tak využil metodu, vzniklou z potřeby tam, kde doslova zachraňuje životy a zvyšuje šance na samostatný a plnohodnotný život. Profesor Feuerstein postupně vchoval odborný tým, který nadále v institutu pod vedením současné ředitelky Idit Harif nabízí neurorehabilitaci klientům z celého světa.

Klienti se na tým odborníků obracují nejčastěji po traumatických poškozeních mozku následkem úrazu, nádorech na mozku, cévních mozkových příhodách, poraněních mozku následkem hypoxie a dalších závažných diagnózách. Neurokognitivní rehabilitace je ve Feuersteinově institutu založena na teoretických i praktických aspektech Strukturální kognitivní modifikovatelnosti (SKM). Nicméně postupem času vznikl nový rehabilitační přístup, který obsahuje celé spektrum odborné péče nazvaný Dynamická kognitivní rehabilitace, která je postavena na principech SKM a zároveň je adaptována tak, aby plně odpovídala potřebám klientů se specifickými potřebami a aby:

- a. vedla ke zlepšení kognitivních, funkčních, lingvistických a každodenních dovedností klienta, k samostatnosti
- b. zlepšila emoční stav klienta, jakož i pečujících jedinců
- c. v pozdějších fázích rehabilitace napomohla k vyhledání vhodného a smysluplného uplatnění či zaměstnání

I přesto, že systém akutní péče vede za poslední roky k zvýšenému počtu zachráněných životů, jsou lidé s poškozením mozku často závislí na dlouhodobé rehabilitaci a podpoře sociálních služeb. Vážný úraz hlavy se řadí mezi jednu z příčin trvalé invalidity. Registr cévních mozkových příhod na Slovensku eviduje za rok 2018 celkem 11 265 příhod ve věkovém rozmezí 0-85 let. Přičemž cévní mozková příhoda je jen jednou z příčin hospitalizace u diagnózy získaného poranění mozku. Existuje odborný konsensus, který deficit v oblasti kognice a chování jmenuje jako hlavní příčinu izolace těchto pacientů. Zároveň se odborníci shodují na tom, že pečující osoby sehrávají zásadní roli v kvalitě života těchto jedinců. Nejen to je důvod proč následná kognitivní rehabilitace může významně přispět ke kvalitě života těchto pacientů. Profesor Feuerstein ve své knize uvádí, že „opakované předkládání úkolů“ a intervence založená na parametrech zkušenosti

zprostředkovaného učení vede k nápravě obtíží vzniklých jako následek poškození mozku. Systematická práce s instrumenty může dle jeho slov navýšit úroveň řeči, symbolické myšlení, paměť, proces obnovy a asociativní myšlení.

Jsou to ovšem především parametry **zkušenosti zprostředkovaného učení**, které jsou klíčem k úspěšné intervenci. Ukazuje se, že některé z nich při práci s klienty po poranění mozku jsou naprosto žádoucí a jejich význam je klíčový, neboť dospělý klient potřebuje pro úspěšný proces učení chápat význam toho, co dělá a na tento aspekt intervence je potřeba u klientů po poranění mozku klást velký důraz. Zároveň vznikly i dva nové parametry, které ve své práci popisuje členka odborného týmu Noami Hadas-Lidor z Jeruzalémského institutu. První z těchto parametrů rozpracoval ještě profesor Feuerstein, ten druhý je výsledkem dlouhodobé práce odborného týmu.

Tedy kromě obecných parametrů zkušenosti zprostředkovaného, kam řadíme – **záměrnost a vzájemnost, zprostředkování přesahu a významu**, který u klientů napomáhá k znovu nabití schopnosti dělat vlastní rozhodnutí a implicitně i explicitně vytvářet důvody a motivaci k naplňování jednotlivých úkolů rehabilitace. Velký důraz je kladen i na parametr **sdílení**, který klientům umožňuje „vynést na světlo“ své vnitřní potřeby, myšlenky, pocity a očekávání od druhých. Charakteristickým rysem těchto klientů je jejich sociální izolace a právě parametr sdílení je cestou, jak jim umožnit sdílet jejich vnitřní svět, pomoci jim otevřít se a propojit znovu s okolním světem tím, že si své kroky začnou plánovat, promýšlet, naučí se rozhodovat se atd. Dva zmíněné nové parametry dynamické kognitivní rehabilitace jsou zprostředkování potřeby změny chování a koexistence kompetence a dysfunkce.

Zprostředkování potřeby změny chování – klienti s poruchou učení a pozornosti mohou na podněty reagovat neovladatelnými výbuchy vzteku a ztráty kontroly chování, jako nepřiměřené reakce na své okolí. Tito klienti potřebují neustále ujištění a povzbuzení. U

dospělých klientů může toto chování vést např. k impulzivnímu podání výpovědi v práci bez zvážení důsledků takového rozhodnutí a s přihlédnutím na obtížnost znovu nalezení nového pracovního místa. Tento parametr má zásadní význam pro sociální integraci. Zprostředkování tohoto parametru tak spočívá ve vyvolání porozumění a souladu mezi vnitřní potřebou a promyšlení příčiny a následku vlastního chování ve vnějším světě.

Koexistence kompetence a dysfunkce

– tento parametr je založen na potřebě klienta porozumět, že jeho současný stav je stavem trvalého střídání pocitu kompetence, kterou v rychlém sledu může vystřídat zoufalý pocit selhání. Klient si může např. stěžovat na neschopnost jakkoliv komunikovat s rodinnými příslušníky a nemožnosti vyjádřit své interní potřeby. Zprostředkování jeho schopnosti tuto situaci reflektovat a podat o ni svědectví prostřednictvím komunikace, je úkolem odborné intervence. Tento parametr může být úspěšně naplněn, pokud dochází k trvalému zprostředkování pokroku a úspěšnosti klienta tak, aby si byl vědom své zvyšující se kompetence.

Osobně ve své praxi zdůrazňuji i parametr **vyhledávání optimistických alternativ**, který pomáhá nasměrovat klientovu mysl na již dosažený pokrok v intervenci, a který ho má ujistit, že i v jeho nové životní situaci může i nadále využívat svých schopností, najít uplatnění a vést spokojený život. Cílem dynamické kognitivní rehabilitace není u těchto klientů jejich mistrovství ve zvládnutí určitého úkolu, ale jejich samostatnost, autentičnost a fakt, že jsou schopni sami za sebe myslet a dělat smysluplná rozhodnutí v každodenním životě. Centrem Feuersteinova přístupu je vždy člověk samotný a ne předložený úkol, ale člověk, kterému Feuerstein nabízí metodu pro život. Nejinak je tomu u klientů po poraněních mozku, kde má metoda zvyšování kognitivní modifikovatelnosti své nezastupitelné místo. Znovu se naučit učít se se stává hlavním úkolem těchto klientů po řadu měsíců a let. Metoda Instrumentálního obohacování nabízí ucelený nástroj, který je

didakticky i metodicky výborně připraven a v rukách zprostředkovatele se může stát velmi účinným nástrojem při stimulaci a aktivaci procesu učení. Velmi významně napomáhá získání nových schopností pro život. Jeho výhodou je zároveň fakt, že se hodí do každého prostředí, ve kterém učební nebo rehabilitační proces probíhá a je přístupný všem bez rozdílu.

Zdroje:

Dorfzaun-Harif, I. Feuerstein, T., Ovadia, w., Ettinger, S., Lowinger Y., Tvito, H., Etzion, M., Rosenfelder, D., Hadas-Lidor, (2012). An Innovative model for the Dynamic Neurocognitive Rehabilitation for individuals with Acquired Brain Injury. Tel Aviv University. School of Occupational Health.

Feuerstein R., Feuerstein R. S., Falik L., Rand Y., 2006, Creating and enhancing cognitive modifiability: The Feuerstein Instrumental Enrichment Program, ICELP Publication

Hadas-Lidor, N., Weiss, P., & Kozulin, A. (2011). Dynamic cognitive intervention: Application in occupational therapy. In N. Katz, Ed. Cognition, occupation, and participation across the life span. Bethesda, MD: AOTA Press.

Powell, T., & Headway. (2004). Head injury : A practical guide (Rev. ed., Speechmark editions). Bicester: Speechmark.

http://www.nczisk.sk/Statisticke_vystupy/Zdravotnicka_rocenka/Pages/default.aspx [datum 15. října, 2020]

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0967586820308614> [datum 28. listopadu, 2020].

www.icelp.info



Mgr. Eva Corkery – své úsilí věnuje kultivaci procesu učení a jako pedagog se zaměřuje na jeho kognitivní aspekty prostřednictvím Feuersteinovy metody. Odbornost v oblasti získaných poškozeních mozku a následné péče získala na univerzitě ve Velké Británii. Spolupracuje s významnou britskou organizací Headway the Brain Injury Association. V České republice nabízí kognitivní rehabilitaci pro klienty se získaným poškozením mozku.
Více na www.cogito-centrum.cz



Adresa
COGITO, CENTRUM KOGNITIVNÍ EDUKA
PLACHÉHO 25, 370 01 ČESKÉ BUDĚJOVI

Kontakt
E INFO@COGITO-CENTRUM.CZ
W COGITO-CENTRUM.CZ

COGITO VZDĚLÁVÁ PRO BUDOUCNOST

Cogito, centrum kognitivní edukace, nabízí již od roku 2009, kdy bylo založeno doc. Věrou Pokornou jako první svého druhu v České republice, moderní metody vzdělávání kognitivním způsobem, které připravují jedince na život v současné dynamické společnosti. Díky svému zařazení do sítě akreditovaných tréninkových center Feuersteinova institutu v Izraeli má Cogito oprávnění vzdělávat ve Feuersteinově metodě instrumentálního obohacování, jejímž autorem je profesor Reuven Feuerstein (1921-2014). Cílem této metody je náprava obtíží v učení, rozvoj poznání a myšlení v celé jeho šíři a rozvoj jedince v samostatnou a autentickou osobnost. Kromě toho Cogito nabízí další vzdělávací i sebezkušenostní kurzy a semináře jak pro pedagogické pracovníky, tak pro rodiče, mezi nimi např.

Zkušenost zprostředkovaného učení, Matematika kognitivním způsobem, Inkluze žáků s Downovým syndromem v praxi, Zprostředkovaná samomluva a další. V novém roce se chystá otevření zcela nového kurzu zaměřeného na využití Feuersteinovy metody při práci s jedinci s autismem. Kurzy a semináře realizujeme jak v České republice, tak na Slovensku, v obou zemích existuje síť proškolených odborníků, kteří s metodami pracují ve školách, s jedinci se speciálními vzdělávacími potřebami, s dospělými se získaným poškozením mozku, se seniory, s talentovanými dětmi atd.

Více informací o aktivitách centra Cogito naleznete na www.cogito-centrum.cz.

Irena Marušincová
předseda Cogito

marusincova@cogito-centrum.cz



Jeden z prvých textov, ktoré sme čítali potom, ako nám bola oznámená synova diagnóza „obojstranná percepčná ťažká porucha sluchu“, bola esej, osobná výpoveď americkej autorky a sociálnej aktivistky Emily Pearl Kingsley s názvom „Vitajte v Holandsku“. V roku 1987 napísala vyznanie rodiča o tom, aké je to, mať dieťa so zdravotným postihnutím.

voľte mi, aby som Vám túto spoveď priblížila a tým priblížila aj pocity mnohých rodičov, ktorí sa v živote ocitli „na inom mieste“, ako si vysnívali:

Zo života rodiny s dieťaťom so sluchovým postihnutím

Počas viac ako troch rokov od narodenia Matejka sme si ako rodičia v mnohých situáciách povzdychli, ako veľmi by sme si želali, aby nás Matej počul. Aby bol ako ostatné deti a rozumel nám aj vtedy, keď nemôže mať načúvacie prístroje. Aby sme ho vedeli v noci, keď ho zobudí zlý sen, utíšiť našim hlasom. Aby sme mu pri kúpaní v bazéne mohli povedať, aby sa nebál, že ho pevne držíme a nepustíme. Takýchto situácií je veľa, ocitli sme sa predsa v Holandsku...

Čo to vlastne znamená? Prečo v Holandsku? Ide o krásne a pritom také výstižné prirovnanie rodičovských túžob, pocitov, ale aj sklamaní a vyrovnávaní sa so situáciou. Do-

„ Vitajte v Holandsku

Často sa ma ľudia pýtajú, aké to je, vychovávať dieťa s postihnutím – aby si to vedeli predstaviť aj tí, ktorí nemajú takúto unikátnu skúsenosť. Je to takéto...

Keď čakáte dieťaťko, je to ako plánovanie perfektnej dovolenky do Talianska. Kúpíte si hromadu príručiek o krajine a urobíte nádherné plány – Koloseum, Michelangelov Dávid, gondoly v Benátkach. Naučíte sa zopár užitočných fráz po taliansky. Všetko je to také vzrušujúce.

Po mesiacoch túžobného očakávania konečne príde ten deň. Zbalíte si kufre a vydáte sa na cestu. O niekoľko hodín neskôr lietadlo pristane. Príde letuška a povie: „Vitajte v Holandsku!“ „V Holandsku?“ spýtate sa. „Ako to myslíte, v Holandsku??? Ja som si predsa objednala Taliansko! Ja by som mala byť v Taliansku. Celý svoj život som snívala, že pôjdem do Talianska.“

Nuž, došlo k zmene letového plánu. Lietadlo pristálo v Holandsku a vy tu musíte zostať. Je dôležité poznamenať, že vás nevzali na hrozné, nechutné a špinavé miesto plné moru, hladu a chorôb. Je to len iné miesto. A tak musíte vyjsť von, kúpiť si nové príručky o tejto krajine a naučíte sa úplne nový jazyk. Stretnete tu aj úplne nových ľudí, ktorých by ste inak nikdy nestretli.

Je to jednoducho iné miesto. Pomalšie a menej oslnivé ako Taliansko. Ale po tom, čo tu strávite nejakú tú chvíľu, naberieť dych a obzriete sa dookola... začnete si všímať, že Holandsko má veterné mlyny... a Holandsko má tulipány. Holandsko má dokonca aj Rembrandta.

Ale každý, koho poznáte, má plné ruky práce a príchodom a odchodom z Talianska... A všetci sa vychvalujú, ako perfektne sa tam mali. A po celý zvyšok života budete hovoriť: „Áno, aj ja som tam mala ísť. Tak som to plánovala.“ A tá bolesť nikdy, nikdy, nikdy nezmizne... pretože strata tohto sna je veľmi vážnou stratou.

Ale... ak strávite svoj život smútením nad faktom, že ste sa nikdy nedostali do Talianska, nikdy sa možno neoslobodíte, aby ste si vychutnali tie špeciálne a krásne veci, ktoré sú iba... v Holandsku.¹

A tak sa ako rodičia každým dňom učíme hľadať krásne veci napriek tomu, že sme to neplánovali. Učíme sa hľadať našim deťom miesto v spoločnosti, ktorá sa stále ešte len pripravuje na akceptáciu detí so zdravotným postihnutím. Sami sme to zistili počas výberu materskej školy. Aké jednoduché pre úradníka je dieťa s diagnózou „odpísať“ a bez ďalšieho mu odporučiť špeciálnu školu. Aké jednoduché pre úradníka je nezaoberať sa tým, či by dieťa dokázalo uspieť v kolektíve zdravých rovesníkov, aké jednoduché je nespýtať sa, čo dieťa dokáže, aké má schopnosti, zručnosti a odporúčania od odborníkov. Áno, je to jednoduché, nevyžaduje to žiadnu prácu a úsilie a predovšetkým záujem o dieťa. No je v tom veľká sila ovplyvniť život dieťaťa a celej jeho rodiny. Preto sme vďační za odborníkov, ktorí nám pomáhajú, za rodičov, ktorí zdieľajú svoju skúsenosť a za všetkých, ktorým nie je lahostajná inklúzia detí so zdravotným postihnutím do školského systému, ale predovšetkým ich prijatie a zaradenie do bežného života.

Autorka Katarína Balážová je matkou 3,5 ročného syna s obojstrannou ťažkou poruchou sluchu.

¹ <http://infosluch.sk/wp/rane-poradenstvo/vyrovnavanie-sa-s-diagnozou-dietata/vitajte-v-holandsku/>

Životný oblúk služby PhDr. Jána Škotta

PhDr. Ján Škott sa narodil 7. februára r. 1951 v Čemernom neďaleko Vranova. Po ukončení strednej školy absolvoval štúdium na Pedagogickej fakulte UK Trnavskej univerzity v odbore špeciálna pedagogika mládeže, psychopédia, ktorý ukončil v r. 1977. V roku 1980, dosiahol titul doktor filozofie vo vednom odbore špeciálna pedagogika a liečebná pedagogika. V rokoch 1977 – 1984 bol zamestnaný na PF UK ako vysokoškolský učiteľ a od r. 1985 do r. 2010 pracoval v pozícii riaditeľa v Domove sociálnych služieb pre deti a dospelých na Javorinskej ul. 7a v Bratislave. Od r. 1999 bol štatutárnym zástupcom Kresťanskej ligy pre pomoc mentálne postihnutým na Slovensku, so sídlom v Rusovciach. Od r. 1999 do r. 2020, zriadil a viedol neziskovú organizáciu Podporované bývanie v Rusovciach – Gerulata v ktorom býva 7-8 obyvateľov s mentálnym postihnutím.

Koniec života každého človeka vyvoláva smútok ale tiež napätie, naliehavosť dopovedať niečo, čo nebolo ešte povedané, poďakovať za niečo, čo sme predtým nestihli. Dr. Ján Škott si v živote nevyžadoval od svojho okolia osobitnú pozornosť, možno práve preto si ešte viac uvedomujem jeho osobitný prínos v službe zdravotne znevýhodneným ľuďom. Uvediem

len niekoľko výziev, ktoré boli pre Dr. J. Škotta charakteristické, okolnosti s ktorými sa v živote snažil vyrovnávať a spôsob ako ich prekonával.

Politické zmeny v druhej polovici šesťdesiatich rokov otvorili nové možnosti pre ľudí s postihnutím a ich rodiny. To bol jeden z dôvodov, ktorý v r. 1969 viedol k zriadeniu denného Ústavu sociálnej starostlivosti pre deti a mládež v rodinnej vile v lukratívnej časti Bratislavy na Jaskovom rade, Lubinskej 5. Pravdepodobne bol ústav prvým alebo jedným z prvých stacionárov pre klientov s kombinovaným psycho-somatickým postihnutím na území Slovenska. V roku 1985, keď mal dr. Škott 34 rokov, prebral štafetu vedenia zariadenia po riaditeľke PhDr. Ing. Elene Doviňovej. V ústave bola v tom čase poskytovaná denná sociálna starostlivosť pre 36 klientov vo veku od 6 – 26 rokov. Väčšina pracovníčok zariadenia boli v tom čase rádové sestry z Inštitútu Preblahoslavenej Panny Márie. Na Lubinskej sa otvoril pred dr. Jánom Škottom dlhý životný oblúk služby ľuďom s postihnutím.

Priestorové preťaženie klientami v rodinnom dome a vysoký záujem čakateľov - rodičov s postihnutým členom o denné sociálne služby, vzhľadom k počtu 37 klientov, boli enormné. V spolupráci so zriaďovateľom hľadal



folklórny súbor Javorček, propagačné materiály

dr. Škott možnosti rozšírenia služieb. Po náročných polemických diskusiách vyvolaných odporom miestnych obyvateľov, bol vytypovaný nový objekt ústavu na Jaskovom rade, na Javorínskej ulici č. 7a, v bývalej materskej škole. Rozšírenie ústavu a rekonštrukcia rodinného domu významne zlepšili podmienky pre poskytovanie sociálnej služby, ktoré zariadenie poskytovalo pre 85 klientov. Dr. Ján Škott od prvých dní vedenia ústavu opustil tradičné obslužné poňatie sociálnej služby a vtláčal do poskytovania sociálnych služieb nový pohľad a praktický obsah. Základ poskytovanej sociálnej služby bol položený na integrované programy, aktivizáciu a pracovnú činnosť ľudí s postihnutím, a s tým súvisiacimi nárokmi na odbornosť a skúsenosti zamestnancov. V nových podmienkach ústavu, v interiéri aj v exteriéri (skleník), zriadil dielne a zamestnávanie, v kooperácii s výrobnými podnikmi Cosmos, ZÁRES, FIGARO.

Na novom pôsobisku sa stretáva s aktívnymi a odvážnymi zástupcami rodín

postihnutých klientov, ktorí artikulovali dôležitosť dennej starostlivosti o ich dcéry a synov. Rodičia klientov odmietli prijať zaužívané spôsoby poskytovania sociálnych služieb v celoročných pobytových zariadeniach. Na pôde denného zariadenia vzniká spoločenstvo rodičov, z ktorého postupne vzniká celoslovenské hnutie, silná sieť organizácii Združenia pre pomoc ľuďom s mentálnym postihnutím.

Možnosti presadzovania integrácie ľudí s mentálnym postihnutím videl v pracovných aktivitách, športe a v umení. Silnú stopu v integrovaných programoch, ktoré inicioval, zanechal súbor Javorček, ktorý dr. Ján Škott založil v r. 1992 pri domove sociálnych služieb, ktorý viedol. V súbore účinkovali klienti s mentálnym postihnutím dvoch bratislavských zariadení s denným pobytom. Do prípravy tanečníkov Dr. Ján Škott zapojil sociálnu pracovníčku PhDr. Oľgu Rejholcovú a členov súboru Bezanka a súboru Lipa. Rýchle a nečakané napredovanie tanečníkov z domova viedlo k myšlienke prípravy spoločných vystúpení súboru Javorček

s tanečníkmi umeleckých súborov Bezanka a Lipa. Prvé spoločné vystúpenie v Senici v r. 1992 malo obrovský úspech. Integrované vystúpenia pokračovali s podobným úspechom nielen na Slovensku v Bratislave, v Trenčíne, v Nitre, v Leviciach, Lučenci, Rožňave, Východnej, Vranove nad Topľou, Košiciach, Poprade ale aj v zahraničí Nemecko – Bonn, Kolín nad Rínom, Belgicko - Schoten, Rakúsko – Viedeň. Od roku 2003 do r. 2012 prevzala pod svoje činnosť Kresťanská liga pre pomoc mentálne postihnutým na Slovensku. Unikátnosť prepojenia umeleckého súboru tanečníkov Bezanky a Lipa, pre ktoré otvoril dvere domova Dr. Ján Škott, bolo prínosom nie len pre tanečníkov z domova sociálnych služieb a ich rodiny, zamestnancov domova, členov súborov, ale hlavne pre divákov, ktorí mohli so zatajeným dychom sledovať prirodzené, spontánne, umelecké prepojenie dvoch, dovtedy nezlučiteľných svetov.

V r. 1992 zriadil so svojím pracovným tímom ako súčasť domova na Javorínskej chránené bývanie Dom sv. Mikuláša pre 8 klientov.

V r. 1990 je jedným zo spoluzakladateľov Kresťanskej ligy pre pomoc mentálne postihnutým na Slovensku a v r. 1994 zakladá neziskovú organizáciu Podporované bývanie Rusovce – Geruláta, kde pracoval a poskytoval odborné poradenstvo až do konca svojho života.

Slovensko nemá veľa osobností, ktoré celý svoj profesionálny život venovali poslaniu pre ľudí so zdravotným postihnutím. Dr. Ján Škott si nezakladal na uznani, úspechoch, sláve. Z času na čas ho znechutili a na chvíľu zastavili, položili prekážky a nepochopenie. Netrvalo dlho, a znovu vstal arazil si cestu životom znova.

Ďakujem Ti pán dr. Ján Škott, že sme mohli byť aspoň čiastočne pri tom.

Slavomír Krupa

(Ďakujem za poskytnuté informácie bývalému zamestnávateľovi BSK a DSS pre mentálne postihnuté deti a dospelých, Javorínska 7a, v Bratislave.)

Čo má prísť, príde...



Kto z nás je pripravený na to, že zajtra sa nám zrúti svet? Kto z nás je zodpovedný za to, že nejdú veci vrátiť späť? Znejú mi v ušiach posledné dni texty piesne Čo má prísť, príde... Na tých nám záleží... Tieto emócie sa spájajú s Beatkou Stykovou, o ktorej už plní smútku a bolesti, môžeme hovoriť iba v minulom čase.

V stredu 27. januára 2021 vo veku 56 rokov od nás bez rozlúčky, náhle ,navždy a tíško odišla do neba neobyčajne ľudská, vzácna žena Beata Styková.

Všetci, čo sme ju poznali môžeme hovoriť len o jej vlúdnosti, kultivovanosti, o ochoťte vždy pomôcť tomu, kto to potreboval. Ak sa niekto obrátil s prosbou o pomoc či radu, neodmietla, ale vždy urobila, čo mala a mohla. Bojovala aj v čase pandémie do poslednej chvíle, aby boli klienti a zamestnanci zariadení sociálnych služieb mesta Banská Bystrica chránení pred zákerným koronavírusom, no ona boj s vírusom prehrala.

Beata Styková sa narodila v Bojniciach a vyrastala v Prievidzi, kde ukončila základnú školu. V roku 1978 odišla študovať do Banskej Bystrice na Strednú odbornú školu stavebnú. Na strednej škole sa zoznámila aj so svojim

budúcim manželom, čo vlastne aj rozhodlo, že po krátkom návrate do Prievidze sa v roku 1987 definitívne presťahovala do Banskej Bystrice, kde pracovala najskôr na Okresnom stavebnom podniku, potom na Mestskej správe sociálnych služieb a od roku 1995 pracovala na Mestskom úrade Banská Bystrica. Najskôr pracovala ako referent pre technické záležitosti zariadení sociálnych služieb. Postupne ju práca s ľuďmi naplňala viac ako zabezpečovanie technickej stránky. Popri práci preto vyštudovala sociálnu prácu na Pedagogickej fakulte UMB Banská Bystrica.

Beata Styková pracovala takmer 30 rokov na Mestskom úrade v Banskej Bystrici v oblasti sociálnych služieb. V tíme ju mal každý rád pre dobrosrdečnosť, ochoť, láskavosť, obetavosť a životný optimizmus. Svoj status profesionála okrem osobnostných predpokladov dopĺňala svojim neustálym odborným rastom, vlastným rozvojom a vzdelávaním. Spolupracujúce organizácie z jej profesijných zručností oceňovali profesionálny a súčasne ľudský prístup vo vzťahu ku klientom, k spolupracovníkom a k organizácii. V jej práci sa premietala jej celková životná filozofia a vzťah k iným ľuďom. Jedna z kolegyň jej na FB

statuse nechala posledný odkaz: „Motivovala si ľudí k dobru a láske. Zanechala si odkaz vážiť si všetko, čo prináša radosť a šťastie nášmu životu. A zanechala si veľký kus dobrej práce“.

S Beatkou Stykovou má spájal na Mestskom úrade v Banskej Bystrici takmer 25 rokov nielen môj profesionálny život, ale aj blízkosť názorov, ako sme tomu my hovorili „rovnaká krvná skupina“. Vo svojom slovníku nepoužívala slovíčko „nie“, bola oporou, pilierom v komunite „sociálnikov“. S úsmevom a optimizmom riešila aj náročné témy a úlohy. Spájali nás aj záujmy v oblasti cestovania a cykloturistiky. Vždy sme sa po dovolenkách tešili na zdieľanie krás a dojmov z nového poznania. Beata Styková bude chýbať seniorom na tradičných Akadémiách pre seniorov, ktoré každoročne s radosťou a láskou pripravovala s celým tímom. Bude chýbať celému tímu, klientom a zamestnancom zariadení sociálnych služieb v meste, no najväčšiu bolesť z jej straty má jej milovaný manžel a milované dcéry.

Svoje skúsenosti z profesionálnej práce zúročovala aj ako konzultantka v projekte Deinštitucionalizácie sociálnych služieb. Pár hodín pred osudným dňom sa ešte zaujímal,

ako motivovať zamestnancov v zariadení k zmenám postojov a k napĺňaniu cieľov projektu. Rozhovor sme končili s nádejou, že snáď sa skoro stretneme... Kto z nás je pripravený na to, že zajtra sa nám zrúti svet?...

Beata, budeš nám veľmi chýbať, nikdy na Teba nezabudneme, v našich srdciach navždy zostaneš.

S Tvojim odkazom, že si nás všetkých mala rada, budeme na Teba v dobrom a s láskou spomínať.

Spomienku napísala dlhoročná priateľka a kolegyňa

Mária Filipová
Banská Bystrica 30.1.2021



Integrácia I-II 2020
je venovaná téme včasnej intervencie.
Okrem odborného východiska
pre včasnú intervenciu v nej nájdete
jednoduchým obrázkovým jazykom
vysvetlenú cestu rodiny s dieťaťom,
ktoré potrebuje skúšky včasnej intervencie.
Integráciu v elektronickej podobe
si môžete otvoriť tu:



MÔŽU VEĽA ZMENIŤ.



ĎAKUJEME.

etnom@epsp.eu