

Číslo 1-2/ 2022, november 2022

# INTEGRÁCIA

---

Interdisciplinárny odborný časopis o inováciách v riešení nepriaznivých sociálnych situácií občanov





# Obsah

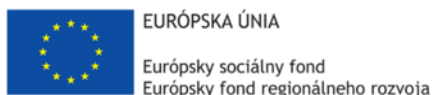
- 4 Úvodník / Andrea Csémi, Tamás Lászlo, Tibor Veres
- 6 Postoje a ich funkcia v sociálnych službách / Slavomír Krupa
- 28 Usmernenia o deinštitucionalizácii, vrátane núdzových situácií / Výbor OSN  
pre práva ľudí so zdravotným postihnutím
- 52 Usmernenia o deinštitucionalizácii, vrátane núdzových situácií - verzia v ľahkom  
jazyku/ Lucia Cangárová

Vydala a spracovala: Rada pre poradenstvo v sociálnej práci, Záhradnícka 70, 821 08 Bratislava. IČO: 30812682; email: radaba@rpsp.eu. Redakčná rada: Šéfredaktorka: Lucia Cangárová. Členovia: Doc. PhDr. Slavomír Krupa, PhD. —odborný garant, PhDr. Miroslav Cangár, PhD., PhDr. Soňa Holúbková, PhDr. Judita Varcholová. Grafická úprava a fotka titulnej strany: Lucia Cangárová. Tlač: Copygraf, s.r.o., Domkárska 15, 821 05 Bratislava. Objednávky zasielajte na adresu: Rada pre poradenstvo v sociálnej práci, Záhradnícka 70, 821 08 Bratislava. Dostupné online na [www.rpsp.eu](http://www.rpsp.eu).

Časopis Integrácia je zapísaný v zozname preriodickej tlače Ministerstva kultúry Slovenskej republiky. Evidenčné číslo 4432/11. Vychádza 2 x ročne. Časopis Integrácia (číslo 1-2/2022, ročník 33) vyšiel za finančnej podpory Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky a v rámci Národného projektu NPDI PTT.

ISSN: 1336-2011

Tento projekt sa realizuje vďaka podpore z Európskeho sociálneho fondu a Európskeho fondu regionálneho rozvoja v rámci Operačného programu Ľudské zdroje. Národný prerojekt Deinštitucionalizácia zariadení sociálnych služieb – podpora transformačných tímov, ITMS 2014+ kód 312041R446, [www.esf.gov.sk](http://www.esf.gov.sk), [www.employment.gov.sk](http://www.employment.gov.sk)



# Úvodník



*Deinštitucionalizácia (hoci ten názov môže napovedať) nezačína sťahovaním sa do nových domov. Dl začína zmenou postojov. Dnes to môžem povedať s úplným presvedčením. A dôvodom, prečo si to dovoľím povedať alebo napísať, sú skúsenosti, ktoré sme už zažili.*

*Do nových domov sme sa ešte nenastahovali, táto veľká zmena je ešte len pred nami. Ale na ceste, na ktorej už nejaký čas kráčame, sme toho zažili veľa. Kým v minulosti dni ubiehali medzi múrmi kaštieľa takmer rovnako pre ľahko aj ťažko postihnutých, dnes je to takmer nepredstaviteľné. Dnes je prirodzené, že naši prijímatelia chodia do dediny, navštevujú priateľov, robia nákupy.*

*Brána zariadenia bola dokorán otvorená aj predtým, no našim obyvateľom ani nenapadlo vyjsť cez ňu. VŠETCI SPOLU prešli k bráne, chvíľu sa pozerali von, potom sa otočili a vrátili sa späť. Do organizovaných programov sa zapojili VŠETCI SPOLU. VŠETCI išli na výlet SPOLU. VŠETCI dostali pekné nové šaty v rovnakom čase, ...*

*Prečo nám nenapadlo, prejsť s nimi cez bránu? Prečo nám nenapadlo, že sa niekto nechce zúčastniť programu a radšej by robil niečo iné? Že niekto prežíva ťažké obdobie a nechce sa zúčastniť večierku, ktorý organizuje iná inštitúcia. Alebo, že si chce vybrať vlastné oblečenie. Ako môže byť niekto taký „zatvorený“ za dokorán otvorenou bránou?*

*Musíme vidieť jednotlivca v skupine ľudí s postihnutím, a potom sa otvorí pomyselná brána, ktorá bola dovtedy zatvorená: zrazu si všimneme, že ten človek má humor, že má túžby, že aj my sa*

*od neho môžeme učiť.*

*Po viac ako 20 rokoch práce v domove sociálnych služieb si myslím, že je čas zavrieť za sebou dvere veľkých inštitúcií a otvoriť tú pomyselnú inú ...*

*A to jednoducho - zmenou postojov...*

*Andrea Csémi, DSS Okoč—Opatovský Sokolec*



*Deinštitucionalizácia. Zložité slovo, ktoré keď počujeme, možno v nás vyvolá dojem, že ukrýva v sebe ťažké tajomstvo, ktorému rozumejú iba odborníci. Keď ho ale rozoberieme a zamyslíme sa nad jeho obsahom, tak zrazu prideme na to, že to nie je nič iné, ako odborné vyjadrenie na pojem „obyčajného“ živo-*

*ta. Pre nás obyčajný, každodenný, či bežný. Aj keď nad tým možno veľmi nerozmýšľame, žijeme svoj život podľa vlastných predstáv. Nájdeme v ňom miesto na profesijnú seba-realizáciu, na kávu či pivo s kamarátmi, na nakupovanie, na návštevu kina, divadla alebo si necháme ujsť futbalový zápas obľúbeného mužstva alebo ďalšie pokračovanie obľúbeného seriálu. Nič zaujímavé, len náš obyčajný život.*

*Skúste si predstaviť, že Vás každé ráno niekto zobudí a nikdy sa nepýta, či chcete ešte pár minút len tak leňošiť. Že Vám niekto nesie jedlo, a je mu jedno, či to jedlo máte radi, alebo Vám ani veľmi nechutí. Že Vás každý deň niekto presviedča, aby ste išli robiť niečo, čo Vás nebaví. Že Vám niekto ponúkne, že môžete ísť do kina, ale nemáte tušenie, na čo si do sály sadnete. Ten človek, ktorý Vám toto všetko ponúka, chce Vám spríjemniť*

život, chce Vám pomáhať a svoju prácu robí svedomito, oddane, najlepšie, ako len vie. Alebo ako len môže. Nemôže sa Vás opýtať, o koľkej chcete pozerať film s Vaším naj-obľúbenejším hercom, lebo žijete pod jednou strechou s 50 ďalšími ľuďmi, a televízor je iba jeden v spoločenskej miestnosti. Nemôže Vás samého odprevadiť do divadla, lebo nemôže nechať bez dohľadu ďalších ľudí, o ktorých sa má tiež starať. Takýchto príkladov je veľa, z každej oblasti života. A asi sa zhodneme na tom, že to nie je život, o ktorom snívate.

To zložité slovo z prvej vety je ale nádejou pre mnohých. Nádejou, že aj oni môžu žiť bežný život bežných ľudí, kde majú susedu, s ktorou si vedia aj trochu poklebetiť, že môžu pozdraviť suseda, že sa môžu stať jedným z bežných obyvateľov svojej obce či mesta.

Nič viac si neprajú ľudia, ktorí sú odkázaní na pomoc iných. Tí, ktorí sú odkázaní žiť svoje životy v zariadeniach sociálnych služieb. Potrebujú len trochu viac z nášho času, aby sme sa im mohli viac venovať a ich životy sa stanú plnohodnotné a sami sa budú cítiť užitočnými.

Tamás Lászlo, DSS Okoč—Opatovský Sokolec

po malých krokoch, ale vidíme ten rast. Toto nás naplňuje. Naplňuje aj vtedy, keď neustále narazíme na prekážky rôzneho druhu. Naplňuje, keď máme okolo seba skvelých ľudí. Na úplných začiatkoch procesu to bolo len pár ľudí. Možno, ani my sme nemali správny postoj k spôsobu poskytovania sociálnych služieb.

Teší nás, že máme okolo seba čoraz viac skvelých ľudí, pomoc príde vždy, keď už ani nečakáme. Vždy sa nájdu ďalší a ďalší skvelí ľudia.

Finišujeme.

Finišujeme ale len v jednej časti procesu. Zmena fyzického prostredia je už na dosah. Je tu, ale ďalšia výzva. Ako naplniť to prostredie životom, lepším životom. Sme na dobrej ceste, ale nie sme ešte na konci. Chceme naďalej rásť. Rásť spolu s ľuďmi, prijímateľmi, zamestnancami, komunitou, príbuznými.

Rásť spolu s Vami.

Finišujeme?

Tibor Veres, DSS Okoč—Opatovský Sokolec



Deinštitucionalizácia. Naša cesta k zmenám. Zmenám, ktoré prinášajú lepší život. Lepší život komu? Prijímateľom? Zamestnancom? Vedeniu poskytovateľa? Miestnej komunite? Príbuzným?

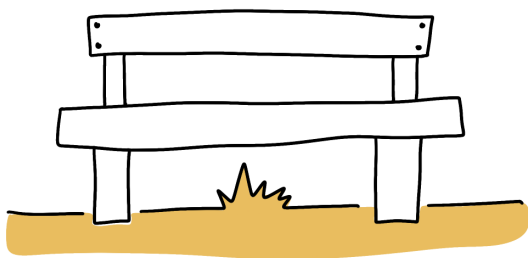
Tá cesta je správna, ak prináša lepší život každému človeku v tomto náročnom procese.

Áno, náročný, ale krásny proces. Krásny v tom, že prináša rast. Rast ľudí okolo nás. Po niekoľkých rokoch,

## POSTOJE A ICH FUNKCIA V SOCIÁLNYCH SLUŽBÁCH

### 1. ÚVOD

Cieľom tejto štúdie je analyzovať teóriu postojov a jej funkcie v sociálnych službách, reforme, transformácii, deinštitucionalizácii zariadení sociálnych služieb. V súvislosti s transformáciou sociálnych služieb máme úmysel poukázať na význam postojov verejnosti k prijímateľom sociálnych služieb a dôležitosť postojov zamestnancov a zriaďovateľov k poskytovaniu sociálnych služieb. Osobitne nás zaujíma otázka stability a zmeny postojov. Ako, prečo a kedy sa postoje menia, ale tiež prečo nedochádza k ich zmenám, a ako postoje ovplyvňujú osobný život človeka a prostredie, v ktorom žije. Pred 2.700 rokmi múdry starozákonný Micheáš, ktorý bol citlivý na sociálne problémy doby, v ktorej pôsobil, najmä na to, čo ovplyvňuje život v malých mestách a dedinách Palestíny, si sám pre seba položil otázku „Čo je dobré?“ Micheáš povedal: „(Dobré je) zachovávať právo, milovať láskavosť a byť pokorný (Starý zákon 700 r. p. n. l.).“ Nastavil tak hodnotové kritériá k obsahu a funkcii postojov, ktoré ovplyvňujú nielen život jednotlivcov ale aj celej spoločnosti aj v súčasnosti. Preto je



zaujímavé vedieť, aké miesto prisudzuje postojom súčasná spoločnosť, veda a vedné odbory sociálnej psychológie, sociálnej práce a konečne, aké osobitné dôsledky majú postoje na teóriu a prax v sociálnych službách? Štúdiu ilustrujeme príbehmi a situáciami klientov s psychosomatickým postihnutím.

#### Príbeh prvý

*Spravidla sedávajú na lavičke v meste. Ona má približne 60 rokov. Chodí so svojím starším partnerom, starajú sa navzájom jeden o druhého aj keď je zrejmé, že partner sa stará viac o ňu ako ona o neho. Obidvaja sú ľudia bez domova. Sú spolu, v lete aj v zime. Partner spravidla žobre pred kostolom. Ona nie, je to pre ňu ponižujúce, ale nemá problém vykonať osobnú potrebu v mestskom parku. Keď majú nejaké peniaze, sedia pred cukrárňou popíjajú pokojne spolu kávičku. On fajčí. Na to, že žijú na ulici, sú vcelku slušne oblečení. Nedávno, keď sedel jej partner na lavičke v parku sám, ľudia sa ho pýtali: „Kde máte partnerku?“ Odpovedal: „...na mamografii a čakám na ňu, kým príde.“ O chvíľu už jeho partnerka prichádzala z nemocnice a ťahala za sebou kufor. Prekvapujúco sa o seba a svoje zdravie starajú.*

*Pred mnohými rokmi priviedla matka do ústavu dievčatko s postihnutím a prosila o pomoc v starostlivosti o jej dcéru. Matka, atraktívna žena, ktorá sa starala o svoj výzor, žila sama s dcérou. Jej dcérka s mentálnym postihnutím navštevovala pomocnú školu, ale po ukončení hľadala jej matka, kde by mohla byť dcéra počas dňa. Roky denne zodpovedne sprevádzala svoju dcérku na ceste do ústavu a z ústavu domov. Neskôr matka ochorela, zomrela a jej pomalú dospelú dcéru nemal kto ďalej do ústavu sprevádzať. Dcéra ostala na ulici, kde si ju našiel jej partner s podobným osudom. Ulica sa stala ich domovom.*

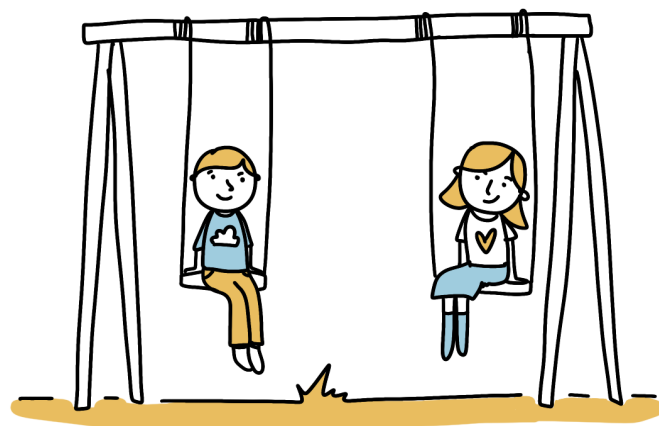
Ľudia, ktorí sa pohybujú po meste, ich vidia. Stali sa súčasťou života mestskej štvrte. Bežný

obyvateľ komunity má kľúče od svojho bytu, domu. Má tiež osobnú históriu. Má svojich rodičov, súrodencov, neskôr svoje rodiny. Je samostatný, má prácu. Oni, žijú na ulici, starajú sa, aby mali peniaze na jedlo, na cigarety a na kávu. Oni a my. Spájajú nás postoje, sú rozdielne a skryté. Žiadna teória nevystihne to, čo vystihuje život. Postoj je pohľad, postoj je nevšímavosť, postoj je myšlienka, postoj je skutok, postoj je strach i odvaha, bolesť i radosť, nenávisť aj prijatie. V spoločnosti všetky tieto odtiene postojov majú svoje viditeľné i neviditeľné dôsledky, ktoré spoločnosť rozkladajú alebo udržiavajú či obnovujú. Postoje sú obrazom jednotlivca i spoločnosti. Majú svoju históriu, vývoj, dynamiku a prognózy. Čas testuje obsah a hodnotu postojov podobne, ako testuje hodnotu umenia a všetkého, čo vytvorí. Nie všetko, čo sa javí navonok ako príjemné, nesie silný obsah. Ale stáva sa, že práve postoje prinášajú jedinečný odkaz dobra. Život posilňujúce hodnoty sú niekedy skryté pre našu neochotu a nezáujem ich vidieť. Opustená dvojica - žobrajúci pán a dcéra s mentálnym posthnutím ženy sedí na lavičke. Dnes ako včera sa okrem niekoľkých centov nedočkajú inej pozornosti. Tak ako tam sedia dnes, budú tam aj zajtra a my budeme chodiť popri nich.

## 2. POSTOJE A ICH FUNKCIA V SPOLOČNOSTI

Akú funkciu majú postoje v živote jednotlivca a spoločnosti? Podľa Katza má postoj individuálny význam, plní určitú funkciu v celku psychickej dynamiky, nie sú to to epifenomény (nepodstatné javy), ale skúsenosťou organizované vzťahy k hodnotám.[1] K funkciám postojov priraduje uvedený autor inštrumentálnu, adjustačnú, utilitárnu, sebaja-defenzívnu funkciu a hodnotové - expresívne, kognitívne a motivačné funkcie.[1] Triandis rozširuje funkcie a význam postojov, keď konštatuje, že postoje vo vzťahu k správaniu ľuďom „prepožičiavajú zmysel.“ [2] Postoje, nás spájajú alebo oddeľujú od prostredia, v ktorom žijeme. Sme neoddeliteľnou súčasťou prostredia

a zároveň máme schopnosť samostatne interagovať a komunikovať s prostredím a so sebou. Dokážeme prostredie vnímať, máme schopnosť uvedomovať si a cítiť prostredie okolo nás. Predpokladom ľudskej existencie je obojstranná interakcia človeka na prostredie a prostredia na človeka. Máme schopnosť uvedomovania si samého seba a pretvárania tohto do postojov k prostrediu. Prijatie seba, nám pomáha prijať a porozumieť prijímať iných. Postoj je schopnosť jednotlivca reagovať na podnety prostredia. Na jednej strane postoj chráni osobnú identitu človeka a na druhej strane formuje vzťahy k iným, k blízkym, k ľuďom, k spoločnosti.



Takýto proces prebieha opačne, keď si sociálne prostredie, v ktorom osoba žije, (napr. rodina) vytvára, reviduje, dopĺňa, mení postoje k nej. K tomu všetkému ešte do prepojenia človeka s prostredím vstupuje ľudská pamäť a schopnosť učiť sa – tie umožňujú archivovať stopy skúsenosti, udalosti, poznatky, históriu a na ich základe konzervovať alebo si vytvárať nové, zmenené významy.[3]

V interakcii človeka s prostredím prostredia s človekom sa formuje jeho jedinečný, prirodzený svet, ktorého súčasťou sú jeho stabilné, ale i meniace sa postoje k životu, k smrti, životným okolnostiam, k práci, k peniazom, k oceneniu i kritike.

Podľa Výrosta[4] majú postoje nasledujúce funkcie:

- adaptačná
- poznávacia
- inštrumentálna, t. j. pomáha maximalizovať zisky a minimalizovať straty
- hodnotová
- adjustačná
- sebaobranná

Z doteraz uvedeného môžeme konštatovať, že postoj je individualizovanou alebo spoločenskou formou spracovania odpovede na podnety prostredia. Viacerí autori v kontexte vzťahu jednotlivca a prostredia upozorňujú na funkciu postoja ako odpovede na vplyvy prostredia. Hall a Lindzey definujú postoj ako „stálu odpoveď na istú triedu objektov, ako všeobecnú alebo špecifickú vlastnosť človeka, ktorá je vždy hodnotiacia“.[5] K tejto charakteristike sa hlási Eagly, keď vymedzuje postoj ako „psychologickú tendenciu, ktorá sa prejavuje v hodnotení konkrétnej entity s istým stupňom uprednostňovania alebo odmietania.“[4] Z pragmatického hľadiska je známe vymedzenie postoja ako predispozícia ku konaniu (Rosenberg, Hovland).[6] Táto definícia predpokladá, že postoj, resp. jeho kognitívna, afektívna a behaviorálna zložka sú vzájomne konzistentné. Je to naozaj len predpoklad, nakoľko postoje môžu byť vnútorne ambivalentné a kontinuálne sa môžu meniť. Krech, Crutchfield a Ballachery upozorňujú v súvislosti s možnou zmenou postojov na „multiplexitu“ postojov.[7] Podľa uvedených autorov môžu byť postoje jednoduché (založené na jedinom fakte) alebo mnohotvárne (založené na množstve poznatkov). Za pozornosť stojí koncepcia A. H. B. Dagsland, ktorá vymedzuje postoj v paradigme sociálnej psychológie. Podľa uvedenej autorky je „postoj psychologická reprezentácia sociálneho a kultúrneho vplyvu.“ Ďalej uvedená autorka zdôrazňuje, že postoj ovplyvňuje „správanie a komunikáciu sociálneho pracovníka k osobám, ktorým poskytuje službu a sociálnu pozíciu týchto osôb v spoločnosti, podmienky pre ich život

a možnosti pre ich osobnostný rast. Postoje následne determinujú a ovplyvňujú postoje užívateľa služieb voči sebe samému, jeho názor a obraz o sebe, spolu s rolami a možnosťami pre jeho život.“[8]

### 3. NIEKTORÉ ZMENY POSTOJOV V SOCIÁLNYCH SLUŽBÁCH

V deväťdesiatych rokoch minulého storočia sme dostali zo zahraničia ponuku oboznámiť s odbornými štúdiami o význame postojov v sociálnej pedagogike pre prípravu vysokoškolských študentov a pre prácu s klientom v sociálnych službách. Prínos uvedeného konceptu vzdelávania v nórskom vysokoškolskom systéme bol evidentný v zmenách – v reforme systému sociálnych služieb, v metódach a prístupoch poskytovaných služieb a v konečnom dôsledku zmene sociálnej pozície klientov a sociálnych pracovníkov.

V posledných tridsiatich rokoch poukazujeme na nevyhnutnosť uskutočnenia transformácie sociálnych služieb na Slovensku. Opakovane sa stretávame s tým, že práve postoje klientov a ich rodinnej siete, postoje odborníkov, postoje vysokoškolských učiteľov, výskumných pracovníkov, politikov v tomto procese majú kľúčovú rolu. Uvedieme len niektoré oblasti, v ktorých táto zmena prebieha alebo už prebehla.

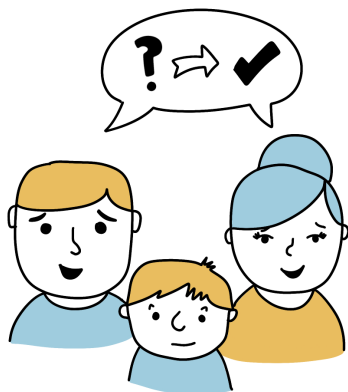
#### 3.1 ZMENY POSTOJOV K FUNKCII A VÝZNAMU RODINNEJ STAROSTLIVOSTI

Stanovisko I. k funkcii rodiny v starostlivosti o svojho člena (1950 – 2000) : ***Rodina nie je schopná zvládnuť starostlivosť o svojho sociálne odkázaného člena, a preto túto úlohu musí zabezpečovať štát.***

Dôsledky uvedeného stanoviska pre prax: Súhlas s uvedeným stanoviskom viedol k podceneniu funkcie rodiny v starostlivosti o svojho sociálne odkázaného člena a precenil a preceňoval význam a úlohu štátu ako jediného garanta služieb.



V prípade, že sa uvedené stanovisko štátu stalo súčasťou postojov všetkých zainteresovaných na riešení nepriaznivej sociálnej situácie klienta, dochádzalo (a môže dochádzať) k masívnemu alebo skrytému presadzovaniu inštitucionálnej ústavnej starostlivosti a znižovaniu a eliminovaniu vplyvu rodinnej starostlivosti.



Zmena stanoviska štátu II. (2000 – súčasnosť): **Rodina a modely náhradnej rodinnej starostlivosti sú nenahraditeľným prostredím pre výchovu sociálne odkázaného člena, a preto potrebujú primeranú podporu spoločnosti, aby túto úlohu mohli naplniť.**

Dôsledky stanoviska pre prax: S určitým časovým odstupom je stanovisko II. presadzované klientmi, ich rodinami a príbuznými, akceptované na akademickej aj sociálno-politickej rovine, stalo sa súčasťou platnej legislatívy, vládnych programov so silnou podporou Európskej únie. V praxi pretrváva preferencia štátu, čo vedie k inštitucionalizovanému systému poskytovania sociálnych služieb (pre osoby so zdravotným postihnutím a ľudí v staršom veku (I)).

Len postupne, v spolupráci Európskej únie a národných vlád, prebieha proces štrukturálnych zmien v poskytovaní sociálnych služieb, prechodu z inštitucionalizovaných na komunitné sociálne služby. V odbornej a politickej sfére verejnej správy a samospráv a neziskových organizácií je ešte stále silné zázemie zástancov pôvodného stanoviska a inštitucionalizovaného spôsobu poskytovania sociálnych služieb.

### 3.2 ZMENA POSTOJA K SOCIÁLNE ODKÁZANEJ OSOBE

Stanovisko I. (1950 – 2022): **Osoba s vysokou mierou sociálnej odkázanosti nemá alebo má len minimálne predpoklady, aby sa integrovala, osamostatnila, samostatne žila, vzdelávala sa, pracovala, zamestnala sa v bežnom majoritnom prostredí.**

Dôsledky stanoviska pre prax: Súhlas so stanoviskom vedie k poskytovaniu normatívnej špeciálnej starostlivosti, vedie k preferovaniu špeciálnych škôl, k sociálnym službám s pobytovou ústavnou starostlivosťou. Stanovisko zvyšuje riziko sociálnej diskriminácie a izolácie odkázaných osôb so zdravotným postihnutím. Posudzovanie miery sociálnej odkázanosti osôb je v kompetencii odborných posudkových komisií, inštitucionalizovaný systém sociálnych služieb je exkluzívnym prostredím, v ktorom na základe posúdenia miery sociálnej odkázanosti a pasívneho súhlasu rodiny, aj v súčasnosti žije niekoľko tisíc osôb s mentálnym, duševným a telesným postihnutím. Navyac inštitucionalizovaný systém sa stal základnou formou poskytovania sociálnych služieb tiež pre seniorov.

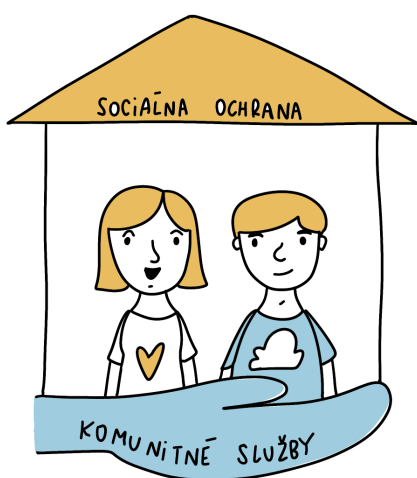
Stanovisko II.: **Sociálne odkázaná osoba má predpoklady a právo na nezávislý život s podporou, na to, aby žila, vzdelávala sa, pracovala v bežnom majoritnom prostredí.**

Dôsledky stanoviska pre prax: Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím, platná sociálna legislatíva Slovenskej republiky, otvára možnosti pre sociokultúrny prístup, poskytovanie ambulantnej integrovanej sociálnej a zdravotnej starostlivosti, včasnej intervencie a terapie, vzdelávanie v integrovaných školách, pre realizáciu národných projektov deinštitucionalizácie, podporovaného zamestnávania na voľnom trhu práce, presadzovanie univerzálneho navrhovania a podpory nezávislého života.

### 3.3 ZMENA POSTOJA K PROSTREDIU POSKYTOVANIA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

Stanovisko I. (1950 – 2022): **Preferovaným prostredím pre osobu odkázanú na sociálnu službu, sú ústavné zariadenia, inštitúcie, ktoré poskytujú bývanie, stravovanie, celoživotnú základnú a odbornú starostlivosť.**

Dôsledky stanoviska pre prax: Tolerancia k poskytovaniu sociálnych služieb v budovách, ktoré neboli pôvodne postavené pre účely sociálnych služieb, má negatívne dôsledky na život klientov. Tieto budovy sú často lokalizované mimo obce, často izolované od miestnych komunitných zdrojov, nespĺňajú základné architektonické požiadavky prístupnosti na bývanie, hygienické požiadavky, nedisponujú potrebnými priestormi pre odborné činnosti, ich prevádzkovanie je spojené s vysokými energetickými nárokmi na temperovanie a investičnými nákladmi na údržbu. Rekonštrukcie týchto objektov sú náročné, nakoľko mnohé z budov sú pamiatkovo chránené. Hygienické zariadenia nie sú umiestnené na izbách, ale sú spoločné pre väčší počet klientov. Nedostatok personálu neumožňuje individuálnu starostlivosť, preto sú služby poskytované skupinovej báze.



Stanovisko II. (2013- 2022): **Osobe sociálne odkázanej na služby poskytujeme prednostne komunitné, ambulantné a týždenné sociálne**

**služby, ktoré rešpektujú jej prirodzený a jedinečný vzťahový svet, a ktoré spĺňajú podmienky univerzálneho navrhovania (Zákon o sociálnych službách 448/2008).**

Dôsledky stanoviska pre prax: Projektovanie prostredia pre sociálne služby, ktoré rešpektuje zásady prístupnosti a univerzálneho navrhovania, je jedným z predpokladov úspešnej transformácie sociálnych služieb a deinštitucionalizácie zariadení sociálnych služieb na služby komunitného typu. Odborná verejnosť sa so stanoviskom stotožňuje ale zároveň má tolerantný, zmierlivý postoj k prevádzkovaniu sociálnych služieb v pôvodných budovách, ktoré nespĺňajú požiadavky univerzálneho navrhovania a absentuje stratégia rozvoja nových, komunitných sociálnych služieb. Väčšina osôb so zdravotným postihnutím je umiestnená v pobytočných, inštitucionalizovaných zariadeniach sociálnych služieb a má len minimálnu možnosť zmeny poskytovania komunitných sociálnych služieb. Národné projekty deinštitucionalizácie, ktoré sú v Slovenskej republike realizované vďaka podpore štrukturálnych európskych fondov od roku 2013, vytvárajú odborné a finančné podmienky pre prípravu manažmentov zariadení sociálnych služieb na zmenu inštitučnej sociálnej starostlivosti na komunitnú starostlivosť.

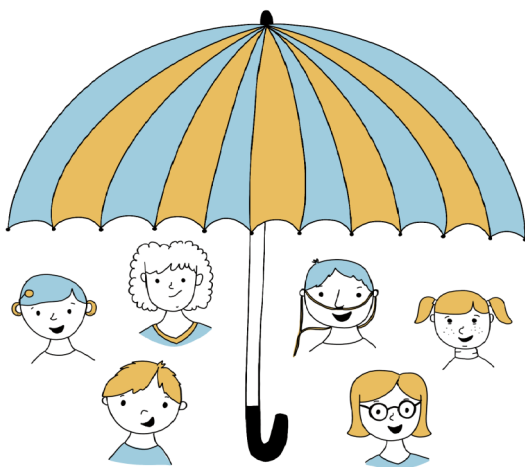
### 3.4 ZMENA POSTOJA K VZDELÁVANIU OSÔB SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM

Stanovisko I. (1920-1993): **Osoby so špeciálnymi potrebami majú mať špeciálne podmienky vzdelávania v špeciálnych školách.**

Dôsledky pre prax: Osoby so zdravotným postihnutím boli vzdelávané v špeciálnych školách a nemali prístup k vzdelávaniu v školách pre intaktné deti a mládež. Zdravotne postihnuté deti a mládež spravidla stratili kontakt so svojimi rovesníkmi, špeciálne školy boli spravidla vzdialené od miesta ich bydliska, preto ostávali a ostávajú v priebehu týždňa na internátoch, ktoré sú súčasťou výchovno—vzdelávacieho procesu.

Stanovisko II. (1993- súčasnosť): **Osoby so zdravotným postihnutím majú právo na začleňujúci vzdelávací systém na všetkých úrovniach a celoživotný vzdelávací systém.** (Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím 2006, čl. 24)

Dôsledky pre prax: V druhej polovici 20. storočia bolo bežnou praxou oslobodzovanie zdravotne postihnutých detí zo školskej dochádzky. V praxi to znamenalo, že deťom a mládeži s mentálnym postihnutím, s ťažkým zdravotným postihnutím a deťom s duševnými chorobami nebolo umožnené vzdelávanie ale len ústavná sociálna starostlivosť. Od r. 1993 sa otvorila diskusia o naplňovaní základných ľudských práv v oblasti vzdelávania pre osoby so zdravotným postihnutím. Súčasný stav v oblasti vzdelávania pre osoby so zdravotným postihnutím umožňuje integrované vzdelávanie, aj keď naďalej pretrvávajú prevádzkovanie špeciálnych základných škôl a stredných škôl.



Z uvedených niekoľkých príkladov je možné konštatovať, že sociálne služby prešli a prechádzajú významnými zmenami, pričom každá zmena bola určovaná podmienkami sociálneho a politického prostredia, každá zmena bola iniciovaná jednotlivcami a skupinami, ktorých sa bytostne dotýkala a podporená odbornou verejnosťou a každá zmena sa v jej počiatkových fázach javila ako nedosiahnuteľná.

#### 4. VÝZNAM PROSTREDIA PRE KREOVANIE POSTOJOV

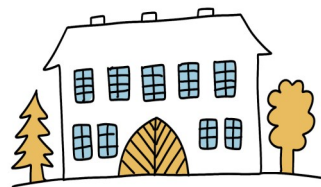
Dejiny sú plné príkladov vplyvu sociálneho prostredia na formovanie postojov osôb a spoločnosti. V priebehu celých ľudských dejín existovali etapy, v ktorých prevládali tendencie normatívne určovať obsah a hranice postojov a následne tieto postoje a ich hranice spochybňovať, liberalizovať, rozširovať alebo odstraňovať. Môžeme sledovať vážny záujem a snahu spoločnosti formulovať obsah postojov na racionálnej úrovni, na úrovni emócií a skúsenosti. Môžeme identifikovať oblasti spoločenského života, pravidiel, postoje a očakávania, pretavené do obsahu vzdelávania a výchovy, zákonov, podľa ktorých sa má osoba správať a ktorých prekročenie je sankcionované alebo trestné. Celosvetová pandémia a vojna na Ukrajine, spojená s energetickou krízou na začiatku 21. storočia, je príkladom, ako môžu byť k tým istým udalostiam interpretované a medializované rôzne postoje. Postoje k základným hodnotám, k pravde, k slobode, láske, určujú ich individuálny aj spoločenský obsah. Postoje k hmotnému, sociálnemu a duchovnému vlastníctvu, sú súčasťou spoločenskej kultúry. Človek má slobodnú vôľu, má právo na slobodnú voľbu a je na ňom, ako určitú životnú situáciu osobne interpretuje, ako, prečo a podľa čoho sa rozhoduje.

Na formovanie postojov človeka z ontogenetického hľadiska má určujúci vplyv mikrosociálne vzťahové prostredie rodiny, ľudí navzájom. Postoje sú sprostredkované a odovzdávané správaním sa členov rodiny navzájom. To, ako sa rozprávame s deťmi v rodine, ako sa pred deťmi rozprávajú rodičia, v značnej miere určuje, ako sa oni budú správať k iným ľuďom. Mikrosociálne prostredie podporuje medzigeneračný prenos postojov s rodičov na deti a s detí na širšie sociálne prostredie. Je zrejmé, že pre formovanie postojov v prvých troch rokoch života má emocionálna percepcia zásadný význam. Postoje kreované v mikrosociálnom prostredí, sú v procese socializácie a postupnej integrácie konfrontované

s kultúrou, systémom vzdelávania, pravidlami a podmienkami spoločenského prostredia a sveta, ktorý nás obklopuje. Formovanie postojov prechádza v priebehu celého života človeka fázou kreovania, fázou subjektívnej identifikácie, fázou korekcie, fázou persúázie, fázou popretia, fázou negácie. Podľa Dagsland je postoj „relatívne trvalý názor“, čím autorka vyjadruje skutočnosť, tendenciu k zotrávaniu konštantne nastaveného vzťahu k prostrediu ale tiež k možnosti zmeny názoru.[8]

#### 4.1 VPLYV PROSTREDIA ZARIADENÍ SOCIÁLNYCH SLUŽIEB NA KREOVANIE POSTOJOV VEREJNOSTI, ZÁUJEMCOV O SOCIÁLNE SLUŽBY A KLIENTOV V SOCIÁLNYCH SLUŽBÁCH

Bežný občan spravidla nemá úplné, reálne a objektívne informácie o podmienkach poskytovania sociálnych služieb v pobytových zariadeniach. Informácie, ktoré mu poskytujú verejné médiá, prevádzkovatelia sociálnych služieb na svojich webových stránkach, spravidla popisujú prostredie ako pohodové a príjemné, ako prostredie, v ktorom sú naplnené všetky potreby ich obyvateľov. Neznamená to, že také sociálne služby na Slovensku nie sú ale existuje tendencia zo strany zriaďovateľov, prevádzkovateľov, samotných prijímateľov a médií poskytovať o službách lepší, často skreslený obraz. Bežný občan býva o negatívnej stránke služieb informovaný, keď majú zriaďovatelia problémy s financovaním prevádzky zariadení sociálnych služieb, prevádzkovatelia s nedostatkom niektorých profesií, najmä zdravotníckych, prijímatelia s výškou úhrad za poskytované sociálne služby. Pravdivý obraz o reálnej situácii v zariadeniach sociálnych služieb, poskytujú médiá, keď dôjde k mimoriadnej udalosti v zariadení ako sú požiare alebo vysoká úmrtnosť (pandémia Covidu 2020 -2021) Len ojedinele a výnimočne mala verejnosť prístup k informáciám o zmene, ktorá prechod z domáceho prostredia na pobytové zariadenia sprevádza.



Z právneho hľadiska má každý človek právo na dôstojný život, osobnú slobodu, právo na bezpečnosť (Všeobecná deklarácia ľudských práv (1948) Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím (2006). Inštitucionalizované prostredie sociálnych služieb má tendenciu zúžiť občiansky a ľudsko-právny status občana, na pozíciu prijímateľa sociálnych služieb, klienta sociálnych služieb, kde sa o jeho právach rozhoduje tendenciou obmedzovania spôsobilosť prijímateľa na právne úkony. Z psychosociálneho hľadiska ide hlavne o psychickú depriváciu a frustráciu, ktorej príčinou je náhla zmena z domáceho na „umelé“ inštitučné prostredie zariadenia. Zo sociálneho hľadiska ide o zmenu sociálneho statusu, sociálnej pozície, sociálnej identity. Kým v domácom prostredí formovali identitu a sociálnu pozíciu osoby vzťahy v rodine (otec, syn, stará mama, svokra, atď.), v mezosociálnom verejnom prostredí vzťahy k okoliu, k službám, k zamestnávateľovi, úradom (občan, susedka, spotrebiteľ, zákazník, zamestnanec, fanúšička obľúbeného športu, atď.), v pobytovom zariadení sociálnych služieb inštitučného typu je sociálna pozícia osoby vymedzená ako prijímateľa sociálnej služby, klienta sociálnych služieb a minimalizuje sa jeho občianska pozícia.

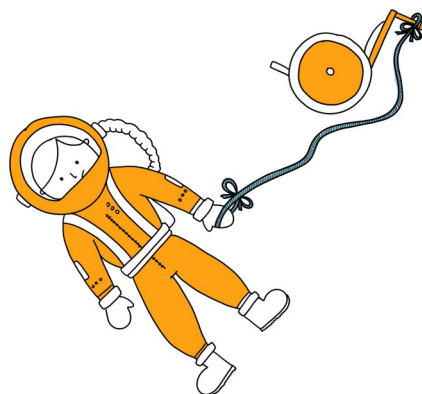
Zo sociálneho hľadiska je tiež pozoruhodný rozdiel medzi domácim a inštitucionalizovaným prostredím sociálnych služieb v tom, že v domácom prostredí sa úmerne k vzťahom s inými osobami mení v čase aj sociálna pozícia osoby, to je v priebehu dňa, týždňa, rokov, kým v inštitučnom prostredí je spravidla stále tá istá po celý čas pobytu. Tieto podstatné skutočnosti bývajú často pred verejnosťou, niekedy neúmyselne a inokedy úmyselne, zamlčované.

Potenciálny záujemca, prijímateľ, klient, prejavuje vážnejší záujem o informácie, ktoré sa dotýkajú podmienok poskytovania sociálnych služieb vtedy, keď je sám alebo jemu blízke osoby na tieto sociálne služby odkázaný. Od prvej komunikácie so sociálnymi pracovníkmi verejnej správy, ktorí osobe poskytnú základné sociálne poradenstvo, so zamestnancami zariadenia sociálnych služieb pred vstupom i počas poskytovania sociálnych služieb, si vytvára svoju predstavu, mienku, názor, postoj k „novému“ zmenenému prostrediu. S poskytnutím sociálnej služby je spojené vyplňanie formulárov, posúdenie zdravotného stavu a sociálnej situácie posudkovou komisiou, oboznámenie sa s ponukou zariadenia sociálnych služieb a rozhodnutie o výške úhrady za poskytované sociálne služby. To všetko môže ovplyvniť postoj záujemca o službu vo vzťahu k poskytovateľovi.

Špecifickosť pozície žiadateľa o sociálne služby oproti zákazníkovi - spotrebiteľovi, spočíva v tom, že produkt – služba ktorú aktuálne potrebuje, je priamym dôsledkom jeho nepriaznivej situácie, v ktorej sa zo zdravotných /psychických, fyzických/ dôvodov nachádza. Solidarita je súčasťou kultúry vyspelej spoločnosti, čo pre osoby so zdravotným postihnutím, osoby vo vyššom veku znamená, že je im zo strany spoločnosti poskytnutá podpora, služba, starostlivosť.

Z ľudsko-právneho hľadiska sa zmenou sociálneho prostredia (z domáceho do prostredia zariadenia sociálnych služieb) občiansky sociálny status osoby nemení. Riziko, že v prostredí pobytových sociálnych služieb s inštitucionálnou organizačnou kultúrou sociálna pozícia bude zmenená, je v zariadenia s inštitucionalizovanou organizačnou kultúrou značne vysoké. Bežný občan o tomto riziku nie je informovaný, čo môže viesť v prípade poskytovania sociálnych služieb k problémom pri jeho adaptácii na prostredie zariadenia. Rešpektovanie ľudských práv, vysoká odborná úroveň kvality poskytovaných sociálnych služieb, zvyšuje pravdepodobnosť úspešnej adaptácie prijímateľa sociálnych služieb na prostredie.

Predpokladáme, že postoje prijímateľa k službám, zohrávajú významnú úlohu pri adaptácii prijímateľa na nové prostredie. Pri nízkej kvalite sociálnych služieb môže byť tlak na prispôbenie sa prijímateľa podmienkam inštitucionalizovaného prostredia zariadenia vysoký. Pri vysokej kvalite služieb je viditeľné zameranie prevádzkovateľa, na to, aby boli poskytované služby prispôbované požiadavkám a potrebám prijímateľa.



#### Príbeh druhý

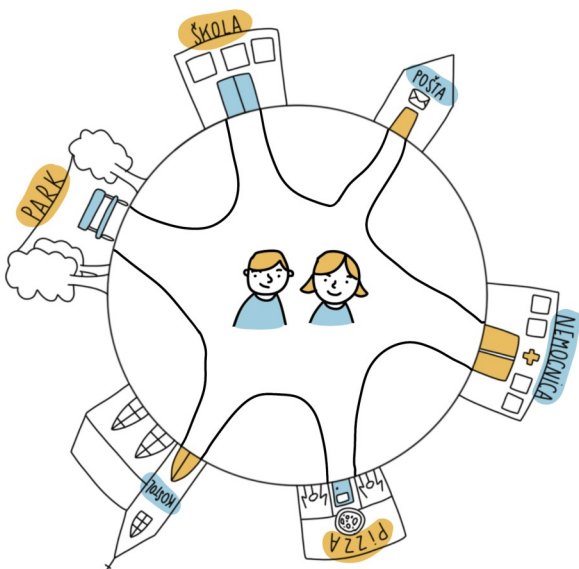
Zariadenie sociálnych služieb pre ľudí v staršom veku sa nachádzalo na konci malej obce. V obci bol kostol, predajňa so zmiešaným tovarom a pohostinstvo. Ubytovanie slušné, jedno a dvojposteľové izby. Všade čisto. V jednej z izieb býva pani, pracovala celý život v redakcii vo väčšom meste ako novinárka. Z veľkého priestranného okna sa pozerá na stromy v lese, ktorý je v tesnej blízkosti múrov zariadenia. Miestov zariadení jej pomohla „vybaviť“ jej rodina. Po fyzickej stránke má všetko, má kde bývať, má stravu, ale stratila všetky bezprostredné kontakty ktoré mala predtým, ako prišla do zariadenia. Nikto s ňou ako osobou nehovorí, personál zariadenia s ňou hovorí len vo vzťahu k jej sociálnej pozícii prijímateľa sociálnych služieb. „Už sú raňajky“ – počúva, „nech sa páči na obed, na večeru“ a medzitým sa pozerá z okna do blízkeho lesa a občas vyjde na prechádzku po areáli zariadenia a je rada, keď na ňu zašteká psík, ktorý tiež patrí k osadenstvu. „Som sama a chcem ísť z tadialto domov, kde sú ľudia“, hovorí.

## 4.2 VPLYV PROSTREDIA ZARIADENIA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB NA KREOVANIE POSTOJOV ZAMESTNANCOV

Krech, Crutchfield, Ballachery[7] uvádzajú nasledujúce spôsoby zmien postojov:

1. „súrodé zmeny“, kedy nedochádza k hodnotovej zmene postojov, ale k zosilneniu pozitívnych alebo negatívnych už existujúcich postov
2. „nesúrodé zmeny“, kedy sa určitá miera pozitívneho postoja mení na určitú mieru negatívneho postoja
3. „konverzia“ radikálna zmena postoja v jeho protiklad

Poukázali sme na zmeny postojov spoločnosti, odbornej verejnosti, v prístupe k osobám so zdravotným postihnutím v 20. storočí. V projektoch deinštitucionalizácie sú zamestnanci zariadenia sociálnych služieb a ich zriaďovatelia konfrontovaní s tradične nastavenými inštitucionálnymi postojmi a postojmi spojenými s plánovaním a realizáciou transformácie a deinštitucionalizácie.



Kým sú postoje v projektoch nastavené na obhajovanie práv klientov, postoje poskytovateľov sú nastavené na obranu, obhajobu a udržanie existujúcej prevádzky inštitúcie. Kým sú postoje v projektoch pláne nastavené na postupné zrušenie prevádzky sociálnych služieb v pôvodných

nefunkčných budovách, tak postoje poskytovateľov a zriaďovateľov sú nastavené na udržanie a rozširovanie služieb v pôvodných objektoch. Kým sú postoje v projekte zamerané na prijímateľa a jeho individuálne potreby, podporu nezávislého života, tak zamestnanci sú nastavení na každodenné náročné, držanie prevádzky zariadenia. Kým postoje v projekte počítali so zmenou životných podmienok pre všetkých prijímateľov, zamestnanci pripúšťali možnú integráciu klientov s nízkou mierou nevyhnutnej podpory, ale postojovo neboli stotožnení, nesúhlasili s vytváraním príležitostí na integráciu prijímateľov s vysokou mierou sociálnej odkázanosti.

Je možné predpokladať (ako konštatujú autori Krech, Crutchfield a Ballachery), že zmeny postojov u časti zamestnancov k deinštitucionalizácii sociálnych služieb nemajú hodnotový základ podložený objektívnymi faktami, ale ide skôr o posilnenie už existujúceho pozitívneho alebo negatívneho postoja.[7]

V prípade, že zamestnanci v transformácii existujúcich služieb podnikli konkrétne kroky k ich transformácii ale po nejakom čase od zámeru deinštitucionalizácie ustúpili, je možné predpokladať, že určitá miera pozitívneho postoja sa postupne zmenila na negatívny postoj. Vzdelávaním, konzultáciami, supervíziou, stážami v tzv. „nových komunitných sociálnych službách“ zamestnanci získali konkrétne informácie o dôvodoch a celi projektu, čo viedlo u väčšej časti zamestnancov k posilneniu pozitívneho postoja a prebudenia záujmu o projekt, k aktívnej účasti na realizácii transformačného plánu.[9]

Pre riešenie takto nastavených postojov bolo potrebné posilniť úlohu formulovania novej vízie poskytovania sociálnych služieb v transformačnom pláne. Manažment a zamestnanci zariadení sociálnych služieb, ktorí sa postojovo stotožnili s dôvodmi reformy, sú na Slovensku nositeľmi a realizátormi novej, transformovanej vízie poskytovania sociálnych služieb pre miestnu komunitu obce, mesta, kraja a pre celé Slovensko.

Môžeme len potvrdiť Nákonečného, ktorý v týchto súvislostiach uvádza: „Podľa naivného názoru môžu zmenu postoja ovplyvňovať fakty, ktoré sú prezentované, avšak rozhodujúci je vzťah jedinca k faktom, a nie fakty samotné, lebo tie môžu byť popierané, alebo deformované, ak vytvárajú kognitívnu disonanciu a fakty, ako je nám už známe, ovplyvňujú seba-pojatie...Dôležitý je tiež kontext, v akom sú fakty prezentované, a dôveryhodnosť ich zdroja“.[1]

### Príbeh tretí

Píše sa rok 1977. Vchádzame do areálu ústavu pre deti a mládež s psychosomatickým postihnutím. Po pravej i ľavej ruke dve budovy, ktoré boli pôvodne postavené ako muničné sklady a továreň na patróny. V jednej je ubytovanie pre študentov učilišťa a v druhej sú triedy. Prechádzame popri malej vrátnici a chodníkom postupujeme k budove, kde prebieha praktická výuka v knihárskej a obuvníckej dielni. Posúvame sa ďalej a pred nami je hlavná budova, v ktorej je administratíva, stravovacia prevádzka s jedálňou na prízemí a liečebné oddelenie pre deti a mládež s ťažkým zdravotným postihnutím. Náročnými rekonštrukciami bol v týchto objektoch v roku 1937 otvorený ústav, v ktorom boli poskytované sociálne služby, vzdelávanie, ošetrovateľská, interná a chirurgická ortopedická a rehabilitačná zdravotná starostlivosť.

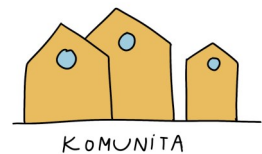
Neskôr, v 90tych rokoch 20. storočia bol postavený a prevádzkovaný nový objekt internátneho typu, ktorý v značnej miere zlepšil podmienky pre poskytované služby.

Podobnú históriu majú desiatky ďalších ústavov a domovov sociálnych služieb na Slovensku. Napríklad sociálne služby v DSS Báhani sú poskytované v kaštieli, ktorý bol postavený v roku 1750, v DSS Zavare v kaštieli postavenom v roku 1887, v DSS Rakovci nad Ondavou v kaštieli z roku 1800, DSS v Okoči – Opatovskom Sokolci, ktorý na základe účasti NP DI PTT a vypracovaného

transformačného plánu realizuje komplexnú deinštitucionalizáciu, pôvodne v kaštieli postavenom v 19. storočí.

## 5. PLNÁ ÚČASŤ KLIENTOV NA PROCESSE ZMIEN

Považujeme za zvlášť dôležité zdôrazniť, že všetky tieto zmeny v sociálnych službách sa v prvom rade bytostne dotýkajú osôb, pre ktoré sú služby zriaďované, a to osôb so zdravotným postihnutím, osôb v staršom veku.



Náhľad k otázke, prečo sú projekty deinštitucionalizácie prioritne nastavené na zmenu postojov vedenia zariadení a zamestnancov a nie na prijímateľov sociálnych služieb, je z odbornej literatúry známy. Goffman upozornil na takzvané totálne inštitúcie (zariadenia so silnou inštitucionálnou organizáciou služieb)[10], ktoré si podľa autora zasluhujú zvláštnu pozornosť, „lebo v nich býva v plnosti realizovaná takzvaná latentná tendencia všetkých byrokracií to je snaha prehliaďať klientov ako nie úplne rovnoprávných a takých, ktorí si vyžadujú od (zamestnancov), ako objekty, odstup.

Inštitucionálne organizované zariadenia sociálnych služieb nesú v značnej miere znaky totálnych inštitúcií, a to:

- všetky (alebo značná časť) aktivít, môže byť v rôznych formách vynucovaná,
- nemajú znaky rodinného života v domácnosti.

Manažment a zamestnanci v inštitucionálne organizovaných sociálnych službách prevzali tradíciu poskytovania sociálnych služieb bez toho, aby boli vzdelaním pripravení deinštitucionalizáciu iniciovať, plánovať a realizovať.

Preto je v inštitucionalizovanom prostredí základnou a prvoradou podmienkou deinštitucionalizácie, zmena postojov a prístupu zamestnancov k prijímateľom sociálnych služieb, s cieľom eliminácie prvkov inštitučnej kultúry organizácie, zmocňovania a podpory nezávislého života prijímateľov sociálnych služieb. To je aj základný dôvod a podmienka (test) pre plné zapojenie prijímateľov na zmene poskytovaných sociálnych služieb. Znakom naplnenia cieľa procesu deinštitucionalizácie zariadení sociálnych služieb je plná účasť prijímateľov na každodennom seba riadení a posilňovaní vlastnej identity, cieľov a obsahu svojho života v prostredí nových komunitných sociálnych služieb. V priebehu realizácie NPDI PTT bolo možné pozorovať, že zariadenia, ktoré majú snahu rešpektovať ľudsko-právne a odborné požiadavky v sociálnych službách, považovali zapojenie prijímateľov sociálnych služieb do prípravy transformačného plánu za možné a potrebné. Naopak, zariadenia so silne presadzovanou inštitučnou kultúrou považovali požiadavku zapojenia prijímateľov sociálnych služieb do prípravy plánu transformácie za neopodstatnenú a spochybňovali schopnosti prijímateľov otázkou: „Čo by už len mohli obyvatelia zariadenia k transformácii povedať?“, prípadne „kvázi“



argumentom „Obyvatelia nemajú záujem o zmenu a so súčasným stavom poskytovania sociálnych služieb sú spokojní!“ Faktom ostáva, že objektívnym znakom, charakteristikou inštitucionalizovaných zariadení sociálnych služieb je, že služby sú síce poskytované pre osoby, ktoré sú na sociálne služby odkázané ale tieto osoby nemajú, prípadne majú len minimálny vplyv na určovanie obsahu, cieľov a spôsobu poskytovaných sociálnych služieb.

Podobne môžeme formulovať fakt, že objektívnym a presvedčivým znakom komunitných sociálnych služieb je poskytovanie služieb v spolupráci s účasťou osôb, ktoré sú na sociálne služby odkázané a tieto osoby s participujú na obsahu, cieľoch a spôsob ich realizácie.

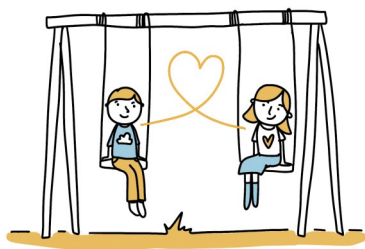
## 6. SLOBODA VOĽBY A PERSUÁZIA

Kľúčoví aktéri zmeny v sociálnych službách sú prijímatelia, resp. klienti (pre ktorých a s ktorými zmenu v poskytovaní služieb plánujeme a pripravujeme podmienky pre jej realizáciu). Sociálna pozícia klientov v inštitucionálne organizovaných sociálnych službách je špecifická tým, že klienti majú len minimálnu moc nad vlastným životom. Zariadenie preberá moc nad životom klientov, s dobrým úmyslom, a preto organizuje ich život cez deň aj v noci - 24 hodín, 365 dní v roku. Dlhodobý pobyt klienta v zariadení s inštitucionálnou kultúrou vedie k stavu „naučenej bezmocnosti“. Automatické, hromadné zbavovanie spôsobilosti na právne úkony v minulosti bolo len dôsledkom uvedeného postoja. Klient, ktorý je umiestnený v zariadení sociálnych služieb a nemá moc nad svojim životom, nemá bez podpory zamestnancov silu presadzovať zmenu v poskytovaní sociálnych služieb. V prípade, že ani zamestnanci nemajú záujem na zmene z inštitučne poskytovaných sociálnych služieb na komunitné služby, môžeme takúto situáciu charakterizovať ako „bludný kruh zmeny“ a to dovtedy, kým zamestnanci nenadobudnú presvedčenie o účelnosti zmeny transformácie sociálnych služieb. V silne direktívne manažovanej a vedenej organizácii



inštitučného typu nemajú moc realizovať zmeny ani zamestnanci. To je podstatný a hlavný dôvod, prečo bez podpory, vzdelávania, poskytovaného sociálneho poradenstva, supervízie z externých zdrojov nie je možné uvedený bludný kruh prelomiť. Podľa autorov, ktorí sa dlhodobo zaoberajú otázkou zmien postojov, je persuázia (presvedčovanie, prehováranie) „hlavným prostriedkom pre navodenie zmeny“. Triandis a Wiswed v tejto súvislosti zdôrazňujú komunikačné faktory, vplyv masmédií, ako podmienku pre zmenu postojov. Patria sem napríklad „dôveryhodnosť zdroja informácie, štýl, štruktúru a obsah informácie, moc a atraktivitu zdroja informácie“.[2]

V tejto súvislosti je potrebné upozorniť na pozitívny a negatívny vplyv persuázie. Pozitívna persuázia má za cieľ prinášať presvedčujúce fakty o potrebe zmeny, zmysle zmeny a možnostiach realizácie zmeny. Negatívna persuázia má za cieľ pacifikovať, obviňovať a zmieriť osoby s prijatím situácie. Preto sú rizikami persuázie aplikácia násilných prvkov, zakázaných metód, ktoré popierajú práva a slobodu jednotlivca ako napr. „vymývanie mozgu (brain washing), navodenie mortizácie s cieľom vytvorenia zmeny hodnotenia, tiež agresívne cvičenia zamerané na nové postoje“ (A. THOMAS, 1974).[11] Pod pojmom persuázia rozumieme „také ovplyvňovanie, pri ktorom sa recipient pod vplyvom presvedčovateľa dobrovoľne (slobodne), zainteresovane a zúčastnene uisťuje o odôvodnenosti nejakého stanoviska.“[12]



V procese plánovania a realizácie transformácie sociálnych služieb je v rámci sprostredkovania dôvodov podstatných pre zmenu postojov základnou podmienkou persuázie sloboda pri rozhodovaní o možnosti voľby. Násilné presadzovanie zmeny postojov často vedie k „bumerangovému efektu“ to je postoj ktorý presvedčovateľ vyvracia a u zamestnancov zariadenia pôvodné postoje ešte viac upevní.[1]

## 6.1 REKLAMA AKO PRÍKLAD PERSUÁZIE

### Príbeh štvrtý

Reklama je dobrým príkladom o tom, že persuázia účinkuje. Na obrazovke sa objaví čistiaci valček na odstraňovanie srsti zo psov a mačiek z látok. Kamera sa približuje až k valčeku a osoba, ktorá ho drží, s ním prechádza po látke na sedačke, na stoličke, na obleku, na koberci a vždy so 100% úspešnosťou všetky nečistoty dokonale odstraňuje. Firma, ktorá čistiace valčky propaguje, predkladá potenciálnym zákazníkom produkt, ktorý je pre všetkých majiteľov psov a mačiek potrebný. Čistenie valčeka je jednoduché a nedá sa porovnať s prácnym zbieraním srsti ručne. Zdalo by sa, že jedna prezentácia produktu z hľadiska účelnosti a efektívnosti by mohla stačiť. Reklama pokračuje. Zábery a výhody čistiaceho valčeka sa následne v presne nastavenom slede opakujú 27-krát. Výrobca vie, že postupnou prezentáciou čistiaceho valčeka presvedčovaním postupne mení postoj zákazníka a je stále viac naklonený čistiaci valček kúpiť. Pre istotu zopakuje prezentáciu ešte niekoľkokrát a doplní ju skúsenosťami zákazníkov, ktorí si čistiaci valček zakúpili a sú s ním nadmieru spokojní. Postoj ako predispozícia ku konaniu u zákazníka funguje a aby do procesu rozhodovania zapojil aj uvažovanie, ako rozhodujúci podnet uvádza cenu výrobku, ktorú pre takmer rozhodnutého zákazníka znižuje o 50% a pridáva ešte dva čistiace valčky navyše. Na obrazovke sa ukazuje blikajúce telefónne číslo a navrhuje zákazníkovi, aby volal hneď teraz. Náklady za reklamu vo vychytenom čase sú pre výrobcu vysoké, ale má spočítané, že sa mu vrátia, keď potenciálni zákazníci začnú volať

*a objednávať čistiace valčeky. Účelnosť, efektívnosť pri odstraňovaní srsti a masívna aplikácia persúázie prináša výrobcovi zisk. Preto opakuje prezentáciu každý deň niekoľko týždňov.*

Na základe takmer 30 ročných skúseností s transformáciou sociálnych služieb a deinštitucionalizáciou konkrétnych domovov sociálnych služieb sme sa naopak presvedčili, že zmenu nedosiahneme presvedčovaním, ktoré kopíruje reklamné spoty, t. j. nátlakom a nekonečným opakovaním racionálnych dôvodov. Ako sme uviedli, *stotožňujeme sa s autorom Nákonečným[1], že rozhodujúcim impulzom pre zmenu postoja zákazníkov neboli fakty ale ich vzťah k uvedeným faktom. Konkrétne to znamená, že niektorí zamestnanci začali uvažovať o predložených faktoch a dôvodoch transformácie sociálnych služieb a možnostiach ich implementácie, zmenu považujú za nevyhnutnú a potrebnú, o čom ich presvedčili výsledky krokov, ktoré zrealizovali a skúsenosti v zariadeniach, ktoré deinštitucionalizáciu sociálnych služieb zrealizovali.*

### Príbeh piaty

*Lavice umiestnené v samom centre mesta. Na jednej z nich sedí človek bez domova a vedľa neho stojí muž a žena s podobným osudom. Muž, ktorý stál hovoril k pozorne počúvajúcemu mužovi na lavici. „Vieš vo Viedni to je s možnosťou spania celkom iné ako tu v Bratislave. To ti je iná káva.“ Žena vedľa neho uznanlivo prikyvovala, že to je naozaj tak. Práve si odovzdávali svoje medzinárodné skúsenosti zo svojich zahraničných ciest. Takmer nepredstaviteľné pred rokom 1989.*

## 6.2 KAMPAŇ

Kampaň, za dôstojnú pozíciu prijímateľov a zamestnancov v sociálnych službách?

Počas práce na zmene postojov spoločnosti, ku konkrétnym a aktuálnym témam, sa stretávame s organizovaním kampane. Kampaň je širšia sociálno-politická akcia k témam, ktoré v spo-

ločnosti rezonujú ale k témam, ktoré sú často dlhodobo mimo pozornosti médií. Spravidla sa stretávame s predvolebnými kampaňami a nie tak dávno, napríklad s kampaňou za očkovanie obyvateľstva proti Covidu. Verejná správa a žiaľ ani tretí sektor, od roku 1989 nezorganizoval kampaň za dôstojný sociálny status prijímateľov sociálnych služieb vo verejných a neverejných zariadeniach, za dodržiavanie práv a poskytovanie odborných sociálno-zdravotných služieb. Jedným z možných dôvodov absencie kampaní na tému sociálnych služieb je podmienka, aby dobre plánovaná a realizovaná kampaň mala finančné krytie primerane k jej rozsahu.

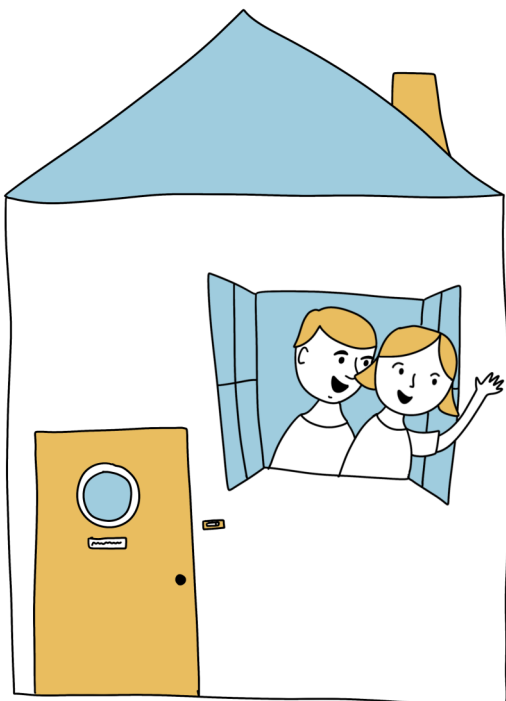


Na záver tejto kapitoly je podstatné a dôležité uviesť, že prijímatelia sociálnych služieb v inštitucionalizovanom prostredí zariadenia sociálnych služieb nemajú ani minimálne možnosti pre dosiahnutie zmeny na komunitné sociálne služby bez vonkajšej, externej - celej spoločnosti, podpory odbornej verejnosti a lokálnej miestnej komunity. To je tiež dôvod, prečo sú významným a jediným nástrojom na dosiahnutie zmeny národné projekty, ktoré majú plnú podporu miestnej samosprávy.

## 7. VÝZNAM ZMENY POSTOJOV V SOCIÁLNEJ PRÁCI

V sociálnej práci považujeme za legitímnu metódu zmeny postojov klientov základné a špecializované sociálne poradenstvo, komunitnú sociálnu prácu, sociálnu rehabilitáciu, supervíziu. Uvedené metódy sociálnej práce sú v projekte deinšti-

tucionalizácie zariadení sociálnych služieb súčasťou poskytovanej konzultačnej podpory. Poskytovanie externého poradenstva pre klientov v rámci projektu deinštitucionalizácie v zariadeniach sociálnych služieb predpokladá pozitívny vzťah poradcu ku klientom, kongruenciu, úprimnosť, empatiu (Biestek).[13] Zmena postojov a prístupu ku prijímateľom sociálnych služieb zo strany zamestnancov zariadenia, v ktorom sa potrebám prijímateľa sociálnych služieb prispôsobuje prostredie (a nie klient prostrediu), je silným argumentom a výzvou pre prechod z inštitucionálnej starostlivosti na komunitné sociálne služby.



Súbežná supervízia v prítomnosti klienta a zamestnanca zariadenia modeluje otvorené a dôverné možnosti pre komunikáciu a posúvanie, kultivovanie postojov vo vzťahu k prijímateľovi sociálnych služieb a prostrediu, v ktorom sú sociálne služby poskytované. Súčasťou poskytovaného sociálneho poradenstva a supervízie zo strany poradcu a supervízora je porozumenie a ocenenie služby zamestnancov prijímateľovi. Porozumenie pre proces transformácie sociálnych služieb znamená, že poradca je oboznámený a rozumie širším súvislostiam s podmienkami prostredia, so zmenami, ktorými zariadenie

prešlo od jeho zriadenia. Poradca i supervízor vie primerane oceniť ich prácu a prístupy a metódy, ktoré zamestnanci v interakcii s prijímateľom sociálnych služieb aplikujú. Poskytujú im dôležité informácie a motivujú ich k zmene prístupov k prijímateľom sociálnych služieb a poskytovaniu odbornej pomoci a chránia zamestnancov pred vyhorením.

### Príbeh šiesty

*Píše sa rok 1992. Výnimočný projekt poskytovania sociálnych služieb v dennom stacionári má za sebou desaťročnú históriu. Klienti, ktorí do zariadenia vstúpili ako 10-roční, majú už 20 rokov. Aká je ich ďalšia životná perspektíva? Ich rodičom tiež pribudlo desať rokov. Posledných desať rokov boli denne s nimi. Denne sociálne služby poskytovali pre nich odbornú pomoc a ich rodiny si natoľko zvykli na ich prítomnosť doma, že si nevedia život bez nich ani len predstaviť. Čo bude s ich synmi a dcérami, keď budú mať ich rodičia 70 – 80 a viac rokov? Realita je tvrdá, lebo riešením je celoročný pobyt v zariadení sociálnych služieb alebo poskytovanie starostlivosti v domácnosti až do smrti rodičov, a následne, prevzatie starostlivosti o ich syna so zdravotným postihnutím niektorým z jeho súrodencov. Vláda vyčlenila pre účely poskytovania sociálnych služieb budovy, ktoré slúžili nomenklatúrnym osobám štátnej správy. Medzi iným tiež rekreačné zariadenie na brehu známych jazier. Podmienky prostredia rekreačného zariadenia ako pripravené pre poskytovanie sociálnych služieb. Samostatné izby s hygienickým zariadením s upraveným exteriérom, s dobrým dopravným spojením, navyše v prostredí hotelov, reštaurácií a ďalších služieb a s možnosťou každodenného kontaktu rodín s novými službami na brehu jazera.*

*Je čas, keď sú rodičia s deťmi so zdravotným postihnutím vystavení náročným a ťažkým životným rozhodnutiam. Očakávanie narodenia dieťaťa je veľká udalosť a narodenie dieťaťa*

s postihnutím náročná životná skúška spojená s jeho prijatím a s rozhodnutím venovať mu starostlivosť. Neustále a opakujúce sa hospitalizácie, rehabilitácia, neisté prognózy spojené s úzkostlivým očakávaním diagnózy. Potom škola a vzdelávanie, ústav, únava, preťaženosť, neporozumenie v rodine aj od verejnosti, kríza na celý život, úzkosť a strach, neskutočné obohatenie láskou dieťaťa, bolesť a hlboká radosť aj z tých najmenších pokrokov. Každá situácia je úplne nová, únava v noci aj cez deň. Ranné aj poobedňajšie cestovanie v mestskej hromadnej doprave je náročné, spýtavé pohľady spolucestujúcich, inokedy prejavená ľútosť, súcit, otvárajú pomaly už zahojene rany.

V dvadsiatich rokoch ich syna prichádza nová ponuka. Syn by sa mohol osamostatniť, bývať vo svojej izbe, príležitosť pre jeho menšiu závislosť na rodine. Teraz, keď sme si už pomaly zvykli na náročný život. Znovu zmena? Z tridsiatich oslovených rodičov sa pre ponuku novej služby rozhodlo desať rodín. Potom vypracovanie plánu postupného ubytovania a nepretržité konzultácie s rodinami. Prvá návšteva rodín v nových službách. Prvé denné pobyty v zariadení pri jazere. Nečakane do poskytovania služieb vstupuje primátor mesta a miestne zastupiteľstvo. Je to na území mesta a majú právo sa k poskytovaným službám vyjadriť. Nastal deň D a poslanci si predvolali riaditeľa zariadenia a budúcich obyvateľov. Riaditeľ postupne poslancom a primátorovi predstavil klientov. Oni sú bezprostrední, možno ani úplne nerozumejú významu stretnutia, ale hovoria tak, ako to cítia. Poslanci sa pýtajú, riaditeľ a klienti odpovedajú. „Stačí,“ povedal primátor. „Budeme hlasovať. Prosím zdvihnite ruku, kto je za to, aby našimi spoluobčanmi boli ľudia so zdravotným postihnutím.“ Nikto z poslancov ruky nedvíha. „Kto je proti?“ Pýta sa primátor. Traja poslanci z tridsiatich dvíhajú ruky. „Prečo ste páni a dáma proti?“ Odpoveď je prekvapujúca. Podľa postoja a vyjadrenia jedného z poslancov bude

bývanie ľudí so zdravotným postihnutím škodiť cestovnému ruchu mesta, lebo pre ľudí, ktorí sa prídu rekreovať, je pohľad na ľudí so zdravotným postihnutím nepríjemný. Iná poslankyňa považuje bývanie pri jazere za zdraviu škodlivé, lebo odraz slnečných lúčov, ktoré je v lete intenzívne, môže uškodiť zraku obyvateľov so zdravotným postihnutím. Málo presvedčivé vyjadrenia poslancov rozhodli, že začneme služby na okraji jazera pre ľudí s postihnutím poskytovať.

Niekoľkokrát do týždňa budúci obyvatelia prichádzali a pripravovali a upravovali si prostredie izieb aj exteriéru. Potom víkendové pobyty. O čo pomalšie sa rodiny adaptovali na novú situáciu, o to rýchlejšie sa prispôbovali novým podmienkam ich dcéry a synovia. Jedného dňa sa budúci obyvatelia domu pri jazere rozhodli napísať svojim rodičom list, kde im oznamujú, že tam chcú definitívne bývať. Tak to všetko začalo.

Prešlo niekoľko rokov. Klienti, ženy aj muži sa úspešne integrovali, stali sa súčasťou miestnej komunity, pracovali v miestnych početných hoteloch. Nový primátor po návšteve obyvateľov v dome pri jazere začal pravidelne so svojimi spolupracovníkmi podporovať poskytované služby a každá zahraničná návšteva končila návštevou komunity klientov.

Píše sa rok 2022. Obyvatelia v dome pri jazere majú o 30 rokov viac. Rodičia niektorých z nich už nežijú. Čas sa nezastaví. Sú tu nové výzvy, nové ponuky, nové možnosti, nové príležitosti. Zotrvačnosť nie je prínosom, skôr spôsobuje stagnáciu. Cieľom nie je udržiavať organizáciu v chode. Cieľom je poskytovať obyvateľom takú podporu, aby mohli žiť nezávislý život, aby bol každý nový deň príležitosťou pre individuálny rast a plnohodnotný život s víziou samostatnosti.

## 8. DIMENZIA ČASU A ZMENA POSTOJOV

Skúsenosti s transformáciou sociálnych služieb poukazujú na význam času, doby, histórie bytových zariadení na pripravenosť vedenia zamestnancov realizovať zmeny. Čím dlhšie stagnujú, zotrvávajú v inštitucionalizovaných formách sociálnych služieb, tým náročnejšie je realizovať ich transformáciu a deinštitucionalizáciu. 19. a 20. storočie prevzali štafetu takto organizovaných, prevažne charitatívnych služieb v uzavretých budovách s väčším počtom obyvateľov, s prevažne ošetrovateľskou a opatrovateľskou starostlivosťou pre osoby s rôznymi sociálnymi potrebami. Prostredie ústavou disponovalo s obmedzenými hygienickými, ubytovacími možnosťami. Zariadenia s inštitučným spôsobom poskytovania služieb vytvárali svet v svete. Takýto spôsob poskytovania sociálnej pomoci zotrvával celé 19. storočie až do začiatku 20. storočia, keď sa pomery a podmienky v týchto domovoch začali pod vplyvom politických, legislatívnych, ekonomických, architektonických, zdravotných a sociálnych reforiem postupne humanizovať. Napriek pozitívnemu hodnoteniu humanizačných zmien tej doby v poskytovaní sociálnej starostlivosti sa v druhej polovici 20. storočia ukázalo, že táto zmena je nedostatočná a určitým spôsobom petrifikovala poskytovanie služieb inštitučnou formou. Všetky organizácie, vrátane sociálnych, majú viac tendenciu zotrvávať v ustálených tradičných formách. Kotter konštatuje, že motorom zmien nie je manažérsky prístup ale uplatňovanie princípu vodcovstva, čím vysvetľuje, prečo a ako nás udalosti 20. storočia dovedli k súčasnému stavu, čo je významné pre nastavenie služieb v 21. storočí.[14] Na jednej strane čas petrifikuje tradične zakorenené predstavy o poskytovaní sociálnych služieb a na druhej strane čas vytvára a otvára možnosti pre skúmanie sociálnych služieb, ktoré adekvátne odpovedajú na potreby osôb v nepriaznivej sociálnej situácii. Z uvedeného hľadiska je pozorujeme významný posun od vstupu neziskových organizácií a občianskych združení po roku 1989

do slovenského verejného priestoru a vstup SR do EÚ (2004). V uvedenom čase Slovensko prijalo silné odborné a sociálno-politické impulzy a programy (Európske štrukturálne a investičné fondy) pre reformu, transformáciu a deinštitucionalizáciu sociálnych služieb. Čas nás núti, aby sme si otvorene položili otázku, či víziou poskytovania sociálnych služieb, je spôsob, ktorý bol prínosom v 16. – 20. storočí a či môže byť postačujúci pre 21. storočie?

## 9. ETICKÉ DILEMY DEINŠTITUCIONALIZÁCIE

Súčasťou procesu deinštitucionalizácie sociálnych služieb je riešenie otázok, ktoré sa dotýkajú etických dilem k zverejňovaniu alebo zamlčievaniu pravdy o nedôstojnom statuse prijímateľov v sociálnych službách.

V kontexte uvedených dejín vývoja sociálnych služieb na Slovensku je obzvlášť sociálne a eticky citlivá otázka prezentovania objektívnych a pravdivých dôvodov pre zmenu spôsobu a prístupu poskytovania sociálnych služieb zverejňovaním faktov ako svedectva o neprípustnom stave služieb, ponižujúcom statuse prijímateľov a klientov v sociálnych službách, fotografií, ktoré dokumentujú nedostatky poskytovania sociálnych služieb v prostredí bytových zariadení s inštitučnou organizačnou kultúrou. Osobitnú hodnotu majú sociálne fotografie Matúša Zajaca a Petra Böhma v NPDI PTT, ktorých snímky vznikajú na základe zoznámenia a dlhodobého pobytu priamo v prostredí domovov sociálnych služieb. Snímky majú silnú výpovednú umeleckú a sociálnu hodnotu. Pravdivo a objektívne zobrazujú nedôstojné a ponižujúce podmienky života klientov, viacpostelové priechodné izby pre 4-10 klientov, nedostatočné spoločné hygienické podmienky, spoločné kúpeľne a WC a minimálne priestorové vybavenie pre poskytovanie odbornej individuálnej starostlivosti.

Paolo Freire identifikoval ako príčinu takéhoto stavu opresiu – útlak, ktorý je dôsledkom nerovnováhy moci medzi spoločnosťou a jednotlivcami, spoločnosťou a minoritnými komunitami. Freire konštatoval, že človek sa stal obyčajným

divák, ktorého riadi sila (moc) spoločenských mýtov. Východisko z tejto situácie opresie vidí v zmocňovaní (empowerment) členov minorít. Freireho trápí, že celý vzdelávací systém akoby úmyselne nepodáva a nekomunikuje pravdu o situácii utláčaných a ponižovaných jednotlivcov a komunit. Takú situáciu nazýva „kultúrou ticha“. Východisko vidí v otvorenom dialógu, v ktorom nerozhoduje spoločenská hierarchia. K našej téme, ktorú sme otvorili, by Freire podčiarkol potrebu „kodifikácie“, to je reprezentovanie všedných každodenných situácií ako sú fotografie miest, ktoré sú minorite známe, snaží sa viesť dialóg a zdôrazňuje, že to majú byť zábery, ktoré majú sociálny náboj. Tieto fakty je potrebné následne „dekodifikovať“, to je demaskovať sociálnu realitu. Za pozornosť ešte stojí Freireho upozornenie o význame vedomia hĺbky existujúcich problémov v spoločnosti. Podľa neho „kritická senzitivita“ je také vnímanie problémov, pre ktoré je charakteristická hĺbková interpretácia problémov a príprava ich revízií. Freireho „pedagogika oslobodenia neprináša“ a nemá široké uplatnenie v praxi, ale prístup, ktorý prináša pre riešenie ponižovaných minorít, nesie inšpirujúce podnety. Plusom sociálnej fotografie je jej neverbálna výpovedná hodnota. Externý sociálny pracovník by musel dlho opisovať realitu existujúceho stavu, každé slovo má obsah a ten môže a nemusí byť zhodný s realitou. Fotografia má predpoklad vypovedať pravdivo aktuálny stav a tento uchovať, konzervovať v čase tak, že nestráca svoju stále aktuálnu pravdivosť.[15]

Príklady z reforiem v zahraničí svedčia o tom, že zmena postojov verejnosti nastala odkrytím nedôstojnej a ponižujúcej pozície ľudí v sociálnych službách. Čím dlhší čas pretrváva neodborný, protiprávny prístup k rôznym cieľovým skupinám, tým viac je odolný a bráni sa uskutočňovaniu zmien. Zamestnancom zariadení sociálnych služieb, ktorí nesúhlasia s tým, aby boli zverejnené fotografie z prostredia zariadenia, kde prijímatelia sociálnych služieb dlhodobo žijú, rozumieme. Situácie, ktoré fotografia kriticky zachytáva a ukazuje, je pre zamestnancov známa

a v každodennej praxi ju nevnímajú negatívne. Jedným z dôvodov je, že verejnosť neprejavuje a nemá hlbší záujem poznať podmienky života osôb v sociálnych službách, čo vytvára verejnú mienku, že poskytované služby sú dobré. Z takého pohľadu sú fotografie (ako píše Freire[15] s hlbokým sociálnym nábojom) dôležité pre riešenie situácie nielen v konkrétnom zariadení sociálnych služieb ale v zariadeniach na celom Slovensku.



#### Príbeh siedmy

*Ľudia so zdravotným postihnutím dlhodobo bojujú, aby boli vchody budov pre verejnosť bezbariérové. Klientské skupiny zdravotne postihnutých tieto bariérové vstupy fotia a roky na nedostatky upozorňujú, podobne ako CEDA - Výskumné a školiace stredisko bezbariérového navrhovania FAD STU. V prípade, že by bolo 98% verejných budov bezbariérových a niekto by úmyselne nafotil a opakovane zverejňoval 2% bariérových a neopodstatnené a nespravodlivo by tvrdil, že takýto stav je u všetkých verejných budov, pravdepodobne by sme považovali takúto kritiku za neoprávnenú. Iné je to v sociálnych službách. Stále máme min. 80% zariadení inštitučného typu. Domnievame sa, že fotografia, ktorá, pravdivo odhaľuje uvedený stav je potom oprávnená.*

## 10. POSTOJE A ROZHODNUTIA

Doteraz sme venovali priestor pre význam, funkcie, formovanie a dôsledky postojov. Finálnou, rozhodujúcou časťou celého procesu

je to, ako a prečo sa osoba nakoniec rozhodne tak, či onak. Z procesného, sociálneho hľadiska môžeme považovať rozhodnutie osoby za prejav jej slobody a rešpektovanie jej práv. V prípade, že poskytneme osobe objektívne fakty o stave veci, dokonca aj keď má alebo si vytvorí k uvedeným faktom osobný vzťah, stále si nemôžeme byť istí, že sa rozhodne podľa našej predstavy. Pozorovateľ môže posudzovať rozhodnutie osoby ako nevysvetliteľné a samotná osoba nemusí vedieť vysvetliť, prečo sa rozhodla práve tak.

Filozofia nám čiastočne odpovedá, na tieto otázky. Platón, R. Descartes, D. Hume, I. Kant, S. Freud, súčasné postmoderné a neopostmoderné filozofické koncepty. Takmer pri všetkých do popredia vystupujú alebo sú negované racionalita a emocionalita.

Zaujímavý a známy je test Waltera Michaela [16] pre štvorročné deti, ktorým položil otázku, či majú radi penové cukríky? Deti odpovedali súhlasne. Potom pred každé dieťa osobitne položil penový cukrík a povedal mu, že buď môže cukrík hneď zjesť alebo keď chvíľu počká a on si vybaví nejaké svoje veci, bude môcť zjesť dva cukríky. Každé dieťa sa rozhodovalo medzi možnosťou zjesť jeden alebo dva cukríky. Väčšina sa rozhodla pre jeden, čo znamenalo, že akonáhle bolo dieťa v miestnosti samé, zjedlo cukrík. Pocit pôžitku zo sladkého (emócia) prevládol nad racionálnym uvažovaním, t. j. počkať, kým sa W. M. vráti a mať možnosť zjesť dva sladké cukríky. Keď potom, po niekoľkých rokoch s tými istými respondentami sledoval, ako sa dokázali vyrovnávať s frustrujúcimi udalosťami ich rodičia a oni v živote, zistil, že existuje korelácia medzi rozhodnutím, keď boli štvorroční a rozhodovaním v poslednom ročníku na strednej škole.

Naše rozhodnutia ovplyvňujú naše osobnostné predispozície, ku ktorým zaraďujeme aj schopnosť subjektívne – racionálne a emocionálne posúdiť vážnosť a dôležitosť faktov, informácií, schopnosť interpretácie prežitých skúseností. Tým si môžeme vysvetliť tiež fakt, s ktorým sme sa už stretli, že rovnaký obsah a metódy vzdelávania môžu

viest' v rovnakom čase k rôznym postojom a rozhodnutiam jednotlivcov. K tejto diskusii by sa iste pripojil Nákonečný ktorý v súvislosti s mentalitou detí v predškolskom veku uvádza, že ich prirodzenou súčasťou je seba presadzovanie a egoizmus a až medzi 4-5 rokom veku má dieťa schopnosť vzdať sa niečoho, čo je pre neho príťažlivé, v prospech inej osoby, ktorú ma rád alebo ju ľutuje (prosociálne správanie). [17] Láska a súcit sú podľa uvedeného autora hodnoty, ktoré otvárajú dieťaťu cestu od egoizmu k altruizmu. Reykovski [17] považuje egocentrické a prosociálne (postojové) nastavenie za „dve regulačné funkcie osobnosti“.

Do rozhodovania o zmene poskytovania z inštitučných na komunitné sociálne služby bezo sporu je potrebné zapojiť a rešpektovať oprávnené otázky zamestnancov. Pýtajú sa, aký prínos bude mať zmena pre ich prácu? Prínos zmeny pre prijímateľov sociálnych služieb je tiež prínosom zmeny pre zamestnancov. Ak poskytované sociálne služby hodnotíme v kontexte egoistickej a altruistickej polarizácie rozhodnutí, potom je pre spoločnosť, zriaďovateľov, prevádzkovateľov testovacou otázkou: Nakoľko by sme boli spokojní s poskytovanými sociálnymi službami, keby sme boli my sami v pozícii prijímateľov sociálnych služieb? Takto položená otázka vychádza z predpokladu, že časť spoločnosti má iné postoje, požiadavky, nároky a očakávania na sociálne služby pre seba a im blízke osoby a iné pre cudzích ľudí. Boli by sme nespravodliví, keby sme z nízkej úrovne inštitučne poskytovaných sociálnych služieb obviňovali zamestnancov. Veď práve zamestnanci sú tí, ktorí sa svojou prácou znižujú a tlmia dopad nepriaznivých podmienok v zariadeniach. Bez externe poskytovanej pomoci k zmene (transformácii, de-inštitucionalizácii) nemajú zamestnanci a ešte menej prijímatelia sociálnych služieb, žiadnu možnosť situáciu zmeniť.

#### *Príbeh ôsmy*

*Boli sme požiadaní vedením istého zariadenia, aby sme im, na základe pozorovania, študovania dokumentácie a rozhovorov s prijímateľmi*

a zamestnancami, odporúčili zmeny, ktoré im pomôžu zvýšiť kvalitu poskytovaných sociálnych služieb. Riaditeľ zariadenia mal technické vysokoškolské vzdelanie.

V rozhovore nám predstavil svoju víziu, ktorej základom bol postoj a prístup k prijímateľom sociálnych služieb. V tom čase mala jeho matka, o ktorú sa staral v domácnosti, približne toľko rokov ako obyvatelia zariadenia. Prijal sám pre seba zásadu, že ku každému obyvateľovi bude pristupovať tak, ako keby to bola jeho matka alebo otec. Aplikácia obyčajného, humánne nastaveného postoja k prijímateľom sociálnych služieb, bola v prevádzke a opatreniach, ktoré riaditeľ realizoval, viditeľná a prispela k zvyšovaniu kvality poskytovaných sociálnych služieb.



#### Príbeh deviaty

Súd v roku 1991 nariadil pre dievča s ťažkým psychosomatickým postihnutím ústavnú starostlivosť. Dieťa sa nepodarilo adoptovať do náhradnej rodiny, zaradiť do pestúnskej starostlivosti, či profesionálnej rodinnej starostlivosti. Z uvedených dôvodov bolo umiestnené v detskom domove. V detskom domove vyrastalo dievča spolu s ďalšími zdravotne postihnutými deťmi s podobným osudom. V školskom veku v rámci ústavnej starostlivosti navštevovala a ukončila špeciálnu základnú školu a následne praktickú školu.

V 18. rokoch života bola zbavená spôsobilosti na právne úkony a umiestnená do pobytového, celoročného zariadenia sociálnych služieb. Mladá žena sa pomerne rýchlo adaptovala na nové prostredie. Býva na izbe spolu s ďalšími tromi ženami desať rokov. Predpokladá sa, že bude domove sociálnych služieb do konca svojho života.

## 11. VZDELÁVATELIA A ICH POSTOJ K ÚROVNI POSKYTOVANÝCH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB V SR

Akademická a odborná verejnosť bolo až do roku 1989 pod silným politickým vplyvom marxistickej ideológie. Veľkokapacitné, pobytové zariadenia pre seniorov a zdravotne postihnuté osoby boli až do 80. tých rokov symbolom úspešného riešenia poskytovania sociálnej a zdravotnej starostlivosti. Prísne ideologické oddeľovanie teórie od praxe, prosociálnych postojov odvodených z humánne orientovaných teórií od direktívne vyžadovaných úloh jednej strany, boli prekážkou pre zmenu postojov a riešenia nepriaznivej situácie pre osoby s postihnutím.

Demokratické politické zmeny v 90. tých a nasledujúcich rokoch síce priniesli zmenu v obsahu vysokoškolského vzdelávania (napr. obnovenie odboru sociálnej práce, ktorý bol centralistickou komunistickou vládou zrušený v r. 1946) a nevyhnutnú transformáciu sociálnej sféry, (napr. Legalizovanie poskytovanie sociálnych služieb neštátnymi subjektami, cirkvou a charitatívnymi organizáciami, samosprávami obcí a miest.) ale transformácie pobytových zariadení sociálnych služieb sa zmena obsahu vysokoškolského vzdelávania a výskumu, ako ani sociálno-politická zmena systému sociálnej sféry, nedotkli.

Akademici rovnako ako aj zamestnanci výskumných ústavov a poslanci národných rád nemali odvahu prepojiť teóriu s praxou. Pritom napríklad bezpodmienečne pozitívne prijímanie klienta – jeden zo základných princípov humanistických teórií sociálnej práce (Rogers, prístup centrovanej človeka) je vyjadrením obsahu

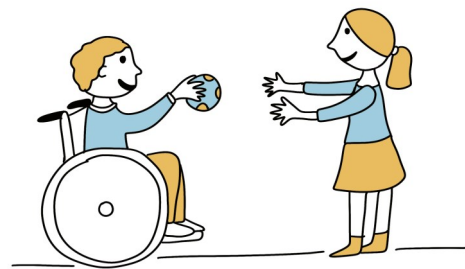


postoja medzi terapeutom a klientom a v širšom rozmere medzi spoločnosťou a seniormi alebo zdravotne postihnutými osobami. Rogers za príčinu zlyhávania pomoci klientovi pomenoval prostredie, v ktorom žije – zároveň ho chápe ako jedinú možnosť zmeny, zmenu postoja a prístupu terapeuta, resp. v sociálneho pracovníka (liečebného pedagóga, ergoterapeuta, poradcu) v sociálnych službách.[18] Postoje zamestnancov v sociálnych službách majú byť bezpodmienečne prezentované v akceptácii klienta, v priznaní jedinečnej kvality klientovej osobnosti, v empatii klienta, nehodnotiacom postoji, v rešpekte klientovho práva a potreby slobodne sa rozhodovať medzi ponukou možností (Biestek).[13] Odborná pomoc, riešenie nepriaznivej situácie nespočíva v inštitučne presadzovanej moci sociálnych služieb, ale už v spomínanom zmocňovaní klienta, ktoré je založené na eliminovaní moci každej inštitúcie postojmi a prístupmi zamestnancov. Burtim, podobne ako Rogers, pokračujú vo vymedzení podmienok vzťahu terapeuta (sociálneho pracovníka) ešte ďalej, keď za predpoklad úspešnej pomoci klientovi považujú „vieru v to, že každý jedinec je schopný zmeny, rastu a zdokonaľovania seba“.[13]

#### Príbeh desiaty

V roku 1988 bol v jednom meste na Slovensku schválený projekt súbežného poskytovania sociálnych služieb pre psychosomaticky postihnuté deti v samostatnej časti a zdravých detí v materskej škôlke. Pedagogicko-psychologická poradňa k prevádzkovaniu na integrácii založeného projektu napísala odporúčajúce stanovisko: „Duševné zaostalé či inak postihnuté dieťa, alebo dospelý člen spoločnosti má iné vzťahy ku svetu, je iný v správaní, výzore a reakciách. Je iný ako zdravý človek, ale nie horší! Preto postihnutých občanov nemôžeme uzatvárať pred okolitým svetom. Od zdravých dospelých a detí treba vyžadovať toleranciu a pochopenie. Najväčšie obtiaže spôsobuje ich odlišný výzor, nie ich odlišné správanie. Nie je na škodu, keď deti vedia viac o živote a prežívaní postihnutých rovesníkov. To umožní bez hanby, bez zbytočnej ľútosťi, realisticky

pochopiť postavenie postihnutého človeka v spoločnosti zdravých jedincov, v čom je úloha postihnutého ťažšia, aké prekážky musí denne prekonávať, čím mu my zdraví ľudia môžeme pomôcť.“ Niekoľko mesiacov po spustení prevádzky integrovaného zariadenia MŠ a oddelenia pre postihnuté deti opísala iná redaktorka denníka pozitívny vplyv integrácie pre postihnuté i zdravé deti. Inšpektorka z iného obvodu mesta vyjadrila hneď na to svoj odmietavý postoj k projektu. V článku toho istého denníka sa pýta, ako je možné, že o postihnuté deti sa stará vyšší počet pracovníkov a s vyšším vzdelaním ako o rovnaký počet detí „zdravých“ v MŠ. Inšpektorka upozorňuje na nevhodné aktivity, keď na ilustratívnej fotografii medializácie projektu skáču na trampolíne bez pomoci a dozoru postihnuté deti“.



#### Príbeh jedenásty

Istá prestížna vysoká škola v zahraničí požiadala o možnosť stáží svojich študentov v zariadeniach sociálnych služieb v Slovenskej republike. Obrátili sa na sociálnych pracovníkov na Slovensku, aby vytypovali zariadenia sociálnych služieb, ktoré by mohli byť pre ich študentov inšpirujúce a kde by získali nové poznatky a skúsenosti potrebné pre ich štúdium a povolanie. Keď vysokoškolskí učitelia dostali konkrétne adresy prevádzkovateľov sociálnych služieb, v rámci niekoľkodennej služobnej cesty navštívili vytypované zariadenia, kde posudzovali vhodnosť pre naplnenie cieľov zahraničnej stáže, určenie priebežných konzultácií medzi učiteľmi školy a študentom a spôsob

*a podmienky záverečnej konzultácie, ako podmienky pre úspešné splnenie skúšky. Viaceré zariadenia sociálnych služieb, ktoré boli vytipované pre stáže zahraničných študentov, označili vysokoškolskí učitelia zahraničnej vysokej školy za nevhodné. Posudzovali prostredie, v ktorom bola sociálna služba poskytovaná, druh sociálnej služby, formu, rozsah, prístupy a metódy práce s klientmi. Zahraniční študenti dostali transparentné informácie o dôvodoch a kritériách výberu stážového pracoviska.*

Skutočnosť, že stáže študentov z vysokých škôl na Slovensku sú realizované na stážových pracoviskách zariadení (domovov, centier sociálnych služieb, zariadení pre seniorov), ktoré majú všetky tradičné inštitucionálne znaky, svedčí o tom, že:

- akademická obec považuje tieto služby za primerané k súčasným požiadavkám teórie a praxe študentov sociálnej práce,
- pedagógovia nerozvíjajú u študentov kritické myslenie k pozícii prijímateľov v sociálnych službách, zariadenia neinovujú sociálne služby, a preto nie sú dostatočne motivujúce pre prácu absolventov odboru sociálnej práce a humánne orientovaných odborov.

## 12. VPLYV SOCIÁLNEJ A EKONOMICKEJ ŽIVOTNEJ ÚROVNE NA ZMENU POSTOJOV

Sociálna a ekonomická úroveň bežného obyvateľstva sa v 20tom storočí postupne v západnej Európe zvyšovala. Zlepšili sa podmienky bývania, zamestnávania, verejných zdravotníckych a sociálnych služieb pre bežné obyvateľstvo ale podmienky života pre klientov v sociálnych službách ostávali takmer bez zmeny.

Medzi prvou komunitou, ktorá tieto rozdiely citlivo vnímala, boli rodiny klientov a klienti, ktorým boli sociálne služby poskytované. Rodiny, ktoré boli v priamom kontakte s prostredím

zariadení sociálnych služieb, vedeli pomenovať a identifikovať rozdiely a požiadavky na zmeny. Informácie o stave v zariadeniach sociálnych služieb, o výzvach a potrebách zmeny boli sprostredkované novinárom, právnikom, politikom, učiteľom, verejnej správe a samospráve. Postoje verejnosti sa pod vplyvom iniciatívy rodín, príbuzných a priateľov postihnutých ľudí a priebežnej medializácie začali postupne meniť. Iniciátorom týchto zmien bola spolupráca samospráv obcí a miest s akademickou obcou. Prijala sa zásada, podľa ktorej je obec povinná a zodpovedná poskytovať sociálne služby pre svojich občanov v mieste bydliska. Táto zásada zastavila a zmenila dlhodobú prax umiestňovania klientov odkázaných na sociálne služby v ústavoch mimo ich bydliska a zároveň zabezpečila, aby klienti z veľkokapacitných inštitúcií mali možnosť vrátiť sa do miest svojho bydliska a malých komunitných služieb v obci (deinštitucionalizácia zariadení sociálnych služieb).

Za nespravodlivý a diskriminačný označila spoločnosť stav, keď osobám odkázaným na sociálne služby boli poskytované sociálne služby v ľudsky nedôstojnom, sociálne izolovanom prostredí, ktoré nezodpovedalo podmienkam a úrovni života, akú malo bežné obyvateľstvo. Podmienky a životná úroveň bežného obyvateľstva sa zlepšili aj na Slovensku. Európska únia vyčlenila pre národné projekty deinštitucionalizácie fondy na štrukturálne spoločenské zmeny.

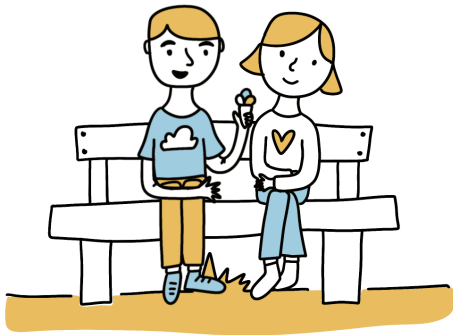
## 13. ZÁVER

Žijeme v čase napätých konfliktných vzťahov medzi jednotlivcami, skupinami, komunitami, národmi a štátmi, medzi človekom a prostredím a konfliktných vzťahov človeka k sebe samému.

Optimálny postoj ľudí vo vzájomnom porozumení, akceptácii, ústretovosti, pomoci, službe, starostlivosti, podpore, spolupráci sa stráca a prevláda stav, v ktorom napätia, rozdiely, konflikty medzi ľuďmi, s námahou udržiavame pod ako takou spoločenskou kontrolou. Prečo je tomu tak?

Odpoveď je zložitá ale jedno je isté, najhoršie je, keď takýto stav považujeme za normu. Nie je dobre, keď sme s takýmto stavom zmierení.

Nie je to dobré pre nás a ani pre ďalšie generácie, ktoré prídu po nás. Inšpiratívne však je, že naše postoje môžu zmeniť prostredie, v ktorom žijeme, k lepšiemu.



## Zdroje:

1. Nakonečný, M., *Sociální psychologie*. 2020, Praha: Triton.
2. Triandis, H.C., *Attitude and attitude change*, in *Wiley foundations of social psychology series*. 1971, Wiley: New York.
3. Howe, M.J.A., *The Origins of exceptional abilities*. 1990, Oxford: Basil Blackwell. x,262p.
4. Výrost, J., (eds.), I. Slaměnik, (eds.), and E. Sollárová, (eds.), *Sociální psychologie : teorie, metody, aplikace*. Psyché. 2019, Praha: Grada.
5. Hall, C.S. and G. Lindzey, *Theories of Personality*. 1978: Wiley.
6. Phillips, M., *Etické postoje sociálních pracovníkov v interakcii s užívateľmi sociálních služieb*, in

*Katedra sociálnej práce, Pedagogická fakulta*. 2004, Univezita Komenského: Bratislava.

7. Krech, D., R.S. Crutchfield, and E.L. Ballachey, *Človek v spoločnosti : základy sociálnej psychológie*. 1. vyd. ed. 1968, Bratislava: Vydavateľstvo SAV.
8. Dagsland, A., H., B. *Názory a postoje ľudí. in Medzinárodná konferencia: Ako posilníme slabých medzi nami*. 1993. Bratislava.
9. Brichtová, L., et al., *Záverečná hodnotiaca správa. Národný projekt Podpora deinštitucionalizácie a transformácie systému sociálních služieb v Slovenskej republike*. 2015, Bratislava: Implementačná agentúra Ministerstva práce, sociálních vecí a rodiny Slovenskej republiky. 160.
10. Goffman, E., *Stigma : poznámky k problému zvládání narušené identity*. Vyd. 1. ed. Most (Sociologické nakladatelství) ;, ed. T. Prášek. 2003, Praha: Sociologické nakladatelství.
11. Nakonečný, M., *Sociální psychologie*. Vydání 1. ed. 1999, Praha: Academia.
12. Grác, J., *Persuázia : ovplyvňovanie človeka človekom*. 2. vyd. ed. 1988, Martin: Osveta.
13. Matoušek, O., *Metody a řízení sociální práce*. Vydání první ed. 2003, Praha: Portál.
14. Kotter, J.P., *Vedení procesu změny : osm kroků úspěšné transformace podniku v turbulentní ekonomice*. 2., aktualizované vydání ed. Knihovna světového managementu ;, ed. H. Škapová and M. Čakrt. 2015, Praha: Management Press.
15. Matoušek, O., *Základy sociální práce*. Vyd. 1. ed. 2001, Praha: Portál.
16. Lehrer, J., *Ako sa rozhodujeme*. 2022, Bratislava: Aktuell.
17. Nakonečný, M., *Motivace lidského chování*. Vyd. 1. ed. 1996, Praha: Academia.
18. Gajdošová, B., *Prístup zameraný na človeka*. 2013, Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach 105.

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



## **USMERNENIA O DEINŠTITUCIONALIZÁCIÍ, VRÁTANE NÚDZOVÝCH SITUÁCIÍ**

(NEOFICIÁLNY PREKLAD)

### **I. Účel a postup týchto usmernení**

1. Tieto usmernenia dopĺňajú všeobecný komentár č. 5(2017) k článku 19 a usmernenia výboru podľa článku 14 o práve na slobodu a bezpečnosť osôb so zdravotným postihnutím. Poskytujú usmernenia zmluvným stranám dohovoru, organizáciám občianskej spoločnosti a ďalším zainteresovaným stranám na podporu ich úsilia o realizáciu práva osôb so zdravotným postihnutím na nezávislý život a začlenenie do komunity.

2. Vychádzajú zo skúseností osôb so zdravotným postihnutím pred pandémiou a počas nej, ktoré uvádzajú rozšírenú inštitucionalizáciu osôb so zdravotným postihnutím; škodlivý vplyv inštitucionalizácie na blaho osôb; násilie, zanedbávanie, zneužívanie, zlé zaobchádzanie a mučenie vrátane chemického, mechanického a fyzického obmedzovania, ktorému sú osoby so zdravotným postihnutím v inštitúciách vystavené. Pandémia tieto javy ešte zhoršila, zatiaľ čo systémy dohľadu nad dodržiavaním ľudských práv a nezávislé monitorovanie boli obmedzené alebo pozastavené.

3. Tieto usmernenia sú výsledkom participatívneho procesu, ktorý zahŕňal sedem regionálnych konzultácií organizovaných výborom. Viac ako 500 žien so zdravotným postihnutím, detí so zdravotným postihnutím, osôb, ktoré prežili inštitucionalizáciu, osôb s albinizmom, občianskych a sebaobhajujúcich organizácií a iných organizácií občianskej spoločnosti predložilo svedectvá, skúsenosti a návrhy.

### **II. Povinnosť ukončiť inštitucionalizáciu**

4. Napriek záväzkom vyplývajúcim z medzinárodného práva sú osoby so zdravotným postihnutím na celom svete naďalej umiestňované do ústavov v život ohrozujúcich podmienkach. Vplyv pandémie na osoby v ústavoch zdôraznil naliehavosť okamžitých opatrení na ukončenie inštitucionalizácie.

5. Výbor zistil, že inštitucionalizačné procesy nie sú v súlade s Dohovorom a v niektorých prípadoch sú už dávno ukončené.

6. Inštitucionalizácia je diskriminačnou praxou voči osobám so zdravotným postihnutím (článok 5 dohovoru). Nesie so sebou *de facto* odopretie právnej spôsobilosti osôb so zdravotným postihnutím v rozpore s článkom 12 Dohovoru. Je svojvoľným zadržaním a zbavením slobody na základe zdravotného postihnutia, čo je v rozpore s článkom 14 Dohovoru. Vystavovanie osoby so zdravotným postihnutím nútenému lekárskemu zásahu psychotropnými liekmi, ako sú sedatíva, trankvilizéry, stabilizátory nálady, elektrokonvulzívna liečba a konverzná terapia, čo je v rozpore s článkami 15, 16 a 17 Dohovoru. Taktiež ich vystavuje podávaniu liekov a iným zásahom bez slobodného, predchádzajúceho a informovaného súhlasu osôb so zdravotným postihnutím, čo porušuje články 15 a 25 Dohovoru.

7. Inštitucionalizácia je v priamom rozpore s právom osôb so zdravotným postihnutím na nezávislý život a začlenenie do komunity (článok 19 dohovoru).

8. Zmluvné štáty by mali zrušiť všetky formy umiestňovania do ústavov, ukončiť umiestňovanie nových detí do ústavov a zdržať sa investícií do ústavov. Inštitucionalizácia sa nikdy nesmie považovať za formu ochrany osôb so zdravotným postihnutím, nikdy by sa nemala považovať za "voľbu". Výkon práv zakotvených v článku 19 nemožno pozastaviť v núdzových situáciách vrátane núdzových situácií v oblasti verejného zdravia.

9. Neexistuje žiadne ospravedlnenie pre pretrvávajúcu inštitucionalizáciu. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by nemali využívať nedostatok podpory a služieb v komunite, chudobu alebo stigmatizáciu na ospravedlnenie pretrvávajúceho zachovania ústavov alebo odklad ich zatvorenia. Inkluzívne plánovanie, výskum alebo pilotné projekty alebo potreba reformy práva by sa nemali používať na odklad reformy alebo obmedzenie okamžitých opatrení, ktoré možno prijať na podporu začlenenia komunity. Osoby o zdravotným postihnutím, ktoré prežívajú individuálnu krízu, by nikdy nemali byť vystavené inštitucionalizácii.

10. Kríza by nikdy nemala ospravedlňovať nútenú medikalizáciu, nútenú liečbu alebo judicializáciu osôb so zdravotným postihnutím.

11. Procesy deinštitucionalizácie by sa mali zamerať na ukončenie všetkých foriem inštitucionalizácie, izolácie a segregácie osôb so zdravotným postihnutím v súkromnej aj verejnej sfére.

12. Inštitucionalizácia sa nikdy nemôže považovať za formu ochrany detí so zdravotným postihnutím. Všetky formy inštitucionalizácie detí so zdravotným postihnutím predstavujú formu segregácie, sú pre ne škodlivé a nie sú v súlade s Dohovorom. Deti so zdravotným postihnutím - rovnako ako všetky deti - majú právo na rodinný život a potrebu žiť a vyrastať v rodine v komunite.

13. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by mali prijať okamžité opatrenia a poskytnúť jednotlivcom možnosť opustiť inštitúcie, zrušiť akékoľvek zadržiavanie povolené legislatívnymi ustanoveniami, ktoré nie sú v súlade s článkom 14 Dohovoru, či už na základe zákonov o duševnom zdraví alebo iných, a zakázať nedobrovoľné zadržiavanie na základe zdravotného postihnutia. Zmluvné štáty by mali okamžite zastaviť nové umiestňovanie do ústavov prijatím moratória na prijímanie nových osôb a na budovanie nových ústavov, oddelení a zdržať sa ich opravy alebo údržby.



### **III. Pochopenie a implementácia kľúčových prvkov procesu deinštitucionalizácie**

#### ***Inštitucionalizácia***

14. Inštitucionalizácia zahŕňa všetky formy umiestnenia a zadržania. Formy inštitucionalizácie sa líšia, ale môžu zahŕňať ústavy sociálnej starostlivosti, psychiatrické zariadenia, liečebne pre dlhodobu chorých, opatrovateľské ústavy, špeciálne internátne školy, rehabilitačné strediská, domovy na polceste, skupinové domovy, domovy rodinného typu pre deti, chránené alebo chránené bývanie, tranzitné domovy, ubytovne pre albínov, kolónie pre malomocných a iné zhromaždené zariadenia. Psychiatrické zariadenia, v ktorých môže byť osoba zbavená slobody na účely ako "pozorovanie, starostlivosť alebo liečba" a/alebo preventívne zadržanie, sú formou inštitucionalizácie. Do úsilia o deinštitucionalizáciu by mali byť zahrnuté aj bežné inštitucionálne zariadenia, ako sú väznice, utečenecké tábory, útulky pre migrantov, útulky pre bezdomovcov.

15. Inštitúcia je definovaná určitými prvkami, medzi ktoré patrí povinné zdieľanie asistentov s inými osobami a žiadny alebo obmedzený vplyv na to, od koho má človek prijať pomoc; izolácia a segregácia od nezávislého života v komunite; nedostatok kontroly nad každodennými rozhodnutiami; nedostatok voľby, s kým žiť; rigidita rutiny bez ohľadu na osobnú vôľu

a preferencie; rovnaké aktivity na rovnakom mieste pre skupinu osôb pod určitou autoritou; paternalistický prístup pri poskytovaní služieb; dohľad nad životnými podmienkami; a zvyčajne aj disproporcía v počte osôb so zdravotným postihnutím v rovnakom prostredí.

16. Do reforiem deinštitucionalizácie by mali byť zahrnuté všetky inštitúcie vrátane tých, ktoré riadia a kontrolujú neštátne subjekty. Nepritomnosť, reforma alebo odstránenie jedného alebo viacerých inštitucionálnych prvkov sa nemôže použiť na charakterizovanie zariadenia ako komunitného; napríklad zariadenia, v ktorých dospelí ľudia so zdravotným postihnutím podliehajú náhradnému rozhodovaniu alebo povinnej liečbe, alebo v ktorých majú spoločných asistentov; zariadenia nachádzajúce sa "v komunite", kde poskytovatelia služieb určujú rutinu a popierajú autonómiu, alebo "domovy", kde ten istý poskytovateľ služieb poskytuje bývanie a podporu spolu.

### **Procesy deinštitucionalizácie**

17. Deinštitucionalizácia zahŕňa vzájomne prepojené procesy, ktoré by sa mali zamerať na obnovenie autonómie, voľby a kontroly osôb so zdravotným postihnutím nad tým ako, kde a s kým sa rozhodnú žiť.

18. Procesy deinštitucionalizácie by nemali byť vedené manažmentom alebo tými, ktorí sa podieľajú na udržiavaní inštitúcií, a mali by zabrániť bežným chybám, ktoré porušujú článok 19, ako je obnova zariadení, pridávanie ďalších lôžok, legislatívne zakotvenie štandardov, ako je "najmenej obmedzujúca alternatíva", do legislatívy v oblasti duševného zdravia, ktoré upevňujú porušovanie ľudských práv.

19. Zmluvné štáty by mali uznať, že samostatný život a začlenenie do komunity sa vzťahujú na životné prostredie mimo ústavov všetkých druhov v súlade s článkom 19 a všeobecným komentárom č. 5. Bez ohľadu na veľkosť, účel alebo charakteristiky nemožno nikdy považovať inštitúciu za vyhovujúcu Dohovoru.

### **Právo na voľbu a rešpektovanie vôle a preferencií**

20. Nezávislý život a začlenenie do komunity si vyžaduje plnú spôsobilosť na právne úkony, prístup k bývaniu, podpore a možnostiam služieb, ktoré osobám umožňujú získať kontrolu nad svojím životom. Mať možnosť voľby znamená, že osoby so zdravotným postihnutím vrátane žien, starších osôb a detí sú rešpektované pri rozhodovaní. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by mali osobám opúšťajúcim inštitúcie poskytnúť prístup k viacerým možnostiam a zabezpečiť im prístup k podpore, ktorú môžu potrebovať na uskutočnenie svojich rozhodnutí.



### **Podpora zo strany Spoločenstva**

21. Štáty, ktoré sú zmluvnými stranami Dohovoru, by mali bezodkladne uprednostniť rozvoj škály individualizovanej podpory a inkluzívnych bežných služieb v komunite.

22. Základným prvkom nezávislého života a začlenenia do komunity je, aby všetky osoby so zdravotným postihnutím mali podporu, ktorú môžu potrebovať na vykonávanie každodenných činností a účasť v spoločnosti, na základe ich rozhodnutia. Podpora by mala byť individualizovaná, personalizovaná a ponúkaná prostredníctvom rôznych možností. Podpora zahŕňa širokú škálu formálnej pomoci, ako aj neformálne siete založené na komunite. Osoby so zdravotným postihnutím by mali mať možnosť uplatniť svoju právnu spôsobilosť pri výbere, riadení a ukončení poskytovania podpory v komunite. Podpora pri uplatňovaní právnej spôsobilosti môže byť

poskytovaná ako služba financovaná štátom, alebo neformálnymi sieťami osoby.

23. Aby boli podporné služby pre nezávislý život v súlade s Dohovorom, mali by byť dostupné, prístupné, prijateľné, cenovo dostupné a prístupné.

24. Podporné služby pre samostatný život a začlenenie do komunity zahŕňajú osobnú asistenciu, vzájomnú podporu, krízovú pomoc, podporu pri komunikácii, mobilite, zabezpečení bývania a pomoci v domácnosti a ďalšie komunitné služby. Podpora by mala byť dostupná aj preto, aby osoby so zdravotným postihnutím mali prístup k bežným službám, ako je vzdelávanie, zamestnanie a súdny systém, a mohli ich využívať.

25. Služby osobnej asistencie musia obsahovať tieto prvky: individualizované, s financovaním, ktoré by malo vychádzať z individuálnych potrieb, a pod kontrolou užívateľa, ktorý by mal mať možnosť rozhodnúť sa, do akej miery bude službu riadiť sám, buď ako zamestnávateľ, alebo si službu objedná u rôznych poskytovateľov. Všetky osoby so zdravotným postihnutím by mali mať prístup k osobnej asistencii bez ohľadu na ich požiadavky na podporu pri výkone ich právnej spôsobilosti.

26. Definície komunitných podporných služieb vrátane domácich, pobytových a iných podporných služieb a osobnej asistencie by mali zabrániť vzniku nových segregovaných služieb počas procesu deinštitucionalizácie. Napríklad skupinové bývanie - vrátane malých skupinových domovov, chránené dielne, zariadenia náhradnej starostlivosti, tranzitné domovy, centrá dennej starostlivosti alebo donucovacie opatrenia, ako je príkaz na komunitnú liečbu, nie sú komunitnými službami.

### **Pridelovanie finančných prostriedkov a zdrojov**

27. Štáty, ktoré sú zmluvnými stranami dohovoru, by mali prestať používať verejné prostriedky na výstavbu a rekonštrukciu inštitúcií a mali by okamžite zabezpečiť investície z verejných prostriedkov v súlade s Dohovorom.

28. Investície do inštitúcií vrátane renovácií nie je možné odôvodniť a mali by byť zakázané. Investície by mali smerovať do okamžitého prepustenia obyvateľov a poskytnutia všetkej potrebnej a primeranej podpory na samostatný život ako núdzového opatrenia. Štáty, ktoré sú zmluvnými stranami Dohovoru, by sa mali zdržať náznakov, že osoby so zdravotným postihnutím si "vybrali" život v inštitúciách, alebo používať podobné argumenty na odôvodnenie trvalého udržiavania inštitúcií.

29. Zmluvné štáty by mali vyčleniť primerané verejné prostriedky vrátane prostriedkov z medzinárodnej spolupráce na zabezpečenie udržateľnosti inkluzívnych komunitných podporných systémov a inkluzívnych hlavných služieb vrátane úspešne odskúšaných nových služieb, podporných systémov a profesií.

30. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by mali osobám so zdravotným postihnutím, ktoré opúšťajú zariadenia, poskytnúť komplexný kompenzačný balík pozostávajúci z tovarov pre každodenný život, peňažných poukážok, komunikačných zariadení a informácií o službách ihneď po odchode. Takéto balíky by mali osobám so zdravotným postihnutím opúšťajúcim inštitúcie poskytnúť základnú istotu, podporu a dôveru, aby sa mohli zotaviť, vyhľadať podporu, keď ju potrebujú, a mať primeranú životnú úroveň v komunite bez strachu z bezdomovectva alebo chudoby.

### **Prístup k dostupnému bývaniu**

31. Zabezpečenie primeraného bývania a životnej úrovne pre osoby so zdravotným postihnutím je prioritou. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by mali zabezpečiť bezpečné, prístupné a cenovo dostupné bývanie v komunite, ako verejné bývanie alebo prostredníctvom dotácií na nájomné pre osoby, ktoré opúšťajú inštitúcie. Združovanie osôb odchádzajúcich z inštitúcií do sústredeného bývania alebo do pridelených štvrtí, alebo spájanie bývania so zdravotnými alebo podpornými balíčkami nie je v súlade s článkom 19. Osoby

opúšťajúce zariadenia by mali mať právo uzatvárať právne záväzné nájomné alebo vlastnícke zmluvy. Prístup k bývaniu by nemal byť pod kontrolou systému duševného zdravia alebo iných poskytovateľov služieb, ktorí spravovali inštitúcie, ani by nemal byť podmienený prijatím lekárskej starostlivosti alebo špecifických podporných služieb.

32. Odkaz na pobytové služby v článku 19 by sa nemal používať na odôvodnenie zachovania inštitúcií. "Rezidenčné služby" znamenajú podporu a služby v komunite zamerané na zabezpečenie rovnosti a nediskriminácie pri uplatňovaní práva na primerané bývanie pre osoby so zdravotným postihnutím. Minimálnymi kritériami pre to, aby sa bývanie považovalo za primerané, sú istota vlastníctva; dostupnosť služieb, materiálov, zariadení a infraštruktúry; cenová dostupnosť; obývateľnosť; prístupnosť; lokalita; a kultúrna primeranosť.



#### ***Zapojenie osôb so zdravotným postihnutím prostredníctvom ich zastupujúcich organizácií do procesov deinštitucionalizácie***

33. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by mali úzko zapojiť osoby so zdravotným postihnutím prostredníctvom ich zastupujúcich organizácií, a najmä osoby opúšťajúce inštitúcie a osoby, ktoré prežili inštitucionalizáciu, a ich zastupujúce organizácie, do všetkých fáz procesov deinštitucionalizácie v súlade s článkom 4 ods. 3 a článkom 33 a Všeobecnou pripomienkou č. 7. Poskytovateľom služieb, charitatívnym organizáciám,

profesijným a náboženským skupinám, odborovým zväzom a osobám, ktoré majú finančné alebo iné záujmy na udržaní inštitúcií v prevádzke, by sa malo zabrániť v ovplyvňovaní rozhodovacích procesov súvisiacich s deinštitucionalizáciou.

34. Osobám so zdravotným postihnutím žijúcim v ústavoch, osobám, ktoré prežili, a osobám s vyšším rizikom inštitucionalizácie by sa mala poskytovať podpora a informácie v prístupných formátoch, aby sa im uľahčila plná účasť na procesoch deinštitucionalizácie.

35. Štáty, ktoré sú zmluvnými stranami dohovoru, by mali zaviesť otvorené a inkluzívne plánovacie procesy, ktoré zabezpečia, že verejnosť pochopí právo osôb so zdravotným postihnutím na nezávislý život a začlenenie do komunity, škodlivosť inštitucionalizácie a potrebu realizovať reformy v súlade s Dohovorom. Otvorené a inkluzívne plánovacie procesy by mali zahŕňať šírenie informácií a iné aktivity zamerané na zvyšovanie povedomia verejnosti vrátane osôb so zdravotným postihnutím prostredníctvom ich zastupujúcich organizácií, rodinných príslušníkov, tvorcov politik a poskytovateľov služieb.

#### **IV. Deinštitucionalizácia založená na prístupe zameranom na človeka a diferencovanom prístupe**

36. Všetky osoby so zdravotným postihnutím majú právo žiť v komunite a výberové konania o tom, kto opustí zariadenia, sú diskriminačné. Osoby, ktorým bolo odopreté právo na rozhodovanie, si nemusia okamžite uvedomiť hodnotu svojej slobody alebo života v komunite. Pre mnohých môže byť ústav jediným životným prostredím, ktoré poznajú. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by si mali uvedomiť svoju zodpovednosť za deskilling osôb, zníženie ich rozhodovacích schopností umiestnením do inštitúcií a nemali by vytvárať nové prekážky pre osoby opúšťajúce inštitúcie tým, že budú osobám so zdravotným postihnutím pripisovať "zraniteľnosť" alebo "slabosť". Procesy deinštitucionalizácie by mali byť



zamerané na obnovenie dôstojnosti a uznanie rozmanitosti osôb so zdravotným postihnutím.

37. Všade tam, kde sa v týchto usmereniach hovorí o zapojení rodín do procesov deinštitucionalizácie, by to malo byť len s výslovným súhlasom ich dospelého člena rodiny so zdravotným postihnutím. Výbor uznáva, že niektoré osoby so zdravotným postihnutím môžu uprednostniť podporu zo strany rodinného príslušníka, ktorá by dopĺňala verejné služby alebo by bola ich alternatívou. Ak si osoba zvolí podporu od svojej rodiny, zmluvné štáty by mali zabezpečiť, aby rodina mala prístup k primeranej finančnej, sociálnej a inej pomoci, aby mohla plniť svoju podpornú úlohu. Štátna podpora rodine by sa mala poskytovať len pri plnom rešpektovaní práva osoby so zdravotným postihnutím na voľbu a kontrolu nad druhom prijímanej podpory a spôsobom jej využitia. Podpora rodín by nikdy nemala zahŕňať akúkoľvek formu krátkodobého alebo dlhodobého umiestnenia osôb so zdravotným postihnutím do inštitúcie a mala by umožniť osobám so zdravotným postihnutím realizovať ich právo na nezávislý života začlenenie do komunity.

### **Medzisektorovosť**

38. Štáty, ktoré sú zmluvnými stranami dohovoru, by mali prijať intersekcionalný prístup k riešeniu diskriminácie, segregácie, izolácie a iných foriem zlého zaobchádzania s osobami so zdravotným postihnutím, ktoré žijú v ústavoch a opúšťajú ich. Osobné identity osôb so zdravotným postihnutím sú mnohotvárne a zdravotné postihnutie bude pravdepodobne len jednou z charakteristík. Medzi ďalšie charakteristiky patrí rasa, pohlavie, rodová identita, sexuálna orientácia, rodové vyjadrenie, intersexuálna variácia, jazyk, náboženstvo, etnický, domorodý alebo sociálny pôvod, štatút migranta alebo utečenca, vek alebo skupina postihnutia alebo iný status, pričom tieto charakteristiky sa môžu vzájomne prelínať a formovať individuálnu identitu osoby. Intersekcionalita zohráva dôležitú úlohu životných skúsenostiach všetkých osôb so zdravotným postihnutím.

39. K diskriminácii na základe zdravotného postihnutia môže dôjsť bez ohľadu na to, či sú osoby umiestnené do inštitúcie výslovne na základe zdravotného postihnutia alebo nie. K viacnásobnej diskriminácii a diskriminácii *de iure* alebo *de facto* môže dochádzať aj v komunite prostredníctvom nedostatku podporných služieb, čo môže osoby so zdravotným postihnutím vyhnáť do inštitúcií. Napríklad stigmatizácia osamelých rodičov, sexuálnych pracovníkov, dávanie psychiatrických diagnóz a odopieranie rodičovských práv môže viesť k inštitucionalizácii rodiča a/alebo dieťaťa so zdravotným postihnutím.

### **Ženy a dievčatá so zdravotným postihnutím**

40. Zmluvné štáty by mali uznať, že ženy a dievčatá so zdravotným postihnutím sú vystavené viacnásobnej diskriminácii na základe pohlavia a zdravotného postihnutia a nie sú homogénnou skupinou. Ženy so zdravotným postihnutím sú v porovnaní s ostatnými ženami vystavené zvýšenému riziku násillia, vykorisťovania a zneužívania a počas ústavnej starostlivosti sú vystavené vysokému riziku rodovo podmieneného násillia a škodlivých praktík, ako je nútená antikoncepcia a sterilizácia. Právo na spôsobilosť na právne úkony na im upiera častejšie ako mužom so zdravotným postihnutím a častejšie ako ženám bez zdravotného postihnutia, čo vedie k odopieraniu prístupu k spravodlivosti, možnosti voľby a sebakontroly. Zmluvné štáty by mali tieto riziká zohľadniť pri navrhovaní a realizácii deinštitucionalizačných plánov, aby sa zabezpečilo napĺňanie a ochrana práv žien a dievčat so zdravotným postihnutím a aby sa rodová rovnosť prierezovo premietla do všetkých procesov a politík.

41. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by mali zabezpečiť, aby sa intersekcionalita zohľadňovala vo všetkých aspektoch procesov deinštitucionalizácie, najmä pri navrhovaní, realizácii a monitorovaní zatvárania inštitúcií; pri vytváraní inkluzívnych komunitných podporných systémov a inkluzívnych bežných služieb; a s ohľadom na účasť osôb so zdravotným

postihnutí v týchto procesoch, pričom by sa mali uplatňovať rodovo citlivé a veku primerané prístupy.

### **Deti so zdravotným postihnutím**

42. V prípade detí so zdravotným postihnutím by deinštitucionalizácia mala smerovať k ochrane práva na rodinný život. Pre deti je podstatou práva na začlenenie do komunity právo vyrastať v rodine. Z toho vyplýva, že pre deti je "inštitúciou" každé umiestnenie, ktoré nie je založené na rodine. Umiestnenia vo veľkých alebo malých skupinových domovoch je pre deti obzvlášť nebezpečné. Medzinárodné normy, ktoré ospravedlňujú alebo povzbudzujú zmluvné štáty, aby zachovali systém ústavnej starostlivosti, nie sú v súlade s Dohovorom a mali by sa aktualizovať. Harmonizácia medzinárodných noriem je pre ochranu detí so zdravotným postihnutím nevyhnutná.

43. Zmluvné štáty by mali zabezpečiť právo na rodinný život pre všetky deti so zdravotným postihnutím. Rodina môže zahŕňať zosobášených a nezosobášených rodičov, slobodných rodičov, rodičov rovnakého pohlavia, adoptívne rodiny, príbuzenskú starostlivosť, súrodeneckú starostlivosť, rozšírenú rodinu, náhradné rodiny alebo pestúnsku starostlivosť. Zdravé životné usporiadanie by malo dieťaťu umožniť nadviazať stabilný vzťah s oddaným dospelým opatrovateľom. Milióny detí so zdravotným postihnutím zostávajú v ústavoch a ústavnej starostlivosti. Medzinárodné financovanie by nemalo podporovať detské domovy, ústavnú starostlivosť, skupinové domovy alebo detské dediny. Deti so zdravotným postihnutím sú často vynechané z reforiem. Takéto programy by sa mali zosúladiť s Dohovorom, aby sa zabezpečilo právo na rodinný život.

44. U detí umiestnených v ústavoch na základe ich skutočného alebo domnelého postihnutia, chudoby, etnickej alebo inej sociálnej príslušnosti je pravdepodobné, že sa u nich v dôsledku umiestnenia v ústave vyvinú poruchy. Podpora detí so zdravotným postihnutím a rodín by preto mala byť zahrnutá do bežnej podpory pre všetky deti. Vzájomná podpora detí

a dospievajúcich je nevyhnutná pre plné začlenenie do komunity.

45. Aj krátkodobé umiestnenie mimo rodiny spôsobuje veľké utrpenie a traumy, emocionálne a fyzické poškodenie. Predchádzanie umiestňovaniu detí do ústavov musí byť prioritou. Pre všetky deti so zdravotným postihnutím by sa mali vytvoriť rodinné umiestnenia s finančnou a inou formou podpory.

46. Článok 23 ods. 4 dohovoru chráni pred nevhodným oddelením detí od rodičov na základe zdravotného postihnutia dieťaťa alebo rodiča. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by mali rodičom so zdravotným postihnutím poskytnúť potrebnú podporu a primerané úpravy, aby si mohli ponechať svoje deti a aby zabránili umiestňovaniu detí do ústavov.

47. Deti so zdravotným postihnutím, rovnako ako všetky deti, majú právo byť vypočuté v záležitostiach, ktoré sa ich týkajú, a právo na to, aby sa ich názorom venovala náležitá pozornosť podľa veku a vyspelosti dieťaťa, bez diskriminácie na základe zdravotného postihnutia, a aby sa im na tento účel poskytla podpora primeraná veku a zdravotnému postihnutiu. Mala by sa poskytnúť podpora a prispôbenie, aby sa zabezpečilo, že deti a dospievajúci so zdravotným postihnutím môžu vyjadriť svoju vôľu a preferencie a zapojiť sa do záležitostí osobnej voľby a tvorby verejnej politiky, ktorá sa ich týka. Rodičia, príbuzní a opatrovníci môžu zohrávať dôležitú úlohu pri podpore detí so zdravotným postihnutím pri vyjadrovaní ich názorov a mali by zohľadňovať názory dieťaťa.

48. Deti si nemôžu "vybrať" život v ústave. Mladým ľuďom so zdravotným postihnutím by mala byť poskytnutá možnosť vybrať si, kde a s kým budú žiť, v súlade s článkom 19, pričom treba vziať do úvahy, že nezávislé životné podmienky sú vo všeobecnom komentári č. 5 definované ako "životné prostredie mimo rezidenčných inštitúcií všetkých druhov".

49. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by mali podľa potreby rozvíjať a zabezpečovať prístup k podporným službám v komunite vrátane osobnej asistencie a vzájomnej pomoci pre deti a dospelých so zdravotným postihnutím. Vzdelávacie systémy by mali byť inkluzívne. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by mali začleniť deti so zdravotným postihnutím do bežných škôl a predchádzať a zamedziť umiestňovaniu do segregovaného vzdelávania, ktoré podkopáva začlenenie do komunity a vedie k zvýšenému tlaku na umiestňovanie detí do ústavných zariadení.

50. Aby sa predišlo umiestňovaniu detí do ústavnej starostlivosti, mali by byť rodinám a deťom k dispozícii dostupné informácie. Mali by sa poskytovať vo viacerých užívateľsky prívetivých formátoch prostredníctvom škôl, komunitných centier, ordinácií lekárov, rodičovských informačných centier a náboženských inštitúcií. Školenie odborníkov o ľudskoprávnom modeli zdravotného postihnutia je kľúčové, aby sa predišlo tomu, že rodinám sa bude radiť alebo ich budú nabádať, aby umiestnili svoje dieťa do inštitúcie.

## **V. Právne a politické rámce**

51. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by mali zrušiť zákony a predpisy a upraviť alebo zrušiť zvyky a postupy, ktoré bránia osobám so zdravotným postihnutím v nezávislom živote a začlenení do spoločnosti. Právne a politické rámce by mali umožniť plné začlenenie všetkých osôb so zdravotným postihnutím a usmerňovať procesy deinštitucionalizácie smerom k zatváraní inštitúcií; rozvoj inkluzívnych komunitných podporných systémov a bežných služieb; vytvorenie mechanizmu odškodnenia; a záruky dostupnosti a prístupnosti účinných prostriedkov nápravy pre osoby, ktoré prežili inštitucionalizáciu. Zmluvné štáty by mali vychádzať z toho, že nedostatok

komplexných právnych reforiem neospravedlňuje nečinnosť.

### **a. Vytváranie priaznivého právneho prostredia**

52. Právne prostredie umožňujúce deinštitucionalizáciu zahŕňa legislatívne uznanie práva na nezávislý život a začlenenie do komunity pre všetky osoby so zdravotným postihnutím spolu s týmito kľúčovými právami: i) právo na spôsobilosť na právne úkony; ii) právo na prístup k spravodlivosti; iii) právo na slobodu a osobnú bezpečnosť; a iv) právo na rovnosť a nediskrimináciu.

#### **i. Právo na spôsobilosť na právne úkony**

53. Reforma zákona o spôsobilosti na právne úkony v súlade so všeobecným komentárom č. 1 by sa mala uskutočniť okamžite, súčasne s deinštitucionalizáciou. Ak osoby so zdravotným postihnutím, vrátane osôb umiestnených v ústavoch, podliehajú opatrovníctvu, nútenej psychiatrickej liečbe alebo iným režimom náhradného rozhodovania, mali by byť tieto okamžite zrušené. Zmluvné štáty by mali zabezpečiť, aby osoby so zdravotným postihnutím mohli vykonávať svoju spôsobilosť na právne úkony na rovnakom základe ako ostatné osoby. Na zabránenie nútenej psychiatrickej liečbe sa vyžaduje kladný, slobodný a informovaný prejav súhlasu dotknutej osoby. Zmluvné štáty by mali zabezpečiť, aby sa v rámci procesu deinštitucionalizácie rešpektoval výkon rozhodovacích právomocí osôb so zdravotným postihnutím, ktoré sú v súčasnosti umiestnené v ústavoch. Mali by im byť poskytnuté úpravy a podpora, ktoré môžu potrebovať pri uplatňovaní svojej právnej spôsobilosti, pričom by sa mala plne uplatniť ich vôľa a preferencie. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by mali zabezpečiť, aby podpora pri uplatňovaní právnej spôsobilosti pokračovala v prípade potreby aj po tom, ako sa osoby so zdravotným postihnutím usadia v komunite.

#### **ii. Právo na prístup k spravodlivosti**

54. Právo na nezávislý život a začlenenie do komunity úzko súvisí s právom na prístup

k spravodlivosti pre všetky osoby so zdravotným postihnutím, najmä pre ženy a dievčatá žijúce v ústavoch alebo opúšťajúce ich, ktoré zažívajú rodovo podmienené násilie. Mali by sa odstrániť environmentálne, postojoyé, právne a procesné prekážky prístupu k spravodlivosti pre osoby so zdravotným postihnutím vrátane osôb umiestnených v ústavoch, a to vo všetkých právnych oblastiach. Mali by sa sprístupniť procesné úpravy, ako napríklad materiály Easy Read a zrozumiteľný jazyk. Zmluvné štáty by mali zabezpečiť právnu spôsobilosť na súdoch a tribunáloch a poskytnúť osobám so zdravotným postihnutím právne zastúpenie v súdnom systéme. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by mali zabezpečiť právne predpisy a súdne postupy, ktoré uznávajú právo osôb so zdravotným postihnutím podávať svedectvo a vystupovať ako svedkovia, a zabezpečiť, aby osoby v ústavoch mali účinné právo volať políciu a podávať trestné oznámenia, keď sa nachádzajú v ústave.

55. Ak sú deti alebo dospelí v ústavoch a nie sú schopní podať sťažnosť vo vlastnom mene, môžu byť národné inštitúcie pre ľudské práva a organizácie na ochranu práv oprávnené podniknúť právne kroky. Malo by sa tak stať len v prípade, že sa vynaložilo maximálne úsilie na získanie informovaného súhlasu osoby, alebo na základe najlepšieho výkladu vôle a preferencií osoby, ak sa kladný súhlas nedá reálne dosiahnuť. Prepustenie zo zadržania na základe zdravotného postihnutia je okamžitou povinnosťou a nepodlieha diskrečným súdnym alebo správnym postupom.

### iii. Právo na slobodu a osobnú bezpečnosť

56. Právo na slobodu a bezpečnosť osoby je úzko spojené s právom na nezávislý život a začlenenie do komunity. Všetky legislatívne ustanovenia, ktoré povoľujú pozbavenie slobody alebo iné obmedzenia slobody a bezpečnosti osôb na základe ich zdravotného postihnutia vrátane nedobrovoľnej väzby alebo liečby na základe "duševnej choroby alebo poruchy", by sa mali zrušiť. Mali by sa zrušiť bezpečnostné

opatrenia uplatňované v trestnom konaní, opatrovníctvo a iné formy režimov náhradného rozhodovania a ustanovenia o psychiatrickej hospitalizácii vrátane detí. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by mali poskytnúť osobám so zdravotným postihnutím núdzovú pomoc pri opustení miest, kde sú svojvoľne zadržované.

### iv. Právo na rovnosť a nediskrimináciu

57. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by mali v zákone uznať, že inštitucionalizácia na základe zdravotného postihnutia, samostatne alebo v kombinácii s inými dôvodmi, predstavuje zakázanú formu diskriminácie.

#### b. Právny rámec a zdroje

58. Správne zmapovanie existujúcich zákonov, regulačných rámcov, politík, rozpočtov, formálnych štruktúr služieb, neformálnej podpory v komunite, nových prvkov podpory a analýzy pracovnej sily je nevyhnutné na informovanie o komplexnej reforme zákonov a politík na podporu deinštitucionalizácie. Procesy mapovania by sa mali vykonávať s cieľom urýchliť deinštitucionalizáciu, a nie oddaľovať zatváranie inštitúcií.

#### i. Legislatíva

59. Primárne, sekundárne, regulačné a iné pramene práva by sa mali systematicky preskúmať vo všetkých oblastiach s cieľom identifikovať: (a) ustanovenia, ktoré uľahčujú alebo umožňujú inštitucionalizáciu na základe zdravotného postihnutia, s cieľom ich zrušenia a nápravy takto spôsobenej škody; (b) medzery v právnom uznaní a vymožitelnosti práva na nezávislý život a začlenenie do komunity a súvisiacich práv, s cieľom iniciovať legislatívne návrhy na odstránenie týchto medzier; a (c) zabezpečenie účinných právnych prostriedkov nápravy pre osoby so zdravotným postihnutím proti inštitucionalizácii a diskriminácii na základe zdravotného postihnutia, vrátane neposkytnutia primeraných úprav alebo podpory v komunite.

60. Právne predpisy, ktoré je potrebné zosúladiť s Dohovorom, zahŕňajú právne ustano-

venia upravujúce spôsobilosť na právne úkony, zákony o zdravotnom postihnutí, rodinné zákony, zdravotnícke zákony, občianske zákony, zákony upravujúce poskytovanie sociálnej starostlivosti deťom, dospelým a starším osobám a právne predpisy o sociálnej ochrane. Tieto právne predpisy by sa mali preskúmať v súlade s Dohovorom a všeobecnými pripomienkami výboru. Ustanovenia v zákonoch o duševnom zdraví, ktoré umožňujú ústavnú starostlivosť o osoby so zdravotným postihnutím, by sa mali zrušiť.

## ii. Inštitucionálne prostredie a situácia osôb žijúcich v inštitúciách

61. Existujúce inštitúcie by sa mali zmapovať. Zmluvné štáty by mali identifikovať finančné prostriedky pre inštitúcie s cieľom ich prerozdelenia na služby, ktoré reagujú na vyjadrené požiadavky osôb so zdravotným postihnutím v súlade s Dohovorom. Na základe vôle a preferencií osoby by štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, mali podporovať mapovanie sietí a dôležitých vzťahov, ktoré má každá osoba. Tieto informácie sa môžu použiť pri plánovaní podpory, ktorú každá osoba potrebuje počas, a pri rozvoji a/alebo prispôbovaní prvkov podporných služieb a bežných komunitných služieb.

## iii. Komunitné služby

62. Existujúce komunitné služby by sa mali zmapovať, aby sa určili ich miesta a či sú primerané, dostupné a prístupné pre osoby so zdravotným postihnutím. Tento proces by mal identifikovať služby, ktoré nie sú v súlade s Dohovorom, pretože sú segregované, medikalizované alebo nie sú založené na vôle a preferenciách dotknutých osôb. Plánovanie by malo zabezpečiť dostupnosť, prístupnosť, cenovú dostupnosť, prijateľnosť a prispôbovivosť služieb. Služby, ktoré nie sú v súlade s Dohovorom, by sa mali ukončiť.



## iv. Identifikácia nových prvkov podporných systémov

63. Zmluvné štáty by mali:

- a) Identifikovať nedostatky v podpore osôb so zdravotným postihnutím a potrebu vytvorenia nových štruktúr služieb;
- b) konzultovať s organizáciami osôb so zdravotným postihnutím pri vypracúvaní, zavádzaní a hodnotení pilotných projektov;
- c) zabezpečiť, aby v komunite existovala široká škála podporných mechanizmov a služieb a aby všetky osoby so zdravotným postihnutím mohli plánovať a riadiť svoju vlastnú podporu vrátane osôb s vysokými nárokmi na podporu a osôb, ktoré používajú alternatívy k verbálnej komunikácii;
- d) rozvíjať, aby podporné služby zodpovedali vôle a preferenciám osôb so zdravotným postihnutím.
- e) zabezpečiť, aby osoby so zdravotným postihnutím vrátane tých, ktoré môžu potrebovať podporu pri výbere a riadení

svojej podpory, mali skutočnú možnosť voľby a neboli nútené vyberať si zo služieb, ktoré nie sú v súlade s Dohovorom.

#### v. Analýza pracovnej sily

64. Zmluvné štáty by mali zmapovať pracovnú silu vrátane demografických a zamestnaneckých trendov a ich možný vplyv na deinštitucionalizáciu. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou dohovoru, by mali stanoviť priority na zlepšenie a posúdiť možnosť transformácie existujúcej pracovnej sily na poskytovanie služieb osobám so zdravotným postihnutím, ktoré sú v súlade s Dohovorom. Mali by poskytovať služby výlučne pod vedením osôb so zdravotným postihnutím alebo ich rodinných príslušníkov, pokiaľ ide o deti so zdravotným postihnutím. Zmluvné štáty by mali zabezpečiť, aby osoby zodpovedné za porušovanie ľudských práv nedostali licenciu na poskytovanie nových služieb.

#### c. Stratégie a akčné plány deinštitucionalizácie

65. Zmluvné štáty by mali prijať kvalitný a štruktúrovaný plán deinštitucionalizácie, ktorý musí zahŕňať komplexnú stratégiu a podrobný akčný plán obsahujúci časové harmonogramy, kritériá a prehľad potrebných a pridelených ľudských, technických a finančných zdrojov. Zmluvné štáty by mali zabezpečiť maximálne využitie dostupných zdrojov v minimálnom období. Stratégie deinštitucionalizácie si vyžadujú medzivládny prístup počas celej implementácie. To si vyžaduje politické vedenie a koordináciu na vysokej úrovni na úrovni vlády alebo na rovnocennej úrovni s dostatočnými právomocami na iniciovanie a vedenie procesov legislatívnych zmien a na riadenie tvorby politík, programovania a tvorby rozpočtu. Osoby so zdravotným postihnutím by mali byť prostredníctvom svojich zastupujúcich organizácií, vrátane organizácií detí so zdravotným postihnutím, a najmä tých, ktoré prežili inštitucionalizáciu, a organizácií pre ľudské práva a občianskej spoločnosti, zapojené a konzultované vo všetkých fázach plánovania, implementácie a hodnotenia.

66. Jasne formulovaná deklarácia toho, čo sa má dosiahnuť procesom deinštitucionalizácie, pripravená po konzultácii s osobami so zdravotným postihnutím, najmä s tými, ktoré prežili inštitucionalizáciu, prostredníctvom ich reprezentatívnych organizácií, by mala tvoriť základ každej stratégie deinštitucionalizácie a akčných plánov.

## VI. Inkluzívne komunitné podporné služby, systémy a siete

### a. Podporné systémy/siete

67. Podporné systémy/siete zahŕňajú osoby a vzťahy, ktoré si jednotlivец vytvorí s rodinnými príslušníkmi, priateľmi, susedmi alebo inými dôveryhodnými osobami, ktoré mu poskytujú podporu, ktorú môže potrebovať pri rozhodovaní alebo pri každodenných činnostiach, aby mohol uplatniť svoje právo na nezávislý život a začlenenie do komunity. Podporné systémy sú dôležité pre to, aby sa osoby so zdravotným postihnutím mohli zúčastňovať a plne sa začleniť do komunity. Podporné systémy sú pre niektoré osoby so zdravotným postihnutím, najmä pre osoby s mentálnym postihnutím a osoby s vysokými nárokmi na podporu, kľúčové pri orientácii a určovaní podporných služieb, ktoré môžu potrebovať.

68. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by mali investovať do vzájomnej podpory, sebaobhajovania, podporných kruhov a iných podporných sietí vrátane organizácií osôb so zdravotným postihnutím, najmä tých, ktoré prežili umiestnenie do ústavnej starostlivosti, a centier nezávislého života. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by mali podporovať ich vytváranie, poskytovať finančnú podporu a financovať prístup k školeniam v oblasti ľudských práv, obhajoby a podpory v krízových situáciách a ich prípravu.

69. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by mali uznať existenciu neformálnej

podpory a zabezpečiť, aby komunity a rodiny boli vyškolené a podporované, aby mohli poskytovať podporu, ktorá rešpektuje voľby, vôľu a preferencie osôb so zdravotným postihnutím. Ak si osoby so zdravotným postihnutím neželajú, aby ich podporovali ich rodiny alebo komunity, mali by mať prístup k iným možnostiam.

70. Podporné osoby, podporné kruhy a podporné siete si môžu vybrať len osoby so zdravotným postihnutím, a nie tretie strany, ako sú súdne alebo zdravotnícke orgány, rodinní príslušníci, poskytovatelia služieb alebo iné osoby. Podporujúce osoby by mali rešpektovať vôľu a preferencie osôb so zdravotným postihnutím. Žiadna podporná osoba by nemala byť vymenovaná proti vôli osôb so zdravotným postihnutím.

71. Vzájomná podpora by mala byť zameraná na seba, nezávislá od inštitúcií a zdravotníckych pracovníkov a mala by byť autonómne organizovaná osobami so zdravotným postihnutím. Môže byť dôležitá pre osoby, ktoré prežili inštitucionalizáciu, ako aj pre zvyšovanie vedomia, podporované rozhodovanie, nezávislý život, tvorbu príjmov, politickú účasť a/alebo účasť na spoločenských aktivitách.

72. Zmluvné štáty by mali zabezpečiť, aby osoby so zdravotným postihnutím mohli získať podporu od svojich rodín, ak sa tak rozhodnú. V takýchto prípadoch by štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, mali poskytnúť podporu rodinám, aby mohli plniť svoju podpornú úlohu. Podporné opatrenia môžu zahŕňať viacero podporovateľov prijateľných pre osobu využívajúcu podporu a štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by mali zabezpečiť, aby si mohli robiť prestávky. Rodinám by mali byť k dispozícii možnosti prestávok prostredníctvom neformálnej podpory alebo podpory sponzorovanej štátom, ktorý je zmluvnou stranou Dohovoru, na komunitnej úrovni. Patrí sem aj rozvoj oddychových služieb, ktoré by však nemali viesť k umiestňovaniu detí

alebo dospelých so zdravotným postihnutím do inštitúcií, a to ani na krátky čas.

## **b. Podporné služby**

73. Podporné služby by sa mali rozvíjať v súlade s ľudskoprávnym modelom, ktorý rešpektuje vôľu a preferencie osôb so zdravotným postihnutím a zabezpečuje ich plnú účasť a účasť ich širšej podpornej siete, ak si to osoba želá. Štáty, ktoré sú zmluvnými stranami dohovoru, by pri vývoji nových nástrojov na posudzovanie potrieb nemali používať lekárske kritériá a nemali by sa na nich podieľať zdravotnícki pracovníci. Namiesto toho by sa mal použiť proces zameraný na osobu, ktorý by určil rozsah podpory, ktorú môže osoba potrebovať na nezávislý život a začlenenie do komunity.

74. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by mali zabezpečiť, aby v ich vlastnej komunite boli k dispozícii možnosti mimo systému zdravotnej starostlivosti, ktoré plne rešpektujú sebaopoznanie, vôľu a preferencie osoby, aby sa splnili požiadavky na podporu súvisiacu s núdzou alebo neobvyklým vnímaním, vrátane podpory v krízových situáciách, podpory pri rozhodovaní na dlhodobom, občasnom alebo naliehavom základe, podpory pri liečení z traumy a inej podpory potrebnej na život v komunite a na využívanie solidarity a spoločnosti.

75. Podporné služby súvisiace so zdravotným postihnutím, ktoré sa v niektorých kontextoch poskytujú v rámci komunitnej rehabilitácie alebo komunitného inkluzívneho rozvoja, by sa mali prepojiť s existujúcimi službami a sieťami v komunite. Nemali by mať segregatívny charakter ani posilňovať izoláciu osôb so zdravotným postihnutím. Využívanie centier dennej starostlivosti alebo chráneného zamestnania je paternalistické a nie je v súlade s Dohovorom.

76. Modely financovania podporných služieb by mali byť flexibilné a nemali by byť obmedzené "ponukou". Zmluvné štáty by mali investovať do vytvárania a rozvoja širokej

škály flexibilných podporných služieb, aby reagovali na požiadavky a želania rôznych jednotlivcov, rešpektujúc ich voľbu a kontrolu, vrátane možnosti navrhovať nové formy podpory.

77. Zmluvné štáty by mali zabezpečiť, aby rozhodnutie vrátiť sa do rodinného domu po ukončení ústavnej starostlivosti nediskvalifikovalo osobu z nároku na trvalé bývanie, ktoré je k dispozícii osobám so zdravotným postihnutím opúšťajúcim zariadenia.



78. Podpora by mala zostať pod voľbou a kontrolou osôb so zdravotným postihnutím a nemala by byť vynucovaná nedobrovoľne ani poskytovaná spôsobom, ktorý narúša autonómiu, slobodu alebo súkromie osoby. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by mali na tento účel zaviesť záruky vrátane individualizovaných opatrení, ak sú v súlade s vôľou a preferenciami osoby, a vrátane dostupných a dôverných prostriedkov na nahlasovanie zneužívania a vzdelávanie osôb o ich právach; a mali by zabezpečiť, aby všetky podporné služby, či už súkromné alebo verejné, reagovali na etický regulačný rámec, ktorý je v súlade s Dohovorom.

79. Podpora starších osôb so zdravotným postihnutím vrátane osôb s demenciou by mala poskytovať možnosť, aby osoby mohli zostať vo svojich domovoch v komunite. Osoby so zdravotným postihnutím by po dosiahnutí vysokého veku nemali stratiť prístup k podpore,

ako je napríklad osobná asistencia. Namiesto toho by štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, mali podľa potreby časom zvyšovať podporu v komunite a nikdy nie v žiadnej inštitúcii.

80. Deti so zdravotným postihnutím môžu vyžadovať špecifické podporné služby. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by mali zabezpečiť, aby podpora poskytovaná deťom a ich rodinám neposilňovala segregáciu, vylúčenie alebo zanedbávanie detí. Podpora by mala skôr umožniť deťom so zdravotným postihnutím naplno využiť ich potenciál.

### **c. Individuálne podporné služby**

81. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by mali zabezpečiť, aby všetky deti a dospelí so zdravotným postihnutím vrátane osôb opúšťajúcich zariadenia mali v prípade potreby prístup k osobnej asistencii. Osoby so zdravotným postihnutím vrátane detí a ich rodín by mali byť informované o tom, ako osobná asistencia funguje, aby sa mohli rozhodnúť, či ju chcú využívať.

82. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by mali poskytovať rôzne typy individualizovaných a na osobu zameraných podporných služieb, ako sú podporné osoby, podporní pracovníci, odborníci na priamu podporu a/alebo osobná asistencia.

### **d. Asistenčné technológie**

83. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by mali zvýšiť a zabezpečiť prístup k asistenčným technológiám vrátane typických a tradičných asistenčných zariadení, ako ich opisuje Svetová zdravotnícka organizácia, a zabezpečiť prístup k moderným informačným a komunikačným technológiám a zariadeniam.

V krajinách, kde sú moderné technológie dostupné pre bežnú populáciu, by sa mal osobám so zdravotným postihnutím zabezpečiť rovnaký prístup k technológiám vrátane ich vhodných úprav.



## e. Podpora príjmu

84. Osoby so zdravotným postihnutím by mali dostávať individualizované a priame finančné prostriedky, ktoré zabezpečia náhradu príjmu a pokryjú náklady súvisiace so zdravotným postihnutím vrátane požiadaviek súvisiacich s nápravou škôd spôsobených umiestnením do ústavnej starostlivosti, v súlade s ich vôľou a preferenciami. Individuálne financovanie by sa malo pravidelne revidovať podľa požiadaviek osoby a v prípade mimoriadnych situácií. Financovanie by sa malo prispôsobovať zmenám nákladov počas celého života a zohľadňovať infláciu. Mala by byť k dispozícii administratívna podpora a posilnenie postavenia prostredníctvom vzájomnej podpory a sebaobhajoby, aby sa podporilo využívanie možností financovania riadeného užívateľom. Pre osoby, ktoré opúšťajú inštitúcie, by mala byť podpora príjmu prispôbena ich novým životným podmienkam.

85. Nárok na podporu príjmu, ktorá pokrýva náklady súvisiace so zdravotným postihnutím, by nemal byť viazaný na celkový príjem jednotlivca alebo domácnosti. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by mali zabezpečiť, aby všetky osoby so zdravotným postihnutím mohli využívať finančné prostriedky, ktoré pokrývajú náklady na nezávislý život všade tam, kde príslušné služby nie sú štátom poskytované bezplatne a bez ohľadu na príjem súvisiaci s prácou.

86. Rozpočtové prostriedky na služby pre osoby so zdravotným postihnutím by mali byť pod priamou kontrolou osôb so zdravotným postihnutím, pričom by sa im mali zabezpečiť potrebné formy podpory, primerané úpravy a široká škála možností, ktoré im umožnia účinne sa rozhodovať o tom, kde a s kým budú žiť, a ktoré služby, ak vôbec nejaké, dostanú mimo všetkých inštitucionálnych zariadení.

87. Chudoba osôb so zdravotným postihnutím a ich rodín je jedným z hlavných dôvodov umiestnenia do ústavnej starostlivosti. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by mali poskytovať všeobecnú podporu príjmu

dospelým osobám so zdravotným postihnutím, ktorá by postačovala pre nich samých, ich závislé osoby a rodinných príslušníkov, ktorí im pomáhajú, vrátane rodín detí so zdravotným postihnutím. Takáto podpora by sa nemala považovať za nezlučiteľnú so zamestnaním. Rodinným príslušníkom, ktorých podporné povinnosti znevýhodnili na iných životných dráhach, by sa mala poskytnúť dodatočná podpora.

## VII. Prístup k bežným službám na rovnakom základe s ostatnými

88. Zmluvné štáty by mali zabezpečiť, aby všetky osoby so zdravotným postihnutím bez výnimky mali prístup k rôznym dostupným, cenovo prijateľným a kvalitným bežným službám. Plány deinštitucionalizácie by mali zabezpečiť realizáciu všetkých ľudských práv vrátane práva na súkromie, osobnú mobilitu, dostupnosť, zdravotnú starostlivosť, rodinu, zamestnanie, primeranú životnú úroveň, inkluzívne vzdelávanie, politickú účasť, bývanie, sociálnu ochranu, účasť na kultúrnom a spoločenskom živote, voľný čas a rekreáciu. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by mali zabezpečiť, aby prístup k bežným službám bol bez diskriminácie a nebol podmienený, zadržaný alebo odmietnutý na základe hodnotenia; toho, či má osoba rodinnú alebo sociálnu podporu; dodržiavania liečby; akéhokoľvek určenia "závažnosti" postihnutia alebo vnímanej intenzity požiadaviek na podporu; akéhokoľvek zistenia "duševného stavu"; ani žiadnych iných diskvalifikujúcich faktorov.

89. Štáty, ktoré sú zmluvnými stranami Dohovoru, sú povinné predchádzať inštitucionalizácii tým, že zabezpečia dostupnosť a prístupnosť bežných služieb pre všetkých a v prípade potreby zabezpečia primerané úpravy.

90. Prístup ku všetkým bežným službám a zabezpečenie základných potrieb by sa mali napláňovať a zabezpečiť pri príprave na deinštitucionalizáciu a pri výbere miesta na život v ko-

munite, usadení sa v komunite a po nej. Mal by sa zabezpečiť prístup k zdrojom komunity vrátane primeranej životnej úrovne a sociálnej ochrany. Zmluvné štáty by mali zakázať využívanie prechodných inštitucionálnych služieb ako dočasného opatrenia alebo ako odrazového mostíka k životu v komunite.

#### a. Príprava na odchod z inštitúcie

91. Proces deinštitucionalizácie sa začína ešte počas pobytu osoby v zariadení a mal by zahŕňať plán prechodu prispôbený každej osobe, ktorá opúšťa zariadenie. Všetky osoby majú mať rovnakú možnosť byť deinštitucionalizované a kedykoľvek odísť z vlastnej vôle.

92. Zmluvné štáty by mali zabezpečiť, aby plánovači, realizátori a zamestnanci inštitúcií boli vyškolení na základe ľudskoprávneho modelu a modelu zameraného na človeka. Rodiny, priatelia a iné dôveryhodné osoby by mali byť zapojené do vypracovania individuálnych plánov v súlade s vôľou a preferenciami dotknutej osoby. V rámci procesu transformácie by sa mala uľahčiť vzájomná podpora osôb umiestnených v inštitúciách a osôb, ktoré prežili umiestnenie do inštitúcií, s cieľom podporiť plné začlenenie prostredníctvom vlastnej iniciatívy v komunite. Zmluvné štáty by mali zabezpečiť poskytovanie vedomostí a fyzickej, ekonomickej a administratívnej podpory, ako aj poskytovať špecializované služby rodinám, ktorých rodinní príslušníci boli v inštitúcii a pripravujú sa na odchod.

93. Osoby opúšťajúce inštitúcie by mali:

- a) byť rešpektované ako rozhodovací orgán, v prípade potreby s podporou, pokiaľ ide o všetky aspekty odchodu z inštitúcií;
- b) mať dostatok času a príležitostí na fyzickú a emocionálnu prípravu na život v komunite. Zmluvné štáty by mali zabezpečiť, aby všetky osoby, ktoré o to požiadajú, mali vypracovaný individuálny plán;

- c) byť v centre procesov individuálneho plánovania a rešpektovaný ako pozostalý, ktorému prináleží odškodnenie;
- d) dostať úplné informácie o ukončení ústavnej starostlivosti a ich vôľa a preferencie by mali byť zohľadnené v pláne.
- e) v rámci prípravy na odchod z ústavu sa im ponúkne široká škála skúseností, ktoré im pomôžu pri integrácii do komunity a pomôžu im budovať ich skúsenosti, silné stránky, socializáciu, životné zručnosti, odstraňovať obavy a získavať pozitívne skúsenosti s dobrým a nezávislým životom;
- f) dostávať informácie o možnostiach bývania, práce a zamestnania, individuálnej finančnej podpore a všetkých ďalších opatreniach potrebných na zabezpečenie primeranej životnej úrovne.

94. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by mali odstrániť všetky prekážky pri zisťovaní statusu štátneho občianstva a pri poskytovaní úradných dokladov totožnosti vrátane alternatívnych dokladov pre osoby bez štátneho občianstva osobám, ktoré opúšťajú inštitúcie. To zahŕňa všetky doklady, ako sú občianske preukazy, povolenia na pobyt, registrácia voličov, čísla zamestnania, karty sociálneho zabezpečenia, preukazy zdravotne postihnutých a prípadne pasy, a to aj v prípade, že si to vyžaduje poskytnutie dokladov so spätnou platnosťou, do času odchodu. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by mali zabezpečiť, aby neexistovalo žiadne diskriminačné alebo znevažujúce identifikačné označenie alebo opis predchádzajúceho statusu zadržaných osôb, ktoré opúšťajú inštitúcie, a aby boli zabezpečené najvyššie štandardy ochrany súkromia a dôvernosti všetkých zdravotných dokumentov.

95. Banky, finančné inštitúcie, poisťovne a iné finančné služby by mali odstrániť všetky prekážky, aby osoby so zdravotným postihnutím mohli využívať svoje právo na začlenenie do finančných záležitostí na rovnakom základe

s ostatnými. Byť podrobený vyšetrovaniu, vypočúvaniu alebo preverovaniu na základe ich bývalého statusu predstavuje zakázanú diskrimináciu.

96. Orgány a zamestnanci zodpovední za chod inštitúcií, pracovníci justície a orgánov činných v trestnom konaní by mali absolvovať školenie o práve osôb so zdravotným postihnutím žiť v komunite a predchádzať možnosti administratívneho alebo právneho dohľadu nad osobami, ktoré opúšťajú inštitúcie po ich opustení. Mali by zabezpečiť, aby zostávajúci čas strávený v inštitúcii bol čo najmenej škodlivý. Úloha inštitucionálnych orgánov a personálu by sa nemala rozširovať na poskytovanie "kontinuálnej starostlivosti" v komunite.

#### **b. Samostatný život v komunite**

97. Osoby, ktoré opúšťajú zariadenia, potrebujú zažiť bohatšie možnosti každodenného života, životných skúseností a príležitostí, aby sa mohli rozvíjať v komunite. Všeobecné záväzky štátov, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, týkajúce sa dostupnosti, osobnej mobility, súkromia, telesnej a duševnej integrity, právnej spôsobilosti, slobody, slobody pred násilím, zneužívaním a vykorisťovaním a pred mučením a iným zlým zaobchádzaním, prístupu ku kultúre a rekreácii a práva na politickú účasť by mali byť zabezpečené na rovnakom základe s ostatnými.

98. Zmluvné štáty by sa mali aktívne usilovať o účasť organizácií osôb so zdravotným postihnutím, najmä tých, ktorých členovia žijú v ústavoch a/alebo ktorí prežili inštitucionalizáciu, v každej fáze začleňovania osôb do komunít. Komunitné organizácie, jednotlivci a susedské skupiny môžu zohrávať rôznorodú úlohu pri poskytovaní sociálnej podpory, prepájania osôb s miestnymi zdrojmi alebo poskytovaní podpory ako členov širšieho sociálneho kapitálu zo strany komunity. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by mali podporovať rozsiahle aktivity zamerané na zvyšovanie povedomia o začleňovaní osôb so zdravotným postihnutím prostredníctvom ich zastupujúcich organizácií,

budovanie kapacít rodín, susedstiev a komunít v oblasti hodnoty a praxe začleňovania.

99. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by mali prijať opatrenia na zabezpečenie toho, aby osoby, ktoré opúšťajú ústavné zariadenia, mali prístup k dopravným prostriedkom, mohli sa voľne pohybovať v meste, na vidieku alebo vo svojom okolí a mohli využívať verejné priestranstvá na rovnakom základe s ostatnými.



100. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by mali splniť svoju povinnosť zabezpečiť prístupnosť občianskej infraštruktúry, pričom by mali zohľadniť aspekty vrátane hliadok prispôbolených potrebám osôb so zdravotným postihnutím, prístupnosti ciest, poskytovania informácií Easy Read a podporných služieb, aby sa osoby so zdravotným postihnutím mohli samostatne a bezpečne pohybovať v mestských oblastiach vrátane bezpečného nájdania cesty späť do svojich domovov a štvrtí.

101. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by mali zabezpečiť komplexnú zdravotnú starostlivosť vrátane primárnej zdravotnej starostlivosti pre osoby, ktoré opúšťajú ústavné zariadenia, na rovnakom základe s ostatnými. Služby zdravotnej starostlivosti by mali rešpektovať voľbu, vôľu a preferencie osôb so zdravotným postihnutím, ktoré opúšťajú inštitúcie, a podľa potreby poskytovať dodatočnú podporu zdravotnej starostlivosti, napríklad na vysadenie

psychiatrických liekov a na prístup k výživovým a kondičným programom, s cieľom obnoviť ich celkové zdravie a pohodu, a to vždy na základe ich slobodného a informovaného súhlasu.

102. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by mali zabezpečiť, aby osoby opúšťajúce inštitúcie mali rovnaký prístup k zamestnaniu, zakázať chránené alebo segregované zamestnanie a zabezpečiť inkluzívny právny a politický rámec v oblasti zamestnanosti, ktorý odstráni prekážky, ktorým čelia osoby opúšťajúce inštitúcie. Osobám, ktoré opúšťajú inštitúcie, by sa mala poskytnúť škála možností voľby, ktorá by poskytovala čas na rozhodovanie a podporu pri rozhodovaní, aby mohli uplatniť svoje právo na prácu a zamestnanie.

103. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by mali zabezpečiť právo na primeranú životnú úroveň a zároveň uznať, že riziko bezdomovectva a chudoby je pre osoby opúšťajúce ústavné zariadenia veľmi vysoké. Všetkým osobám so zdravotným postihnutím, ktoré opúšťajú inštitúcie, by sa mal poskytnúť robustný balík sociálnej ochrany, ktorý by pokryl okamžité a strednodobé potreby presídlenia. K dispozícii by mala byť aj dlhodobá ekonomická a sociálna podpora. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, zabezpečia, aby osoby so zdravotným postihnutím mali prístup k existujúcim opatreniam sociálnej ochrany na rovnakom základe ako ostatní, napríklad k prídavkom na deti, dávkam v nezamestnanosti, dotáciám na nájomné, potravinovým lístkom, dôchodkom, systémom verejného zdravotníctva, dotovanej verejnej doprave a daňovým úľavám. Byť príjemcom sociálnej ochrany by nemalo byť viazané na podmienky liečby, opatrovníctvo ani na kritériá oprávnenosti súvisiace so zamestnaním. Systémy sociálnej ochrany týkajúce sa osôb so zdravotným postihnutím by mali zahŕňať financovanie nákladov súvisiacich so zdravotným postihnutím.

104. Osoby opúšťajúce inštitúcie by mali mať prístup k inkluzívnemu vzdelávaniu bez diskriminácie, vrátane možnosti celoživotného vzdelávania, možností dokončiť školskú dochádzku alebo pokračovať v učňovskom či vysokoškolskom vzdelávaní, aby sa podporilo ich sociálne a ekonomické posilnenie a zabránilo sa segregácii a inštitucionalizácii. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by mali zabezpečiť, aby osoby so zdravotným postihnutím, ktoré opúšťajú inštitúcie, vrátane detí, mali prístup k informáciám v prístupných formátoch, dozvedeli sa o možnostiach vzdelávania a zdrojoch potrebných na pokračovanie alebo dokončenie vzdelávania a mohli pokračovať v štúdiu podľa svojej vôle a preferencií.

## **VIII. Prijatie núdzových plánov deinštitucionalizácie v rizikových a humanitárnych situáciách vrátane konfliktov**

105. Počas mimoriadnych situácií, ako sú pandémie, prírodné katastrofy alebo konflikty, by zmluvné štáty mali pokračovať v úsilí o uzavretie inštitúcií a urýchliť ho. Počas núdzových situácií je potrebné vyvinúť okamžité úsilie na identifikáciu osôb so zdravotným postihnutím v inštitúciách, vysídlených osôb so zdravotným postihnutím a utečencov so zdravotným postihnutím. Je potrebné cielené úsilie na zabezpečenie začlenenia do evakuácie, humanitárnej pomoci a obnovy. Financovanie núdzových situácií a obnovy by nemalo podporovať pokračujúcu inštitucionalizáciu. Namiesto toho by sa mali do úsilia o obnovu a do národných stratégií deinštitucionalizácie zahrnúť plány na urýchlenú deinštitucionalizáciu a v núdzových situáciách by sa mali okamžite realizovať.

106. Hoci si mimoriadne situácie budú vyžadovať dodatočné opatrenia pre osoby so zdravotným postihnutím, nemali by si vyžadovať zmeny v okamžitých opatreniach alebo

dlhodobých plánoch deinštitucionalizácie. Aj v núdzových situáciách by mali zmluvné štáty zachovať medzinárodne dohodnuté minimálne základné normy, ktoré zabraňujú izolácii, zlému zaobchádzaniu, diskriminácii na základe zdravotného postihnutia a zaujatosti v triažových protokoloch a zraneniam, chorobám a úmrtiam, ktorým sa dá predísť. Zákaz zadržiavania osôb so zdravotným postihnutím a právo na spôsobilosť na právne úkony sú neodňateľné, a to aj počas núdzových situácií. Zmluvné štáty by mali zabezpečiť, aby boli osobám so zdravotným postihnutím k dispozícii podporné služby v súlade s ľudskými právami, a uplatňovať usmernenia Stáleho výboru pre spoluprácu medzi agentúrami o začleňovaní osôb so zdravotným postihnutím do humanitárnych činností. Nediskriminácia musí byť zabezpečená v rizikových situáciách a v núdzových humanitárnych situáciách vo všetkých programoch a činnostiach.



107. O plánoch zmluvných štátov na pokračovanie a urýchlenie deinštitucionalizácie počas núdzových situácií by mali byť informované osoby so zdravotným postihnutím prostredníctvom ich zastupujúcich organizácií, a to najmä tých, ktoré prežili inštitucionalizáciu.

108. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, a iné zainteresované strany vrátane humanitárnych aktérov by mali zabezpečiť, aby opatrenia zamerané na odolnosť voči zdravotnému postihnutiu v rámci komunity

zabezpečovali aktívnu účasť, koordináciu a zmysluplné konzultácie s organizáciami osôb so zdravotným postihnutím vrátane tých, ktoré zastupujú ženy, mužov a deti so zdravotným postihnutím všetkých vekových kategórií, a tých, ktorí zostávajú v inštitúciách. Tieto organizácie by mali byť zapojené do navrhovania, implementácie, monitorovania a hodnotenia programov a politik reakcie na núdzové situácie, pomoci a obnovy.

108. Počas núdzových situácií by mali byť prioritne deinštitucionalizované osoby so zdravotným postihnutím s najvyšším zdravotným rizikom a všetky inštitucionalizácie na základe zdravotného postihnutia by mali byť zrušené.

109. Ženy a dievčatá so zdravotným postihnutím sú v rizikových a humanitárnych núdzových situáciách vystavené zvýšenému riziku sexuálneho a rodovo podmieneného násillia a je menej pravdepodobné, že budú mať prístup k službám obnovy a rehabilitácie alebo k spravodlivosti. Je u nich vyššia pravdepodobnosť, že zažijú rodovo podmienenú, viacnásobnú a vzájomne sa prelínajúcu diskrimináciu, a sú vystavené väčšiemu riziku inštitucionalizácie. Zmluvné štáty by mali zabezpečiť, aby sa v právnych predpisoch, politikách a programoch týkajúcich sa pripravenosti na núdzové situácie, reakcie na ne a obnovy riešila inklúzia prierezového postihnutia. To okrem iného zahŕňa prioritný prístup k programom pomoci zahŕňajúcim zdravotné postihnutie, zdravotníckym službám, službám sexuálneho a reprodukčného zdravia, rehabilitácii, asistenčným pomôckam, osobnej asistencii, bývaniu, zamestnaniu a komunitným službám.

110. Zásady dohovoru by sa mali začleniť do fáz pripravenosti na núdzové situácie, reakcie a obnovy s jasnými časovými rámcami, primeranými zdrojmi, pridelenými rozpočtovými prostriedkami, vyškoleným personálom a jasným vedením vlády. Deinštitucionalizácia by mala byť zahrnutá do národných núdzových protokolov, okrem iného vrátane evakuačných scenárov

a poskytovania dostupných informácií a komunikačných liniek pomoci a horúcich liniek. Zmluvné štáty by mali zabezpečiť, aby sa humanitárna pomoc a podpora distribuovali prístupným a nediskriminačným spôsobom, a zabezpečiť, aby voda, sanitárne a hygienické zariadenia v núdzových prístreškoch a táboroch pre vnútorne vysídlené osoby boli prístupné pre osoby so zdravotným postihnutím. Súčasťou národných stratégií obnovy by mala byť prevencia a ochrana pred sexuálnym vykorisťovaním, zneužívaním a obťažovaním a zabezpečenie rodovej rovnosti.

111. Zmluvné štáty by mali zabezpečiť, aby sa po mimoriadnych udalostiach neobnovovali inštitúcie a iné prekážky brániace začleneniu. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by mali poskytnúť primerané finančné a ľudské zdroje, aby sa zabezpečilo, že osoby so zdravotným postihnutím nezostanú v procesoch reakcie a obnovy pozadu; to by mohlo zahŕňať presun finančných prostriedkov z inštitúcií na komunitnú podporu a služby. Utečenci a vnútorne vysídlené osoby by sa po skončení núdzových situácií alebo po utlmení konfliktu nemali vracaať do inštitúcií.

112. V rámci pripravenosti na núdzové situácie a počas núdzových situácií by zmluvné štáty mali zabezpečiť používanie a zber dezagregovaných údajov týkajúcich sa osôb so zdravotným postihnutím. Znižovanie rizika katastrof si vyžaduje prístup založený na viacerých nebezpečenstvách a inkluzívne rozhodovanie založené na rizikách, ktoré je založené na otvorenej výmene a šírení údajov rozdelených podľa pohlavia, veku a zdravotného postihnutia, a prístupných informácií o podpore potrebnej v celom cykle humanitárneho programu pre osoby so zdravotným postihnutím. Rovnaké informácie sú potrebné aj o osobách žijúcich v inštitúciách a/alebo prechádzajúcich procesmi deinštitucionalizácie.

## **IX. Opravné prostriedky, odškodnenie, náprava**

113. Zmluvné štáty by mali uznať inštitucionalizáciu vo všetkých formách ako viacnásobné porušenie práv zakotvených v dohovore. Medzi priťažujúce faktory môže patriť odopretie účinnej nápravy, dĺžka pobytu, vykonávanie nútených lekárskeho zákrokov alebo iné násilie či zneužívanie a neľudské a ponižujúce podmienky.

114. Štáty, ktoré sú zmluvnými stranami dohovoru, by sa mali zaviazaať identifikovať a napraviť inštitucionalizáciu a z nej vyplývajúce škody v súlade so svojimi záväzkami vyplývajúcimi z medzinárodného práva, a to najmä z dohovoru, medzinárodných zásad a usmernení o prístupe k spravodlivosti pre osoby so zdravotným postihnutím, usmernení výboru k článku 14, Základné zásady a usmernenia Organizácie Spojených národov o opravných prostriedkoch a postupoch týkajúcich sa práva každého, kto bol zbavený slobody, podať návrh na začatie konania pred súdom, a Základné zásady a usmernenia o práve na nápravu a odškodnenie obetí hrubého porušenia medzinárodného práva v oblasti ľudských práv a závažného porušenia medzinárodného humanitárneho práva. Požadované formy nápravy sú satisfakcia vrátane zastavenia porušovania, záruky neopakovania, reštitúcia, rehabilitácia a odškodnenie .

115. Zmluvné štáty by mali vytvoríť mechanizmus na identifikáciu a zvyšovanie povedomia o povahe a rozsahu škôd spôsobených všetkými formami inštitucionalizácie na odporúčanie zmien v právnych predpisoch a politike. Mali by tiež zabezpečiť individualizované, dostupné, účinné, rýchle a participatívne cesty prístupu k spravodlivosti pre osoby so zdravotným postihnutím, ktoré sa chcú domáhať nápravy, odškodnenia a/alebo restoratívnej spravodlivosti a iných foriem zodpovednosti. Orgány a experti zapojení do inštitucionalizácie by nemali mať úlohu pri vytváraní alebo imple-

mentácii mechanizmov nápravy a odškodnenia, ale mali by byť vyzvaní, aby prijali zodpovednosť.

116. Mechanizmy nápravy by mali uznávať všetky formy porušovania ľudských práv spôsobené inštitucionalizáciou so zdravotným postihnutím. Náprava a odškodnenie by mali reagovať na utrpené porušenia a vplyv na život jednotlivca počas inštitucionalizácie a po nej, vrátane pretrvávajúcich, následných a vzájomne sa prelínajúcich poškodení.



117. Zmluvné štáty by mali zaviesť mechanizmus poskytovania oficiálnych ospravedlnení osobám, ktoré prežili inštitucionalizáciu, prerokovaný so všetkými skupinami zastupujúcimi osoby so zdravotným postihnutím, ktoré zažili inštitucionalizáciu, a zabezpečiť ďalšie vzdelávacie, historické a iné kultúrne opatrenia na zvýšenie postavenia osôb, ktoré prežili inštitucionalizáciu, v celej spoločnosti. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by mali zaviesť automatické odškodnenie pre osoby, ktoré prežili inštitucionalizáciu, na úrovni, ktorá dôstojne odráža bolesť, utrpenie a následné škody, ktoré prežili počas celého života v inštitúcii alebo v dôsledku inštitucionalizácie. Takéto finančné odmeny nemôžu narúšať už existujúce zákonné práva jednotlivcov na zapojenie sa do súdnych sporov a iných foriem prístupu k spravodlivosti.

118. Náhrada škody jednotlivcom by mala ísť nad rámec finančnej kompenzácie a zahŕňať

reštitúciu, (re)habilitáciu (ktorá môže zahŕňať opatrenia uvedené v článku 26 dohovoru, právne a sociálne služby na začlenenie sa do komunity a zabezpečenie všetkých práv a nárokov a zdravotné služby a spôsoby liečby na nápravu škôd spôsobených inštitucionalizáciou), ako aj záruky zmluvných štátov o neopakovaní. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by mali prijať právne predpisy, ktoré by kriminalizovali zadržovanie osôb so zdravotným postihnutím a iné činy, ktorými sa páchajú všetky formy mučenia a zlého zaobchádzania súvisiaceho so zdravotným postihnutím vrátane akejkoľvek inštitucionalizácie. Reštitúcia a (re)habilitácia by mali byť prispôbené potrebám jednotlivcov, stratám alebo deprivácii, ktoré zažili, mali by reagovať na ich bezprostredné a dlhodobé túžby a aspirácie, ako je obnovenie vzťahov s deťmi alebo s ich pôvodnou rodinou, alebo získanie akéhokoľvek majetku, ktorý sa dá nájsť.

119. Mali by sa zriadiť komisie pravdy na národnej a medzinárodnej úrovni, ktoré by vyšetrovali a podporovali verejné pochopenie všetkých foriem inštitucionalizácie a celého rozsahu škôd spôsobených osobám, ktoré v minulosti a v súčasnosti prežili, aby sa vytvoril základ pre plánovanie účinnej reakcie na národnej úrovni.

120. Všetky nápravné opatrenia pre osoby, ktoré prežili inštitucionalizáciu, by mali byť navrhnuté a realizované po konzultácii a za účasti osôb so zdravotným postihnutím prostredníctvom ich zastupujúcich organizácií, a to najmä tých, ktoré prežili inštitucionalizáciu, vrátane detí so zdravotným postihnutím. Zmluvné štáty by mali zabezpečiť, aby všetky prístupy k otázkam nápravy a odškodnenia rešpektovali vôľu a preferencie osôb, ktoré prežili inštitucionalizáciu, a aby páchatelia nemali v rámci mechanizmov alebo procesov nápravy žiadne autoritatívne alebo expertné postavenie a neboli vyzývaní na poskytovanie služieb v súvislosti s (re)habilitáciou.

121. Žiadne z vyššie uvedených ustanovení by sa nemalo vykladať ako náhrada alebo zrušenie povinnosti zmluvných štátov vyšetrovať a stíhať páchateľov násilia a zneužívania osôb so zdravotným postihnutím podľa platných vnútroštátnych právnych predpisov a medzinárodného práva v oblasti ľudských práv. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, majú povinnosť predchádzať represiam voči osobám, ktoré prežili umiestnenie do ústavnej starostlivosti.

## **X. Rozčlenené údaje**

122. Zmluvné štáty by mali zhromažďovať vhodné a eticky členené štatistické, výskumné a administratívne údaje, a používať ich na účely rozhodovania, s výhradou práv osôb, ktoré prežili umiestnenie do ústavnej starostlivosti. To zlepšuje procesy deinštitucionalizácie, životný kontext osôb so zdravotným postihnutím, uľahčuje navrhovanie politik, plánov a programov deinštitucionalizácie a umožňuje meranie a implementáciu a sledovanie pokroku v implementácii práv vyplývajúcich z dohovoru. Zbierané štatistiky a údaje by sa mali týkať všetkých verejných a súkromných inštitúcií. Zmluvné štáty sa môžu odvolať na súbor otázok, ktoré vypracovala Washingtonská skupina, a mali by vyvinúť ďalšie úsilie, aby zabezpečili, že žiadna skupina nebude vylúčená. Štáty, ktoré sú zmluvnými stranami dohovoru, by mali operacionalizovať základné zásady oficiálnej štatistiky OSN a zabezpečiť, aby zber údajov spĺňal stanovené normy účasti, vlastnej identifikácie, dezagregácie údajov, ochrany súkromia, transparentnosti a zodpovednosti.

123. Štáty, ktoré sú zmluvnými stranami dohovoru, by mali zhromažďovať rozčlenené údaje o osobách so zdravotným postihnutím vo všetkých druhoch inštitúcií, ako sa uvádza v týchto usmerneniach.

124. Zmluvné štáty by mali uľahčiť účasť osôb so zdravotným postihnutím prostredníctvom ich zastupujúcich organizácií na prí-

slušných procesoch a činnostiach zberu údajov, napríklad pri definovaní priorít zberu údajov relevantných pre vykonávanie dohovoru, identifikácii osôb so zdravotným postihnutím a poskytovaní informácií o ich situácii a požiadavkách.

125. Údaje zozbierané zmluvnými štátmi by mali byť rozdelené podľa rasy/etnickej príslušnosti, veku, pohlavia, sexuálnej orientácie, sociálno-ekonomického postavenia, typu postihnutia, dôvodu umiestnenia do ústavu, dátumu prijatia, očakávaného alebo skutočného dátumu prepustenia a ďalších atribútov, ktoré môžu objasniť marginalizáciu, ktorej čelia osoby so zdravotným postihnutím. Patrí sem aj zhromažďovanie spoľahlivých, dostupných a aktuálnych záznamov o počte a demografických ukazovateľoch osôb v detenčných alebo psychiatrických zariadeniach, o tom, či bola alebo nebola splnená povinnosť umožniť im odchod, koľko z nich využilo možnosť odchodu, spolu s ďalšími informáciami týkajúcimi sa plánovania pre tých, ktorí inštitúcie ešte len majú opustiť.

126. Zmluvné štáty by mali zabezpečiť prístup občianskej spoločnosti, výskumníkom a tvorcom politik k údajom o deinštitucionalizácii, a to aj počas mimoriadnych situácií.

127. Pri zhromažďovaní údajov by zmluvné štáty mali uplatňovať existujúce právne záruky, napríklad zákony o ochrane údajov, aby sa zabezpečilo dodržiavanie práva na anonymitu/dôvernosť a záruky súkromia osobných údajov. Zákony o ochrane údajov a dôvernosti však môžu poskytovať príliš prísne normy, ktoré oslabujú monitorovanie a obhajobu ľudských práv. Zmluvné štáty by mali prehodnotiť existujúce zákony o ochrane údajov s cieľom splniť medzinárodne zavedené štandardy ochrany osobných údajov a zároveň zabezpečiť možnosti účinného a nezávislého monitorovania ľudských práv.



## **XI. Monitorovanie procesov deinštitucionalizácie**

128. Úloha monitorovacích mechanizmov zahŕňa zabezpečenie zodpovednosti a transparentnosti a ochranu a podporu ľudských práv osôb so zdravotným postihnutím prostredníctvom monitorovania porušovania ľudských práv a vykonávania procesu deinštitucionalizácie, ponúkajú odporúčania pre osvedčené postupy, ako aj celý rad súvisiacich povinností podľa článku 33 a usmernení o nezávislých monitorovacích rámcoch.

129. Monitorovacie mechanizmy by mali dodržiavať zavedené zásady monitorovania ľudských práv vrátane zabezpečenia zmysluplnej účasti osôb so zdravotným postihnutím, a to najmä osôb v ústavoch alebo osôb, ktoré prežili, a ich zastupujúcich organizácií, počas celého procesu monitorovania. Národné preventívne mechanizmy, národné inštitúcie pre ľudské práva a iné monitorovacie mechanizmy by mali zabezpečiť, aby boli zamestnanci inštitúcií vylúčení z monitorovania procesu deinštitucionalizácie.

130. Zmluvné štáty by mali zabezpečiť, aby nezávislé monitorovacie mechanizmy určené podľa článku 33 ods. 2 vrátane národných inštitúcií pre ľudské práva, ombudsmanov a iných orgánov pre rovnosť mali neobmedzený fyzický a iný prístup k inštitúciám, dokumentom a informáciám. Zmluvné štáty by tiež mali zabezpečiť, aby sa uľahčili nezávislé monitorovacie činnosti vykonávané občianskou spoločnosťou a zastupiteľskými organizáciami, vrátane tých podľa článku 33 ods. 3, a aby sa odstránili prekážky prístupu k inštitúciám, dokumentom a informáciám. Zmluvné štáty by mali uľahčiť otvorenú výmenu údajov o deinštitucionalizácii.

131. Všetky monitorovacie mechanizmy by mali mať možnosť slobodne vyšetrovať podmienky a porušovanie ľudských práv vo verejných a súkromných inštitúciách. Takýto

prístup by mal rešpektovať a chrániť súkromie a dôvernosť osôb, ktoré prežili. Súkromie jednotlivcov ide ruka v ruke s povinnosťou zmluvných štátov nebrániť zverejňovaniu správ o ľudských právach. Štáty sa nemôžu odvolávať na súkromie a dôvernosť ako na prekážky nezávislého monitorovania. Možnosť získavať, uchovávať a zverejňovať informácie o podmienkach v inštitúciách by mala byť chránená. Fotografická a videodokumentácia podmienok v inštitúciách je veľmi dôležitá na doplnenie a potvrdenie faktických zistení monitorovateľov ľudských práv.

132. Zmluvné štáty by mali včas a účinne riešiť porušenia ľudských práv vrátane tých, ktoré boli zistené prostredníctvom nezávislého monitorovania, v súlade so zavedenými medzinárodnými normami v oblasti ľudských práv.

133. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou Dohovoru, by mali bez obmedzenia rešpektovať a uľahčovať žiadosti o osobné údaje od osôb, ktoré prežili umiestnenie do ústavnej starostlivosti vo verejnom a súkromnom prostredí. Zmluvné štáty by nemali obmedzovať alebo odopierať prístup k zdravotným záznamom odvolávajúc sa na verejné zdravie alebo verejný poriadok ako dôvod.

134. V momente prepustenia z inštitúcie by sa záznamy o osobách so zdravotným postihnutím mali buď odovzdať dotknutej osobe, alebo vymazať. Rozhodnutie pozostalých o zverejnení by sa malo rešpektovať a ustanovenia zákona, ktoré umožňujú prístup k záznamom zmluvným štátom, orgánom činným v trestnom konaní, zdravotníckym pracovníkom a iným osobám, by sa mali okamžite zrušiť.

135. Zmluvné štáty by mali umožniť pokračovanie monitorovania počas núdzových situácií, čím sa zabezpečí maximálne možné zmiernenie rizík. Ak nie je možné osobné monitorovanie, zmluvné štáty by mali venovať všetky dostupné zdroje na prijatie alternatív, ako sú digitálne, elektronické alebo iné spôsoby

komunikácie na diaľku, aby sa zabezpečilo účinné nezávislé monitorovanie.

136. Nezávislé monitorovanie dodržiavania ľudských práv v ústavných zariadeniach by malo prebiehať až do zatvorenia všetkých ústavov a monitorovanie by sa nemalo pozastavovať v čase núdzového stavu. V súlade s článkom 16 a článkom 33 ods. 3 by sa do nezávislého monitorovania mali zapojiť osoby so zdravotným postihnutím, a najmä osoby, ktoré prežili umiestnenie do ústavov, ich zastupujúce organizácie a iné zastupujúce organizácie osôb so zdravotným postihnutím vrátane organizácií detí so zdravotným postihnutím a nezávislé organizácie občianskej spoločnosti.

## **XII. Medzinárodná spolupráca**

137. Medzinárodná spolupráca je kľúčom k podpore reforiem deinštitucionalizácie. Výdavky prostredníctvom medzinárodnej spolupráce by mali byť plne v súlade s Dohovorom. Investície do akejkoľvek formy deinštitucionalizácie vrátane investícií do núdzovej reakcie alebo menších inštitúcií nie sú v súlade s Dohovorom, a to ani vtedy, keď sú prezentované ako "postupná realizácia".

138. Mali by sa zaviesť transparentné procesy realizácie medzinárodnej spolupráce a nezávislé mechanizmy zodpovednosti, aby sa zabezpečilo, že sa nebudú využívať na udržiavanie alebo posilňovanie segregácie v inštitúciách. To zahŕňa zber dezagregovaných údajov, nezávislé monitorovanie a hodnotenie všetkých projektov a programov a transparentnosť toho, čo sa financuje. Zmluvné štáty a darcovia by mali zaviesť aj mechanizmy podávania sťažností.

139. Zmluvné štáty by mali zaviesť otvorený a priamy konzultačný proces s osobami so zdravotným postihnutím prostredníctvom ich reprezentatívnych organizácií pri navrhovaní a realizácii rozvojových projektov financovaných z prostriedkov medzinárodnej spolupráce.

Do tohto procesu by mali byť zahrnuté osoby so zdravotným postihnutím v ústavoch a osoby, ktoré prežili inštitucionalizáciu. Tam, kde organizácie občianskej spoločnosti nemajú dostatočné povedomie o práve na nezávislý život a začlenenie do komunity, by sa takéto aktivity mali podporovať v rámci medzinárodnej spolupráce ako súčasť posilňovania občianskej spoločnosti.



140. Zmluvné štáty by mali začleniť práva osôb so zdravotným postihnutím do všetkých snáh o medzinárodnú spoluprácu a zabezpečiť, aby všetky opatrenia na vykonávanie Agendy 2030 a cieľov udržateľného rozvoja podporovali deinštitucionalizáciu. Vzhľadom na to, že medzinárodná spolupráca nemôže dlhodobo podporovať poskytovanie komunitnej podpory a služieb, štáty, ktoré sú zmluvnými stranami dohovoru, by mali plánovať pokračovanie v prevádzkovaní novovytvorených služieb a dokončiť proces deinštitucionalizácie.

141. Regionálne medzinárodné organizácie môžu zohrávať dôležitú úlohu pri podpore

procesov deinštitucionalizácie v rámci medzinárodnej spolupráce. Kontaktné miesta pre osoby so zdravotným postihnutím v regionálnych, národných a medzinárodných organizáciách by mali úzko spolupracovať s osobami so zdravotným postihnutím prostredníctvom ich zastupujúcich organizácií, ako aj s osobami v ústavoch a osobami, ktoré prežili inštitucionalizáciu. Regionálne integračné organizácie majú rovnakú zodpovednosť ako štáty, ktoré sú zmluvnými stranami dohovoru, za dodržiavanie dohovoru, aby zaviedli mechanizmy transparentnosti a zodpovednosti.



142. Medzinárodná koordinácia úsilia na podporu deinštitucionalizácie je dôležitá, aby sa zabránilo opakovaniu zlých postupov. Zmluvné štáty by mali zvážiť vytvorenie medzinárodnej platformy pre osvedčené postupy v oblasti deinštitucionalizácie, a to v úzkej konzultácii s osobami so zdravotným postihnutím, najmä tými, ktoré prežili inštitucionalizáciu, prostredníctvom ich zastupujúcich organizácií. Štáty, ktoré sú zmluvnou stranou dohovoru, by mali predchádzať dobrovoľníckej práci zahraničných turistov v inštitúciách (známej ako "dobrovoľnícky cestovný ruch"), a to poskytovaním vhodného cestovného poradenstva a zvyšovaním informovanosti o dohovore a nebezpečenstvách inštitucionalizácie.

Originálnu anglickú verziu Usmernení nájdete na tejto webovej stránke:

<https://www.ohchr.org/en/documents/legal-standards-and-guidelines/crpd5-guidelines-deinstitutionalization-including>.

Ilustračné fotografie: Miroslav Cangár. Zariadenia sociálnych služieb a starostlivosti o duševné zdravie na Slovensku a v zahraničí (2018—2022).

## USMERNENIA K DI (DEINŠTITUCIONALIZÁCI)



Vysoký komisár pre ľudské práva je predstaviteľ OSN, ktorého hlavnou zodpovednosťou sú aktivity v oblasti ľudských práv.

Po pripomienkach, ktoré jeho kancelária dostala od rôznych organizácií po celom svete, vydal v septembri 2022 všeobecné usmernenia k deinštitucionalizácii.

Pripomienkovali aj ľudia so zdravotným postihnutím na Slovensku - s podporou tohto materiálu.



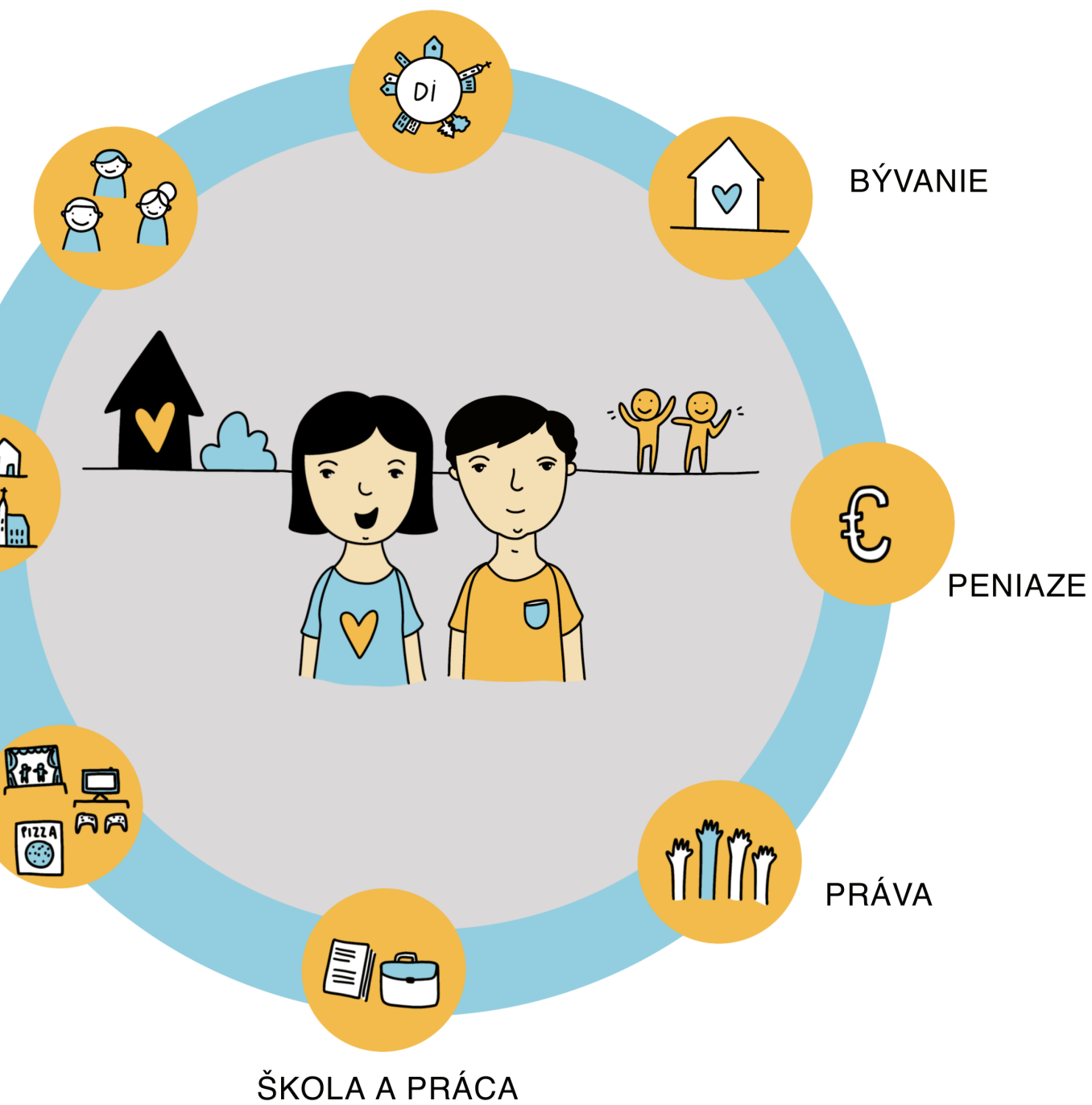
<https://www.ohchr.org/en/documents/legal-standards-and-guidelines/crpd5-guidelines-deinstitutionalization-including>

SOCIÁLNA SIEŤ

ŽIVOT  
V KOMUNITE

VOLNÝ ČAS

DI VŠEOBECNE



LO 2022

## USMERNENIA K DI - Ako čítať tento dokument

Pôvodný dokument je napísaný zložitým jazykom.

Je to tak preto,

aby mu porozumeli úradníci, odborníci a ďalší ľudia,  
ktorí sa starajú o politiku.

Pre ostatných sme k nemu robili ľahkočitateľnú verziu.

Je pre všetkých,

ktorých sa dokument týka.

A mohli by mať ťažkosti s čítaním toho zložitého dokumentu.

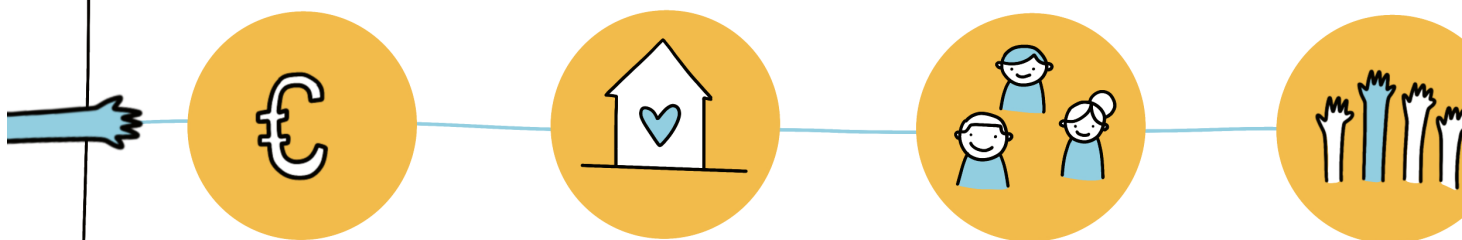
V týchto bodoch sa píše o rôznych veciach.

Najdôležitejšie sme roztriedili podľa tém,  
a dali ich dohromady.

Na každom liste nájdete piktogram,

ku ktorej téme body patria.

Sú to:



PENIAZE

BÝVANIE

SOCIÁLNA SIEŤ

PRÁVA

Tento dokument má spolu 142 bodov.

Na to,  
aby sa s ním ľahšie pracovalo,  
skúsili sme ich zjednodušiť.

Ukážeme vám, ako s ním narábať.

Skúsime to na príklade jedného z bodov:

Dohovor hovorí,  
že inštitucionalizácia je porušovaním práv ľudí s postihnutím.

Znamená napríklad:

- zbavenie alebo obmedzenie spôsobilosti na právne úkony
- obmedzenie slobody
- užívanie zbytočných liekov
- zbytočné terapie
- a toto všetko bez súhlasu ľudí, ktorých sa to týka. (6)

Toto je číslo bodu,  
v ktorom sa o tom píše  
v pôvodnom dokumente.  
Pomôže vám to lepšie sa zorientovať.



ŠKOLA A PRÁCA



ŽIVOT V KOMUNITE



VOĽNÝ ČAS

## USMERNENIA K DI - VŠEOBECNE

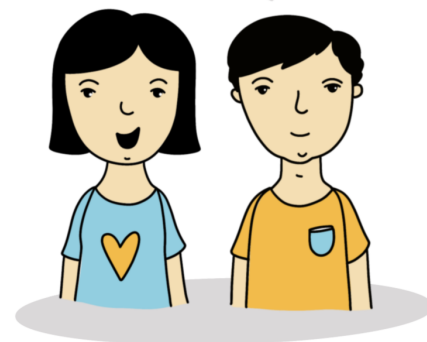
Usmernenia dopĺňajú dokumenty o nezávislom živote a právach ľuďí s postihnutím. Štáty by sa nimi mali riadiť. (1)

Napísali ich na základe skúseností ľuďí s postihnutím, ešte pred COVID-om ale aj počas neho.

Život ľuďí vtedy nebol dobrý.  
Veľa ich zavreli do inštitúcií.  
Nestarali sa o nich dobre.  
Dokonca niekedy porušovali ich práva. (2)

Usmernenia robili aj ľudia s postihnutím.  
Bolo ich viac ako 500 a mali rôzne problémy.  
Pomohli im pritom organizácie, ktoré sa starajú o ich práva. (3)

Načo máme DI usmernenia?



Veľké inštitúcie musia skončiť!

Aj keď by to tak už nemalo byť, stále sú ľudia s postihnutím dávaní do ústavov a veľkých inštitúcií. Volá sa to inštitucionalizácia.

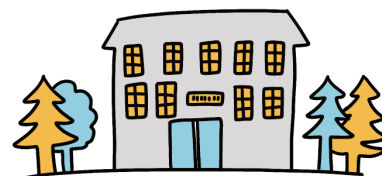
Práve pandémia (COVID 19) nám ukázala, že s tým musíme rýchlo niečo urobiť. (4)

Zistilo sa, že sa Dohovor stále poriadne nedodržiava. (5)

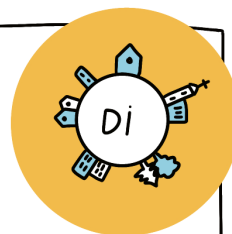
Dohovor hovorí, že inštitucionalizácia je porušovaním práv ľuďí s postihnutím.

Znamená napríklad:

- zbavenie alebo obmedzenie spôsobilosti na právne úkony
- obmedzenie slobody
- užívanie zbytočných liekov
- zbytočné terapie
- a toto všetko bez súhlasu ľuďí, ktorých sa to týka. (6)







Inštitucionalizácia nedovoľuje  
nezávislý život v komunite pre ľudí s postihnutím. (7)

Štáty by mali prestať  
dávať dospelých a deti do ústavov.

Tiež musia prestať  
dávať týmto ústavom peniaze na opravy.  
Inštitucionalizácia nikdy nie je ochrana ľudí s postihnutím. (8)



Štáty musia robiť DI  
(zatvárať veľké ústavy)!

Štáty nemôžu inštitucionalizáciu nijako ospravedlňovať.  
Ani tým, že nemajú dosť peňazí.  
Alebo iné služby.

Štáty nemôžu používať rôzne výhovorky.  
Napríklad, že robia najprv výskum alebo projekt na skúšku. (9)

Žiadna kríza nie je ospravedlnenie.  
Takéto veci už štáty nemôžu ľuďom s postihnutím robiť. (10)

Deti s postihnutím musia vyrastať v rodine. (12)

Štáty musia dovoliť každému,  
kto chce,  
odísť z ústavu.  
Musia prestať navrhovať  
ľuďom s postihnutím život v ústave. (13)



LC 2022

# USMERNENIA K DI - DÔLEŽITÉ SLOVÁ

## Inštitucionalizácia

Inštitucionalizácia znamená,  
keď človek musí žiť v inštitúcii – v ústave alebo v liečebni.

Tiež na špeciálnom internáte,  
v detskom domove a všade tam,  
kde nie je slobodný. (14)

Aby sme vedeli spoznať,  
či je to inštitúcia,  
pomáhajú nám tieto znaky:

- zamestnanci sa starajú o veľa ľudí
- človek si svoju podporu nemôže vybrať sám
- ústavy sú oddelené od života okolo nich
- človek sa nemôže rozhodovať
- má naplánovaný program dňa
- naplánované rovnaké aktivity s ostatnými
- na rovnakom mieste
- zamestnanci dávajú na ľudí pozor a rozkazujú im (15)



Štáty musia dať pozor,  
aby v nových službách pre ľudí s postihnutím  
neboli žiadne znaky inštitúcie. (16)

## Nezávislý život

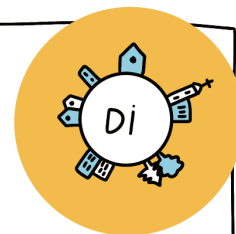
Nezávislý život v komunite znamená pre človeka toto:

- spôsobilosť na právne úkony
- bývanie
- podpora, akú potrebuje
- kontrola nad svojím životom

Voľba znamená možnosť vybrať si.  
Tiež, že ostatní to budú rešpektovať.  
Ak pri rozhodnutí človek potrebuje podporu,  
je to v poriadku. (20)



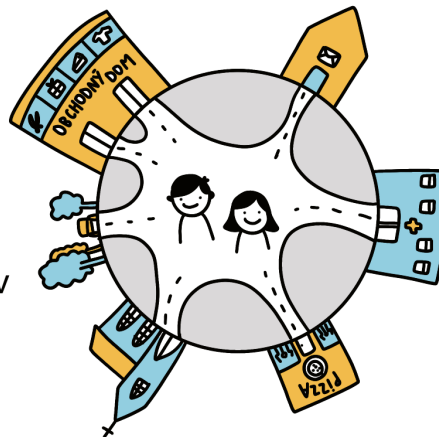
## Deinštitucionalizácia (používame skratku DI)



DI znamená,  
že človek s postihnutím žije čo najviac nezávislý život.  
Taký, ako máme my ostatní.  
Medzi nami. (17)

DI musia robiť noví ľudia.  
Takí, ktorí nerozmýšľajú o inštitucionalizácii.

Znamená to aj,  
že štáty nesmú investovať peniaze do ústavov  
na ich opravu alebo zväčšovanie. (18)



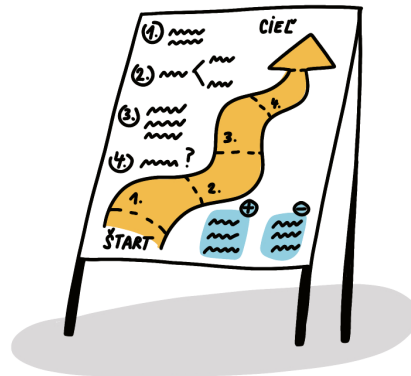
Dohovor hovorí,  
že DI znamená život bez veľkých ústavov.  
V komunite. Na slobode.

Ústav nie je nikdy dobré miesto pre život. (19)

Štáty musia mať na DI plán.  
V pláne musia byť konkrétne dátumy,  
dokedy sa veci urobia.

DI nemôžeme zdržiavať.

Okrem plánov musia mať štáty aj stratégiu  
(je to väčší dokument ako plán). (66)



Tieto dokumenty musia vytvárať  
a pripomienkovať aj ľudia s postihnutím. (65)

## Dohovor

Dohovor voláme inak aj CRPD  
alebo oficiálnym názvom  
Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím.



Je to dôležitý dokument o právach ľudí s postihnutím.

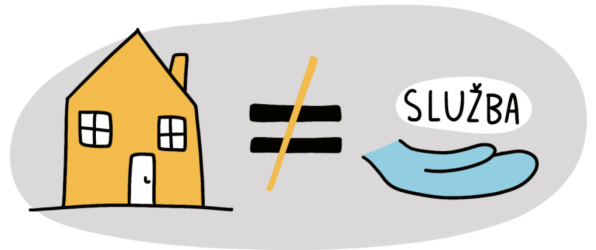
LC 2022

## USMERNENIA K DI - BÝVANIE

Každý človek s postihnutím musí mať zabezpečené bývanie.

Bývanie by malo byť:

- bezpečné
- prístupné (bez bariér)
- za dobrú cenu



Bývanie by malo byť oddelené od služieb, ktoré človek potrebuje.

Nemali by ho kontrolovať tí istí ľudia, ktorí sa starajú o iné služby. (31)

V Dohovore sa píše o pobytočných službách.

Neznamená to však inštitúciu.

Naopak.

Sú to dobré bývania v komunite, medzi nami. (32)



Bývanie pre deti mimo rodiny je zlé.

Mali by sme platiť služby,

ktoré pomôžu deťom ostať v rodine. (45)

Dohovor chráni deti predtým, aby ich zobrali rodičom.

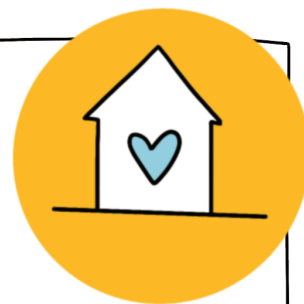
Rodiny treba podporovať tak, aby deti nešli do ústavov. (46)



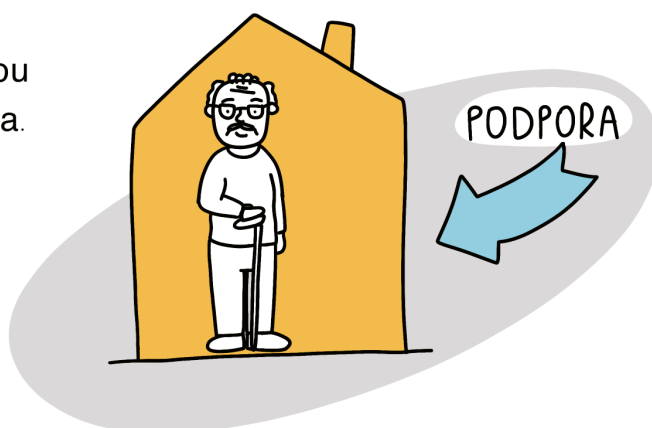
Treba vždy vypočuť aj názor detí a brať ho vážne. (47)

Aj deti a mladí si majú právo vybrať, kde chcú žiť. (48)

Každý človek,  
ktorý odchádza z ústavu,  
má právo na bývanie.  
Môže sa vrátiť domov  
alebo mu ponúknu niečo iné. (77)



Starší ľudia a ľudia s demenciou  
musia mať možnosť ostať doma.  
Podpora, ktorú potrebujú,  
by mala prísť za nimi. (79)



Ľudia odchádzajúci z ústavov,  
by nemali skončiť ako bezdomovci.  
Toto riziko je veľké.

Štát by mal zabezpečiť dlhodobú  
a veľkú podporu pre ľudí opúšťajúcich inštitúciu. (103)



## USMERNENIA K DI - PENIAZE

Štáty nesmú investovať peniaze do ústavov,  
na ich opravu alebo zväčšovanie. (18)



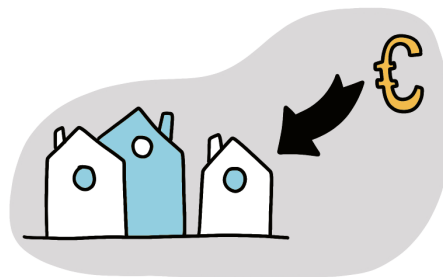
Človek pri plánovaní podpory musí vedieť,  
kto za čo zaplatí. (22)

Musia existovať dobré podporné služby, pre každého.  
Nesmú byť drahé. (23)

Verejné peniaze sa nemôžu používať na inštitúcie – ústavy. (27)

Peniaze sa musia použiť na DI  
a na nové služby pre ľudí v komunite. (28)

Štáty musia dať peniaze na inklúziu.  
Inklúzia znamená,  
že všetci žijeme spolu.  
Nikto nie je oddelený a vylúčený. (29)



Musíme zmapovať všetky peniaze,  
ktoré dávame do inštitúcií. (61)

Štáty musia investovať peniaze  
aj do rozvoja podporných systémov.

Sem patrí aj sebaobhajovanie  
a vzdelávanie o ľudských právach. (68)

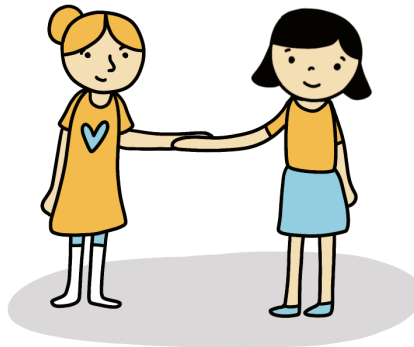


Človek si môže vybrať,  
aby ho podporovala aj rodina.



Ak podporu človeku s postihnutím robí blízka osoba,  
mala by za to dostať výplatu. (37)

Je úlohou štátu postarať sa,  
aby za to dostala peniaze. (72)

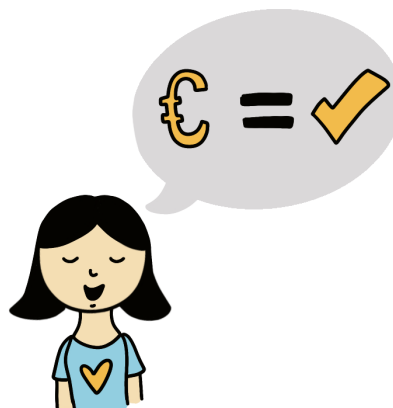


Štáty musia mať na služby dosť peňazí. (76)

Ľudia niekedy odchádzajú žiť do ústavov  
aj kvôli chudobe.

Štáty sa preto musia postarať,  
aby človek s postihnutím mal dosť peňazí na to,  
aby žil, spolu s jeho blízkymi,  
nezávislý život v komunite.

Aby nikto nemusel ísť do ústavu. (87)



Niekedy sa môže stať nešťastie alebo kríza.  
Napríklad,  
že v ústave začne horieť.  
Veľa vecí sa zničí.

Peniaze na riešenie krízy  
by nemali podporovať opravu ústavu.

Treba robiť núdzovú  
a urýchlenú deinštitucionalizáciu. (105)



## USMERNENIA K DI - PENIAZE OSOBNÝ ROZPOČET

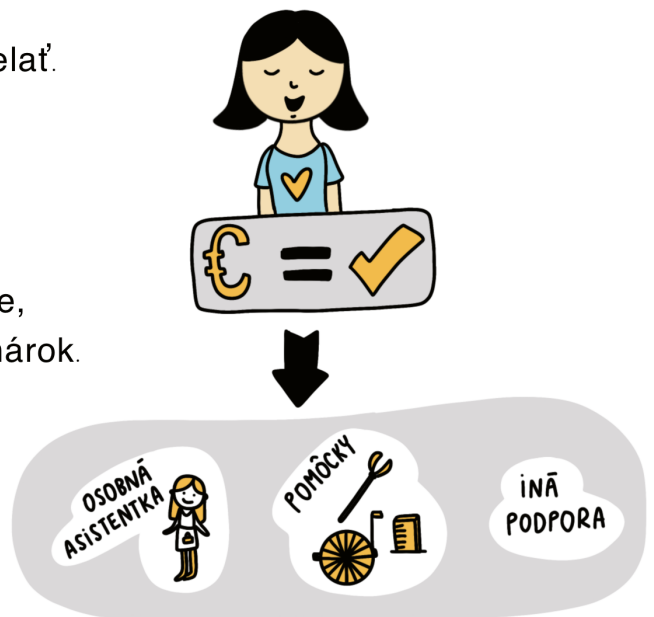
Ľudia s postihnutím musia dostať dosť peňazí na život.

Ak nemôžu pracovať,  
štát im musí peniaze na život posilať.  
Volá sa to inak aj osobný rozpočet.

Osobný rozpočet sú všetky peniaze,  
na ktoré má človek s postihnutím nárok.

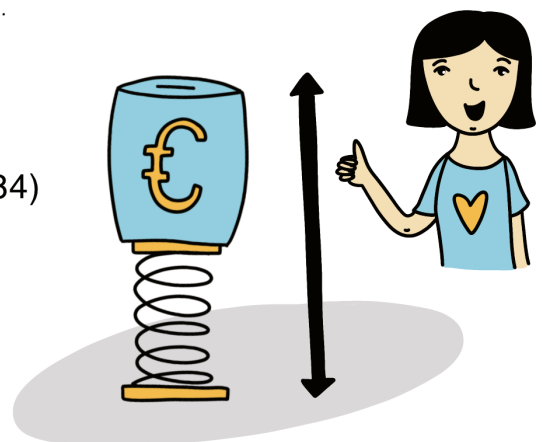
Používa ich na služby a podporu,  
ktoré potrebuje.

Môže mu pritom pomáhať osoba,  
ktorej dôveruje.



Osobný rozpočet by mal byť flexibilný.

To znamená,  
že by sa mal prispôbiť,  
ak sa v živote človeka niečo zmení. (84)

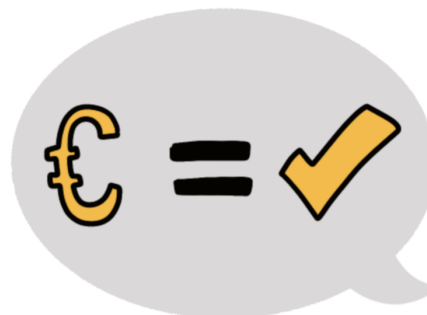






Štáty by sa mali postarať,  
aby ľudia s postihnutím mali  
dostatok peňazí na nezávislý život.

Tieto peniaze by nemali závisieť od toho,  
či človek pracuje.  
alebo,  
s kým býva. (85)



Osobný rozpočet kontroluje  
sám človek s postihnutím.

Ak pritom potrebuje podporu/pomoc,  
je to v poriadku. (86)

JA POTREBUJEM:

1. ~~~~~
2. ~~~~~
3. ~~~~~



## USMERNENIA K DI - PRÁVA

Každý človek by mal dostať podporu, akú potrebuje.

Mala by byť v komunite. (21)

Hovorí sa tomu aj primeraná podpora.

Je základom nezávislého života.

Človeka môžeme podporovať pri každodenných činnostiach.

Aj v jeho účasti na živote spoločnosti – okolo neho.



Podpora by mala byť:

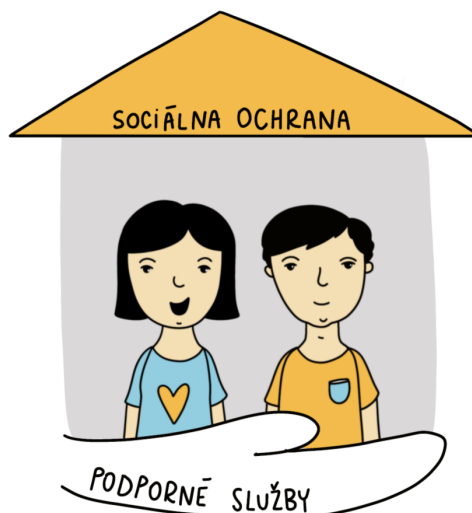
- priamo pre neho
- (hovoríme aj individualizovaná a personalizovaná)
- ponúkaná cez rôzne možnosti/aby mal na výber
  - profesionálna (ktorú robí odborník)
  - ale aj obyčajná (ktorú bežne robíme pre druhých aj my) (22)

Musia existovať dobré podporné služby, pre každého.

Nesmú byť drahé. (23)

Medzi takéto služby patrí:

- osobná asistencia
- pomoc v kríze
- podpora pri komunikácii
- podpora pri mobilite (pohybe)
- dostupné bývanie
- pomoc v domácnosti
- iné veci (24)



Každý človek,

ktorý odíde z inštitúcie,

by mal dostať zvýšenú podporu.

Je dôležité, aby neostal sám. (30)

Ľudia s postihnutím musia byť do DI zapojení.  
O všetkom, čo sa deje,  
musia vedieť. (33)

Všetci majú právo žiť nezávislý život.  
DI je pre všetkých.  
Nemôže byť len pre vybraných ľudí s postihnutím.

Niektorí ľudia poznajú zatiaľ len život v ústave.  
To však neznamená,  
že sa nevedia naučiť žiť inak.  
Práve život v ústave niekedy robí  
z človeka menej schopného.

Treba to zastaviť. (36)



A TERAZ,  
DAJ PÁROK DO HRNCA.



Ľudia s postihnutím by nemali byť diskriminovaní  
(znevýhodnení).  
Človek nie je len postihnutie.

Každý je iný, napríklad má:

- inú farbu pleti
- iné pohlavie
- vierovyznanie
- zdravotné problémy
- sexuálnu orientáciu
- iný pôvod
- vek
- a ďalšie veci (38)



Niekedy idú ľudia do ústavu nielen kvôli postihnutiu,  
ale aj kvôli týmto veciam.

Je to problém.

Nemôžeme ľudí triediť podľa toho,  
čo si o nich myslíme.

Každý má rovnaké práva. (39)

LC 2022

## USMERNENIA K DI - PRÁVA

Deti a rodiny potrebujú dostupné informácie.

Toto im pomôže,  
aby neskončili v ústave.

Informácie majú dávať:

- školy
- komunitné centrá
- lekári
- Informačné centrá
- cirkvi

Všetkých treba vzdelávať o právach. (50)



Musíme zrušiť zákony a predpisy,  
ktoré nedovoľujú nezávislý život

Treba robiť zákony,  
ktoré podporia zatváranie inštitúcií. (51)

Všetky zákony,  
ktoré pomáhajú inštitucionalizácii,  
treba zrušiť. (59)

Všetky zákony treba upraviť podľa Dohovoru. (60)

V zákone musí byť:

- právo na nezávislý život
- právo na spôsobilosť na právne úkony
- právo na spravodlivosť
- právo na slobodu a bezpečie
- právo na rovnosť a nediskriminovanie (52)
- podporované rozhodovanie. (53)



Štáty musia odstrániť prekážky v prostredí.

Musíme používať zrozumiteľný jazyk  
a ľahkočitateľné dokumenty. (54)

Právo na slobodu a nezávislý život sú spojené.  
Nemôžeme obmedzovať slobodu kvôli postihnutiu.  
Musíme zrušiť zákony,  
ktoré to dovoľujú. (56)



Štáty musia:

- nájsť, čo nefunguje pri podpore ľudí s postihnutím
- hovoriť s ich organizáciami
- zabezpečiť, aby komunita fungovala pre všetkých
- vytvárať nové podporné služby
- zabezpečiť, aby si ľudia mohli vybrať podporu a rozhodovať o nej (63)

Podporné služby musia byť založené na právach,  
ktoré má človek s postihnutím.  
Hovoríme tomu aj ľudsko-právny model.



Štáty musia mať dobrý nástroj na posúdenie,  
akú podporu človek potrebuje.

Tento nástroj by nemal byť lekársky.  
Naopak, najdôležitejší je človek,  
o ktorom sa rozhoduje. (73)

Štáty musia zabezpečiť,  
aby ľudia mohli používať asistenčné technológie –  
pomôcky, ktoré im uľahčia život. (83)

Všetci ľudia musia mať prístup k bežným veciam.  
Nemôžu byť diskriminovaní (znevýhodnení). (88)



Štáty musia zabezpečiť,  
aby ľudia s postihnutím mohli využívať služby ako ostatní.  
Ak je niekde problém (napríklad strmé schody),  
musia ho odstrániť. (89)

## USMERNENIA K DI - ŠKOLA A PRÁCA, VOLNÝ ČAS

Pri DI treba zohľadňovať rôzne oblasti života.

Ľudí s postihnutím

treba do týchto procesov zapojiť. (41)



Vzdelávanie ma byť inkluzívne .

Pre všetkých.

Deti s postihnutím majú chodiť do bežných škôl.

Na to potrebujeme aj osobnú asistenciu. (49)

Deti s postihnutím

môžu potrebovať špeciálne služby.

Podpora,

ktorú potrebujú napríklad v škole,

by mala prísť za nimi.

Mala by rozvíjať ich potenciál

(veci, ktoré im idú). (80)



Ľudia, ktorí odchádzajú z inštitúcií,

by mali dostať informácie o bývaní, práci, škole,

peniazoch a ďalších životných oblastiach. (93)





Štát má zabezpečiť podporu  
pri získaní práce pre ľudí s postihnutím.

Ľudí s postihnutím treba podporovať  
aj priamo pri práci,  
ak to potrebujú.  
Musia mať na výber. (102)



Ľudia odchádzajúci z inštitúcie,  
by mali mať prístup k inkluzívnemu vzdelávaniu.

Mali by mať možnosť dokončiť si školu.  
Vzdelanie pomáha v samostatnom a nezávislom živote.  
Ľudia s postihnutím by mali mať  
čo najviac informácií o možnostiach vzdelávania. (104)

## USMERNENIA K DI - ŽIVOT V KOMUNITE A SOCIÁLNA

Každý človek si okolo seba vytvára vzťahy s inými.  
Voláme ich aj podporné systémy a siete.

Človek s postihnutím potrebuje takéto systémy na to,  
aby mohol žiť čo najviac nezávislý život v komunite.  
Sú pre každého veľmi dôležité. (67)



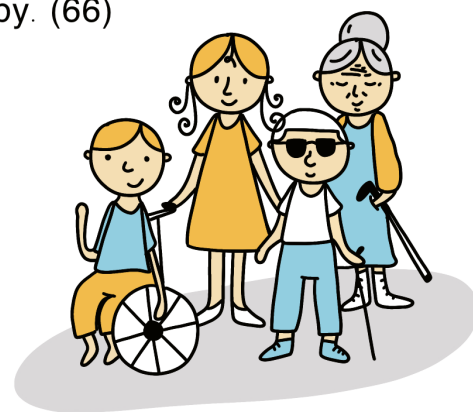
Štáty musia uznať a podporiť  
aj systémy neformálnej podpory.

Neformálna podpora je taká,  
ktorú máme všetci okolo seba.  
Tvoria ju susedia, rodina, známi, kolegovia v práci,  
v obchode – ľudia v našej komunite. (69)

Štát má zabezpečiť služby v komunite.  
Potrebujeme aj osobnú asistenciu. (49)

Je potrebné zmapovať existujúce komunitné služby. (66)

Nové komunitné služby pre ľudí s postihnutím  
musia byť napojené na tie,  
ktoré už existujú.  
Mali by byť pre všetkých. (75)



Plán DI musí počítať s dostupnými bežnými službami tam,  
kam sa budú ľudia z ústavu sťahovať.

Ak nejaká služba chýba,  
treba ju vybudovať. (90)





Ľudia odchádzajúci z inštitúcie, potrebujú mať veľa možností, skúseností a príležitostí bežného života.

Takto sa môže rozvíjať ich život v komunite. Aj v komunite treba dodržiavať a rešpektovať všetky ich práva. (97)



Štát by mal spolupracovať s ľuďmi, ktorí odišli z inštitúcií, na plánoch DI.

Organizácie v komunite a susedstvá sú dôležité pre nezávislý život.

Pomáhajú nájsť nové zdroje v komunite. Komunitu treba informovať o potrebe začlenenia, o ľuďoch s postihnutím a DI. (98)



Ľudia so ZP majú mať prístup k doprave a slobodu pohybu. (99)

Štát by mal zabezpečiť prístupnosť verejných miest.

To vie urobiť napríklad cez:

- podporu ľudí
- ľahkočitateľné informácie
- prístupnosť prostredia
- prístupnú dopravu (100)



## USMERNENIA K DI (DEINŠTITUCIONALIZÁCIÍ)

Tento materiál máme kvôli potrebe diskutovať o usmerneniach pre proces DI.

Usmernenia vznikli na základe spoločnej práce viacerých medzinárodných neziskových organizácií.

Teraz ich pripomienkujú priamo ľudia, ktorých sa to týka.

Teda aj vy.

Potom sa stanú dôležitým dokumentom na ceste za nezávislým životom pre všetkých.

Bez vás by boj za práva ľudí s postihnutím nebol.

Ďakujeme!

Lucka, Miro a Maroš

**FORUM**  
Human Rights





# Za hranou lidskosti, za hranou zákona

Stalo se vám něco zlého?

Někdo vám ublížil

nebo vzal vaše věci.

Máte jít na policii?

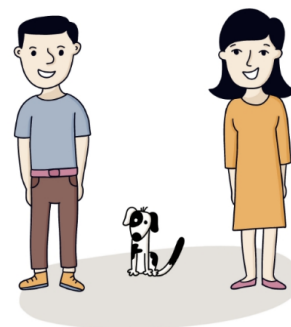
Co se bude dít dál?

Zde najdete základní informace,

které vám pomůžou.

**Potřebuji pomoc**

Vaše práva



**Odporúčame:**

**<http://zahranou.eu/>**

je webová stránka, ktorá vznikla v rámci spolupráce Fóra pro lidská práva a Rady pre poradenstvo v sociálnej práci v jeho medzinárodnom projekte  
Voices for Justice.

Okrem interaktívnej podoby informácií v ľahkom jazyku, dostupnom pre širokú cieľovú skupinu návštevníkov stránky, ponúka aj materiály na stiahnutie.

S nimi môžu pracovať nielen profesionáli z viacerých oblastí, ktorým je téma obetí trestných činov známa, ale aj blízke osoby ľudí s mentálnym znevýhodnením, či priamo aj oni sami.