

Od inštitúcií k životu v komunite: hýbatele zmien a bariéry deinštitucionalizácie

Správa prípadovej štúdie: Slovensko 2018

FRANET kontraktor: Centrum pre výskum etnicity a kultúry

Autori: Elena Gallová Kriglerová, Alena Holka Chudžíková,
Jana Kadlečíková, Katarína Medľová

Disclaimer: Tento dokument bol vyhotovený na základe zmluvy Agentúrou Európskej únie pre základné ľudské práva (FRA) ako podkladový materiál pre projekt "Právo osôb so zdravotným postihnutím na nezávislý život a na začlenenie sa do spoločnosti". Informácie a názory obsiahnuté v tomto dokumente nevyhnutne nereflektujú oficiálne stanovisko Agentúry FRA. Tento dokument je zverejnený za účelom transparentnosti a pre informačné účely, a nepredstavuje právnu radu alebo právny názor.

OBSAH

ÚVOD	3
1. VÝCHODISKÁ DEINŠTITUCIONALIZÁCIE	6
1.1 Právny a politický rámec pre deinštitucionalizáciu	6
1.2 Organizácia deinštitucionalizácie	8
1.3 Financovanie procesu deinštitucionalizácie	10
1.4 Status deinštitucionalizácie	11
2. POROZUMENIE DEINŠTITUCIONALIZÁCIE A NEZÁVISLÉHO ŽIVOTA	14
2.1 Kľúčové termíny a pojmy	14
2.2 Dopad deinštitucionalizácie	17
3. ZÁKLADNÉ VLASTNOSTI PROCESU DEINŠTITUCIONALIZÁCIE	19
3.1 Závazok k deinštitucionalizácii	21
3.2 Dostupnosť poradenstva ako podporný faktor v procese deinštitucionalizácie	25
3.3 Aktívna spolupráca ľudí zapojenými do procesu deinštitucionalizácie	27
3.4 Zmena v postojoch voči ľuďom so zdravotným postihnutím	30
3.5 Praktická organizácia procesu deinštitucionalizácie	35
3.6 Prierezové otázky	40
4. KROKY VEDÚCE K ÚSPEŠNEJ REALIZÁCII DEINŠTITUCIONALIZÁCIE	43
4.1 Závazok realizovať deinštitucionalizáciu	43
4.2 Dostupnosť poradenstva zameraného na podporu procesu	43
4.3 Aktívna spolupráca ľudí zapojených do procesu deinštitucionalizácie	44
4.4 Zmena v postojoch voči osobám so zdravotným postihnutím	45
4.5 Praktická organizácia procesu deinštitucionalizácie	46
4.6 Zodpovednosť za implementáciu DI	48
PRÍLOHA: METODOLÓGIA VÝSKUMU	49

ÚVOD

Článok 19 Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím (Dohovor PZP) určuje právo všetkých osôb so zdravotným postihnutím žiť samostatne a zapájať sa do komunity. Hoci sa v Dohovore PZP konkrétne nespomína deinštitucionalizácia (DI), ani sa v ňom nevenuje pozornosť prechodnému procesu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť, Výbor pre práva osôb so zdravotným postihnutím (Výbor OSN) zdôraznil, že ide o základný prvok splnenia Článku 19.

Deinštitucionalizácia v celom rozsahu nie je obmedzená istými úpravami bývania. Zahŕňa hlbokú premenu z prostredí, kde vládne rutina a „inštitucionálna kultúra“, do starostlivosti v komunite, kde osoby so zdravotným postihnutím majú na výber a majú kontrolu nad svojím životom. Realizácia práva na samostatný život pre ľudí s postihnutím preto nezostáva iba pri zatváraní inštitúcií, ale vyžaduje si vybudovanie „škály služieb v komunite [...]“, ktorá by zabránila vzniku potreby inštitucionálnej starostlivosti.“

Projekt FRA zameraný na právo osôb so zdravotným postihnutím na nezávislý spôsob života a začlenenie sa do spoločnosti

S cieľom prebádať, ako sa v Európskej únii (EÚ) realizuje právo na nezávislý spôsob života, Agentúra EÚ pre základné práva (FRA) spustila v roku 2014 viacročný výskumný projekt. Projekt zahŕňa tri vzájomne prepojené aktivity:

- Mapovanie typov inštitucionálnych a komunitných služieb pre ľudí so zdravotným postihnutím v 28 členských štátoch EÚ.¹
- Budovanie a uplatňovanie ľudsko-právnych indikátorov, ktoré by pomohli hodnotiť pokrok v plnení Článku 19 Dohovoru PZP.²
- Realizácia terénneho výskumu v piatich členských štátoch EÚ – v Bulharsku, vo Fínsku, v Írsku, na Slovensku a v Taliansku – pre lepšie porozumenie hýbateľov zmien a bariér deinštitucionalizácie.

Od ústavov k životu v komunite – od záväzkov cez financovanie až po výstupy pre ľudí so zdravotným postihnutím

V roku 2017 FRA zverejnila tri správy, ktoré skúmali rôzne aspekty prechodu ľudí so zdravotným postihnutím z inštitúcií k nezávislému životu:

- [*Part I: commitments and structures*](#) (Časť I.: záväzky a štruktúry) sa venuje úlohám, k plneniu ktorých sa zaviazali EÚ a jej členské štáty.
- [*Part II: funding and budgeting*](#) (Časť II.: financovanie a zostavovanie rozpočtu) sa pozerá na to, ako môžu fungovať finančné a rozpočtové štruktúry, aby sa tieto záväzky premenili na skutočnosť.
- [*Part III: outcomes for persons with disabilities*](#) (Časť III.: výstupy pre ľudí so zdravotným postihnutím) sa zameriava na samostatnosť a inklúziu, ktorú ľudia so zdravotným postihnutím zažívajú vo svojom bežnom živote.

¹ FRA (2017), [Summary overview of types and characteristics of institutional and community-based services for people with disabilities](#).

² Indikátory sú dostupné na: <http://fra.europa.eu/en/project/2014/rights-persons-disabilities-right-independent-living/indicators>. Indikátory sa zakladajú na modely ľudských práv, ktorý vypracoval Úrad Vysokého komisára OSN pre ľudské práva. Pozri: UN, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR) (2012), [Report on Human rights indicators: A Guide to Measurement and Implementation](#), HR/PUB/12/5.

Táto séria správ dopĺňa ľudsko-právne indikátory k Článku 19 Dohovoru PZP, ktoré vypracovala Agentúra FRA.

K ďalším predchádzajúcim relevantným správam FRA patria:

- [Choice and control: the right to independent living](#) (Možnosť voľby a kontroly: právo na nezávislý život)
- [Involuntary placement and involuntary treatment of persons with mental health problems](#) (Nedobrovoľné umiestnenie a nedobrovoľná liečba osôb s mentálnym postihnutím)

A ako je to v skutočnosti? Výskum na lokálnej úrovni zameraný na hýbatele zmien a bariéry deinštitucionalizácie

Cieľom terénneho výskumu FRA bolo poskytnúť aktérom zainteresovaným v procese deinštitucionalizácie možnosť, aby sa podelili o svoje poznatky, skúsenosti a dojmy ohľadom toho, čo tento proces hýbe dopredu a aké bariéry ho brzdia. Zameriaval sa najmä na implementáciu deinštitucionalizácie na lokálnej úrovni, čo je oblasť, ktorej sa predošlé výskumy venovali len okrajovo.

Terénny výskum realizoval tzv. FRANET³, čiže výskumná sieť FRA v daných skúmaných krajinách – piatich členských štátoch EÚ, ktoré sú na rôznych stupňoch deinštitucionalizačného procesu. Bol rozdelený na dve časti:

- V roku 2016 sa vo všetkých členských štátoch realizovali rozhovory a fokusové skupiny s rôznymi zainteresovanými stranami na celoštátnej i lokálnej úrovni (v obciach či mestách). Vďaka ich výsledkom bola v každom členskom štáte určená jedna lokalita za účelom vypracovania prípadovej štúdie.
- V prvej polovici roku 2017 sa konali rozhovory a fokusové skupiny so širokou škálou zainteresovaných strán vo vybranej výskumnej lokalite.

Táto správa inkorporuje závery z oboch častí terénneho výskumu. Viac informácií ohľadom výskumnej metodológie sa nachádza v Prílohe a v hlavnej správe prezentujúcej závery výskumu.⁴ Viac informácií ohľadom výskumnej metodológie sa nachádza v Prílohe.

Prečo vznikla táto správa?

Táto správa predkladá zistenia terénneho výskumu FRA na Slovensku. Jednotlivé národné správy zachytávajú výsledky z ďalších štyroch krajín, v ktorých prebiehal terénny výskum.⁵

Na začiatku správy je zosumarizovaný kontext deinštitucionalizácie pre danú krajinu, vrátane právno-politického rámca a financovania ako aj toho, ako jednotlivci zúčastnení v procese deinštitucionalizácie rozumejú niektorým kľúčovým termínom a konceptom. Zvyšné časti správy sú štruktúrované podľa piatich oblastí, ktoré, ako to vyplynulo z výskumu, sú najpodstatnejšie pre proces deinštitucionalizácie (pozri Tabuľku 1). Najprv správa predkladá hýbatele zmeny a bariéry procesu deinštitucionalizácie na Slovensku tak, ako ju vnímajú účastníci výskumu. Ďalej skúma to, čo je podľa účastníkov výskumu potrebné pre to, aby sa deinštitucionalizácia stala skutočnosťou.

³ Pozri: <http://fra.europa.eu/en/research/franet>.

⁴ FRA (2018), [From institutions to community living for persons with disabilities: perspectives from the ground](#), Luxembourg, Publications Office.

⁵ Pozri: <https://fra.europa.eu/en/country-data/2018/right-independent-living-case-studies>.

Tento výskum prebádal do hĺbky proces DI vo vybranej lokalite, kde sa už proces DI začal. Vybraná lokalita do veľkej miery reprezentuje aj ďalšie lokality na Slovensku, kde už proces DI prebieha. Vybraná lokalita je menšie mesto v menej rozvinutom regióne s vyššou mierou nezamestnanosti. Tak ako aj v mnohých iných lokalitách situáciu DI komplikuje fakt, že v nej takmer úplne chýbajú komunitné sociálne služby. Napriek tomu sa inštitúcii podarilo pokračovať v procese DI vďaka účasti na tzv. Národnom projekte deinštitucionalizácie⁶ a vďaka dobrej spolupráci so zriaďovateľom zariadenia – príslušným samosprávnym krajom.

Komparatívna správa, v ktorej boli zozbierané závery výskumov zo všetkých sledovaných piatich krajín, bola zverejnená v decembri 2018.⁷

Tabuľka 1: Kľúčové vlastnosti úspešného procesu deinštitucionalizácie

1.	Závazok realizovať deinštitucionalizáciu
2.	Dostupnosť poradenstva zameraného na podporu procesu deinštitucionalizácie
3.	Aktívna spolupráca ľudí zapojených do procesu deinštitucionalizácie
4.	Zmena v postojoch voči ľuďom so zdravotným postihnutím
5.	Praktická organizácia procesu deinštitucionalizácie

Zdroj: FRA, 2018

⁶ Implementačná agentúra Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky, [Národný projekt Podpora deinštitucionalizácie a transformácie systému sociálnych služieb](#).

⁷ FRA (2018), [From institutions to community living for persons with disabilities: perspectives from the ground](#), Luxembourg, Publications Office.

1. VÝCHODISKÁ DEINŠTITUCIONALIZÁCIE

1.1 Právny a politický rámec pre deinštitucionalizáciu

1.1.1 Celoštátny právny a politický rámec pre deinštitucionalizáciu

Rôzne kategórie účastníkov výskumu sa zhodli na skutočnosti, že deinštitucionalizácia (DI) bola na celoštátnej úrovni dobre zakotvená v niekoľkých strategických dokumentoch. Spomedzi nich sa za rozhodujúci dokument považuje najmä *Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti*. Tento dokument totiž nielenže vypracovalo Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny, ale ho aj schválila vláda. V oboch *Národných akčných plánoch prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť* (uvedené nižšie) sa opisuje proces DI z hľadiska konkrétnejších aktivít a krokov, ktoré sa majú vykonať v príslušnom časovom období.

Východiská deinštitucionalizácie na celoštátnej úrovni tvorí niekoľko strategických dokumentov:

- *Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2015–2020*⁸ – v tomto dokumente sa DI nachádza medzi najvyššími prioritami. Ozrejmjuje sa v ňom rozvoj sociálnych služieb na úrovni komunity a postupné nahrádzanie inštitúcií komunitnými sociálnymi službami.
- *Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike*⁹ – je základný koncepčný dokument pre proces DI, ktorý uvádza základné termíny a definície, určuje priority a aktivity, ktoré treba v procese DI vykonať.
- *Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012 – 2015*¹⁰ – dokument ďalej rozpracúva proces deinštitucionalizácie, uvádza viacero podrobností ohľadom riadenia, financovania a monitorovania procesu, a tiež určuje konkrétne aktivity pre príslušné časové obdobie.
- *Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2016 – 2020*¹¹ – plánuje opatrenia a aktivity v súlade s procesom DI, ako aj implementáciu tzv. národných projektov DI financovaných Európskymi štrukturálnymi a investičnými fondmi (ESIF). Pre viac informácií pozri Bod 1.4.

Z hľadiska legislatívy účastníci výskumu najčastejšie spomínali nasledujúce zákony, ktoré vytvárajú právne východiská pre deinštitucionalizáciu:

- *Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov* – upravuje pravidlá pre celú oblasť sociálnych služieb. Tento zákon sa za posledné roky menil niekoľkokrát s cieľom podporiť proces DI.

⁸ Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky (2014), [Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2015-2020](#).

⁹ Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky (2011), [Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike](#).

¹⁰ Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny (2011), [Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012 – 2015](#).

¹¹ Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny (2016), [Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2016 – 2020](#).

- *Zákon č. 40/1964 Z.z. občiansky zákonník v znení neskorších predpisov*¹² a *Zákon č. 99/1963 Z.z. občiansky súdny poriadok*¹³ – okrem mnohých iných oblastí tieto zákony upravujú proces zbavovania spôsobilosti na právne úkony a procesnú stránku jej navrátenia v prípadoch jej odobratia. Neskôr v roku 2016, zmeny *Civilného mimosporového poriadku*¹⁴ zlepšili záruky, zrušili úplne pozbavenie spôsobilosti na právne úkony, avšak stále umožňovali čiastočné opatrovníctvo.
- Niekoľko zákonov, ktoré upravujú oblasť zamestnávania ľudí so zdravotným postihnutím – najdôležitejšie z nich sú *Zákon č. 311/2001 Z.z. zákonník práce*¹⁵ a *Zákon č. 5/2004 Z.z. o službách zamestnanosti*.¹⁶

Medzi účastníkmi výskumu panovala celková zhoda v tom, že problém spomínaných dokumentov a legislatívy na celoštátnej úrovni spočíva prevažne v praktickej implementácii zámerov, ukotvených v koncepčných dokumentoch (detailnejšie pozri Kapitulu 3). Ďalší problém, ktorý zdôraznili účastníci, vyplýva zo skutočnosti, že neexistujú merateľné ciele, ktoré by umožňovali hodnotenie pokroku.

1.1.2 Lokálny právny a politický rámec pre deinštitucionalizáciu

Proces deinštitucionalizácie ovplyvňuje skutočnosť, že by ho mali uvádzať do praxe aktéri na regionálnej a lokálnej úrovni, lenže vyššie územné celky (samosprávne kraje), obce a inštitúcie (poskytovatelia sociálnych služieb) nie sú priamo podriadené ústrednému štátnemu orgánu (Ministerstvu práce, sociálnych vecí a rodiny, či inému štátnemu orgánu). Samosprávne kraje a obce si vypracúvajú svoje vlastné strategické dokumenty rozvoja sociálnych služieb, ktoré by mali reflektovať princípy a stratégie uvedené v národných koncepčných dokumentoch.

“Oblasť akoby sociálnych služieb ako taká je decentralizovaná na úroveň samosprávy. Čiže o tom, akoby kam konkrétne presne pôjdu nejaké finančné prostriedky a v akom objeme rozhoduje samospráva ako taká, čiže či už vyšší územný celok alebo obec. V svojej podstate vyššie územné celky spracúvajú koncepciu rozvoja sociálnych služieb pre ten svoj územný obvod a v rámci týchto koncepcií sa oni akoby vysporiadávajú aj s tým, akým spôsobom naplnia dajme tomu tie národné priority rozvoja sociálnych služieb.” (tvorca politiky na celoštátnej úrovni)

Doteraz však nie všetky samosprávne kraje zakomponovali problematiku DI do svojich strategických dokumentov týkajúcich sa rozvoja sociálnych služieb na ich území. Samosprávny kraj, ktorý je zriaďovateľom inštitúcie vo výskumnej lokalite, začlenil deinštitucionalizáciu do svojich strategických dokumentov, čo kraju pravdepodobne uľahčilo implementáciu aj ďalších krokov v rámci procesu DI, ktoré museli byť financované z krajského rozpočtu. Účastníci výskumu na lokálnej úrovni (úradníci, predstavitelia inštitúcií, komunitných sociálnych služieb) však neoznačili národné/krajské/lokálne strategické dokumenty za kľúčový faktor, ktorý by mal vplyv na proces DI.

Obecný úrad vo výskumnej lokalite taktiež navrhol strategický dokument o sociálnych službách. Aktívnymi členmi pracovnej skupiny, vytvorenej ako platforma na vypracovanie dokumentu, boli aj ľudia so zdravotným postihnutím. Dokument mapuje situáciu a potreby obyvateľov v meste, mestských zdrojov a kapacít už existujúcich poskytovateľov sociálnych služieb. Ďalej obsahuje plány obecných aktivít na nasledujúce časové obdobie.

¹² *Zákon č. 40/1964 Z.z. občiansky zákonník v znení neskorších predpisov*, 5. marec 1964.

¹³ *Zákon č. 99/1963 Z.z. občiansky súdny poriadok v znení neskorších predpisov*

¹⁴ *Zákon č. 161/2015 Z.z. Civilný mimosporový poriadok*, Paragrafy 231-251.

¹⁵ *Zákon č. 311/2001 Z.z. zákonník práce v znení neskorších predpisov*, 8. august 2001

¹⁶ *Zákon č. 5/2004 Z.z. o službách zamestnanosti v znení neskorších predpisov*, 13. január 2004.

Situácia vo výskumnej lokalite jasne ukazuje, že strategické dokumenty na všetkých úrovniach tvoria nevyhnutný rámec pre kroky vedúce k DI, ale nie sú jej dostatočným predpokladom. Účastníci výskumu podčiarkli, že národné a lokálne strategické dokumenty musia byť doplnené o konkrétne aktívne opatrenia, schválené príslušnými orgánmi, aby záväzok uviesť proces DI do praxe nezostal iba čistou formalitou.

NÁDEJNÝ PRÍPAD Z PRAXE

Plánovanie založené na poznatkoch a širokej participácii účastníkov

Ako príklad dobrej praxe účastníci výskumu vo vybranej výskumnej lokalite pri vypracovávaní miestneho plánu pre komunitu uviedli to, že bola zaistená účasť všetkých zainteresovaných strán, a že sa postupovalo na základe poznatkov. Pracovnú skupinu koordinovala riaditeľka Domova sociálnych služieb, ktorá dala dokopy relevantných lokálnych aktérov a aktérky vrátane tvorcov politiky, sociálnych, zdravotných či vzdelávacích komisií obce; sociálne pracovníčky, učiteľky a predstaviteľov ľudí so zdravotným postihnutím.

Plán sa navyše zakladal na poznatkoch zozbieraných v rámci sociologického a demografického výskumu so zameraním na identifikáciu hlavných potrieb a problémov užívateľov sociálnych služieb v lokalite.

Prieskum stanovil, že vo výskumnej lokalite chýba niekoľko sociálnych služieb, ktoré by zvýšili kvalitu života rôznych skupín. Ukázalo sa, že najviac by tamojší obyvatelia ocenili dennú starostlivosť a sociálne poradenstvo. Verejnosť uprednostňovala sociálne služby v domácom prostredí než služby v inštitúcii.

Hlavným cieľom komunitného plánu je na základe výsledkov prieskumu a SWOT analýzy zlepšenie kvality života ľudí so zdravotným postihnutím tým, že sa zabezpečia sociálne služby, bezbariérové prostredie a vytvoria sa príležitosti na udržiavanie vzťahov s ostatnými ľuďmi z lokality.

1.2 Organizácia deinštitucionalizácie

Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny je kľúčovým ústredným štátnym orgánom, ktorý zohráva dôležitú úlohu v procese DI. Ministerstvo navrhuje strategické dokumenty a legislatívu týkajúcu sa poskytovania sociálnych služieb, ktoré sa vzťahujú aj na proces DI. Ministerstvo tiež pripravuje podmienky a implementuje rôzne projekty, ktoré sú financované prostredníctvom eurofondov. S ohľadom na proces DI ministerstvo implementovalo Národný projekt DI (2013 – 2015)¹⁷, zámerom ktorého bolo testovať možnosti transformácie inštitúcií na komunitné sociálne služby na vzorke 10 inštitúcií (3 v Bratislavskom kraji, 7 v ostatných krajoch). Ministerstvo v rámci Národného projektu DI taktiež vytvorilo komisiu zloženú z odborníkov na deinštitucionalizáciu, ktorá ma právomoc monitorovať proces DI a hodnotiť jeho postupovanie. Z pohľadu účastníkov výskumu na regionálnej/lokálnej úrovni sa Národný projekt DI spájal s mnohými problémami s implementáciou, ktoré vzbudili pochybnosti o kvalite jeho intervencií (podrobnejšie pozri Kapitolu 3).

Vyššie územné celky (samosprávne kraje) majú veľa kompetencií v oblasti poskytovania sociálnych služieb. Vypracúvajú si svoje vlastné strategické dokumenty, týkajúce sa poskytovania sociálnych služieb na ich území. Zriaďujú poskytovateľov sociálnych služieb

¹⁷ Slovensko, Implementačná agentúra Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR, '[Národný projekt Podpora deinštitucionalizácie a transformácie systému sociálnych služieb](#)'.

a registrujú tých, ktorých zriaďujú iní aktéri ako krajské úrady. Samosprávne kraje taktiež vyčleňujú zdroje jednotlivým poskytovateľom sociálnych služieb. Tiež sa od nich očakáva, že sa budú riadiť strategickými princípmi vytýčenými ústrednými štátnymi orgánmi (najmä Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny), napriek tomu, že sú od nich do veľkej miery nezávislé. Ako zriaďovatelia inštitúcií boli príslušné samosprávne kraje zapojené do Národného projektu DI, no ich predstavitelia/-lky zhodnotili, že ich často vynechávali z projektovej komunikácie.

Obce sú zo zákona povinné zriadiť a poskytovať isté druhy sociálnych služieb, najmä terénnych a ambulantných. Takisto sú zodpovedné za plánovacie aktivity a príslušné zdroje potrebné na poskytovanie spomenutých sociálnych služieb v ich pôsobnosti. V otázkach DI si predstavitelia obcí myslia, že nemajú nejaké konkrétne povinnosti, keďže doteraz bol proces DI spojený skôr s určitými zariadeniami (a ich zriaďovateľmi) než s jednotlivými lokalitami/komunitami. No predstavitelia inštitúcií, ktorí sa zúčastnili Národného projektu DI, sa stretli s mnohými problémami ako napr. odpor lokálnych komunit a nedostatok komunitných sociálnych služieb, ktoré sa mohli účinne vyriešiť v spolupráci s obcami.

Poskytovatelia sociálnych služieb sú povinní plniť zákonom stanovené podmienky a dodržiavať pravidlá svojich zriaďovateľov. Tými môžu byť samosprávne kraje, obce, či iné právne subjekty ako mimovládne organizácie (MVO) či ziskové spoločnosti.

Rozdelenie kompetencií v oblasti poskytovania sociálnych služieb vnímajú účastníci výskumu ako prekážku pre proces DI, keďže samosprávne kraje (ako aj obce) majú dosť široké právomoci pri rozhodovaní o prioritách v sociálnych službách. Ak sa napríklad rozhodnú, že nevytvoria priaznivé podmienky pre proces DI, národný (štátny) orgán ich k tomu nemôže prinútiť.

„Druhá vec je, že sa neočakáva od krajov, že do toho pôjdu (pozn. do procesu DI), to znamená, že ak by všetky kraje na Slovensku povedali, že to robiť nebudú, nič sa nestane. Proste sa peniaze na to nevyčerpajú, budú sa čerpať v rámci toho programu, ten program je široký, sa budú čerpať na iné veci..“ (tvorca/-kyňa politiky na regionálnej úrovni)

Ďalším problémom, ktorú spomínali respondenti, je to, že samosprávy nie sú priamo podriadené Ministerstvu práce, sociálnych vecí a rodiny, takže ministerstvo nedokáže zasiahnuť priamo do situácie konkrétneho zariadenia.

„Ministerstvo má z hľadiska sociálnych služieb pôsobnosť z hľadiska legislatívnej tvorby a prípravy rôznych týchto strategických dokumentov. Ministerstvo je vlastne autorom alebo autorom rôznych národných projektov, realizuje rôzne národné projekty, ktorých cieľom je akoby zapojiť týchto jednotlivých aktérov teda napr. vyššie územné celky alebo samotné zariadenia do toho procesu s tým, aby teda viac menej ten proces, aby mu aj rozumeli a aby chápali, že čo je jeho zmyslom a aby ten proces realizovali, no oni ho musia akoby zrealizovať, ministerstvo veľmi ťažko, keďže nič nezriaďuje. Nemôže nič zmeniť, keď nemá, keď nič nezriaďuje. Ministerstvo nemá žiadne zariadenie, ktoré by mohlo zmeniť. Tak som to myslel. Čiže zmeniť ho musí ten zriaďovateľ.“ (tvorca/-kyňa politiky na celoštátnej úrovni)

Hoci Komisárka pre osoby so zdravotným postihnutím nie je aktívne zapojená do implementácie procesu DI, verí, že proces sa natoľko pohol, že už sa nedá zastaviť. Podľa nej sa dopyt po DI zvýšil, keďže všetky doposiaľ schválené strategické dokumenty a aktivity vzbudili veľa očakávaní zo strany poskytovateľov služieb, mimovládnych organizácií a samotných ľudí s postihnutím.

1.3 Financovanie procesu deinštitucionalizácie

Na Slovensku sa proces DI väčšinou financuje prostredníctvom Európskych štrukturálnych a investičných fondov (EŠIF), najmä Európskym sociálnym fondom (ESF) pre tzv. mäkké opatrenia a Európskym fondom regionálneho rozvoja (ERDF) pre stavebné opatrenia. Proces sa spustil v desiatich inštitúciách v rámci tzv. Národného projektu DI financovaného prostredníctvom ESF a implementovaného Implementačnou agentúrou Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny. V rámci tohto projektu bolo vypracovaných niekoľko manuálov pre transformáciu inštitúcií. Okrem toho bol vyškolený personál inštitúcií v oblasti pracovných metód dôležitých pre proces DI a v zapojených inštitúciách boli vypracované transformačné plány.

Pôvodné plány v oblasti rekonštrukcie zariadení a umiestnení ich klientov do chráneného/samostatného bývania boli, že zdroje z ERDF budú komplementárne so zdrojmi z ESF a budú slúžiť na nákup náhradných nehnuteľností, potrebných na premiestnenie klientov z inštitúcií do zariadení podporovaného/samostatného bývania. Tento plán sa však neuskutočnil v žiadnej inštitúcii, ktorá vstúpila do Národného projektu DI.¹⁸ Podľa respondentov sa pri čerpaní fondov z ERDF vyskytlo niekoľko problémov: okrem podozrenia z korupcie sa týkali najmä byrokracie vo verejnom zaobstarávaní a presmerovania dostupných zdrojov na iné priority.

Počas roka 2017 Ministerstvo pôdohospodárstva a rozvoja vidieka sprístupnilo zdroje z ERDF a vyhlásilo výzvu pre existujúce inštitúcie zameranú na ich fyzickú transformáciu a vytváranie nových typov sociálnych služieb. Avšak, problém koordinácie čerpania zdrojov z ESF a z ERDF stále pretrvával aj v tomto období, pretože financovanie tzv. mäkkých opatrení (príprava transformačných plánov, vzdelávanie zamestnancov a klientov) meškalo v porovnaní s financovaním fyzickej transformácie týchto inštitúcií.

Na proces DI sú tiež k dispozícii menšie zdroje z neziskových organizácií ako Nadácia SOCIA, ktorá nepretržite podporuje proces DI a spolupracuje s inštitúciami, ktoré sú v procese DI (alebo sa doň plánujú zapojiť).¹⁹

Z výskumu vyplýva, že v skúmanej lokalite boli potrebné dodatočné finančné prostriedky, aby sa mohlo pokračovať s procesom DI. Keď koncom roka 2015 skončil Národný projekt DI, samosprávny kraj sa rozhodol vyčleniť dodatočné financie na ďalšie kroky v procese DI. Kraj sa rozhodol zafinancovať zvýšené náklady na vyšší počet personálu v inštitúcii. Tiež sa kúpili a renovovali dva byty v meste, aby sa vytvorila podporovaná jednotka bývania. Inštitúcia v súčasnosti prevádzkuje pôvodnú budovu spolu s novou podporovanou jednotkou bývania, kam bolo premiestnených prvých šesť klientov. Počet personálu je takmer dvakrát vyšší, ako vyžaduje zákon. Podľa predstaviteľky samosprávneho kraja, personálu je omnoho viac než v iných inštitúciách spadajúcich pod samosprávny kraj, čo znamená, že samospráva musí alokovať omnoho viac financií na prevádzku tejto inštitúcie než ostatných inštitúcií, ktoré majú v správe. Nedávno boli vo výskumnej lokalite podniknuté ďalšie kroky v rámci procesu DI – inštitúcia plánuje vytvoriť ďalšie jednotky podporovaného bývania prostredníctvom zdrojov z ERDF a mesto tiež vytvorilo niektoré z terénnych sociálnych služieb, ktoré tu chýbali.

Podľa účastníkov výskumu na regionálnej/lokálnej úrovni financovanie procesu DI na Slovensku nezohľadňuje rôzne kategórie nákladov, ktoré sa zvýšia, keď proces DI začne. Fondy (konkrétne ESF) sa dajú použiť len na prípravnú fázu – školenie personálu

¹⁸ Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny (2016), [Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb pre roky 2016 – 2020](#), s. 11.

¹⁹ Nadácia SOCIA, *Podpora deinštitucionalizácie*, dostupné na: www.socia.sk/nase-aktivity/aktualne-aktivity/z-domova-domov/, www.zdomovadomov.sk/.

a klientov, vypracovanie transformačných plánov a podobne. Finančné prostriedky potrebné na fyzické premiestnenie klientov je možné získať z ERDF, avšak podľa aktérov na všetkých úrovniach problém spočíva predovšetkým v nedostatočnej koordinácii čerpania týchto dvoch fondov, pretože každý z nich spadá do pôsobnosti iného ministerstva. Ďalšie financie, ktoré by umožňovali pokryť prevádzkové náklady (najmä viac personálu), nie sú k dispozícii vôbec. Preto v situácii nedostatku financií na pokrytie procesu DI leží veľká časť zodpovednosti zaň na pleciach samosprávnych krajov, ktoré sú už beztak zaťažené vysokými výdavkami na poskytovanie sociálnych služieb. Jeden z účastníkov výskumu vysvetľuje, aká je situácia s financovaním procesu DI z hľadiska samosprávnych krajov:

„Na podporu ako keby toho prechodného obdobia, ktoré môže trvať roky.... tak na to vôbec nie sú vyčlenené finančné prostriedky, to sa očakáva, že každý si to zaplatí sám. Len.. ono to nie je také jednoduché, lebo... my napríklad nedostaneme peniaze, keď dostaneme, tak dostaneme cez štrukturálne fondy, môžeme žiadať finančné prostriedky na investičnú, kapitálovú časť. To znamená, ale nie na prevádzkové náklady.. a prevádzkové náklady sú... v podstate sa vyrovnajú postupne tým nákladom. Nemáme žiadnu podporu zo strany štátu finančnú na to, aby sme ten proces mohli zvládnuť.“ (tvorca/-kyňa politiky na regionálnej úrovni)

1.4 Status deinštitucionalizácie

Proces DI na Slovensku odštartoval najmä prijatím *Stratégie deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti*²⁰ (2011), po ktorej nasledoval *Národný akčný plán*²¹ a následne boli pre proces DI sprístupnené eurofondy. Treba však poznamenať, že pred týmito krokmi zo strany štátnych úradov myšlienku procesu DI širilo niekoľko mimovládnych organizácií a odborníkov/-čok na danú oblasť. Iniciatíva štátnych úradov teda čiastočne vychádzala a čerpala z odborných znalostí mimovládneho sektoru²².

Spomínané aktivity iniciovali štátne úrady po tom, ako komisár Vladimír Špidla vystúpil so správou²³, v ktorej sa dotkol toku eurofondov do veľkých inštitúcií. Situácia vyústila do toho, že Európska komisia zmrazila čerpanie štrukturálnych fondov pre inštitúcie.

V rokoch 2013 – 2015 bol implementovaný pilotný Národný projekt DI²⁴ na vzorke 10 inštitúcií, ktorý testoval možnosti ich transformácie na komunitné sociálne služby. Napriek niekoľkým nedostatkom projekt na Slovensku spustil proces DI prvých desiatich rezidenčných inštitúcií. V rámci neho prebiehali školenia zamestnancov inštitúcií v oblasti pracovných metód nevyhnutných pre proces DI a boli vypracované transformačné plány zapojených inštitúcií. Z hľadiska nedostatkov projektu účastníci výskumu na regionálnej/lokálnej úrovni spomínali nedostatočnú koordináciu zo strany štátnych úradov a byrokratickú záťaž spojenú s projektovou administráciou, ktorá viedla k unáhlenej a nekoordinovanej implementácii projektových aktivít.

²⁰ Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky (2011), [Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike](#).

²¹ Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky (2011), [Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012 – 2015](#).

²² Viac informácií o vývoji v oblasti sociálnych služieb z ľudsko-právnej perspektívy je možné nájsť v: Cangár, M. (2017), [Prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v Slovenskej republike](#), Bratislava, SOČIA.

²³ Špidla, V. (2009), *Správa ad-hoc expertnej skupiny o prechode z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť* (Report of the Ad Hoc Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care), Brusel, Európska komisia.

²⁴ Implementačná agentúra Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky, [Národný projekt Podpora deinštitucionalizácie a transformácie systému sociálnych služieb](#).

Hoci sa deinštitucionalizácia v platných zákonoch spomína iba nepriamo, najmä tvorcovia politiky na celoštátnej úrovni považujú za výhodu, že proces DI je upravený vládnu strategiou. Znamená to, že vláda dodala celému procesu dôležitosť a zaviazala sa, že pojem uvedie do praxe. Taktiež bolo prijatých niekoľko noviel zákonov, ktoré napomáhajú procesu DI – najmä novela zákona č. 48/2008 Z. z. o sociálnych službách a zákona č. 40/1964 Zb. občiansky zákonník. Zaviedol sa, napríklad, maximálny počet miest v zariadení, čím sa zabraňuje vytváraniu veľkých inštitúcií; do zákona bola začlenená nová forma sociálnych služieb – podporované bývanie –, ktorá sa považuje za najprogresívnejšiu formu sociálnej služby, keďže vedie k vyššej samostatnosti klientov atď. Ďalej zákon zaviedol systém hodnotenia kvality poskytovaných sociálnych služieb, hoci implementácia hodnotiaceho procesu sa odkladá už niekoľko rokov.

V roku 2016 bola schválená dôležitá zmena legislatívy, ktorá zrušila inštitút pozbavenia spôsobilosti na právne úkony. Zmeny a doplnenia Civilného mimosporového poriadku²⁵ poskytujú väčšiu ochranu, rušia úplné pozbavenie právnej spôsobilosti, ale stále povoluujú obmedzenie spôsobilosti na právne úkony. Ľudia (vrátane osôb so zdravotným postihnutím, ich poručníkov, rodín či blízkych) teraz tiež môžu spochybňovať rozhodnutia o pozbavení právnej spôsobilosti a žiadať anulovanie takýchto rozhodnutí. Doteraz sa však ukázalo, že proces je zdĺhavý, ťažký, ak nie nemožný.

Ak by sme to mali zhrnúť, okrem vývoja v oblasti legislatívy a politiky za posledné roky, predstavitelia a predstavielky MVO a poskytovatelia sociálnych služieb tvrdili, že aj keď sú strategické dokumenty dobre napísané, chýba ich implementácia a konkrétne kroky potrebné pre nadchádzajúci proces DI. Ďalším spomínaným problémom bol fakt, že k týmto dokumentom nie sú pripojené finančné schémy, a že komunitné sociálne služby nemajú finančnú oporu. Ako v tejto chvíli nedostatočné boli označené i monitoring a supervízia procesu DI. Hodnotenie kvality sociálnych služieb, ktoré mala zaviesť novela Zákona o sociálnych službách, sa už niekoľkokrát odložilo. V prípade, že sa hodnotiaci proces spustí, jestvujúce inštitúcie podľa niektorých účastníkov výskumu nespĺnia kritériá kvality.

V septembri 2016 bol schválený ďalší Národný akčný plán, ktorý počíta s pokračovaním procesu DI. Zapojiť by sa v porovnaní s prvým Národnými projektom DI malo omnoho viac inštitúcií. V rámci nového projektu by si zapojené inštitúcie mali vytvoriť vlastné transformačné tímy a navrhnuť transformačné plány na základe získaných skúseností a dokumentov vytvorených počas prvého Národného projektu DI. Nový Národný projekt DI však ani koncom roka 2017 ešte nebol spustený. Účastníci výskumu taktiež vyjadrili obavu, či vôbec bude pokračovať. Podľa nich totiž nie je určená jasná štruktúra, neboli zatiaľ vyčlenené finančné zdroje, panuje komunikačné a informačné vákuum smerom k poskytovateľom služieb a organizáciám. Znepokojuje aj skutočnosť, že nie je doteraz známe, kto projekt povedie, keďže od troch expertných mimovládnych organizácií v oblasti deinštitucionalizácie sa vyžaduje spolufinancovanie, čo je nerealizovateľné. Zodpovední politickí aktéri dostali niekoľko otvorených listov²⁶ tematizujúcich problémy, ktorým projekt čelí, ale doteraz neprišla žiadna reakcia. Projekt zatiaľ nenapreduje.

V septembri 2016 navštívil Slovensko Petičný výbor Európskeho parlamentu (PETI) na popud petície Iniciatívy za duševné zdravie pri Nadácii otvorenej spoločnosti. Petícia sa týkala investovania eurofondov do pobytových zariadení pre ľudí so zdravotným postihnutím namiesto toho, aby sa financoval proces DI. Po konzultáciách s príslušnými mimovládnyimi organizáciami a slovenskými úradmi ako aj návštevách v rôznych druhoch zariadení, PETI navrhol niekoľko odporúčaní vo vzťahu k procesu DI na Slovensku, vrátane

²⁵ [Zákon č. 161/2015 Z.z. civilný mimosporový poriadok](#), § 231 – 251.

²⁶ TASR: „[Organizácie: Proces transformácie sociálnych služieb zastal](#)“, *Teraz.sk*, 30. máj 2017.

urýchlenia procesu prechodu, presadenia nezávislého života, zapojenia ľudí so zdravotným postihnutím do procesu DI, či efektívneho monitoringu.²⁷

Čo sa týka procesu DI v skúmanej lokalite v porovnaní s ostatnými inštitúciami/lokalitami (okrem DSS Slatinka), inštitúcia sa v procese DI posunula ďalej, pretože jej zriaďovateľ sa rozhodol financovať dodatočné kroky v procese DI z vlastného rozpočtu. Inštitúcia v súčasnosti prevádzkuje jeden podporovaný byt v meste, kam bola premiestnená malá skupinka klientov v prvej polovici roku 2016. Zvyšok klientov stále býva v pôvodnej budove. Avšak, inštitúcia pokračuje v realizácii svojho transformačného plánu. Spolupracuje úzko s príslušným samosprávnym krajom pri plánovaní premiestnenia zvyšných klientov do komunity a má v úmysle na ďalšie potrebné kroky využiť zdroje z EŠIF akonáhle budú tieto zdroje dostupné.

²⁷ Petičný výbor Európskeho parlamentu (2016), *Správa o misii a odporúčania po zisťovacej návšteve Slovenska 22.– 23. septembra 2016* ([Mission report and recommendations following the fact-finding visit to Slovakia of 22-23 September 2016](#)), 29. November 2016.

2. POROZUMENIE DEINŠTITUCIONALIZÁCIE A NEZÁVISLÉHO ŽIVOTA

2.1 Kľúčové termíny a pojmy

Porozumenie deinštitucionalizácie a nezávislého života

Na Slovensku je proces DI stále iba vo svojich začiatkoch, čo tiež môže mať vplyv na úroveň porozumenia pojmu deinštitucionalizácia – a to ako na celoštátnej, tak aj na lokálnej úrovni. Väčšina zainteresovaných ľudí vo všeobecnosti vníma **deinštitucionalizáciu ako dobrý smer v poskytovaní sociálnych služieb ľuďom so zdravotným postihnutím**. Avšak porozumenie tohto procesu a jeho účelu je rôzne. Porozumenie procesu DI medzi rôznymi zainteresovanými stranami či správnymi jednotkami (celoštátnych, krajských či lokálnych) sa výrazne nelíši. V mnohých prípadoch mali predstavitelia toho istého typu inštitúcie či jej organizačnej jednotky úplne rozdielne porozumenie DI, v závislosti od ich osobných názorov a skúseností.

Vo všeobecnosti účastníci výskumu, najmä predstavitelia obecných či krajských samospráv a poskytovateľov služieb, hľadajú na proces deinštitucionalizácie ako na rozpad veľkých inštitúcií na menšie jednotky vo forme podporovaných bytov či samostatného bývania skupín ľudí s ľahšími formami a stupňami postihnutia. Transformáciu veľkých inštitúcií častokrát ponímajú ako fyzickú transformáciu – prebudovanie súčasných inštitúcií a poskytnutie lepšej kvality života pre ľudí so zdravotným postihnutím.

Iní aktéri – ako napríklad organizácie reprezentujúce ľudí so zdravotným postihnutím, niektorí poskytovatelia sociálnych služieb a aktéri na celoštátnej úrovni – hľadajú na DI ako na **proces zmeny filozofie poskytovania sociálnych služieb pre ľudí so zdravotným postihnutím**. Rozprávali o humanizácii služieb, o ľudsko-právnom prístupe a individuálnom ohodnotení potrieb ľudí so zdravotným postihnutím.

„Ehm, tak ako celý čas tu rozmýšľam nad tým ako pomenovať DI jedným slovom a je to asi revolúcia [...]. A revolúcia k ľudskosti.“ (pracovník/-čka sociálnych služieb)

Podľa predstaviteľa jednej z MVO sa často namiesto pojmu deinštitucionalizácia používa termín 'humanizácia' sociálnych služieb, avšak upozorňuje na to, že vrámci humanizácie sú inštitucionálne praktiky iba zmiernené, ale v skutočnosti nedochádza k skutočnej zmene filozofie poskytovania sociálnych služieb.

Zainteresovaní aktéri na lokálnej úrovni s konkrétnymi skúsenosťami s DI rozprávali o procese ako o jave, ktorý dovoľuje ku klientom pristupovať individuálnejšie, v ktorom je možná sústredenejšia terapia a rôzne aktivity pre klientov. V konečnom dôsledku sú klienti nezávislejší a viac sa zapájajú do každodenných aktivít.

Odhliadnuc od jednej účastníčky výskumu, ktorá rozprávala o procese DI ako o niečom, čo vyúsťuje do bývania v domácom prostredí s príbuznými, väčšina účastníkov výskumu bola presvedčená, že nejaká forma ústavnej starostlivosti (podporované bývanie, menšie inštitúcie, skupiny ľudí so zdravotným postihnutím, ktorí bývajú spolu) je nevyhnutná pre to, aby bol proces DI efektívny.

Samotní klienti v procese DI majú dojem, že získali väčšiu kontrolu nad svojimi životmi, viac osobného priestoru a autonómiu, aj keď bývajú v podporovanom bývaní pod supervíziou personálu z inštitúcie.

Inštitúcia a komunitné služby a rozdiely medzi nimi

Medzi všetkými účastníkmi panoval široký konsenzus vo vnímaní inštitúcie a komunitných služieb. Bez ohľadu na to, z ktorej kategórie respondenti boli (celoštátna, regionálna či lokálna úroveň), všetci účastníci vidia veľké rozdiely medzi týmito dvomi typmi starostlivosti poskytovanej ľuďom so zdravotným postihnutím. Keďže na Slovensku ešte neboli komunitné služby efektívne uvedené do praxe, aktéri opisovali ich výhody skôr teoreticky. Avšak na lokálnej úrovni, kde sa proces DI už začal, účastníci vedeli uviesť príklady výhod pre ľudí so zdravotným postihnutím, ktorí žijú v komunitných službách, ako napr. väčšia viditeľnosť klientov v komunite, ich zapájanie sa do širších komunitných aktivít a spoločenská súdržnosť.

Inštitúcie sú vo všeobecnosti vnímané ako **veľmi skostnatené a neflexibilné prostredie**. Na Slovensku sa inštitúcie tradične umiestňovali do veľkých starých budov, napríklad starých odľahlých kaštieľov izolovaných od ostatného obyvateľstva. To takisto negatívne ovplyvnilo ľudí so zdravotným postihnutím a ich šance vstupovať do vzťahov s komunitou. Ich spoločenský život tak bol veľmi obmedzený na vzťahy medzi klientmi a personálom.

Podľa rôznych aktérov sa inštitúcie riadia veľmi prísny a skostnateným režimom, a tým pádom nie sú otvorené zmenám. Účastníci spomínali neschopnosť inštitúcie zohľadňovať individuálne potreby klientov, čo vedie k naučenej pasivite ľudí so zdravotným postihnutím. Navyše respondenti zdôraznili, že inštitúcie sa zameriavajú predovšetkým na zdravotnú starostlivosť.

Naopak, komunitné služby sú vnímané ako **ľudskejší spôsob poskytovania služieb ľuďom so zdravotným postihnutím**. Zahŕňajú individualizovanejší prístup, ktorý vychádza z potrieb a preferencií daného klienta. Keďže sa poskytujú na úrovni komunity, ľudia so zdravotným postihnutím môžu využívať služby pre všetkých obyvateľov komunity, nielen tie, ktoré súvisia s postihnutím (ako napríklad zdravotnícke, sociálne služby či služby v oblasti duševného zdravia).

„Pre mňa znamená hlavne teda pre tých ľudí, podľa mňa, individuálny prístup z hľadiska životných podmienok, takže nie celoplošné poskytovanie služieb vo veľkých zariadeniach, ale priamo pre každého toho klienta prispôbené životné podmienky, ktoré on potrebuje, či už ide o sociálne služby, alebo zamestnávanie, alebo podpora a rôzne, rôzne druhy kompenzácií aby mali teda prístup k tomuto. Aby neboli v rámci toho veľkého zariadenia, kde sa tá individualita jednoducho stráca.“ (predstavitel’/ka štátneho ľudsko-právneho úradu)

V systéme komunitných služieb sa klientom dostávajú iba tie služby, ktoré naozaj potrebujú. To im pomáha budovať si sebavedomie a predchádza sa tým vzniku naučenej závislosti na druhých. Tieto služby spravidla viac zohľadňujú individuálne potreby klientov.

„Dôležité je, aby ten personál sa snažil hľadať individuálne tie možnosti, aby ten človek čo najviac sa dokázal akoby sám rozhodovať vo svojom živote.“ (tvorca/-kyňa politiky na celoštátnej úrovni)

Komunitné služby uplatňujú ľudskejší prístup a rešpektujú pritom ľudské a občianske práva ľudí s postihnutím. Komunitné služby tiež poskytujú príležitosť žiť samostatne – čo zdôrazňovali najmä samotní klienti. Od ústavnej starostlivosti ich odlišuje sloboda pohybu, kontrola nad svojím vlastným životom a väčšie súkromie.

Na rozdiel od ústavnej starostlivosti vytvárajú komunitné služby väčší priestor na to, aby sa ľudia so zdravotným postihnutím zúčastňovali na živote v spoločenstve. Preto účastníci výskumu považujú za dôležité, aby sa služby poskytovali v mieste bydliska klientov.

„Pre mňa, keď je niečo komunitné a má to byť komunitná služba, tak by sa to malo odohrávať v tej komunite, kde ten človek žije. A to je podľa mňa ten rozdiel. Kdežto akákoľvek deinštitúcia (-) ťažké slovo. DI. [smiech] Sa deje mimo bydliska toho človeka a jeho rodiny tak to už nie je žiadna komunitná služba. Ak my zoberieme človeka z Rače a dáme ho do zariadenia v Malackách, zariadenia v Stupave, tak to nie je žiadna komunitná služba, hoc tam bude mať krásny domček aj so záhradou a so sadom.“ (tvorca/-kyňa politiky na lokálnej úrovni)

Deinštitucionalizácia a nezávislý život osôb s rôznymi druhmi a stupňami zdravotného postihnutia

Na teoretickej úrovni sú mnohí aktéri v procese DI presvedčení, že filozofia deinštitucionalizácie a ľudsko-právny prístup vychádza z predpokladu, že DI by mala zahŕňať všetky osoby so zdravotným postihnutím bez ohľadu na druh a stupeň postihnutia. Niektoré zainteresované strany, najmä zástupcovia verejnej správy a organizácie reprezentujúce ľudí s postihnutím a MVO, zastávajú názor, že ľudia s ťažkými formami postihnutia dokážu žiť samostatne v komunite.

V praxi však mnohí respondenti, bez ohľadu na ich profesiu a aktívnu činnosť v procese DI, vidia isté obmedzenia pri rôznych skupinách ľudí so zdravotným postihnutím. Najmä ľudia z praxe, ktorí sú už zapojení do procesu DI, sú presvedčení, že DI nie je vhodná pre ľudí s ťažším stupňom postihnutia. Respondenti vyjadrili nasledujúce názory:

a) DI je vnímaná ako nevhodná pre ľudí s ťažkým postihnutím a imobilných ľudí

Aktéri z obcí a mnohí poskytovatelia služieb zo skúmanej lokality si nevedeli predstaviť, že sa dá docieľiť samostatné bývanie pre imobilných ľudí a tých s ťažkým postihnutím. Rozsah podporných služieb (zdravotných, sociálnych atď.), ktoré totiž potrebujú, je veľmi široký, a preto adekvátne služby dokážu ľuďom s ťažkým postihnutím poskytnúť iba inštitúcie.

Podľa nich im inštitúcie môžu ponúknuť lepšiu kvalitu života, keďže poskytujú zdravotnú starostlivosť a sociálne služby, ktoré by nebolo možné poskytnúť v domácom prostredí. Kvalitu zdravotnej starostlivosti vnímali ako dôležitejšiu než samostatné bývanie.

„Nemôžete na imobilnom oddelení, kde sú klienti imobilní, nepočujúci, nevidiaci a tak ďalej, tak rozhodne prípravu nemôžeme hovoriť o žiadnej príprave, môžeme hovoriť o skvalitnení života, a to je tým spôsobom, že mu zabezpečíme kvalitnú rehabilitáciu.“ (riaditeľ/-ka zariadenia sociálnych služieb)

b) DI je vnímaná ako nevhodná pre ľudí s psychosociálnym postihnutím

Ďalšou skupinou, ktorú účastníci výskumu označili za nevhodnú pre samostatný život v komunite, sú ľudia s psychosociálnym postihnutím. Medzi hlavnými obavami poskytovateľov služieb boli: strach z agresívneho správania; nebezpečenstvo pre seba a iných; zvýšená stigmatizácia a zvýšený strach ľudí z komunity, ktorí by neboli ochotní akceptovať ľudí s psychosociálnym postihnutím.

c) DI je vnímaná ako nevhodná pre ľudí, ktorí prežili v inštitúcii väčšinu svojho života

Starší ľudia a tí, ktorí prežili v inštitúcii väčšinu svojho života, sú ďalšou skupinou, ktorú

respondenti označili za zraniteľnú v súvislosti s DI. Respondenti rozprávali o zvýšenej „naučenej pasivite“, ktorá by celý proces prechodu sťažila.

2.2 Dopad deinštitucionalizácie

DI je momentálne v procese implementácie a doteraz nebola nezavŕšená. Rané fázy procesu však mali rozličný dopad na zúčastnených aktérov.

Zástupcovia samospráv (krajských a miestnych) spomenuli mnohé problémy, ktoré vyplývali z nedostatočnej informačnej kampane. Na implementáciu DI majú dopad aj **negatívne postoje ľudí**.

„Keď sme vybrali jedno [zariadenie], ktoré sa nám najlepšie hodilo aj z hľadiska najnižšieho veku klientov, odmietli to obyvatelia z okolia. Bolo to v [lokalita], písali aj poslancovi VÚC za miestnu časť, museli sme im odpisovať, ani to neprijali. Rodičia boli proti. Nevieť, či tam zlyhala komunikácia (personál, VÚC, rodičia), hneď bol k tomu zamietavý postoj. Tam sa to ani nezrealizovalo. [...] Mali sme s tým na začiatku veľké problémy. Celé oddelenie sme do toho boli zapojení.“ (tvorca/-kyňa politiky na regionálnej úrovni)

Poskytovatelia služieb tiež potvrdili, že negatívne postoje a neporozumenie účelu a filozofie DI majú negatívny dopad na ich prácu. Ľudia so zdravotným postihnutím sa však postupne „zviditeľňujú“ a zapájajú do rôznych aktivít, organizovaných pre celú komunitu. Postoje verejnosti sa tak zmenili na kladné v dôsledku procesu DI.

„To, že sú vonku, že sa aktivizuje tá forma, že môžu ísť a sami existovať. Si myslím, vrátim sa k tomu naspäť, že je to potrebné kvôli tomu, ani nie tak, aj kvôli nim samozrejme, ich osobná stránka sa zlepšuje, ale ide skôr, ja si myslím aj o to dobro, že ľudia sú viac a viac v kontakte. Lebo naozaj, sme malomesto a poznáme to ako to je. Niekedy sa stáva to, že si závidíme aj nos medzi očami. Ja to poviem na rovinu, ja s tým nemám problém, je to tak v [meste]. Ja si myslím, že je to smerodajné k tomu, že čím viac a že sa osamostatňujú a sa ukazujú, tým aj tí ľudia začínajú potom inak vnímať tú situáciu, ktorá tu nastala.“ (člen/-ka komunity)

Ďalším pozitívnym dopadom procesu DI bola príležitosť pre rozličných aktérov na lokálnej úrovni (ako napríklad poskytovateľov služieb či úradníkov), aby **sa zdokonalili v oblasti poskytovania komunitných služieb** a aby **posilnili spoluprácu medzi rôznymi aktérmi**. Niektorí sa vďaka účasti v DI dostali do zahraničia, kde sa mohli učiť z príkladov dobrej praxe.

Na osobnej úrovni sa poskytovatelia sociálnych služieb naučili uplatňovať **individualizovaný prístup ku klientom**.

Neexistencia komunitných služieb mala negatívny vplyv na prácu jednotlivých poskytovateľov služieb. Na jednej strane sa inštitúcie rozdelili buď na menšie jednotky, alebo pokračujú ďalej iba ako administratívne strediská. Na druhej strane však samy potrebujú vytvoriť komunitné služby, keďže túto úlohu na seba nevezal ani štát, ani miestna samospráva.

„[A]j my sme momentálne v tom, že zmenšili sme zariadenie a my musíme jednoducho vytvárať podporné služby, lebo nemáme agentúru pre podporované zamestnávanie, nemáme rehabilitačné strediská, chránené dielne a jednoducho sú to subjekty, ktoré my potrebujeme v tom priestore. A potrebujeme, aby žili a proste, aby fungovali.“ (riaditeľka zariadenia sociálnych služieb)

Hoci má proces DI dopad na prácu poskytovateľov služieb a iných zainteresovaných ľudí, DI **najvýraznejšie ovplyvňuje životy samotných ľudí so zdravotným postihnutím**. Podľa zamestnancov inštitúcie v skúmanej lokalite sa ich životy výrazne zlepšili.

„Hej, lebo oni proste prišli na to, že ten ich život je proste podobný nášmu, hej, že my chodíme k nim do práce, chodíme z tade, ideme domov k rodine a oni už napríklad, jak do tých bytov z mesta keď idú, tak oni večer už povedia, že poďme spať, lebo ráno treba vstávať do práce, že vidia, že ten ich život sa trošku podobá tomu nášmu.“ (pracovník/-čka sociálnych služieb)

Všetci ľudia so zdravotným postihnutím, ktorí sa zúčastnili výskumu, zhodnotili proces DI ako kladný. DI mala podľa nich významný vplyv na ich životy. Čím nezávislejšie žijú mimo inštitúcie, tým je kvalita ich života lepšia. Pozitívne účinky je možné zhrnúť ako: možnosť robiť vlastné rozhodnutia a mať väčšiu kontrolu, vyššia sebaúcta a sebestačnosť, lepšia interakcia s ostatnými obyvateľmi v komunite. Pozitívny účinok DI respondenti taktiež opisovali slovami ako väčšia viditeľnosť ľudí so zdravotným postihnutím, udržiavanie kontaktu s ľuďmi z komunity a účasť na rozličných kultúrnych aktivitách, ktoré organizovala komunita alebo obecný či mestský úrad.

3. ZÁKLADNÉ VLASTNOSTI PROCESU DEINŠTITUCIONALIZÁCIE

ZÁKLADNÉ VLASTNOSTI	HÝBATEĽ ZMIEN	BARIÉRA
3.1 Závazok k deinštitucionalizácii	3.1.1 Medzinárodný záväzok Slovenska plniť práva osôb so zdravotným postihnutím prostredníctvom implementácie procesu DI 3.1.2 Národné strategické dokumenty (stratégie, akčné plány) a príslušné novely zákonov s cieľom podporiť proces DI 3.1.3 Záväzok samosprávnych krajov posúvať proces DI ďalej 3.1.4 Záväzok realizovať DI zo strany manažmentu inštitúcie	3.1.5 Nedostatočne jasný záväzok a neúspešná implementácia procesu DI zo strany štátu 3.1.6 Nedostatok odhodlaných a vyškolených zamestnancov 3.1.7 Nepriaznivé nastavenie voči eurofondom, korupcia a "sivá politika"
3.2 Dostupnosť poradenstva ako podporný faktor v procese deinštitucionalizácie	3.2.1 Pozitívne príklady DI zo zahraničia 3.2.2 Výmena informácií medzi inštitúciami a úradmi samosprávnych krajov 3.2.3 Tréningy a konzultácie počas Národného projektu DI	3.2.4 Nedostatok informácií o procese DI a nedostatok poradenstva 3.2.5 Nedostatok riadnej a adekvátnej prípravy 3.2.6 Diskontinuita v implementácii Národných projektov DI 3.2.7 Nedostatok praktických informácií/príkladov dobrej praxe
3.3 Aktívna spolupráca ľudí zapojenými do procesu deinštitucionalizácie	3.3.1 Spolupráca inštitúcie v DI so svojím zriaďovateľom 3.3.2 Kooperácia ďalších relevantných zainteresovaných strán na miestnej úrovni 3.3.3 Spolupráca inštitúcií a MVO/reprezentatívnych organizácií ľudí so zdravotným postihnutím	3.3.4 Nepostačujúca komunikácia 3.3.5 Nepostačujúca aktívna spolupráca medzi celoštátnou, regionálnou, miestnou úrovňou
3.4 Zmena v postojoch voči ľuďom so zdravotným postihnutím	3.4.1 Zmena v postojoch miestnych obyvateľov 3.4.2 Zmeny v postojoch personálu inštitúcie voči procesu DI 3.4.3 Očakávania ľudí so zdravotným postihnutím a ich rodín, že proces DI sa zavedie do praxe	3.4.4 Postoje zamestnancov 3.4.5 Postoje komunity a rodiny 3.4.6 Obavy klientov a naučená závislosť
3.5 Praktická organizácia procesu deinštitucionalizácie process	3.5.1 Uplatňovanie nových pracovných metód a organizácia práce 3.5.2 Vyšší pomer odborného personálu, aby bolo možné vytvoriť transformačný tím 3.5.3 Dostupné finančné zdroje na pokrytie zvýšených nákladov nevyhnutných pri transformačnej fáze	3.5.4 Nedostatok financií na transformáciu inštitúcií na komunitné služby a ich udržateľnosť 3.5.5 Nedostatok komunitných služieb a nedostupné všeobecné služby 3.5.6 Nedostatok príležitostí na ďalšiu integráciu 3.5.7 Zbavenie spôsobilosti na právne úkony 3.5.8 Bariéry v právnom prostredí a byrokratická záťaž

3.1 Závazok k deinštitucionalizácii

3.1.1 Hýbateľ zmien 1 – Medzinárodný záväzok Slovenska plniť práva osôb so zdravotným postihnutím prostredníctvom implementácie procesu DI

Mnohí účastníci výskumu, najmä tí najaktívnejší a najodhodlanejší v oblasti DI, prízvukovali význam medzinárodného záväzku. Ľudsko-právna perspektíva ukotvená v Dohovore o právach ľudí so zdravotným postihnutím, ktorý Slovensko ratifikovalo v roku 2010, slúži ako významný zdroj motivácie.

„Tak skôr hovoríme o samospráve, ktorá porozumela tomu, čo znamená proces transformácie sociálnych služieb, proces deinštitucionalizácie, ale v prvom rade porozumela, čo znamená euh.. byť... euh... ako keby ten... ktorý... euh... vníma, že práva ľudí so zdravotným postihnutím sú veľmi dôležité... je to ako keby... ako keby povinnosť tej samosprávy... plniť Dohovor... o právach ľudí so zdravotným postihnutím... opčný protokol... že to... oni to nevnímajú ako niečo, čo musia urobiť, ale chcú urobiť, lebo to sú ich občania, pre ktorých to robia.“ (tvorca/-kyňa politiky na regionálnej úrovni)

3.1.2 Hýbateľ zmeny 2 – Národné strategické dokumenty (stratégie, akčné plány) a príslušné novely zákonov s cieľom podporiť proces DI

Predstavitelia úradov na celoštátnej úrovni za hýbateľ procesu prechodu označili strategický rámec, najmä Stratégiu deinštitucionalizácie, ktorú schvália vláda (podrobnejšie pozri Kapitolu 1). Okrem relevantných strategických dokumentov podľa nich procesu DI napomáhajú aj novely existujúcich zákonov, keďže predchádzajú opätovnému vzniku nových veľkokapacitných zariadení a uprednostňujú komunitné sociálne služby pred ústavnými sociálnymi službami.

3.1.3 Hýbateľ zmeny 3 – Záväzok samosprávnych krajov posúvať proces DI ďalej

Keďže poskytovanie sociálnych služieb je na Slovensku decentralizované, pri ich organizácii zohrávajú významnú úlohu samosprávne kraje. Výskum ukázal, že nie všetky kraje podporujú proces DI rovnako. Niektoré kraje proti nemu vystupujú, zatiaľ čo iné sa aktívne zasadujú o to, aby sa proces posúval ďalej. Nielen že zahrnuli problematiku deinštitucionalizácie do svojich krajských strategických dokumentov, ale aj prijali opatrenia a vyvíjajú aktivity, aby proces DI pokračoval aj v praxi.

Niekoľko zástupcov inštitúcií a samosprávnych krajov tvrdí, že je veľa malých opatrení, ktoré sa dajú spraviť bez toho, aby bolo treba investovať veľké sumy peňazí. Hovoria, že hoci nie je isté, či Národný projekt DI bude mať pokračovanie, dajú sa podniknúť aspoň malé kroky – plniť transformačné plány, zabezpečiť výmenu informácií medzi inštitúciami a podporovať vznik komunitných sociálnych služieb.

„Momentálne sú samosprávne kraje vedené hlavne svojou motiváciou a sú schopné prijímať aspoň malé opatrenia, napríklad my sa snažíme o rozvoj komunitných služieb už šesť alebo sedem rokov.“ (tvorca/-kyňa politiky na regionálnej úrovni)

3.1.4. Hýbateľ zmeny 4 – Záväzok realizovať DI zo strany manažmentu inštitúcie

Rozhodujúcim predpokladom pri implementácii procesu DI, v situácii nevelmi priaznivých podmienok, sa ukázal byť záväzok manažmentu inštitúcie, keďže do jeho pôsobnosti spadá veľa úloh.

Okrem komunikácie so zriaďovateľom vstupujú zariadenia do súčinnosti s ostatnými miestnymi aktérmi, miestnou samosprávou a komunitou. Manažment musí sledovať a motivovať svojich zamestnancov, aby sa aktívne zúčastňovali procesu DI. Terénny výskum ukázal, že na motivácii inštitúcie začať s procesom DI sa podieľalo niekoľko faktorov. Niektoré inštitúcie boli dotlačené do procesu bez toho, aby ho mali šancu odmietnuť. Ďalšie inštitúcie sa obávali penalizácie, ak sa odmietnu zúčastniť na projekte, napríklad tým, že im zredukujú personál. Iné inštitúcie využili túto príležitosť na to, aby zlepšili svoje pracovné podmienky, najmä čo sa týka renovácie pracovísk. A nakoniec sa na motivácii a záväzku zapojených inštitúcií podieľala skutočnosť, že chceli zvýšiť kvalitu sociálnych služieb pre klientov. Taktiež vnímali proces DI ako profesionálnu výzvu.

NÁDEJNÁ PRAX

Najlepšia prax procesu DI na Slovensku – Deinštitucionalizácia Domova sociálnych služieb Slatinka

Domov sociálnych služieb Slatina – DSS Slatinka – je v procese DI od roku 2008 a momentálne má 69 klientov, z toho 15 osôb s ťažkým postihnutím stále žije v zariadení. Ďalších klientov postupne premiestňujú do podporovaných bytov či menších budov v centre mesta. V súčasnosti má DSS Slatinka osem bytov podporovaného bývania, jedna budova slúži ako zariadenie, denné a týždenné centrum a ešte dva ďalšie komplexy.²⁸

Proces DI v zariadení Slatinka sa začal z ich vlastnej iniciatívy zlepšiť život svojich klientov. Postupne podporovali svojich klientov v dosahovaní nezávislosti a života v komunite.

V roku 2013 sa zapojili do Národného projektu DI pod vedením Implementačnej agentúry Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny. V rámci neho dostali podporu vo forme prípravy manažmentu a zamestnancov.²⁹ Podobne ako ostatné inštitúcie zapojené do Národného projektu, ani DSS Slatinka nikdy nepristúpil k nasledujúcej etape procesu – k fyzickej transformácii. V ich prípade to však zapríčinila skutočnosť, že predseda samosprávneho kraja stopol financovanie z eurofondov.

Niekoľko účastníkov výskumu (reprezentatívne organizácie ľudí so zdravotným postihnutím, poskytovatelia služieb a tvorcovia politiky) a iné zariadenia v procese DI vnímali DSS Slatinku ako nádejnú prax z niekoľkých dôvodov. Predovšetkým DSS Slatinka dosiahla merateľné výsledky napriek tomu, že proces DI financovali zo svojich vlastných zdrojov – použili naň financie vyčlenené z rozpočtu samosprávneho kraja a peniaze z grantov z rôznych iných projektov, najmä z fondov Iniciatívy za duševné zdravie pri Nadácii otvorenej spoločnosti. Zariadenie dlhé roky spolupracuje s Nadáciou SOCIA, ktorá aktívne podporuje proces DI aj na celoštátnej úrovni. Navyše sa im podarilo vyťahovať väčšinu svojich klientov zo starého kaštieľa do menších nehnuteľností po meste, a to všetko bez akejkoľvek finančnej pomoci z európskych štrukturálnych fondov.

Ďalším výsledkom transformačného procesu DSS Slatinka, ktorý spomenul jeden z účastníkov výskumu je, že si ich klienti, predtým ohodnocovaní ako vysoko odkázaní na starostlivosť, po premiestnení do komunitných podporovaných služieb v Lučenci

²⁸ Brichtová, L., Filipová, M., Končeková, D., Kopcová, E., Samová, M. (2015), *Záverečná hodnotiacia správa. Národný projekt Podpora deinštitucionalizácie a transformácie systému sociálnych služieb v Slovenskej republike*, Bratislava, Implementačná agentúra Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny, s. 128.

Podrobnejšie o procese DI v DSS Slatinka pozri Holúbková, S., a Ďurana, R. (2013), *Odvaha na nové služby*, Bratislava, INESS, s. 28 alebo SOCIA (2015), ['Simple happiness'](#).

²⁹ Implementačná agentúra Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny, [Základné informácie](#).

vyvinuli zručnosti v oblasti nezávislého života a momentálne bývajú takmer úplne samostatne.

Jeden účastník výskumu z mimovládneho sektoru vypíchal aj ďalšiu dôležitú črtu príbehu Slatinky: zariadenie tiež dovoľuje svojim klientom, aby sa aktívne angažovali v presadzovaní svojich práv. Klienti DSS Slatinka sa zúčastnili vypočutia Slovenskej republiky pred zasadnutím Výboru OSN pre práva osôb zo zdravotným postihnutím. Počas brífingu rozprávali o tom, aký dopad na ich životy má transformačný proces a o tom, čím všetkým prešli.

3.1.5. Bariéra 1 – Nedostatočne jasný záväzok a neúspešná implementácia procesu DI zo strany štátu

Takmer všetky kategórie respondentov zastávali názor, že proces DI pre osoby so zdravotným postihnutím nie je na Slovensku prioritnou otázkou, a dokonca sa vníma ako „nevyhnutné zlo“. Ani jeden popredný politik si ho tiež nevytýčil ako okruh svojho záujmu. Hlavnou motiváciou k odštartovaniu procesu bol fakt, že Európska komisia zmrazila štrukturálne fondy, keď komisár Vladimír Špidla podal správu³⁰ o plynutí eurofondov do veľkých inštitúcií s úhrnnou kapacitou 3000 ľudí.

„Myslím si, že nie je. Projektu deinštitucionalizácie chýba politická podpora evidentne.“ (predstavitel’/-ka mimovládnej organizácie)

Absencia ozajstného politického odhodlania sa podľa účastníkov výskumu odzrkadľuje v nedostatočnej implementácii národných právnych a strategických dokumentov týkajúcich sa DI. Rôzne skupiny respondentov zhodnotili, že napriek tomu, že sú národné akčné plány a stratégie súvisiace s DI kvalitne vypracované a majú pozitívny vplyv na proces DI, chýba im právna vymožitelnosť prostredníctvom sankcií, jasný a presný časový harmonogram a tiež vydelené finančné zdroje od štátu. Respondenti tiež zdôraznili, že proces DI je dobre rozpracovaný na papieri, ale v skutočnosti sa implementuje iba formálne.

„Papierovo sa nachádzame ďaleko. Lebo máme stratégiu deinštitucionalizácie, ktorá [...] je dokonca uvádzaná ako príklad dobrej praxe, že tak by to malo byť máme národné priority, ktoré hovoria o tom, že chceme podporovať komunitné služby, máme v zákone viacero [...] aspoň takých prvých náznakov toho, že nie je možné registrovať nové domovy sociálnych služieb. Sú tam nejaké obmedzenia kapacity, sú tam tieto podmienky kvality, individuálne plánovanie. Na papieri sme ďaleko. V implementácii sme veľmi pozadu. Hej, že, [...]čo súvisí s tým, že je nevyhnutné zmeniť systém posudzovania odkázanosti, financovanie sociálnych služieb, a chýba tu aktívna ako podpora.“ (predstavitel’/-ka mimovládnej organizácie).

To v konečnom dôsledku spôsobuje, že proces DI je veľmi pomalý na regionálnej a miestnej úrovni a podstupuje ho veľmi málo inštitúcií (v porovnaní s napr. deinštitucionalizáciou systému náhradnej starostlivosti). Mestá a kraje nie sú nútené implementovať stratégie, ani podstupovať proces DI a môžu dokonca z krajského či miestneho rozpočtu financovať a podporovať aktivity, ktoré sú v rozpore s DI (napríklad investujú do modernizácie jestvujúcich inštitúcií namiesto do podpory komunitných sociálnych služieb).

³⁰ Špidla, V. (2009), *Správa ad-hoc expertnej skupiny o prechode z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť* (Report of the Ad Hoc Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care), Brusel, Európska komisia.

3.1.6 Bariéra 2 – Nedostatok odhodlaných a vyškolených zamestnancov

Ďalším problémom, ktorý účastníci výskumu identifikovali, a to na celoštátnej i miestnej úrovni, je nedostatok vyškolených a odhodlaných zamestnancov, ktorí by boli priaznivo naklonení myšlienke deinštitucionalizácie. Existuje niekoľko dôvodov, prečo zamestnanci/-kyne (a riaditelia/-lky inštitúcií) pristupujú skepticky k procesu DI: absencia celoštátnej kampane, ktorá by informovala všetky relevantné zainteresované strany o jeho výhodách, chýbajúce skúsenosti s DI vrátane nedostatku úspešných prípadových štúdií. Ďalšia identifikovaná bariéra vo výskume sa vzťahuje na nízke platy personálu v oblasti sociálnych služieb, ktorá vedie k veľmi nízkemu počtu kvalifikovaných a školených mladých zamestnancov. V mnohých slovenských regiónoch s vyššou nezamestnanosťou sa zamestnanci taktiež boja, že stratia prácu alebo im chýba ochota zmeniť svoje pracovné návyky.

Ako poznamenal/-a politický/-á predstaviteľ/-ka na celoštátnej úrovni, dlhoročná inštitucionálna kultúra vyústila do situácie, v ktorej zamestnanci nadobudli naučené stereotypy a stabilizovaný pracovný štýl. Tie sa však teraz musia do veľkej miery meniť, vrátane pohľadu na ľudí so zdravotným postihnutím.

„Zariadenia majú svoje stereotypy, ktoré aj tí zamestnanci neradi by zmenili. Môže to byť pre nich problém, môže to byť statusový problém. Zdravotné sestry chodia v bielych plášťoch a (nie sú veľmi akoby) nechápu, prečo by si ich mali dať dole, však pre nich je to ochranný odev.“ (tvorca/-kyňa politiky na celoštátnej úrovni)

3.1.7 Bariéra 3 – Nepriaznivé nastavenie voči eurofondom, korupcia a „sivá politika“

Prvý Národný projekt DI začal s 10 inštitúciami a zamestnancov inštitúcií vybavil mäkkými zručnosťami. V nasledujúcej fáze sa malo pristúpiť k financovaniu fyzickej transformácie inštitúcií na komunitné podporované bývanie. Fyzická transformácia sa však v rámci Národného projektu z rôznych dôvodov v tom čase neudiala v žiadnej inštitúcii.

Jeden z dôvodov, ktorý uviedli účastníci výskumu, sa vzťahuje na špecifické problémy v niektorých samosprávnych krajoch – ide buď o nepriaznivé či nevraživé reakcie, alebo predpokladanú korupciu v procese verejného zaobstarávania.

Fyzickú transformáciu dvoch inštitúcií v banskobystrickom kraji bezprostredne ovplyvnili nepriaznivé aktivity samosprávy pod vedením župana s krajne pravicovým politickým zázemím. Župan odmietol podpísať čerpanie eurofondov pre dve inštitúcie v kraji z dôvodu jeho antisystémového svetonázoru a jeho opovržlivého postoja voči ľuďom so zdravotným postihnutím.³¹

Niektorí respondenti uvádzali, že proces DI na Slovensku bezprostredne brzdí predpokladaná prítomnosť korupcie a „sivej politiky“:

„A to je taká výzva, že robíte s tými ľuďmi, robíte s tým zariadením a motivujete klientov, máte pripravených klientov, máte pripravených zamestnancov, a potom zrazu, niečo niekde v pozadí sa udeje medzi VÚCKou a tým riaditeľom a proste nič [...] A akože, taká tá šedá politika, čo je za tým, že to je taká tá výzva, že s tým robiť.“ (predstaviteľ/-ka mimovládnej organizácie)

³¹ Pozri napríklad: SITA (2014), [Kotleba má výhrady k projektu, BBSK môže prísť o eurofondy](#), WebNoviny, 10. október 2014.

3.2 Dostupnosť poradenstva ako podporný faktor v procese deinštitucionalizácie

3.2.1 Hýbateľ zmeny 1 – Pozitívne príklady DI zo zahraničia

Všetky kategórie účastníkov výskumu za veľmi dôležitý hýbateľ procesu DI označili šancu vidieť pozitívne príklady DI zo zahraničia. Niekoľko účastníkov výskumu (predstavitelia mimovládnych organizácií, inštitúcií, verejnej správy) mali príležitosť navštíviť rôzne transformované inštitúcie či komunitné sociálne služby v Českej republike, Nórsku alebo v iných krajinách. Počas týchto návštev získali praktické informácie a rady a posilnili sa ich osobná motivácia.

Pri pozitívnych príkladoch zo zahraničia respondenti podčiarkovali, že je dôležité, ak majú rôzne kategórie aktérov príležitosť nadobudnúť skúsenosti z prvej ruky. Zo skúmanej lokality navštívil vzorové miesta v zahraničí nielen manažment inštitúcie, ale aj personál spolu s predstaviteľmi zo samosprávy. To, že videli pozitívne príklady a získali praktické know-how, viedlo v očiach respondentov k posilnenej kooperácii pri plánovaní a implementácii jednotlivých krokov transformácie inštitúcie.

3.2.2 Hýbateľ zmeny 2 – Výmena informácií medzi inštitúciami a úradmi samosprávnych krajov

V respondenti skôr hovorili o sporadickej výmene informácií medzi jednotlivými zariadeniami a krajinami, účastníci výskumu identifikovali aj dobré príklady. Predstavitelia samosprávnych krajov spomenuli pravidelné stretnutia samosprávnych krajov, kde sa diskutuje o problémoch súvisiacich s poskytovaním sociálnych služieb. Tie tiež slúžia ako platforma na výmenu informácií týkajúcich sa procesu DI.

NÁDEJNÁ PRAX

Konferencia *Dobrá prax* – naša inšpirácia

Konferencia *Dobrá prax* sa organizuje každý rok od roku 2009 Trnavským samosprávnym krajom a Trnavskou univerzitou. Cieľom konferencie je zhromaždiť rôznych aktérov z oblasti sociálnej a komunitnej práce (z akademického prostredia, mimovládneho sektoru, verejnej správy a súkromného sektoru), aby mohli diskutovať o aktuálnych výzvach a dobrej praxi v poskytovaní sociálnych a komunitných služieb. Ľudia z rôznych oblastí tak majú príležitosť učiť sa jeden od druhého a nadviazať vzťahy pre budúcu spoluprácu. Niekoľko respondentov spomenulo túto konferenciu ako príklad veľmi dobrej praxe, kde je možné vzájomné zdieľanie skúseností aj v procese deinštitucionalizácie sociálnych služieb pre osoby so zdravotným postihnutím.

Čo sa týka spolupráce vrámci krajov, samosprávne kraje organizujú stretnutia pre predstaviteľov inštitúcií, ktoré spravujú. Na týchto stretnutiach si inštitúcie v procese DI vymieňajú svoje skúsenosti a poznatky a posúvajú informácie ďalším inštitúciám, v ktorých sa proces DI ešte nezačal.

Počas Národného projektu DI vzniklo niekoľko dokumentov, ktorých úlohou bolo usmerňovať ďalšie inštitúcie v plánovaní a implementovaní budúcich aktivít spojených s DI. Tieto dokumenty vychádzajú z poznatkov a skúseností získaných počas Národného projektu DI a sú k dispozícii širokej verejnosti na stránke Implementačnej agentúry.³² Aktéri na regionálnej a lokálnej úrovni však zastávajú názor, že komunikácia a zdieľanie

³² Implementačná agentúra Ministra práce, sociálnych vecí a rodiny, [Národný projekt podpora procesu deinštitucionalizácie a transformácie systému sociálnych služieb](#).

informácií počas implementácie Národného projektu DI mohli byť intenzívnejšie, a niektorí z nich dokonca považujú projekt za premárnenú šancu na vzájomné učenie sa z procesu.

3.2.3 Hýbateľ zmeny 3 – Tréningy a konzultácie počas Národného projektu DI

Napriek mnohým nedostatkom respondenti ohodnotili tréningy a konzultácie počas Národného projektu DI ako dôležitý hýbateľ zmeny. Identifikovali dvojaký pozitívny účinok: poskytli im poradenstvo v oblasti praktických pracovných metód a krokov v rámci procesu DI, a taktiež prispeli k postupnej zmene chápania a vnímania ľudí zapojených do DI, ktorí si takto ozrejmili rozdiely medzi ústavnými sociálnymi službami a komunitnými službami.

Zamestnanci sa na tréningoch školili v tom, ako uplatňovať individuálny prístup, vypracovávať individuálne plány a využívať iné metódy práce. V rámci projektu boli rozpracované transformačné plány vo vzájomnej spolupráci inštitúcií, ich zriaďovateľov (krajmi) a odborníkov zapojených v projekte.

3.2.4 Bariéry 1 – Nedostatok informácií o procese DI a nedostatok poradenstva

Respondenti naprieč všetkými skupinami, ktoré sa zúčastnili výskumu, uviedli, že im chýbali informácie a poradenstvo zo strany zodpovednej štátnej agentúry (Implementačná agentúra Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny). Túto skutočnosť respondenti identifikovali ako zásadný problém aj na miestnej úrovni. Inštitúcie, ktoré sa zúčastnili prvého Národného projektu DI, poukázali na to, že Implementačná agentúra zlyhala v komunikácii a poskytnutí pokynov v procese. V dôsledku toho inštitúcie nedisponovali dostatočnými informáciami ohľadom budúcnosti a udržateľnosti procesu. Nedostatok informácií o procese DI bol ešte viditeľnejší pri komunikácii s respondentmi z inštitúcie vo výskumnej lokalite, ktorá sa Národného projektu DI nezúčastnila.

3.2.5 Bariéry 2 – Nedostatok riadnej a adekvátnej prípravy

Pri hodnotení Národného projektu DI účastníci výskumu zdôraznili nedostatok koordinácie a riadnej prípravy. Navyše sa projekt spustil s dlhým omeškaním, takže na implementáciu v konečnom dôsledku zostalo jeden a polroka namiesto troch. To viedlo k zmätku a výrazne podkopalo potenciál celého projektu, zamestnancov to ochromilo a niektorí boli dokonca v šoku. Projekt tak mal nepriaznivé účinky. Jeden z respondentov to popisuje nasledovne:

„A viete, odtiaľ [z Implementačnej Agentúry] v podstate jednoducho nedostatok informácií. Myslím si, že nejaká tá predstava, ktorá myslím vznikla na začiatku, ktorá absolútne vlastne ako keby v podstate nekorespondovala s realitou. Jednoducho, ako keby filozofia, ktorá sa nabrala absolútne nerešpektovala to, že - 'Počkaj, počkaj, však tí ľudia v živote o DI nepočuli'. Hej? [...] A najťažšie sa mení myslenie ľudí.“ (tvorca/-kyňa politiky na regionálnej úrovni)

Nutnosť rýchlo ukončiť prvý projekt spôsobila to, že tréningy museli byť rýchle. Navyše poskytovatelia služieb zastávali názor, že zhustené harmonogramy a požiadavka rýchlej implementácie škodili riadnej implementácii a príprave klientov. Na rozdiel od štátnych úradov boli poskytovatelia služieb toho názoru, že proces by mal byť pomalší a prebiehať v niekoľkých krokoch.

3.2.6 Bariéra 3 – Diskontinuita v implementácii Národných projektov DI

Ako sa už spomínalo vyššie, zavádzanie prvého Národného projektu DI³³, do ktorého sa zapojilo desať inštitúcií, sprevádzali početné problémy, medzi inými, meškajúce spustenie aktivít, nedostatok riadnej prípravy a chvatné tréningy. Žiadna inštitúcia nedosiahla fázu fyzickej transformácie a z Integrovaného regionálneho operačného programu (IROP) sa z rôznych príčin nečerpali zdroje.

To sa ukázalo aj na miestnej úrovni – zamestnanci v skúmanej lokalite uviedli, ako ich demotivovala skutočnosť, že boli na niekoľkých tréningoch, ale nepociťovali kontinuitu procesu DI. Keďže pilotný projekt mal projektový charakter, chýbal mu rozmer udržateľnosti. Jeden zástupca mimovládnej organizácie sa vyslovil, že hoci sa dozvedeli veľa nových informácií o nových metódach práce, chýbal im jasne vyslovený záväzok na celoštátnej úrovni, ktorý by zaručil, že proces DI bude pokračovať aj v budúcnosti.

Ďalšia obava, ktorú vyjadril jeden z predstaviteľov MVO je, že diskontinuita v národných projektoch môže v praxi viesť k nesystrémovnej implementácii DI (konkrétne transformácia bez prípravy, transformačné plány nižšej kvality a podobne) v niektorých lokalitách.

3.2.7 Bariéra 4 – Nedostatok praktických informácií/príkladov dobrej praxe

Zamestnanci taktiež hovorili o tom, že v tréningoch chýbali praktické informácie, pretože nemali žiadne predošlé skúsenosti s procesom DI. Tiež im chýbala kontinuálna supervízia počas procesu po skončení projektovej fázy a „manuál“, v ktorom by bolo krok po kroku opísaný priebeh procesu. Zamestnancom chýbali príklady dobrej praxe z iných inštitúcií či krajín a toho, „ako to môže prebiehať v praxi“. Tento problém sa tiež objavil najmä v súvislosti so začlenením klientov s ťažkým a kombinovaným postihnutím počas transformácie inštitúcie.

„Ja si myslím, že oni to nezvládnu sami, že to nové im začína a keď nebude niekto, kto by im pomáhal, ale zmysluplne, ktorý, človek ktorý už tým prešiel, takže oni ako potom, nie že to vzdajú, vzdať to už nemôžu, ale, no budú sa trápiť.“ (predstaviteľ/-ka mimovládnej organizácie)

3.3 Aktívna spolupráca ľudí zapojenými do procesu deinštitucionalizácie

3.3.1 Hýbateľ zmeny 1 – Spolupráca inštitúcie v DI so svojim zriaďovateľom

Keďže väčšinu pobytových zariadení pre ľudí so zdravotným postihnutím zriaďujú regionálne úrady (samosprávne kraje), spolupráca medzi inštitúciou a príslušným úradom samosprávneho kraja je pri transformačnom procese považovaná za kľúčovú.

Podľa predstaviteľov a predstaviteľiek inštitúcií zapojených do Národného projektu DI, podpora a asistancia, ktorú dostali od príslušných samosprávnych krajov, sa dosť líšila. Niektoré inštitúcie zapojené do projektu priznali, že od príslušných krajov nedostali dosť podpory, ďalšie, vrátane skúmanej lokality, mali so svojimi zriaďovateľmi veľmi úzku spoluprácu nielen počas implementácie projektu, ale aj neskôr, pri plánovaní ďalších krokov a aktivít v rámci procesu DI. V prípade skúmanej lokality samosprávny kraj asistoval pri plánovaní krokov transformačnej fázy a neskôr sa rozhodol financovať zvýšené náklady na transformáciu zo svojho vlastného rozpočtu, aby bolo v lokalite možné pokračovať s procesom. Účastníci zo skúmanej lokality tento fakt hodnotili veľmi kladne.

³³ Implementačný agentúra Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky, *Národný projekt Podpora deinštitucionalizácie a transformácie systému sociálnych služieb*, dostupný na: <https://www.ia.gov.sk/sk/narodne-projekty/programove-obdobie-2007-2013/narodny-projekt-di>

„Je to [pozn. DI] proste na ľudoch, ktorí to robia, ktorí pochopili, že to jednoducho má zmysel, že naozaj [...] dá sa skvalitniť život, dá sa v podstate naozaj urobiť život pre tých ľudí krajším, a že tí ľudia s postihnutím dokážu existovať. Tak je to na tých takých nadšencoch, ktorí to robia. A ešte možno na tom, či naozaj vlastne v tej ktorej samospráve, lebo to je tiež veľmi dôležitá dôležitá stamadž je politická podpora, aby v podstate ten proces v tom svojom regióne podporovala. U nás, musím teda povedať, že naozaj vlastne ak by [...] tým že tá podpora je, tak naozaj podarilo sa urobiť vlastne v inštitúcii v podstate vlastne to, čo sa podarilo urobiť. Pokiaľ nie, tak jednoducho dnes sme takisto aj my by sme boli v štádiu, že sme že sme sa vyškolili a to je všetko.“ (tvorca/-kyňa politiky na regionálnej úrovni)

3.3.2 Hýbateľ zmeny 2 – Kooperácia ďalších relevantných zainteresovaných strán na miestnej úrovni

Na základe skúseností predstaviteľov inštitúcií zapojených do DI, inštitúcie v „transformácii“ sa musia otvoriť lokalite, nadviazať nové formy komunikácie a posilniť vzťahy s inými miestnymi aktérmi. Účastníci výskumu spomínali nasledujúce výhody. Po prvé, je to dôležité, pretože inštitúcia potrebuje šíriť informácie o procese DI a všetkých aspektoch, ktoré s ním súvisia. Po druhé, inštitúcia musí preskúmať všetky relevantné lokálne zdroje, ktoré by sa mohli zaangažovať do procesu DI. To znamená, že cieľom inštitúcie nie je iba fyzické premiestnenie klientov do samostatných/chránených bytových jednotiek a hľadanie nových nehnuteľností, ale tiež plánovanie asistencie a služieb nevyhnutných pre klientov.

Na to, aby inštitúcia v skúmanej lokalite mohla pokračovať s procesom DI, využila jestvujúce väzby na iných relevantných miestnych aktéroch. O procese DI informovala ostatných miestnych aktéroch na tzv. komunitných stretnutiach, kde sa relevantní zástupcovia organizácii aktívnych v meste pravidelne stretávajú, aby diskutovali o rôznych problémoch. Za spolupráce miestneho úradu a pomocou financií od zriaďovateľa (samosprávneho kraja) sa inštitúcii podarilo kúpiť v meste byty, v ktorých zriadili podporované bývanie. Inštitúcia tiež rozvinula spoluprácu s inými miestnymi organizáciami, napr. s miestnou knižnicou a Centrom voľného času, miestnymi MVO, neformálnymi občianskymi združeniami, cirkvami a školami (dobrovoľnícky program v spolupráci so strednou odbornou školou).

3.3.3 Hýbateľ zmeny 3 – Spolupráca inštitúcií a MVO/reprezentatívnych organizácií ľudí so zdravotným postihnutím

Ďalším dôležitým faktorom, ktorý hýbe proces DI dopredu a ktorý spomenuli účastníci z inštitúcií v DI, komunitných služieb a MVO, je okrem spolupráce medzi inštitúciou v DI a príslušnými obecnými/krajskými úradmi aj aktívna kooperácia s MVO/reprezentatívnymi organizáciami ľudí so zdravotným postihnutím.

MVO a reprezentatívne organizácie ľudí so zdravotným postihnutím zohrávali významnú rolu pri poskytovaní odborných konzultácií a know-how inštitúciám, ktoré sa zúčastnili prvého Národného projektu DI. Respondenti taktiež označili, že táto spolupráca v niektorých lokalitách pokračovala individuálne aj po skončení Národného projektu DI. To sa týka aj skúmanej lokality, ktorá zapojila expertov z mimovládneho sektoru do prípravy svojho transformačného plánu.

Po druhé, respondenti sa vyjadrili, že pri posúvaní procesu dopredu zohrávalo veľkú úlohu niekoľko MVO³⁴ svojou predchádzajúcou niekoľkoročnou advokáciou v oblasti DI.

Po tretie, aj miestne MVO/iniciatívy zohrávajú významnú úlohu v procese DI. Tieto organizácie sa však nenachádzajú vo všetkých lokalitách, kde sa implementoval proces DI. Dôvod na zriadenie takýchto miestnych MVO/iniciatív bol, aby bola k dispozícii širšia škála služieb pre ľudí so zdravotným postihnutím na miestnej úrovni, a tým aj doplnkové zdroje na aktivity, ktoré podporujú proces DI.

3.3.4 Bariéra 1 – Nepostačujúca komunikácia

Respondenti rozprávali o nepostačujúcej komunikácii zo strany zodpovedných orgánov, ako napríklad samosprávnych krajov a najmä Implementačnej agentúry Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny. Inštitúcie, ktoré sa zúčastnili na Národnom projekte DI informovali, že po skončení prvého projektu nemali žiadny kontakt s agentúrou, nevedeli o tom, aká bude ich budúcnosť, či je proces udržateľný alebo či naň bude nadväzovať druhý projekt. Zamestnanci tiež spomínali, že neexistuje žiadny národný orgán, na ktorý by sa mohli obrátiť, ak sa stretnú s problémami počas transformácie.

Podľa poskytovateľov služieb z rôznych regiónov, úrady, ktoré prijímajú rozhodnutia na celoštátnej ako aj regionálnej úrovni, častokrát nie sú oboznámené so situáciou poskytovateľov sociálnych služieb a chýba im bezprostredná skúsenosť z terénu, alebo majú skúsenosť iba s inými druhmi sociálnej starostlivosti. Hoci môžu mať dobré manažérske zručnosti, poskytovatelia ich vnímajú ako subjekty, ktoré prijímajú rozhodnutia bez toho, aby vedeli, aké sú aktuálne problémy – poskytovatelia by od nich privítali väčšiu ochotu vypočuť si ich názor. Nedostatok komunikácie je badať nielen smerom od celoštátnych či krajských úradov k inštitúciám, ale aj od krajských úradov smerom k štátnym úradom – poskytovatelia majú pocit, že regionálne samosprávy nevyvíjajú nátlak na ministerstvo a neobracajú sa na MVO.

3.3.5 Bariéra 2 – Nepostačujúca aktívna spolupráca medzi celoštátnou, regionálnou, miestnou úrovňou

Respondenti z rôznych úrovní rozhodovacieho procesu a praxe tiež tvrdili, že sa stretli s nepostačujúcou aktívnou spolupracou a prípravou. Deje sa tak na celoštátnej-krajskej, krajskej-miestnej, celoštátnej-miestnej úrovni alebo dokonca aj medzi samotnými inštitúciami navzájom. Keď poskytovatelia sociálnych služieb porovnávali národný projekt s tým v Českej republike, zdôrazňovali nepostačujúcu koordináciu a poriadnu prípravu procesov, čo vyústilo do chaosu a značne podkopalo potenciál celého projektu.

Mnohí respondenti reflektovali nepostačujúcu spoluprácu medzi rôznymi úrovňami administratívy, pričom spomínali, že rozdelenie kompetencií nie je správne nastavené. Podľa nich majú kraje v procese DI priveľa kompetencií, čo komplikuje a zdržuje transparentnosť a komunikáciu medzi zodpovednými aktérmi v procese DI. Zástupca/-kyňa samosprávneho kraja taktiež dodal/-a, že miestne samosprávy zvyknú poznať svojich občanov najlepšie a tiež vedia, ktoré služby (vrátane komunitných) by mali poskytovať – preto je nerealistické očakávať, aby krajská samospráva organizovala komunitné služby na miestnej úrovni.

Názory rozličných respondentov na to, kto by mal byť zodpovedný za rôzne aktivity a poskytovanie služieb, naozaj poukázali na nedostatok aktívnej spolupráce. Zatiaľ čo napr. zamestnanci inštitúcií sa sťažovali na to, že ich ponechali napospas pri zostavovaní

³⁴ Najaktívnejšie MVO v oblasti DI sú: [Nadácia SOCIA](#), [Rada pre poradenstvo v sociálnej práci](#), [Agentúra podporovaného zamestnávania](#).

transformačných plánov, respondenti z krajov sa ponosovali na to, že by to malo spadať pod kompetencie manažmentu inštitúcie, keďže poznajú svoju lokalitu najlepšie. Tento celkový nedostatok vízie a DI ako cieľa, ku ktorému by mali spieť všetky úrovne administratívy, a to vzájomnou spoluprácou a podporou, z výskumu vyplynul ako významná bariéra.

3.4 Zmena v postojoch voči ľuďom so zdravotným postihnutím

3.4.1 Hýbateľ zmeny 1 – Zmena v postojoch miestnych obyvateľov

Okrem dlhodobých predsudkov širokého obyvateľstva zapríčinených izoláciou ľudí so zdravotným postihnutím, účastníci výskumu na miestnej úrovni rozprávali o tom, aký nesmierny účinok má odchod ľudí so zdravotným postihnutím z inštitúcií a ich interakcia s miestnou komunitou.

Negatívne vnímanie a obavy miestneho obyvateľstva pomáha podľa účastníkov výskumu prekonávať informovanosť, ako aj príležitosť stretávať sa a vstupovať do interakcie s ľuďmi so zdravotným postihnutím na uliciach, v obchodoch, či na iných miestach a kultúrnych podujatiach. V jednej lokalite zapojenej do Národného projektu DI tí ľudia, ktorí na začiatku voči deinštitucionalizácii ostro protestovali, začali ľudí so zdravotným postihnutím v procese DI podporovať, pričom sú s nimi v pravidelnom kontakte. Miestni obyvatelia v skúmanej lokalite ľudí so zdravotným postihnutím veľmi dobre poznajú. Vďaka účasti na mnohých miestnych podujatiach sa stali súčasťou bežného života komunity. Podobne ako v iných lokalitách, zlepšiť postoje verejnosti pomohla najmä prítomnosť ľudí so zdravotným postihnutím v meste a príležitosť ich vidieť a stretávať na uliciach (a inde).

Predstavitelia inštitúcií za hýbateľ zmeny v postojoch považujú to, či je inštitúcia aktívnym prvkom v komunitných vzťahoch, a teda, či je otvorená širšej verejnosti napríklad tým, že poskytuje služby tiež ľuďom mimo inštitúcie alebo vstupuje do aktívnej interakcie s ostatnými aktérmi na miestnej úrovni.

3.4.2 Hýbateľ zmeny 2 – Zmeny v postojoch personálu inštitúcie voči procesu DI

Podľa predstaviteľov inštitúcií a tvorcov politiky na regionálnej/lokálnej úrovni, zamestnanci v inštitúciách, ktoré implementovali proces DI, prekonali významnú zmenu v postojoch vo vzťahu k procesu DI. Hoci spočiatku mali zamestnanci veľa pochyb a obáv, po absolvovaní tréningov v rámci Národného projektu DI začali meniť svoje pracovné návyky a metódy. Dostali veľa nových informácií a príležitosť navštíviť transformované inštitúcie v zahraničí. Postupne si všímali drobné pozitívne výsledky, čo bolo v tomto procese veľmi dôležité.

„Ja si myslím, že naozaj časom v podstate keď skutočne keď začalo vzdelávanie a začali naozaj [...] začalo sa rozprávať vlastne o tom, čo je podstata vlastne celého procesu. Keď prichádzali napríklad ľudia z Čiech, ktorí už mali konkrétne skúsenosti, a ktorí na konkrétnych príkladoch hovorili o tom, že prečo tento systém nie je dobrý, tak v podstate tam kdesi sa to začalo lámať, hej? Postupne. Postupne, že začala vlastne pani riaditeľka aj so svojím tímom, v podstate jednoducho začal sa pohľad na poskytované služby u nich meniť. Toto v podstate si myslím, že bolo... tým momentom alebo [...] áno, ten proces vzdelávania bol ten, kedy v podstate tie informácie začali prichádzať, začalo sa hovoriť vlastne o tom teda, že naozaj to má význam pre klienta, že jednoducho začalo sa hovoriť o tej kvalite. A jednoducho tie informácie sa začali meniť.“ (tvorca/-kyňa politiky na regionálnej úrovni)

Podľa zamestnancov inštitúcie vo výskumnej lokalite sa život klientov zapojených do DI v mnohých pozitívnych aspektoch značne zmenil: rozvinuli si veľa nových zručností a

nadobudli sebedovomie. Zamestnanci tieto malé pozitívne zmeny v živote klientov sledovali, čo ich vzápätí motivovalo v tom, aby pokračovali s procesom DI.

Pavol

V zariadení som býval od svojich siedmich rokov. Bol som vybraný, že ma premiestnia do podporovaného bývania a školil som sa v tréningovom byte. Tréningový byt, na rozdiel od ostatných „izieb“ v zariadení, vyzerá ako spoločný byt, má vlastnú obývačku, kúpeľňu a zariadenie napríklad práčku. Naučil som sa nové zručnosti ako variť, upratovať, zaobchádzať s peniazmi.

Pred niekoľkými mesiacmi sme sa ja a ďalší klienti nasťahovali do vlastného podporovaného bytu v centre mesta, kde bývam s ďalšími piatimi ľuďmi (po dvoch v izbe). Je tam tiež jedna izba pre inštruktorov, ktorí s nami bývajú (vždy jeden, spolu sa po zmenách striedajú štyria). Prvé dva týždne som sa bál, že budem bývať mimo zariadenia, ale potom sa zabýval a usadil a teraz sa už nebojím – teda okrem toho, že bývame na najvyššom poschodí. Nechcem sa vrátiť späť, podporovaný byt je mojím „domovom“. Zariadenie je stále „mojím pracoviskom“, lebo tam chodím každý deň do práce v chránenej dielni. Do budúcnosti mám sen, že by som chcel pracovať ako šéfkuchár alebo upratovač v reštaurácii a chcel by som mať vlastný domček s veľkou kuchyňou.

Najviac ma teší, že si môžem „robiť vlastné plány“ a rozhodnutia, že mám na výber, najmä cez víkend. Hoci sa moje denné plány dosť podobajú tým, keď som žil v inštitúcii, teraz si môžem vybrať, čo chcem robiť. Mám viac súkromia a nemusím vstávať s ostatnými zavčas ráno. Môžem sa rozhodnúť, či chcem písať, sedieť alebo si v klude dať kávu.

Hoci sa zamestnanci inštitúcií zhodli, že nastal pokrok v tom, ako prijali zmeny, ktoré priniesol proces DI, predstavitelia MVO/reprezentatívnych organizácií ľudí so zdravotným postihnutím tvrdia, že posun v uvažovaní – od inštitucionálnych služieb smerom k nezávislému životu – je iba čiastočný a zamestnancom treba prostredníctvom tréningov a vzdelávania umožniť, aby naplno porozumeli konceptu nezávislého života.

3.4.3 Hýbateľ zmeny 3 – Očakávania ľudí so zdravotným postihnutím a ich rodín, že proces DI sa zavedie do praxe

Verejná správa, odborníci a ďalší zainteresovaní aktéri už o procese DI na Slovensku rozprávajú niekoľko rokov. Z tohto dôvodu sa u ľudí so zdravotným postihnutím, ich príbuzných a opatrovateľov objavili očakávania. Hoci sa nedá rozprávať o nejakom obrovskom tlaku zo strany ľudí so zdravotným postihnutím (reprezentatívne organizácie ľudí so zdravotným postihnutím, sebaobhajcovia – ľudia so zdravotným postihnutím, ktorí na verejnosti presadzujú svoje individuálne práva), predstaviteľka ľudsko-právnej inštitúcie si myslí, že proces už pokročil do takej miery, že sa nedá zastaviť.

„Jednoducho, to už si v tomto štáte nikto nemôže dovoliť, pozastaviť tento proces, to neverím tomu, že by niekto vôbec takéto dačo riskoval. Takže myslím si, že áno, že sa bude v tomto trende postupovať určite ďalej, dokonca mám informácie, že má byť oveľa väčší počet zariadení vyčlenených do tohoto procesu.“ (predstaviteľka ľudsko-právnej inštitúcie)

Avšak treba poznamenať, že dopyt po DI je značne vyšší na celoštátnej úrovni v porovnaní so situáciou v mnohých lokalitách, kde inštitúcie ešte stále fungujú. (pozri Bariéru 3.3.6).

3.4.4 Bariéra 1 – Postoje zamestnancov

Postoje voči ľuďom so zdravotným postihnutím

Zatiaľ čo zamestnanci a vedenie inštitúcie vo výskumnej lokalite vo všeobecnosti rozumejú, čo asi DI znamená po technickej stránke, nie všetci sú schopní rozmýšľať nad ideovým jadrom problému. Dlhoročná skúsenosť s poskytovaním starostlivosti ľuďom sa odzrkadlila na tom, že napriek pekným, starostlivým a rodinným vzťahom so svojimi klientmi ich väčšina zamestnancov vníma veľmi paternalisticky – ako deti; dospelých klientov vlastne označujú za „naše deti“. Vedúca koordinátorka sociálnych služieb potvrdila, že tento problém je ťažké zmeniť. Ďalšia zamestnankyňa podala nasledovné vysvetlenie:

„[T]en zamestnanec sa môže ako profesionál zmeniť, ale ak osobnostne nemá na to, aby partnersky pristupoval k niekomu, čo takého zamestnanca nájdete ťažko. Takže není to také jednoduché a myslím si, že prerobiť ľudí, ktorí robili v tej inštitúcii roky, je veľmi ťažký proces, dlhoročný.“ (riaditeľka zariadenia sociálnych služieb)

Martina

Volám sa Martina a mám 21 rokov. Vyrastala som v detskom domove na východe Slovenska (štátna ústavná opatera). Potom, nepamätám si, kedy, ma preložili do domova sociálnych služieb. Nemám žiadny kontakt s rodinou. Navštívili ma iba raz.

Chodila som do špeciálnej školy pre mentálne postihnuté deti, ktorá bola zriadená v tej istej budove, kde som bývala pred tým, ako som sa presťahovala do podporovaného bývania. Už niekoľko mesiacov bývam v podporovanom byte s piatimi ďalšími klientmi. Byt kúpil Domov sociálnych služieb počas procesu DI.

Pred tým, ako som sa nasťahovala do bytu, som bývala v zariadení. Hlavným rozdielom je, že tam som bývala v izbe s ďalšími siedmimi klientami – všetko to boli dievčatá. Chlapci mali inú izbu na tom istom oddelení v budove. Teraz bývam v izbe spolu s jedným dievčaťom – je mojou najlepšou kamarátkou.

Vlani mi riaditeľka povedala, že si ma vybrali ako šiestu klientku pre DI. Riaditeľka sa s nami všetkými stretla a vysvetlila nám postup, že nás vyškolia a presťahujú do bytu. Dali nám informácie o tom, ako to bude vyzeráť a čo od procesu môžeme očakávať. Mňa sa spýtali, či by som bola ochotná sa presťahovať do bytu a ja som súhlasila; tešila som sa na presťahovanie.

Najprv sme sa presťahovali do tzv. „tréningového bytu“. Riaditeľka spolu s ostatným personálom (sociálnymi pracovníčkami a psychoterapeutkami) rozhodli, kto sa najviac hodí na DI. Ja som sa na to všetko tešila a všetci ostatní klienti boli z toho tiež šťastní. Riaditeľka nám opísala celý proces, že pôjdeme do toho tréningového bytu, aby sme sa tam naučili všetky nevyhnutné zručnosti pre nezávislý život, a že potom sa presťahujeme do podporovaného bytu mimo zariadenia.

Tréningový byt bol zariadený modernejšie a bolo tam čistejšie a krajšie ako v tom predošlom. Mohla som si tam priniesť obrázky a fotky a dať si ich na stenu. A keďže sme boli iba dve v jednej izbe, mala som na všetko viac priestoru.

Učili sme sa pripravovať jedlo, prať si, žehliť si, ako počítať peniaze, ako chodiť do obchodu a nakupovať veci, ako si kupovať lístky na vlak alebo autobus. Občas sme chodili na prechádzky s našimi inštruktormi, aby sme sa naučili orientovať sa v meste.

Pred rokom sme sa presťahovali do podporovaného bytu. Voláme ho „domov“. Zo začiatku som sa tam bála ísť, lebo som si nevedela predstaviť, ako to bude celé vyzerať a nepoznala som nikoho z okolia. Byt sa nachádza vysoko v paneláku a zo začiatku som sa tej výšky bála. Nevychádzala som ani na balkón. Teraz tam už chodím.

V paneláku teraz už mám zopár kamarátok – tri dievčatá z poschodia pod nami. Niekedy si medzi sebou prehodíme zopár viet, keď čakáme na výťah alebo keď sa dievčatá hrajú pred panelákom. No nikdy som nebola u nich doma, ani som s nimi nešla na prechádzku.

Nemám kľúče a nikdy nie som v byte sama. Stále máme nejaký dohľad alebo „spoločnosť“ inštruktorky alebo iného zamestnanca z inštitúcie.

Chcela by som jedného dňa navštíviť moju rodinu, ale neverím, že sa to niekedy stane. Tiež by som sa chcela osamostatniť ešte viac ako teraz – chcela by som mať svoju vlastnú rodinu. Ale neviem, či je to možné, je to iba môj sen. Mojm snom je mať riadnu prácu mimo inštitúcie. Chcela by som pracovať ako sestrička-opatrovatelka starších ľudí. Chcem zarábať peniaze, lebo mám len invalidný dôchodok, a ten je veľmi malý.

To, že ľudí so zdravotným postihnutím zamestnanci vnímajú ako deti, badať pri téme vzťahov a sexuality, pretože inštitúcie celkovo nepovoľujú mužom a ženám bývať v jednej izbe.

Respondenti sa však vyjadrili, že takéto postoje sa môžu zmeniť v závislosti od rôznej praxe a školení. Tiež zdôraznili, že postoje zamestnancov, vedenia a všetkých úrovní verejnej správy (miestnej, krajskej, celoštátnej) voči ľuďom so zdravotným postihnutím v posúvaní procesu DI dopredu zohrávajú veľkú úlohu, a preto pri ňom treba tejto kľúčovej téme venovať pozornosť.

Zneužívanie zo strany zamestnancov

Niektorí účastníci výskumu podali znepokojivú správu, že v niektorých inštitúciách v minulosti boli klienti vystavovaní zneužívaniu zo strany zamestnancov – vysmievaniu či nadávaniu. Dokonca sa stávalo, že ich zamestnanci využívali na výkon svojich povinností. Títo respondenti tiež uviedli, že ich niektorí zamestnanci priamo odhovárali od toho, aby sa vysťahovali z inštitúcie so slovami, že nikdy nezvládnu bývať sami. Ľudia so zdravotným postihnutím v zariadeniach sa potom zmienili, že motiváciou zamestnancov mohli byť obavy, že stratia „schopných“ klientov, ktorí im pomáhali s dennými úlohami. Jeden bývalý klient to zhodnotil takto:

„Poznám [klientov], ktorí sú schopní, ešte z [názov inštitúcie], a sú možno lepší ako ja, ale už im zamestnanci nedali príležitosť, možnosť aby išli do chráneného domu. Boja sa. Zamestnanci. Aj so mnou sa doteraz nerozprávajú. Ale ja som to [odsťahovanie z inštitúcie] urobil pre svoje dobro. [...] Každý ma prehováral, aby som tam nešiel, že nič nebudem vedieť a to len preto, lebo tam nemal kto robiť a ja som všetko vedel.“ (osoba so zdravotným postihnutím v procese DI)

3.4.5 Bariéra 2 – Postoje komunity a rodiny

Postoje ľudí z komunity a rodín

Nedostatok informácií o procese DI a prechode ku komunitným službám bol označený za veľkú bariéru naprieč všetkými skupinami aktérov zapojenými do výskumu. Po prvé, úplne chýbala národná informačná kampaň o procese DI, čo sa odrazilo na tom, že mestá, inštitúcie či rodiny nemali o téme takmer žiadne povedomie. Na miestnej úrovni, ako napríklad v nami skúmanej inštitúcii, si občania väčšinou myslia, že proces DI v inštitúcii

je nejaká „novinka“, ktorú si vymyslel manažment. Nevedeli o jeho prepojení na národnú stratégiu.

V niekoľkých prípadoch viedlo nedostatočné informovanie verejnosti o zmenách k nevráživým reakciám a protestom susedov v lokalite. Respondenti opísali niekoľko kampaní alebo petícií v mestách, kde sa verejnosť postavila voči procesu DI alebo síce súhlasila s procesom, ale nie v ich okolí.

„Tak si myslím, že to funguje u nás. Že pokiaľ to zariadenie je tam sto rokov [...] tak je to v poriadku. Ale akonáhle by sa [...] akonáhle zistia, že tuto vedľa budú stavať a bude tam 12 zdravotne postihnutých z toho zariadenia, tak už sa hlásia, že takto nie ja tam nechcem takých.“ (tvorca/-kyňa politiky na regionálnej úrovni)

O podobných postojoch tiež hovorili klienti s psychosociálnym postihnutím, čo je už samo osebe pre nich veľmi stigmatizujúce:

„V tom kraji, odkiaľ pochádzam, to je niečo hrozné. Tam sa o vás dozvedia, že ste psychicky chorí a ste odpísaní od života. Nedaj Boh šancu do života. Totálne žiadnu.“ (osoba s psychosociálnym postihnutím)

Medzi skupinami, ktoré protestovali proti procesu DI, boli aj rodiny klientov – pre nedostatok informácií, z obáv či pre chýbajúce komunitné služby.

Zneužívanie v komunite

Poskytovatelia služieb i klienti sa tiež vyjadrili, že z dôvodu potenciálne vyššej zraniteľnosti ľudí so zdravotným postihnutím, niektorí obyvatelia z komunity ich zneužívajú – medzi uvedenými príkladmi boli predavačky, ktoré nevydávali peniaze, susedia, ktorí klientov využívali na pranie či od nich mámili peniaze, alebo klientky, ktoré boli vystavené sexuálnemu obťažovaniu.

3.4.6 Bariéra 3 – Obavy klientov a naučená závislosť

Ľudia so zdravotným postihnutím majú tiež veľkú medzeru v oblasti informácií o procese DI. Preto hovorili, že sa boja procesu, najmä na začiatku, keď nevedia, čo majú od neho očakávať. Klienti z niektorých inštitúcií v transformácii tiež uviedli, že personál sa s nimi o procese nerozpráva, zatiaľ čo iní klienti komentovali, že zamestnanci ich inštitúcie s nimi diskutujú o tom, ako sa presťahujú do menších domčekov či bytov.

Vyskytujú sa tiež prípady negatívnych skúseností bývalých klientov, ktorí napriek tomu, že chcú bývať samostatne, neboli dostatočne pripravení, čelili priveľa problémom a chýbala im podpora, preto sa im nepodarilo viesť úspešný život v komunite. Keďže o klientov sa celý život „niekto staral“, niektorí z nich vraj odmietli vykonávať každodenné úkony či prevziať zodpovednosť a sťažovali sa, že mali lepší život v zariadení. Sú však takí, ktorí udivujú svojich bývalých opatrovateľov tým, ako rýchlo sa naučili nové zručnosti.

Respondenti taktiež hovorili o viacerých opatreniach zameraných na posilnenie ich postavenia a rozvíjanie zručností potrebných pre nezávislý život. Keďže klientov obklopuje ústavná kultúra, musia mať hodiny, kde si nacvičujú rozhodovanie, nezávislosť a schopnosť byť osamote, plánovanie finančných záležitostí a vykonávanie každodenných bežných úkonov, čo sa pre ľudí, ktorí odjakživa bývali v rodinách, javí byť prirodzené. Pre klientov, ktorí sa boja zostať osamote či ísť sami do mesta, sa však takéto problémy môžu občas zdať ťažkou a nezdolateľnou prekážkou. Prax, kontinuálny tréning a podpora, však klientom viditeľne pomáha pri zvyšovaní sebavedomia, nadobúdaní nových zručností a to, že majú „domov“ ich napokon robí šťastnými.

3.5 Praktická organizácia procesu deinštitucionalizácie

3.5.1 Hýbateľ zmeny 1 – Uplatňovanie nových pracovných metód a organizácia práce

Inštitúcie v DI spomínali, že začali používať nové pracovné metódy, ktoré zahŕňajú napríklad vypracovávanie individuálnych plánov, individuálnejší prístup k jednotlivým klientom, spoluprácu s ďalšími aktérmi mimo inštitúcie, atď.

Čo sa inštitúcie v skúmanej lokalite týka, zamestnanci vnímajú veľmi pozitívne, že sa znížil počet klientov na zamestnanca v jednotke podporovaného bývania v porovnaní so situáciou v „materskej“ inštitúcii, kde pod jedného zamestnanca spadá okolo desať klientov. Skúsenosti z inej lokality ukazujú, že po tom, ako premiestnili klientov do menších jednotiek podporovaného bývania, nepotrebovali už toľko personálu, keďže klienti sú samostatnejší a zapájajú sa do každodenných pracovných činností ako upratovanie, pranie, varenie atď.

Inštitúcia v skúmanej lokalite tiež vypracúva individuálne plány, vďaka ktorým klient dostáva iba takú podporu, akú naozaj potrebuje, a môže tak rozvíjať svoj potenciál. Plány takisto zabezpečujú, že zamestnanci, ktorí sa striedajú v podporovanom byte pristupujú ku klientom rovnako (alebo veľmi podobne).

3.5.2 Hýbateľ zmeny 2 – Vyšší pomer odborného personálu, aby bolo možné vytvoriť transformačný tím

Skúsenosti z praxe hovoria, že proces DI sa dá iniciovať ľahšie v zariadeniach s vyšším podielom odborného personálu. To bol prípad aj zariadenia v skúmanej lokalite, keďže bolo pôvodne zriadené pre deti a zamestnávalo aj odborných/-né profesionálov/-ky ako špeciálneho pedagóga či psychológa, čo nebolo zvyčajné v inštitúciách pre dospelých. Jeho zriaďovateľ sa tiež rozhodol financovať vyšší počet zamestnancov ako v iných zariadeniach.

Jedna z účastníkov výskumu zhodnotila, že na presvedčenie ostatných o tom, aby začali zavádzať nevyhnutné zmeny, je potrebný istý kritický počet zamestnancov:

“To by tam musela vzniknúť taká, ja to neviem, neviem to nazvať. Dostatočne veľký počet pracovníkov, ktorý v to uverí, aby to bolo také jadro, ktoré prevalí ten stereotyp. Že, skrátka, ide sa v koľajách a keď je dosť silný, ako dosť veľký počet tých ľudí, ktorí už tomu veria, tak dokážu odtiaľ vyjsť a keď nie je tak skrátka ich stiahnu do toho stereotypu poskytovania služieb.” (predstaviteľ/-ka mimovládnej organizácie)

Ako hýbateľ zmeny bol identifikovaný aj ďalší aspekt v oblasti vyššej odbornosti personálu v inštitúcii: generačná výmena personálu. Noví pracovníci v sociálnych službách sú totiž otvorenejší novým a experimentálnym pracovným metódam ako dlhoroční zamestnanci. Jednak majú poznatky o rozličných pracovných metódach ešte zo svojho štúdia, a jednak nemajú ustálené a častokrát rigidné pracovné návyky.

„Mladí ľudia, pracovníci, už nie sú zaťažení starým systémom. Majú iné myslenie ako starší zamestnanci. Sú otvorenejší novým výzvam a keď je takáto možnosť, skúšajú. Aj s klientmi sú ako kamaráti. Bežne sa stane, že zamestnanec zoberie klientku večer do kina.” (tvorca/-kyňa politiky na regionálnej úrovni)

3.5.3 Hýbateľ zmeny 3 – Dostupné finančné zdroje na pokrytie zvýšených nákladov nevyhnutných pri transformačnej fáze

Podľa účastníkov výskumu rôznych kategórií, finančné zdroje z eurofondov vyčlenené na proces DI zrychlili už naplánovaný proces napriek mnohým nedostatkom (pozri Bariéry).

Inštitúcie vo vybraných lokalitách (a ich zriaďovatelia) sa pri financovaní procesu DI opierajú hlavne o eurofondy. Hneď ako boli finančné zdroje k dispozícii, súhlasili s účasťou na Národnom projekte DI a iniciovali proces DI. Proces v skúmanej lokalite však zašiel aj ďalej, lebo samosprávny kraj sa rozhodol, že dofinancuje dodatočné kroky v procese DI i po tom, ako sa Národný projekt DI skončil.

„V tom čo tam vidím, skôr dneska je celý ten proces spočíva v tom [...] sú nejaké eurofondy, podme to minúť. Nie je tam záujem zo strany štátu, že tak podme sa zaoberať týmto smerom. Pripravíme podmienky a dofinancujeme to cez európske fondy. Dneska je to presne práve opačne. Prišli peniaze, tak musíme ich minúť a čo potom.“ (pracovník/-čka v sociálnych službách)

V inej lokalite inštitúcia prešla transformačným procesom vďaka tomu, že si spravovala svoje vlastné zdroje (poskytnuté zriaďovateľom) a vďaka iným prostriedkom, ktoré jej darovali hlavne mimovládne organizácie.

3.5.4 Bariéra 1 – Nedostatok financií na transformáciu inštitúcií na komunitné služby a ich udržateľnosť

Účastníci výskumu vyjadrili obavy vo vzťahu k zvýšeným nákladom počas prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v čase, keď budú musieť financovanie oba modely.

„Keď chcete robiť takú veľkú zmenu [pozn. DI proces], tak paralelne musíte financovať dva systémy a [...] také finančné prostriedky, ktoré by boli vlastne na to, že chcete dva systémy, kým začne ako keby fungovať ten nový spôsob, tak ale vy nemôžete zavrieť ten pôvodný, vy súčasne musíte financovať obidva, kým začne fungovať ten druhý, tak financujete obidva. A na to sa nepočíta ani v rámci štrukturálnych fondov.“ (tvorca/-kyňa politiky na regionálnej úrovni).

Poskytovanie komunitných služieb na miestnej úrovni majú na starosti obce, ale podľa účastníkov výskumu sa im to vo všeobecnosti nedarí. Nedostatok podporných služieb spolu s nedostatkom informácií pre rodiny a pre opatrovateľov ľudí so zdravotným postihnutím vedie k pretrvávaniu inštitucionalizácie, vrátane dlhých čakacích zoznamov do zariadení pre ľudí so zdravotným postihnutím i pre seniorov.

Nedostatok financií je z tohto dôvodu dvojaký – nedostatok financií či ich nevhodné využitie pri deinštitucionalizácii, a zároveň nedostatok financií na komunitné služby.

Respondenti tvrdili, že systém nie je momentálne dobre nastavený, aby sa vytvárali komunitné služby a žiada si veľkú systémovú reformu. Prostriedky sa nevyčleňujú priamo prijímateľom sociálnych služieb, ktorí by si v takom prípade mohli vybrať službu, akú by chceli. Namiesto toho plynú peniaze poskytovateľom, vrátane inštitúcií. Samosprávne kraje/obce tiež stále podporujú inštitúcie zo svojich vlastných rozpočtov, a to najmä preto, že neprestávajú financovať zariadenia pre seniorov, pri ktorých je nižší dopyt po komunitných službách, takže potom nemajú dostatok financií na komunitné služby.

„[D]einštitucionalizácia by sa v istom momente mala dotknúť aj zariadení pre seniorov. Treba povedať, že ruka v ruke s tým DI treba hovoriť o komunitných

službách, o ich rozvoji, o ich podpore. Vlastne toto je stále takým kameňom úrazu, že veľký obnos peňazí stále tečie do pobytových služieb aj vzhľadom na to, že tam veľká skupina seniorov a nejaká ochota meniť tie toky smerom ku komunitným je malá až žiadna. (predstavitel’/-ka mimovládnej organizácie)

Po tretie, klienti oznámili, že majú nedostatok financií na to, aby mohli žiť v komunite – nedostávajú dostatočné príspevky od štátu a nemajú prácu. Najmä tí, ktorí bývajú v zariadeniach sociálnych služieb a majú odobratú právnu spôsobilosť alebo majú dlhy či dostávajú invalidný dôchodok, si nedokážu nájsť prácu, a teda sa nemôžu vysťahovať zo zariadení sami, aj keby chceli. Služby v komunite (kadernička, kino...) sú pre klientov takisto nedostupné, lebo ich príjmy sa pohybujú okolo 200 eur na mesiac. Znamená to, že po zaplatení nájomného im nezostanú peniaze na nič iné.

3.5.5 Bariéra 2 – Nedostatok komunitných služieb a nedostupné všeobecné služby

Spolu s nedostatkom finančných prostriedkov na proces DI je ďalšou bariérou, ktorá vyplynula z výskumu, celkový nedostatok komunitných služieb. To vedie k tomu, že klienti neprestávajú využívať služby poskytované inštitúciami, ešte aj po presťahovaní do podporovaného bývania. Riaditeľ istej inštitúcie to opísal nasledovne:

„Ja už to robím, ja už mám domčeky, ale bez toho, aby sme mali v obci komunitné služby bez toho nejde, lebo [...] vlastne jedná sa o to, že budú bývať akože samostatne, v tých domoch to je v poriadku. Nebudú vo veľkej inštitúcii, aj to je v poriadku. Ale všetky služby aj naďalej poskytujeme im my, lebo nemáme inú šancu. Nemá kde ísť na tie komunitné služby.“ (riaditeľ zariadenia sociálnych služieb)

Skúmaná lokalita je typickým príkladom menšej lokality s takmer úplnou absenciou komunitných služieb/terénnych sociálnych služieb. Účastníci, ktorí považujú chýbajúce komunitné služby za vážnu prekážku procesu DI v lokalite, zdôraznili potrebu zriadenia nových druhov sociálnych služieb v meste. Komunitné služby by mohlo zriadiť mesto, „materská“ inštitúcia alebo široká škála aktérov vrátane miestnych MVO, cirkví či občianskych iniciatív atď.

V skúmanej lokalite plánujú zavrieť časť zariadenia, kde bývajú klienti s ľahším stupňom zdravotného postihnutia, a prestavať ju na stredisko poskytovania služieb (napr. rehabilitácia, fyzioterapia, masáže) pre širšiu verejnosť i pre klientov.

Okrem nedostatku komunitných služieb respondenti tiež podotkli, že nie sú variabilné – zvyčajne ide o možnosť domácej verzus ústavnej starostlivosti s celkovou absenciou služieb iného typu – denné centrá, ambulantná starostlivosť, školská asistencia či odľahčovacie služby.

Taktiež služby, ktoré už k dispozícii sú, vrátane služieb pre verejnosť (napríklad doprava či bývanie) sú často neprístupné, ako to opísal jeden klient:

„Všetkým túto vec by som chcel povedať. Že najmä ešte ja pochopím seba fakt, ja som takýto vozíčkar, fakt jak [meno] oni majú zlé chodníky na Slovensku, ulice majú zlé, zastávky autobusové, každý sa im smeje niektorým, lebo oni neberú ako vozíčkarov, jako mňa keby brali komunikovať, ale ja robia akoby sa mu vysmievali, že nemá, nemá nohy, že má choré nohy, takým ľuďom.“ (osoba so zdravotným postihnutím v procese DI).

Iný klient na vozíčku ďalej tvrdil, že takáto kombinácia absencie komunitných služieb a neprístupnosti ho vylučuje zo života v komunite. Keby mal osobného asistenta, umožnilo by mu to odísť z podporovaného bývania do vlastného bytu, kde by býval sám s

partnerkou. Byty sú totiž vo všeobecnosti neprístupné pre vozíčkarov a potreboval by pomoc.

Verejnosť však tento problém reflektuje tiež – predstavitelia komunity v nami skúmanej lokalite spomenuli, že mesto nie je uspošobené pre ľudí so zdravotným postihnutím – je veľmi zložitá sa pohybovať ulicami na vozíčku, a to sa týka aj návštevy kina či kultúrnych podujatí.

3.5.6 Bariéra 3 – Nedostatok príležitostí na ďalšiu integráciu

Medzi ďalšie typy bariér patrí nedostatok príležitostí na ďalšiu integráciu, dokonca aj pre klientov, ktorý sa už pohli v procese DI o jeden krok dopredu a bývajú v podporovanom byte.

Nami skúmaná lokalita je príkladom mesta, kde vo veľkej miere chýbajú takéto príležitosti – a hoci klienti chodia na kultúrne podujatia s ostatnými občanmi, vo všeobecnosti chýba možnosť nájsť si zamestnanie, nehovoriac už o ľuďoch so zdravotným postihnutím. A to i napriek tomu, že niektorí klienti nám povedali, ako túžia pracovať.

Nájsť si prácu bolo ťažké aj pre respondentov z regiónov, v ktorých sú takéto príležitosti k dispozícii. Pre klientov je veľmi ťažké zohnať si prácu nielen preto, že je málo príležitostí, ale aj preto, že čelia predsudkom zo strany zamestnávateľov a úradov. V uvedených príkladoch sa spomínali úrady práce, ktoré odmietali zaregistrovať klientov ako uchádzačov o prácu (čím dochádzalo k diskriminácii na základe ich postihnutia a statusu invalida).

Peter

Volám sa Peter a pochádzam z dedinky na východe Slovenska. Mám tam stále starú mamu, ktorú z času na čas navštevujem.

Pred tým, ako som prišiel do domova sociálnych služieb v skúmanej lokalite, som býval v detskom domove v neďalekom meste. Keď sa obzriem dozadu, väčšinou si pamätám iba prísne pravidlá. Denne som mohol ísť von iba na dve hodiny a keď som toto pravidlo porušil, potrestali ma (nesmel som ísť von na druhý deň).

Keď som mal 18, musel som z detského domova odísť, pretože podľa pravidiel, každý, čo zavŕši vzdelávanie a dosiahne dospelý vek, musí odísť. Riaditeľka detského domova vybavila, aby som sa mohol presťahovať do domova sociálnych služieb.

Momentálne bývam v podporovanom byte, ktorý prevádzkuje inštitúcia. Zdieľam izbu so spolubývajúcim, čo mi neumožňuje také súkromie, o akom snívam. Kuchyňa je vedľa mojej izby, robíme si tam spolu raňajky. Po raňajkách idem do dielne v zariadení. Vyrábame tam rôzne výrobky, ktoré potom predávame na miestnych jarmokoch.

Keďže bývam v podporovanom bývaní, môžem ísť von bez sprievodu. No nemôžem odísť bez povšimnutia, pretože toto podporované bývanie sa nachádza v zariadení a nemá samostatný vchod. Keď chcem ísť von, musím to tiež oznámiť sociálnej pracovníčke. Niekedy idem do Centra voľného času v meste, ktoré organizuje voľnočasové aktivity pre klientov zo zariadenia, väčšinou raz či dvakrát týždenne.

Pravidelne chodím na úrad práce v neďalekom meste. Musím tam chodiť, lebo som nezamestnaný a pravidelne sa stretávam s úradníkom, aby som si pozrel pracovné ponuky a inú činnosť zameranú na to, aby som si našiel prácu. Pred rokom som si dokončil opatrovateľský kurz, ktorý organizoval úrad práce. Mohol by som byť napríklad opatrovateľom, ale kvôli vysokej nezamestnanosti v lokalite si neviem nájsť prácu. Pred

skončením kurzu som mohol robiť iba asistenta opatrovateľa, mohol som napríklad prať bielizeň alebo podávať klientom niečo na pitie. Pred tým kurzom som nesmel klientov kŕmiť, na to je potrebný ten kurz.

Chcel by som pracovať ako opatrovateľ; chcem zužitkovať poznatky, ktoré som si osvojil počas kurzu. V zariadení som pracoval ako opatrovateľ a ako človek pre všetko. Hľadal som si prácu už aj mimo zariadenia, ale zatiaľ bez úspechu.

Keďže nie som formálne zapojený do procesu DI, nedostal som žiadne školenie ani konzultácie v oblasti procesu DI. Aktuálna situácia mi umožňuje robiť drobné každodenné rozhodnutia ohľadom toho, čo budem robiť počas dňa.

Mám obmedzené možnosti voľby v živote a kontrolu nad ním, lebo nemám takmer žiadny príjem. Dostávam iba nízke sociálne dávky a občas tiež nepravidelný plat z príležitostnej pracovnej činnosti. V takej situácii sa nemôžem ani ísť najesť von, či niečo si kúpiť atď.

V budúcnosti by som si rád našiel prácu a býval mimo zariadenia, napríklad v nejakom malom byte. Radšej by som tam býval sám. Viem si dokonca predstaviť, že sa presťahujem do iného mesta, napríklad do Bratislavy, lebo je tam viac pracovných príležitostí a vyššie platy. Takisto si myslím, že by som ako veľa ľudí z tohto mesta mohol ísť do zahraničia, kde by som mohol pracovať ako opatrovateľ. Uvedomujem si však to, že by to mohlo byť zložité, lebo nehovorím žiadnym cudzím jazykom.

Ďalším problémom pre klientov je kontinuálna podpora po prechode. Poskytovatelia služieb a klienti zdôraznili, že aj po úspešnej transformácii je potrebná personalizovaná podpora, napríklad vo forme osobného asistenta či supervízora. V niektorých prípadoch nedostatok osobných asistentov zabraňuje klientom podstúpiť proces DI, v iných prípadoch im ich nedostatok sťažuje zúčastňovať sa na každodennom živote, dokonca aj v prípade, že žijú samostatne.

3.5.7 Bariéra 4 – Zbavenie spôsobilosti na právne úkony

Celková bariéra, ktorú uvádzali odborníci, mimovládne organizácie, zamestnanci inštitúcie ako aj klienti je zbavenie právnej spôsobilosti, keďže sa bezprostredne dotýka životov ľudí so zdravotným postihnutím, ich nezávislosti a práva na voľbu. Respondenti tvrdili, že takmer všetci ľudia v zariadeniach boli pozbavení spôsobilosti na právne úkony a ich poručníkom sa vo všeobecnosti stáva riaditeľ/-ka. V nami skúmanej lokalite sa to týkalo 100 % klientov.

Hoci predstavitelia zariadení tvrdili, že sa snažili o navrátenie právnej spôsobilosti svojich klientov, ide o zdĺhavý administratívny postup s možnými znepokojivými účinkami na klientov, pretože musia podstúpiť psychologické a inteligenčné testy. Navyše v počiatkových fázach procesu sa stretli s nevôľou zo strany súdov a psychiatrov, hoci tvrdia, že spolupráca sa trochu zlepšuje.

„Navrátenie spôsobilosti na právne úkony, lebo ja som si uvedomila presne pri [meno], ktorá je dole, keď sme to rie(-), riešili prvýkrát, že bolo to vyšetrenie toho psychiatra vlastne hrozné. Ju to tak zdecimovalo, že ja som si povedala, že toto im nejdem robiť. Čiže oni ich naozaj skúšali z ťažkých matematických príkladov, na tom vracaní spôsobilosti, chceli všetkých prezidentov dobre, že nie amerického od nich aby vedeli, proste fakt také tie schopnosti, ktoré, mne to prišlo absurdné.“ (riaditeľka zariadenia sociálnych služieb)

Pre klientov je nesvojprávnosť veľmi obmedzujúca a oberá ich o práva ako človeka – v právnom zmysle, v oblasti financií, možnosti sa zamestnať, či pri každodenných

rozhodnutiach ako aj vo veľmi osobných veciach – v súkromnom živote a v práve vstúpiť do manželstva. Tiež ide o osobnú sebaúctu a dôstojnosť:

„A pre nich je to aj taký psychologický jav, že keď majú či už len čiastočné obmedzenia a spôsobilosti alebo sú svojprávni, tak je to pre nich niečo úžasné. Máme dvojicu, ktorá sa chce zobrať, ale nemôžu sa.“ (tvorca/-kyňa politiky na regionálnej úrovni)

Okrem neschopnosti rozhodovať sa za seba, situácia, keď inštitúcia vystupuje v role poručníka, podľa zamestnancov vystavuje opatrovatelky/ľov istému riziku, keďže sú za dospelých v ich starostlivosti zodpovední/-í. Z toho vyplýva, že sociálne pracovníčky sa potom boja zveriť im viac nezávislosti, napr. že im nepovolía ísť na ulicu samým, lebo ak sa im niečo stane, bude za to zodpovedná inštitúcia.

Na druhej strane, respondenti tiež hovorili o prípadoch, keď sa ľudia bežne dostávajú do kategórie vysokého stupňa odkázanosti na pomoc (kategória 6), čo znamená, že sa nevedia sami ani najesť či obliecť, aj keď to v skutočnosti nie je pravda. Preto, ako niektoré uvedené príklady ukázali, sa v zariadeniach nachádzajú aj klienti, ktorí boli z nejakého dôvodu označení za úplne odkázaných na pomoc (a teda nesvojprávnych), no so značnou mierou samostatnosti. Tí podľa respondentov nepatria do inštitúcie vôbec. Uvedený bol konkrétny príklad jedného páru v zariadení, ktorý v minulosti ohodnotili ako celkom odkázaný na pomoc. Po procese DI však teraz takmer nezávisle bývajú vo vlastnom prenajatom byte a potrebujú iba minimum podpory.

3.5.8 Bariéra 5 – Bariéry v právnom prostredí a byrokratická záťaž

Participantí ako jednu z bariér procesu DI tiež spomínali právne bariéry a celkovú byrokratickú záťaž. Patrili k nim nerealistické hygienické normy pre podporované byty, postup pri verejnom zaobstarávaní pri kúpe nehnuteľnosti pre podporované bývanie, nenárokovateľnosť komunitných služieb alebo nepružná legislatíva v prípade podporovaného bývania.

Ďalším problémom, ktorý sa často uvádza, bola potreba posudkového konania, či človek má dostávať sociálne služby. Predstavitel’/-ka samosprávneho kraja ho zhodnotil/-a ako zastarané.

Taktiež sa vyskytovala potreba posudku na to, aby človek mohol žiť samostatne. V rozhovoroch sa uvádzalo, že klienti, ktorí si prajú žiť samostatne v podporovanom bývaní, aj v prípade, že sú voľné miesta v komunitnom/podporovanom bývaní, potrebujú kladný posudok od úradu samosprávneho kraja. To vyvoláva strach a vzniká tak závislosť na hodnotení úradu. Zatiaľ čo pri transformácii inštitúcie (keď si vytvára komunitné služby pre vlastných klientov) nie je potrebný žiadny posudok, u ostatných to nie je možné i keď by chceli žiť samostatne.

3.6 Prierezové otázky

3.6.1 Vplyv rôznych typov a stupňov zdravotného postihnutia na proces deinštitucionalizácie

Prierezová otázka prítomná u všetkých kategórii respondentov, či už zástupcov úradov, manažmentu, zamestnancov, širokej verejnosti alebo samotných klientov, bola, že účastníci výskumu veľmi často vnímajú DI ako proces, ktorý „nie je vhodný pre všetkých“. Podľa respondentov je určený iba pre ľudí s miernejšími formami zdravotného postihnutia alebo pre „tých schopných“. Avšak boli aj respondenti, ktorí sa ostro vymedzili voči nezapájaniu napr. ľudí s ťažkým zdravotným postihnutím. Zväčša išlo o odborníkov (hoci

tvrdili, že v názoroch na tému nie sú jednotní), niektorých riaditeľov či riaditeľky inštitúcií, niektorých predstaviteľov krajov a zástupcov mimovládnych organizácií, ktoré sa venujú tematike.

Podľa respondentov sú aj ďalšie skupiny ľudí so zdravotným postihnutím vnímané ako nevhodné pre zaradenie do _DI– tieto skupiny zahŕňajú ľudí s psychosociálnym postihnutím, s Alzheimerovou chorobou, agresívnych klientov alebo ľudí s ťažkým či kombinovaným zdravotným postihnutím.

Klienti s psychosociálnym postihnutím

Niektorí respondenti tvrdili, že ľudia s psychosociálnym postihnutím, konkrétne tí so schizofréniou, poruchami správania, symptómami agresívneho správania, so zraneniami, ktoré si klienti spôsobili sami či s problémami s alkoholizmom nie sú vhodnými kandidátmi na samostatný život. Uvádzali tiež, že je nedostatok služieb pre ľudí s potrebou zvýšeného psychiatrického dohľadu.

„Nemohli sme ho [osobu s psychiatrickou diagnózou a agresívnym správaním] pustiť medzi ostatných. Každý pre neho predstavoval ohrozenie. Otázka je, či má byť tento klient v zariadení sociálnych služieb.“ (tvorca/-kyňa politiky na regionálnej úrovni)

Zároveň však z rozhovorov s klientmi s psychosociálnym postihnutím, vyplynulo, že svoje postihnutie vnímajú ako veľmi stigmatizujúce a ľudia majú voči ním veľmi veľa predsudkov.

Klienti s ťažkým mentálnym a kombinovaným znevýhodnením, klienti pripútaní na lôžko

Respondenti zo všetkých kategórií sa zhodli na tom, že proces DI prospieva všetkým klientom a že by mohli žiť samostatne v komunite, keby tam bolo dostatok poskytovaných služieb. Prevládajúci názor u všetkých kategórií bol, že klienti s ťažkým intelektuálnym a kombinovaným postihnutím či klienti pripútaní na lôžko nie sú „vhodní“ pre DI. Veľký počet respondentov zdieľalo názor, že týmto klientom je lepšie v zariadení, kde im môžu poskytnúť všetky služby, a tým zlepšiť kvalitu života. Z ich pohľadu by „prestávanie“ takýchto klientov nebolo prospešné, naopak, mohlo by im uškodiť.

„Zase nie každý je na to vhodný, do toho DIčka, zase tí, ktorí sú ťažko mentálne postihnutí, no ťažko, no ťažko, hej, nepovedala by som, že všetkých, podľa mojich skúseností, lebo poviem, zasa v tom zariadení majú všetko, hlavne tú fyzioterapiu [...] v tom byte ani nemáte také podmienky ako v tých zariadeniach. A mali sme naozaj veľmi ťažké mentálne postihy a dokázali sme to zvládnuť tými terapiami a fyzioterapiu a pomôcť tým ľuďom k tomu, že sa ich život zlepšil, pretože v domácom prostredí nemohlo sa s nimi ani cvičiť, ani sa im venovať nemá kto.“ (pracovník/-čka sociálnych služieb).

Pohľad, že klienti s ťažkým intelektuálnym a kombinovaným znevýhodnením nie sú „vhodní“ pre proces DI či „schopní“ ho podstúpiť, bol bežný a vyskytoval sa naprieč všetkými kategóriami účastníkov. Najmä klienti z toho dôvodu nazerali na proces DI ako na akúsi odmenu za svoje schopnosti, a nie ako na svoje ľudské právo.

Respondenti tiež chápali samostatný život ako život osamote bez podpory. Podľa takej logiky ľudia s ťažkým znevýhodnením nie sú schopní žiť samostatne, lebo nikdy nebudú schopní si variť či upratovať a namiesto nich to budú musieť i tak robiť zamestnanci, iba na inom „mieste“.

„[T]aký skeptický náhľad je tých zamestnancov. Že vlastne však ich len preložíme, z postele na posteľ. Asi tak. A čo zmeníme s tým, že keď ho preložíme. Ved' on ani, proste, nebude nič robiť, ved' on stále bude ležať, len bude zase len v tej izbe. Že to mohol byť aj v inštitúcii.“ (pracovník/-čka v sociálnych službách)

Klienti s telesným postihnutím

Klienti uviedli, že telesné postihnutie je pri bývaní v komunite problematické. Ako vážnu bariéru v procese DI uvádzali neprístupnosť hromadnej dopravy alebo bývania. Spolu s absenciou komunitných sociálnych služieb (ako napríklad osobná asistencia) to znamenalo, že ľudia, ktorí boli pripravení na samostatný život, nemohli samostatne žiť z dôvodu svojho telesného postihnutia.

3.6.2 Vplyv veku na proces deinštitucionalizácie

Starší ľudia

Okrem rôznych druhov a stupňov postihnutia, respondenti spomenuli, že proces DI je pre starších ľudí a najmä tých so zdravotným postihnutím vo všeobecnosti náročnejší, ak nie úplne nevhodný.

Nedostatok komunitných služieb je obzvlášť alarmujúci aj pre rodičov, ktorí sa starajú o svoje deti či príbuzných s postihnutím doma – keďže s pribúdajúcimi rokmi sa nebudú môcť starať o svoje deti. Preto sa im ako jediná možnosť ponúka inštitucionalizácia:

„A, že častokrát alebo aj rodina keď príde do takej nejakej situácie, že rýchlo musí riešiť nejakú situáciu, tak vlastne tá ponuka je tak oklieštená a tým, že nie je pestrá a zároveň je to tak zabehnutý systém, že najľahšie sa o toto žiada. A v neposlednom rade treba povedať, že aj tie informácie z úradov, keď prídete, že idem riešiť nejakú takú situáciu, tak sú veľmi zúžené. Tak vlastne áno ten, tá predstava je tu taká a ani si nevedia predstaviť ako by to mohlo fungovať ináč, keďže to nikdy nezažili.“ (predstavitel'/-ka mimovládnej organizácie)

Zrušenie či zmena zariadení naráža na odpor rodín a príbuzných, ktorí sú na ne navyknutí, lebo poskytujú sociálne služby a vnímajú ich ako stabilné a dôveryhodné. Hoci proces DI by sa v istom bode mal dotknúť aj zariadení pre seniorov (či už so zdravotným postihnutím alebo bez), stále existuje veľká neochota zmeniť systém poskytovania služieb smerom ku komunitným službám, takže veľké sumy finančných prostriedkov plynú do týchto zariadení.

Deti

Zatiaľ čo v súčasnosti už nie je možné do zariadení pre osoby so zdravotným postihnutím prijímať osoby mladšie ako 18 rokov, v týchto zariadeniach je stále veľký počet detí. Predtým sú deti so zdravotným postihnutím často inštitucionalizované v detských domovoch. Zásadný problém s dlhodobou inštitucionalizáciou detí so zdravotným postihnutím spočíva v tom, že po dosiahnutí dospelosti zvyčajne končia v zariadeniach sociálnych služieb, kde sa ich stav výrazne zhoršuje:

„Hej a v decákoch máme okolo päťsto takýchto detí, ktoré takto skončia v sociálnych službách. Keď majú osemnásť rokov, tak z decáku idú do služieb a v decákoch sa ako tak snažia, niečo robia, v službách sa to potom zničí.“ (predstavitel'/-ka mimovládnej organizácie)

4. KROKY VEDÚCE K ÚSPEŠNEJ REALIZÁCII DEINŠTITUCIONALIZÁCIE

4.1 Závazok realizovať deinštitucionalizáciu

Respondenti vo všetkých skupinách sa zhodli, že záväzok na celoštátnej úrovni je základným predpokladom úspešnej implementácie DI. Je dôležité, aby sa kľúčoví predstavitelia štátu oficiálne zaviazali k DI ako systémovej zmene. Takýto záväzok by sa napríklad mohol dostať do programového vyhlásenia vlády.

„To že to bude mať v programovom vyhlásení vlády napríklad tú starostlivosť o ľudí so zdravotným postihnutím, kde by bola napríklad jedna z úloh, že Slovenská republika do roku 2020 zníži počet veľkokapacitných zariadení o polovicu, to znamená, že nejaké konkrétne opatrenia, ktoré budú viesť k tomu, že viem ako keby tá Slovenská republika sa hlási k tomu, že chce aby ľudia so zdravotným postihnutím mali poskytovanú sociálnu službu iným spôsobom ako doteraz.“ (tvorca/-kyňa politiky na regionálnej úrovni)

Zásadnú úlohu pri zabezpečovaní vládneho záväzku by mohla zohrávať **silná mimovládna organizácia, ktorá by pred vládou hájila a vyzdvihovala dôležitosť DI**. Podobnú úlohu zohrávala istá mimovládna organizácia v procese deinštitucionalizácie náhradnej starostlivosti pre deti. Poskytovatelia služieb poznamenali, že to bol jeden z faktorov úspechu v procese. No, ako jeden z respondentov (poskytovateľ sociálnych služieb) fokusovej skupiny ďalej uviedol, v súčasnosti neexistuje podobná vplyvná mimovládna organizácia, ktorý by zastupovala záujmy osôb so zdravotným postihnutím .

Vzhľadom na záväzky k DI zdôraznili účastníci hodnotiaceho stretnutia ako dôležité to, aby rozliční aktéri, najmä tvorcovia politiky na národnej úrovni, mali dostatočnú vedomosť o Dohovore OSN o právach osôb s postihnutím. V súčasnosti nie všetci aktéri zapojení do DI celkom rozumejú konceptu nezávislého života. Zároveň je rola tvorcov politiky na národnej úrovni vnímaná ako kľúčová, pretože oni by mali byť tí, ktorí šíria informácie ďalej na nižšie úrovne verejnej správy.

4.1.1 Vyjasnenie funkcií pri implementácii DI

Aktéri na regionálnej úrovni mali pocit, že majú priveľa zodpovednosti, a naliehali, aby Ministerstvo na seba prevzalo viac praktických úloh z oblasti DI. Ministerstvo videlo svoju úlohu pri tvorbe politickej stratégie a legislatívnych zmenách, zatiaľ čo praktickú stránku DI by mali implementovať samosprávne kraje. Tie však vyzývali, aby **Ministerstvo zaujalo aktívnejší prístup, napr. tak, že by na ministerstve zriadilo špeciálne oddelenie, ktoré by koordinovalo aktivity DI na všetkých úrovniach**, najmä v oblasti vzdelávania a školenia. Tento krok by taktiež jasnejšie vyjadroval pevnejší záväzok realizovať DI.

4.2 Dostupnosť poradenstva zameraného na podporu procesu

O téme potreby podpory a poradenstva sa diskutovalo predovšetkým medzi regionálnymi a miestnymi aktérmi a poskytovateľmi služieb. Tieto skupiny sa zhodli na tom, že by v procese DI rozhodne potrebovali omnoho viac podpory z Ministerstva. Aktéri na regionálnej úrovni, ktorí sa zúčastnili Národného projektu DI, volali po **funkčnej Implementačnej agentúre**, ktorá by im bola schopná poskytnúť spätnú väzbu k transformačným plánom.

4.2.1 Poradenstvo pre poskytovateľov

Poskytovatelia služieb mali pocit, že transformačné procesy nezvládajú a nedokážu ich implementovať sami.

Odhladnuc od podpory z Ministerstva, poskytovatelia služieb by potrebovali väčšiu podporu zo strany samosprávnych krajov, keďže sú ich zriaďovateľmi a správcami. To potvrdil/-a aj zainteresovaný/-á predstaviteľ/-ka krajského úradu, ktorý/-á naznačil/-a, že chýbajúcu podporu z Ministerstva by čiastočne mohli poskytovať samosprávne kraje, najmä vo forme mäkkých opatrení ako školenia personálu inštitúcií či zdieľanie skúseností. **Vzdelávanie, tréningy, aktivity zamerané na zvyšovanie povedomia a praktické informácie ohľadom DI so zameraním na profesionálnych opatrovateľov** sú podľa poskytovateľov služieb maximálne dôležité. Nebolo však jasné, kto by mal byť zodpovedný za poskytovanie takého poradenstva.

4.2.2 Aktívnejšia koordinácia zo strany Ministerstva

Poskytovatelia služieb a aktéri na regionálnej úrovni podotkli, že by im pomohlo mať **kontaktnú osobu na Ministerstve**, zodpovednú za koordináciu DI, s ktorou by mohli konzultovať svoje konanie. Koordináciu by malo zastrešovať Ministerstvo. No mal by to byť nepretržitý proces, ktorý presiahne trvanie národného projektu. Aktéri na regionálnej úrovni by uvítali podobnú asistenciu aj pri vypracúvaní žiadostí o eurofondy. Podľa jedného respondenta (predstaviteľ samosprávneho kraja), by Ministerstvo malo vytvoriť tím odborníkov, ktorý by samosprávnym krajom pomohol s prípravou grantových žiadostí, keďže proces ich podávania je v súčasnosti veľmi komplikovaný.

4.2.3 Zdieľanie dobrej praxe

Respondenti tiež navrhli, že **zdieľanie dobrej praxe** buď zo Slovenska či zahraničia by mohol byť dobrý spôsob, ako zvýšiť povedomie zamestnancov. **Systém prúdenia informácií zhora nadol (a teda z národnej úrovne na miestnu)**, ktorý v podstate v tejto chvíli skoro ani neexistuje, **by potreboval značné zlepšenie**.

Vo všeobecnosti by miestni a regionálni aktéri uvítali, keby **štát prevzal viac zodpovednosti za proces DI, najmä za jeho koordináciu a financovanie**. Aj obce aj samosprávne kraje nemali námietky voči svojej úlohe prakticky DI implementovať, ale potrebovali by **viac poradenstva, podpory a koordinácie, ktoré by realizovali úrady na národnej úrovni**.

4.3 Aktívna spolupráca ľudí zapojených do procesu deinštitucionalizácie

Úspešná implementácia DI si vyžaduje medzisektorovú spoluprácu a kooperáciu aktérov na rôznych úrovniach administrácie. **Do koordinačných stretnutí na úrovni ministerstva by tak mali byť prizvané zainteresované strany a poskytovatelia služieb na regionálnej úrovni**, najmä počas implementácie Národného projektu DI.

Aktéri DI by uvítali **intenzívnejšiu a pravidelnejšiu komunikáciu s Ministerstvom počas implementácie Národného projektu DI**. Podľa respondenta z regionálnej samosprávy by udržateľná komunikačná platforma bola naozaj prospešná.

4.3.1 Koordinácia spolupráce aktérov DI na miestnej úrovni

Na miestnej úrovni majú rôzni aktéri rozličné právomoci, a preto spolu adekvátne nekooperujú. Neznamená to, že taká spolupráca je nemožná, iba potrebuje **pevnú koordináciu, ktorú by zabezpečoval napríklad samosprávny kraj**, ako bolo

podotknuté v jednej fokusovej skupine. Poskytovatelia služieb ďalej uviedli, že proces DI si vyžaduje intenzívnejšiu integráciu rôznych aspektov. **Praktické terénne skúsenosti a know-how by sa mali prenášať do akademickej sféry a tvorby politiky** prostredníctvom lepšej komunikácie medzi jednotlivými aktérmi na národnej a krajskej úrovni a poskytovateľmi služieb v teréne. To si však vyžaduje koordináciu.

Poskytovatelia služieb uviedli, že **na miestnej úrovni je potrebná väčšia spolupráca s miestnymi mimovládnyimi organizáciami a poskytovateľmi komunitných služieb**. Pomohlo by to prenosu každodennej dobrej praxe a inštitúcie by sa zbavili istej časti bremena, ktoré sa na nich kladie počas DI.

4.4 Zmena v postojoch voči osobám so zdravotným postihnutím

4.4.1 Zmena v postojoch širokej verejnosti

Respondentka zo samosprávneho kraja navrhla, že by sa mala spustiť **národná či regionálna mediálna kampaň**, ktorá by informovala o procese DI. Všetky skupiny respondentov sa zhodli na tom, že široká verejnosť by mala byť bližšie oboznámená so skúsenosťami ľudí so zdravotným postihnutím. Túto úlohu by si malo vziať na starosť Ministerstvo.

„My sme to hovorili už v tom národnom projekte, že veľmi chýba národná kampaň a tú si nemôže zobrať na triko implementačná agentúra, to musí robiť ministerstvo. A tá by mala prebiehať na úrovniach smerom k verejnosti nejak velice populárne ale aj na úrovni tých vyšších územných celkov a samospráv, ZMOSu.“ (predstavitel’/ka mimovládnej organizácie)

Respondenti odporúčali, aby kampaň obsahovala príbehy konkrétnych osôb so zdravotným postihnutím.

4.4.2 Zmena v postojoch miestneho obyvateľstva

Aktéri z lokálnej úrovne uviedli, že pre zmenu postojov miestneho obyvateľstva je nevyhnutné **s nimi viesť neprestajný dialóg a vysvetľovať im, aká je DI dôležitá**, už od samotného začiatku procesu. To sa dá doceliť napríklad prostredníctvom stretnutí s ľuďmi so zdravotným postihnutím a ich budúciimi susedmi (v prípade presťahovania osôb so zdravotným postihnutím do podporovaných bytov v meste/obci). Jeden predstaviteľ obce v skúmanej lokalite uviedol, že obec prostredníctvom svojej pracovnej skupiny, ktorá vypracúva miestny plán komunitných služieb.

Najúčinnejším spôsobom, ako zmeniť postoje miestnych obyvateľov je **vytvorenie priestoru, kde by sa mohli stretávať a spoznať s ľuďmi so zdravotným postihnutím**. Na tomto sa zhodli aj aktéri zo samospráv, aj poskytovatelia služieb. **Inštitúcie by tak mali byť otvorenejšie** voči miestnej komunite (predstavitel’ miestnej samosprávy).

„Mesto ich prijalo, aj napríklad keď si zoberiete tie prvé začiatky, keď sme vyšli s vozíkmi vonku, keď viete, že sme mali takú klientelu, potom sme mali, začali sme chodiť na prechádzky po meste a všetci na nás pozerali, to bolo ako také, hej. A teraz už nie, teraz už každý to berie ako samozrejmosť.“ (pracovník/-čka v sociálnych službách)

Zástupca/-kyňa reprezentatívnej organizácie ľudí so zdravotným postihnutím poznamenal/-a, že by si to na miestnej úrovni vyžadovalo vytvorenie medzisektorového tímu, ktorý by združoval miestne úrady, zástupcov inštitúcií, komunitných služieb, školy,

mimovládne organizácie a jednotlivých občanov. Taktiež vyzdvihla úlohu zamestnancov/-kýň inštitúcie v oblasti komunikácie; mohli by propagovať informácie vo svojom bezprostrednom okolí, medzi svojimi rodinnými príslušníkmi, priateľmi atď. Samotní/-é zamestnanci/-kyne inštitúcií by však tiež potrebovali viac informácií (pozri nižšie).

4.4.3 Zmena v postojoch zamestnancov/-kýň

Respondenti sa zhodli, že je rovnako dôležité pracovať s postojmi zamestnancov/-kýň inštitúcií, čím by sa zamedzilo nevôli voči DI. Samosprávne kraje by tak mohli organizovať napríklad sériu tréningov a vzdelávacích aktivít a zdieľať dobrú prax či už z iných lokalít alebo zo zahraničia. Zamestnanci/-kyne zariadení sociálnych služieb sa často zdráhajú zmeniť svoje pracovné návyky. Ak však uvidia pozitívne výsledky deinštitucionalizácie, viac ju budú vedieť prijať. Na tom sa zhodli aj zástupcovia inštitúcií, ktorí tvrdili, že zamestnanci/-kyne potrebujú viac informácií v oblasti DI ako zdroj inšpirácie, že to funguje a dáva to zmysel.

4.5 Praktická organizácia procesu deinštitucionalizácie

4.5.1 Zmeny v legislatíve

Takmer všetky skupiny respondentov, ale najmä aktéri na celoštátnej a regionálnej úrovni a poskytovatelia služieb, volali po zmenách v legislatíve. Legislatíva upravujúca poskytovanie sociálnych služieb by sa mala novelizovať tak, aby v **nej boli ukotvené nové sociálne služby (najmä komunitné služby)**. Komunitné služby sa postupne vytvárajú, lebo je po nich dopyt, ale legislatíva tieto zmeny nereflektuje a neupravuje ich prevádzku.

Ďalším bodom, ktorý spomenuli účastníci výskumu (najmä predstavitelia MVO) je problematická definícia sociálnych služieb v legislatíve. V súčasnosti sú sociálne služby chápané platnou legislatívou ako ekonomická aktivita a tento fakt komplikuje používanie EÚ fondov pre DI, pretože čerpanie EÚ fondov musí byť v súlade s pravidlami ekonomickej súťaže inak by mohlo byť vnímané ako neoprávnená štátna pomoc. Ak by boli **sociálne služby definované ako služby všeobecného hospodárskeho záujmu**, platili by pre ne iné pravidlá čerpania EÚ fondov, čo by v porovnaní so súčasnou situáciou uľahčilo používanie EÚ fondov pre túto oblasť. Konkrétne zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách by mohol obsahovať takúto definíciu sociálnych služieb ako služieb všeobecného hospodárskeho záujmu.

4.5.2 Zmeny v systéme financovania

Systém financovania sociálnych služieb bol vystavený všeobecnej kritike a na tom, že je potrebné ho zmeniť, sa zhodli doslova všetci respondenti. Respondenti v jednotlivých rozhovoroch a fokusových skupinách navrhovali zavedenie **financovania na osobu** namiesto terajšieho systému paušálneho financovania na inštitúciu. To by poskytovateľom služieb umožnilo poskytovať individualizovanejšiu starostlivosť v súlade s ozajstnými potrebami svojich klientov.

„Najideálnejší systém financovania z môjho pohľadu, že kam by to malo smerovať je [...] že personal budget, že nejaké osobné rozpočty alebo [...] príspevky na odkázanosť podľa miery odkázanosti.“ (predstaviteľ/-ka mimovládnej organizácie)

Financovanie na osobu zároveň umožňuje väčšiu flexibilitu pri poskytovaní služieb, ktorú by uvítali ich poskytovatelia. Financovanie na osobu je taktiež z dlhodobého hľadiska menej finančne náročné než paušálne financovanie na inštitúciu. Pár respondentov podotklo, že by štát mal na financovanie nazerať ako na investíciu do spoločnosti, hoci

samotné prechodné obdobie je (pri financovaní *de facto* dvoch systémov – starého a nového) nákladnejšie. To tiež súvisí s potrebou implementovať DI ako proces, a nie ako časovo obmedzený projekt.

V otázke financovania sa ozývali hlasy respondentov, ktoré volali po **funkčnom systéme čerpania eurofondov**. Konkrétne treba zefektívniť systém žiadania o granty a vytvoriť také podmienky na čerpanie eurofondov, ktoré by dokázali zvládnuť aj tí, ktorí financovanie potrebujú. Keďže eurofondy predstavujú dôležitý zdroj financovania DI, **treba vymyslieť jednoduchšie pravidlá ich využívania, najmä v prípade procesov verejného obstarávania**. Podľa predstaviteľa samosprávneho kraja sú tieto procesy často veľmi zdĺhavé a príliš komplikované, takže značne spomaľujú proces DI.

4.5.3 Vytvorenie komunitných služieb

Všetky skupiny respondentov sa zhodli, že na úspešnú implementáciu DI je nevyhnutné vytvorenie komunitných služieb, ktoré by sa klientom poskytovali v ich prirodzenom prostredí, no v súčasnosti takmer úplne absentujú. Poskytovatelia služieb sa tiež dožadovali siete komunitných služieb a zastávali názor, že **vytvorenie komunitných služieb by malo predchádzať samotnej DI**. No funkčné komunitné služby sú podmienené **udržateľným financovaním**.

Zodpovednosť za vytvorenie komunitných služieb na miestnej úrovni nebola respondentom celkom jasná. Jeden z respondentov poznamenal, že by ich mali vytvárať obce. Ďalší predstaviteľ reprezentatívnej organizácie ľudí so zdravotným postihnutím však zastával názor, že by ich mali vytvoriť inštitúcie ako súčasť svojich transformačných plánov. Ďalšia predstaviteľka samosprávneho kraja si myslela, že DI by napomohla väčšia rozmanitosť lokálnych poskytovateľov komunitných služieb. Komunitné služby by preto mali poskytovať rôzni aktéri (nie len samosprávne kraje a obce) v záujme zabezpečenia rôznorodosti ponuky. To tiež súvisí s otázkou **prerozdelenia kompetencií** v procese DI.

Aktéri na regionálnej úrovni mali pocit, že ich podiel zodpovednosti, ktorá im bola v rámci procesu DI pridelená, ochromuje. Ich **kompetencie by sa preto mali prerozdeliť medzi krajské samosprávy a obce/mestá**. Konkrétne obce/mestá by mali prebrať zodpovednosť za organizáciu a poskytovanie komunitných služieb. Ďalej je potrebné, aby **sa zapojili ďalší aktéri** (občianska spoločnosť ako napríklad cirkvi, mimovládne organizácie, komunitné iniciatívy) do poskytovania služieb. Komunitné služby by teda boli nielen poskytované na úrovni komunity, ale v prvom rade by ich poskytovali samotní aktéri z komunity. To by umožnilo klientom vyššiu mieru slobody vo výbere konkrétnej služby.

„No viete, keď hovoríme o tom, že sú to služby komunitné, tak naozaj ja to vnímam tak, že to v podstate by teda malo byť nejaké nejaké spektrum. A myslím si, že skôr by to mohol byť neverejný poskytovateľ. Predsa vie vlastne ponúknuť tak trochu [...] mnohé napríklad cirkevné organizácie, iné záujmové. Hej? Kde v podstate ponúknu vlastne taký ten dajú tej službe taký iný rozmer. A my predsa vlastne chceme, aby v podstate tí klienti boli slobodní, vlastne v tom, kde pôjdu.“
(tvorca/-kyňa politiky na regionálnej úrovni).

Podľa predstaviteľky miestnej samosprávy by niekoľko komunitných služieb bolo treba zriadiť aj v skúmanej lokalite: komunitné centrum, rozšíriť opatrovateľskú službu, systém sociálneho/podporovaného zamestnávania, ale taktiež aj denný stacionár pre rodiny s deťmi so zdravotným postihnutím. Tiež treba rozšíriť zdravotnú starostlivosť a psychosociálne komunitné služby, aby boli dostupné pre všetkých, čo ich potrebujú. Podľa poskytovateľov sociálnych služieb by tiež lokalite prinieslo ošoh viac jednotiek podporovaného bývania mimo zariadení, ideálne v domoch, nie v panelákoch.

4.5.4 Hodnotenie kvality sociálnych služieb

Hodnotenie kvality sociálnych služieb (stanovené zákonom č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách) bolo posunuté už niekoľko krát – podľa účastníkov výskumu je kľúčové začať s hodnotením kvality, pretože je vysoko pravdepodobné, že existujúce inštitúcie nebudú schopné naplniť kritériá kvality. Toto by mohlo urýchliť potrebné zmeny v poskytovaní sociálnych služieb.

4.6 Zodpovednosť za implementáciu DI

Výskumné zistenia ukazujú, že jednotliví aktéri DI majú významne odlišné hľadiská na kompetencie a zodpovednosť v oblasti implementácie DI.

Predstavitelia/-lky štátnych úradov: Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny je zodpovedné najmä za navrhovanie legislatívy a strategických dokumentov. Podľa Ministerstva by mali poskytovatelia sociálnych služieb (samosprávne kraje a obce) konať v súlade s legislatívou a národnými koncepcnými dokumentmi a uvádzať stratégiu vypracovanú Ministerstvom do praxe.

Predstavitelia/-lky samosprávnych krajov: Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny je zodpovedné za riadnu koordináciu procesu DI a malo by do väčšej miery taktiež pokrývať zvýšené náklady na celý proces. Ministerstvo by tiež malo komunikovať so samosprávnymi krajinami pri plánovaní a koordinácii procesu DI, čo sa momentálne nedeje.

Predstavitelia/-lky poskytovateľov sociálnych služieb: Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny momentálne zlyháva ako koordinátor procesu DI. Ministerstvo by malo dôslednejšie koordinovať proces a postarať sa tak o jeho postupnú implementáciu; malo by zriadiť pracovnú pozíciu alebo oddelenie, ktoré by malo na starosti koordináciu DI. Ministerstvo by tiež malo zohľadniť zvýšené náklady na proces DI a vyhraďiť finančné prostriedky na ich pokrytie.

Predstavitelia/-lky mimovládnych organizácií/reprezentatívnych organizácií ľudí so zdravotným postihnutím: Kompetenciou Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny je vytvoriť priaznivé podmienky pre proces DI, a to také, aby sa zlepšil stav komunitných služieb a malých poskytovateľov sociálnych služieb, keďže v danej chvíli bojujú o prežitie. Čím viac komunitných služieb bude v lokalitách k dispozícii, tým ľahšie sa bude implementovať proces DI. Absencia komunitných služieb by sa dala vyriešiť tým, že obce, „materské“ inštitúcie či iní aktéri (cirkev, mimovládne organizácie) zriadia nové sociálne služby.

Predstavitelia/-lky obcí: Podľa Predstavitel'ov obcí nie je implementácia procesu DI v ich kompetencii. Častokrát nechcú byť viac zapojení do DI, lebo sa boja reakcií miestneho obyvateľstva. Navyše sa obávajú, že by museli financovať zo svojho vlastného rozpočtu viac sociálnych služieb. Podľa nich je deinštitucionalizácia najmä v kompetencii samosprávnych krajov a štátnych úradov.

PRÍLOHA: METODOLÓGIA VÝSKUMU

Terénny výskum obsahoval niekoľko bežných kvalitatívnych výskumných metód, ktoré by umožnili zachytiť hľadiská širokej škály rozličných zainteresovaných strán. Išlo o participatívne metodológie výskumu, ktoré umožňujú plne zapojiť osoby so zdravotným postihnutím:

- Úvodné **pološtruktúrované rozhovory** s vybranými zainteresovanými štátnymi predstaviteľmi určené na zhromaždenie kontextuálnych informácií o statuse národného procesu deinštitucionalizácie a na identifikáciu kľúčových tém, ktoré by sa mali ďalej prebrať počas neskorších interview.
- **Diskusie** počas fokusových skupín určené na preskúmanie rozdielných a spoločných znakov v oblasti skúseností a predstáv skupín účastníkov, ktorí zastávajú podobnú úlohu v procese deinštitucionalizácie.
- **Pološtruktúrované osobné rozhovory** s jednotlivcami zapojenými do procesu deinštitucionalizácie v lokalite vybranej pre prípadovú štúdiu s cieľom zozbierať ich pohľady na to, aké stratégie fungujú a aké nie.
- **Naratívne rozhovory**, ktoré osobám so zdravotným postihnutím umožnili podeliť sa o svoje skúsenosti s procesom deinštitucionalizácie a o to, ako im ovplyvňuje život.

Viac informácií ohľadom dizajnu a metód terénneho výskumu je možné nájsť v hlavnej správe [‘From institutions to community living for persons with disabilities: perspectives from the ground’](#).

Tabuľka 1: Výskumné metódy a fokusové skupiny

Prípravný výskum – národná a lokálna úroveň	Hĺbkový terénny výskum na lokálnej úrovni	Delfský proces
<p>ROZHOVORY</p> <ul style="list-style-type: none"> • reprezentatívne organizácie zastupujúce ľudí so zdravotným postihnutím, • štátni zainteresovaní aktéri (tvorcovia politiky, odborníci), <p>FOKUSOVÉ SKUPINY</p> <ul style="list-style-type: none"> • verejná správa na miestnej úrovni, • riaditelia a zamestnanci ústavov a komunitných služieb, • osoby so zdravotným postihnutím <p>DESK RESEARCH vybraných lokalít</p>	<p>INDIVIDUÁLNE ROZHOVORY</p> <ul style="list-style-type: none"> • miestni predstavitelia úradov zodpovední za proces DI, • riaditelia a zamestnanci inštitúcií a komunitných služieb, • zamestnanci všeobecných služieb (v oblasti zdravotníctva zamestnanosti, bytovej politiky), • lokálne reprezentatívne organizácie zastupujúce ľudí so zdravotným postihnutím <p>NARATÍVNE HĽBKOVÉ ROZHOVORY:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ľudia so zdravotným postihnutím so skúsenosťou s DI <p>FOKUSOVÉ SKUPINY</p>	<p>ONLINE PRIESKUM</p> <ul style="list-style-type: none"> • verejná správa na národnej úrovni zaangažovaná v DI, • miestna verejná správa zaangažovaná v DI, • riaditelia inštitúcií a komunitných služieb, • zamestnanci inštitúcií/komunitných služieb, • ľudia so zdravotným postihnutím so skúsenosťami s DI, • rodinní príslušníci, opatrovatelia, • reprezentatívne organizácie zastupujúce ľudí so zdravotným postihnutím a sebaobhajcovia

	<ul style="list-style-type: none"> • rodinní príslušníci alebo ľudia so zdravotným postihnutím, • členovia miestnej komunity, • zamestnanci inštitúcií alebo komunitných služieb 	
--	---	--

Zdroj: FRA, 2018

Zapojenie osôb so zdravotným postihnutím

To, ako sa vyvíjal výskum, určovali participatívne výskumné princípy. Špeciálnu pozornosť sme venovali tomu, ako zabezpečiť aktívnu účasť ľudí so zdravotným postihnutím vo všetkých etapách výskumu.

Vo fáze prípravy výskumu zorganizovala FRA medzinárodné expertné stretnutie s predstaviteľmi reprezentatívnych organizácií ľudí so zdravotným postihnutím a odborníkmi s praxou vo vedení výskumu s ľuďmi so zdravotným postihnutím. Podobný proces sa dial na celoštátnej úrovni, keď výskumníci v skúmaných krajinách viedli konzultácie a rozhovory s miestnymi organizáciami zameranými na ľudí so zdravotným postihnutím a odborníkmi.

FRA zabezpečila ľahko čitateľné (EASY READ) výskumné materiály a náležité ubytovanie počas všetkých častí výskumu, keď prebiehali aktivity.

Mená osôb so zdravotným postihnutím, ktoré vypovedali svoje osobné príbehy o deinštitucionalizácii boli nahradené pseudonymami.

Delfský proces

Za účelom validizácie výsledkov terénneho výskumu na celoštátnej aj miestnej úrovni, FRA uskutočnila Delfský proces. Ide o participatívnu skupinovú komunikačnú metódu, ktorá dáva dokopy širokú skupinu rôznych zainteresovaných strán. Jej cieľom je podrobne preskúmať konkrétnu problematiku časovo efektívnym spôsobom. Proces umožnil FRA zhodnotiť mieru súhlasu a nesúhlasu naprieč jednotlivým skupinami a krajinami ako aj medzi nimi.

Delfský prieskum FRA zahrnul takmer všetkých, ktorí sa zúčastnili v terénnom výskume. Účastníkom bol poskytnutý súhrn kľúčových výsledkov skúmania a následne boli požiadaní, aby označili najdôležitejšie hýbatele zmien a bariéry procesu deinštitucionalizácie.

Stretnutie za účelom vzájomného hodnotenia

Okrem toho FRA v období od decembra 2017 do februára 2018 v každej skúmanej krajine zorganizuje stretnutia za účelom vzájomného hodnotenia. Tieto stretnutia umožňujú malému počtu účastníkov výskumu reflektovať výsledky, ktoré vyplynuli z výskumu.

Diskusie na týchto stretnutiach mali vplyv na revíziu správ národných prípadových štúdií, ako aj na koncipovanie hlavnej správy zhrňujúcej závery z piatich krajín, v ktorých výskum prebiehal.