

INOVATÍVNY SYSTÉM SOCIÁLNEHO ZAČLEŇOVANIA OSÔB SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM VZÁJOMNOU VČASNOU POMOCOU OD MOTIVÁTOROV OZP NAJMÄ PRI ODCHODE ZO ZDRAVOTNÍCKYCH/ REHABILITAČNÝCH ZARIADENÍ

KOLEKTÍV AUTOROV V RÁMCI NÁRODNÉHO PROJEKTU SME SI ROVNÍ

Tento projekt sa realizuje vďaka podpore z Európskeho sociálneho fondu a Európskeho fondu regionálneho rozvoja v rámci Operačného programu Ľudské zdroje.
www.esf.gov.sk, www.employment.gov.sk

INOVATÍVNY SYSTÉM SOCIÁLNEHO ZAČLEŇOVANIA OSÔB SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM VZÁJOMNOU VČASNOU POMOCOU OD MOTIVÁTOROV OZP NAJMÄ PRI ODCHODE ZO ZDRAVOTNÍCKYCH/ REHABILITAČNÝCH ZARIADENÍ

**ODBORNÁ ŠTÚDIA
2020 - 2023**

Autori: Ing. Juraj Studeník, Mgr. Ivan Schmidt, PhD.,
Mgr. Lucia Vreštiaková, Mgr. Michaela Laktišová, Marek Smatana, MSc,
prof. MUDr. Bruno Rudinský, CSc., Mgr. Viktoriia Sikomas, MPH,
Mgr. Miroslav Feješ, Ing. Jana Zimanová, PhD.

Vydal Slovenský paralympijský výbor
v roku 2023 ako publikáciu národného projektu s názvom SME SI ROVNÍ,
kód ITMS2014+: 312041AIR7.

Tento projekt sa realizuje vďaka podpore z Európskeho sociálneho fondu a Európskeho fondu regionálneho rozvoja v rámci Operačného programu Ľudské zdroje.
www.esf.gov.sk, www.employment.gov.sk

Spracoval:	Kolektív autorov v rámci národného projektu SME SI ROVNÍ r. 2020 – 2023
Autori:	Ing. Juraj Studeník, Mgr. Ivan Schmidt, PhD., Mgr. Lucia Vreštiaková, Mgr. Michaela Laktišová, Marek Smatana, MSc, prof. MUDr. Bruno Rudinský, CSc., Mgr. Viktoriia Sikomas, MPH, Mgr. Miroslav Feješ, Ing. Jana Zimanová, PhD.
Vydal:	Slovenský paralympijský výbor v roku 2023 ako publikáciu národného projektu s názvom SME SI ROVNÍ, kód ITMS2014+: 312041AIR7
Obsah publikácie:	© Slovenský paralympijský výbor
Layout a grafická úprava:	© Róbert Kvasnica, ERB studio s. r. o.
ISBN:	978 - 80 - 974686 - 1 - 3

Predhovor

Zdravotné postihnutie nie je v spoločnosti chápané len ako zdravotný problém človeka, ale v spoločenskom kontexte sa jedná o množstvo problémov, ktorým musí človek čeliť, keď sa ocitne v situácii so zmeneným zdravotným stavom či už po úraze, nehode, alebo v dôsledku ochorenia. Zo dňa na deň stráca svoje pôvodné miesto, prichádza o sociálne istoty, o prácu, mnohokrát aj o rodinu a rieši existenčné problémy.

V slovenskej spoločnosti fyzicky postihnutá osoba naráža na diskrimináciu a množstvo predsudkov. Bezbariérovosť v mestách, na úradoch, v hromadnej doprave, prístup na pracovisko, postoj zamestnávateľov, inkluzívne vzdelávanie, komunikačné bariéry, spoločenské odcudzenie, vyššie riziko trestnej činnosti páchanej na bezbrannej osobe, to sú výzvy, ktoré prekonáva zdravotne znevýhodnená osoba. V takejto situácii potrebuje podporu a pomocnú ruku.

Vnímanie potreby poskytnutia podpory a včasnej pomoci ľuďom, ktorí sa ocitli v nepriaznivej zdravotnej a životnej situácii nie je pre Slovenský paralympijský výbor nič nové. Slovenský paralympijský výbor nie je len jediná reprezentatívna organizácia zdravotne postihnutých paralympionikov oprávnená riadiť paralympijské hnutie v SR, organizovať prípravu paralympionikov a zastupovať SR na medzinárodnej úrovni v športovej diplomacii, SPV je svojou činnosťou tiež jedinečnou inštitúciou, ktorá spája motiváciu k pohybu s motiváciou k spoločenskému a pracovnému uplatneniu. Ako jediná organizácia svojho druhu na Slovensku dlhodobo zavádza a inovuje systém podpory, pomoci a poradenstva pre osoby so zdravotným postihnutím, v ktorom používa kombináciu motivácie k pohybu a motivácie k opätovnému spoločenskému a pracovnému uplatneniu s využitím pozitívnych osobných príkladov úspešného zapojenia sa paralympionikov do života, ale aj ďalších zamestnancov na pozícii motivátorov projektu SME SI ROVNÍ s inými ako športovými životnými úspechmi.

Národný projekt SME SI ROVNÍ vznikol a reaguje na potrebu kontinuity po ukončení dopytovo orientovaného projektu PARALELA, ktorý SPV realizoval v rokoch 2013 – 2015 a v ktorom prvýkrát v histórii Slovenska bola spomínaná pracovná profesia „motivátor“ pre zdravotne znevýhodnených. Projekt bol zameraný predovšetkým na

vzdelávanie motivátorov a umožňoval im získať aj prax. Motivátorská činnosť a vôbec včasná pomoc pre zdravotne znevýhodnených dospelých a deti od 7 rokov veku na Slovensku však dodnes nie je jednoznačne ukotvená v sociálnej legislatíve. Národný projekt sme si rovni stavia na skúsenostiach z PARALELY a otvára nové perspektívy.

Peer-to-peer support je vo svete známa metóda pomoci v rámci rôznych komunít, medzi nimi aj v rámci komunity zdravotne znevýhodnených. Na Slovensku je to novátorská myšlienka, ktorá si musí nájsť svoju cestu, podporovateľov a najmä oporu v legislatíve. Verím, že národný projekt SME SI ROVNÍ bude vďaka svojim výsledkom príkladom hodným nasledovania.

Dr.h.c. PhDr. Ján Riapoš, PhD.

predseda Slovenského paralympijského výboru

Obsah

ZHRNUTIE	9
SUMMARY	11
ÚVOD	13
1. POPIS A CHARAKTERISTIKA ZAVÁDZANÉHO SYSTÉMU VČASNEJ POMOCI OZP OVEROVANÉHO V RÁMCI PROJEKTU	15
1.1 <u>Východisková situácia v oblasti podpory sociálneho začleňovania OZP na Slovensku z legislatívneho hľadiska</u>	15
1.2 <u>Metodika poskytovania služieb sociálneho začleňovania v centrách včasnej pomoci individuálnou formou a skupinovou formou spracovaná a uplatňovaná v rámci zavádzaného systému včasnej pomoci OZP</u>	25
1.3 <u>Zavádzaný systém včasnej pomoci OZP v praxi</u>	30
1.3.1 <u>Poskytovanie služieb sociálneho začleňovania individuálnou formou prostredníctvom motivátorov</u>	30
1.3.2 <u>Poskytovanie služieb sociálneho začleňovania formou skupinových aktivít</u>	34
1.4 <u>Výsledky overenia zavádzaného systému včasnej pomoci OZP v praxi – zhodnotenie jeho dopadu na cieľovú skupinu OZP</u>	37
1.4.1 <u>Kľúčové dáta o účastníkoch projektu</u>	37
1.4.2 <u>Zhodnotenie individuálnej formy pomoci overovanej v rámci projektu a jej dopadu na cieľovú skupinu</u>	46
1.4.2.1 <u>Výsledky pilotnej etapy z roku 2020</u>	46
1.4.2.2 <u>Výsledky druhej etapy – testovej časti – z roku 2021</u>	51
1.4.2.3 <u>Výsledky tretej etapy – re-testovej časti z roku 2022</u>	55
1.4.2.4 <u>Zhrnutie výsledkov overenia individuálnej formy pomoci</u>	61
1.4.3 <u>Zhodnotenie skupinovej formy pomoci overovanej v rámci projektu a jej dopadu na cieľovú skupinu</u>	62
1.4.3.1 <u>Metodika, zber dát, výskumná vzorka</u>	63
1.4.3.2 <u>Výsledky analýzy realizovaných skupinových aktivít</u>	64
1.4.3.3 <u>Zhrnutie výsledkov overenia skupinovej formy pomoci</u>	75
2. KOMPARÁCIA OVEROVANÉHO SYSTÉMU S PODOBNÝMI NÁSTROJMI UPLATŇOVANÝMI V ZAHRANIČÍ PRE PODPORU SOCIÁLNEHO ZAČLEŇOVANIA OZP	77
2.1 <u>Východisková analýza kľúčových štatistických dát na medzinárodnej úrovni</u>	77
2.1.1 <u>Analýza životnej spokojnosti u osôb so zdravotným znevýhodnením</u>	79
2.1.2 <u>Zdravotné znevýhodnenie ako faktor vyššieho rizika chudoby a sociálneho vylúčenia</u>	81
2.1.3 <u>Analýza uplatnenia osôb so zdravotným znevýhodnením na trhu práce</u>	83
2.1.4 <u>Analýza pravdepodobnosti sa zamestnať u osôb so zdravotným znevýhodnením</u>	85
2.1.5 <u>Rozdiely v dosiahnutom vzdelaní u ľudí so zdravotným znevýhodnením a ľudí bez zdravotného znevýhodnenia</u>	87
2.2 <u>Výsledky komparácie nástrojov aktívneho sociálneho začleňovania OZP uplatňovaných v zahraničí s overovaným systémom zavádzaným na Slovensku</u>	90
2.2.1 <u>Peer-to-peer prístup v slovenských podmienkach</u>	90
2.2.2 <u>Odbúranie bariér v Dánsku</u>	91
2.2.3 <u>České neziskové organizácie pre osoby so zdravotným postihnutím</u>	92
2.2.4 <u>Nemecká podporná sieť EUTB pre osoby so zdravotným postihnutím</u>	93
2.2.5 <u>Základné rozdiely medzi vybranými krajinami</u>	94
2.2.6 <u>Základné spoločné znaky vybraných krajín</u>	95
2.2.7 <u>Kľúčové inšpiratívne prvky z vybraných krajín pre Slovensko</u>	95
3. NÁVRH OPATRENÍ NA ZABEZPEČENIE ÚČINNEJŠIEHO FUNGOVANIA OVERENÉHO INOVATÍVNEHO SYSTÉMU SOCIÁLNEHO ZAČLEŇOVANIA OZP	97
3.1 <u>Navrhované opatrenia na zlepšenie fungovania inovatívneho systému sociálneho začleňovania OZP v praxi</u>	97

3.2	Integrácia služieb poskytovaných motivátormi do pripravovaných Spinálnych jednotiek	99
4.	NÁVRH KROKOV SYSTÉMOVÝCH OPATRENÍ PRE ZAČLENENIE OVERENÉHO SYSTÉMU	
	SOCIÁLNEHO ZAČLEŇOVANIA OZP DO EXISTUJÚCEJ ŠTRUKTÚRY SOCIÁLNYCH SLUŽIEB PRE	
	OZP	105
	ZÁVER.....	114
	ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY.....	116
	PRÍLOHY	119

Zoznam tabuliek a grafických objektov

Tabuľka č. 1:	Zmeny vo výške peňažného príspevku na opatrovanie.....	17
Tabuľka č. 2:	Výška príspevku na hodinu osobnej asistencie k 1. júlu 2015 – 2020	18
Tabuľka č. 3:	Prehľad úpravy výšky životného minima od 1.7.2015 do 30.6.2021.....	21
Tabuľka č. 4:	Rozdelenie vzorky klientov na základe veku.....	38
Tabuľka č. 5:	Počet klientov vo vybraných vekových kategóriách	39
Tabuľka č. 6:	Rozdelenie vzorky klientov do vekových kategórií podľa pohlavia.....	39
Tabuľka č. 7:	Zastúpenie okresov v jednotlivých kategóriách podľa počtu klientov projektu.....	42
Tabuľka č. 8:	Počty jednotlivých vekových kategórií v rámci prieskumu	47
Tabuľka č. 9:	Percentuálne zastúpenie konkrétnych inštitúcií.....	50
Tabuľka č. 10:	Podiel respondentov na základe účasti v projekte	51
Tabuľka č. 11:	Porovnanie celkových priemerov a priemerov pre mužov a ženy v jednotlivých oblastiach	53
Tabuľka č. 12:	Percentuálne zastúpenie jednotlivých inštitúcií vzhľadom na kraje Slovenska.....	54
Tabuľka č. 13:	Rozdelenie respondentov podľa inštitúcií.....	54
Tabuľka č. 14:	Porovnanie priemernej hodnoty odpovedí pri hodnotení peer poradenstva vzhľadom na kolá zberu dát a zapojenie v projekte SME SI ROVNÍ.....	56
Tabuľka č. 15:	Štatistické ukazovatele hodnôt odpovedí na otázku odporúčania projektu vzhľadom na 2. a 3. kolo.....	59
Tabuľka č. 16:	Hlavné prínosy projektu SME SI ROVNÍ pre jeho účastníkov.....	62
Tabuľka č. 17:	Veková štruktúra respondentov dotazníka.....	64
Tabuľka č. 18:	Frekvencia účasti na jednotlivých skupinových aktivitách	65
Tabuľka č. 19:	Podiel formy, akou boli skupinové aktivity realizované.....	66
Tabuľka č. 20:	Podiel prínosu jednotlivých tém pre respondentov	70
Tabuľka č. 21:	Priemerné hodnoty prínosu skupinových aktivít	71
Tabuľka č. 22:	Podiel prínosu skupinových aktivít pre respondentov	71
Tabuľka č. 23:	Priemerné hodnoty miery celkovej významnosti skupinových aktivít vo vybraných kategóriách.....	72
Tabuľka č. 24:	Priemerné hodnoty miery, akou by respondent odporučil absolvovanie skupinovej aktivity niekomu inému.....	73
Tabuľka č. 25:	Navrhované témy pre skupinové aktivity.....	75
Tabuľka č. 26:	Porovnanie vybraných krajín v hodnote podielu ľudí od 16 rokov, ktorí žijú v domácnosti, ktorá eviduje ťažkosti s vystračením si s finančnými zdrojmi	82
Tabuľka č. 27:	Miera nezamestnanosti OZP v EÚ v rokoch 2017 až 2021 v %	83
Tabuľka č. 28:	Hospitalizácie na úrazy a ich príčiny v SR v 2020.....	100
Graf č. 1:	Rozdelenie vzorky klientov projektu podľa pohlavia.....	38
Graf č. 2:	Rozdelenie vzorky klientov podľa miesta bydliska (na úrovni krajov)	39
Graf č. 3:	Geografické zobrazenie rozdelenia vzorky klientov podľa krajov SR.....	40
Graf č. 4:	Grafické zobrazenie rozdelenia vzorky klientov podľa jednotlivých okresov SR.....	41
Graf č. 5:	Rozdelenie vzorky klientov na základe výšky dosiahnutého vzdelania (ISCED)	43
Graf č. 6:	Rozdelenie vzorky klientov podľa začlenenia v procese vzdelávania / odbornej prípravy	44
Graf č. 7:	Rozdelenie vzorky klientov na základe zamestnaneckého postavenia	44
Graf č. 8:	Rozdelenie vzorky klientov na základe uvedeného znevýhodnenia	45
Graf č. 9:	Pomer zastúpenia mužov a žien vo výskumnom súbore.....	47
Graf č. 10:	Pomer zastúpenia vekových kategórií vo výskumnom súbore	47
Graf č. 11:	Rozdelenie respondentov na základe zdravotného postihnutia.....	55
Graf č. 12:	Percentuálne rozloženie odpovedí na otázku, či by odporučili projekt SME SI ROVNÍ niekomu ďalšiemu.....	58
Graf č. 13:	Percentuálne zastúpenie inštitúcií vzhľadom na jednotlivé kraje Slovenska	59
Graf č. 14:	Percentuálne zastúpenie typov inštitúcií	60

Graf č. 15:	Rozloženie respondentov podľa pohlavia	64
Graf č. 16:	Podiel množstva absolvovaných skupinových aktivít u respondentov	64
Graf č. 17:	Podiel preferencie počtu stretnutí osobnou (prezenčnou) formou	67
Graf č. 18:	Podiel preferencie počtu stretnutí online (dištančnou) formou.....	68
Graf č. 19:	Podiel preferencie týždňovej frekvencie stretnutí online (dištančnou) formou.....	69
Graf č. 20:	Podiel preferencie frekvencie stretnutí osobnou (prezenčnou) formou	69
Graf č. 21:	Podiel jednotlivých dôvodov, ktoré mohli viesť k neúplnej účasti na skupinovej aktivite	74
Graf č. 22:	Priemerné hodnotenie viery v spravodlivý svet	80
Graf č. 23:	Podiel ľudí vo veku 16 a viac rokov ohrozených chudobou a sociálnym vylúčením v rámci EÚ	81
Graf č. 24:	Podiel ľudí od 16 rokov, ktorí žijú v domácnosti, ktorá eviduje ťažkosti s vystačením si s finančnými zdrojmi.....	82
Graf č. 25:	Percentuálne zastúpenie v jednotlivých sektoroch v rámci EÚ (2020).....	84
Graf č. 26:	Percentuálne zastúpenie v jednotlivých sektoroch v rámci Slovenska (2020)	84
Graf č. 27:	Percentuálne zastúpenie v jednotlivých sektoroch v rámci Slovenska (2020) – OZP ..	85
Graf č. 28:	Pravdepodobnosť zamestnať sa – muži	86
Graf č. 29:	Pravdepodobnosť zamestnať sa – ženy.....	86
Graf č. 30:	Rozloženie respondentov podľa ukončeného vzdelania z roku 2021 v EÚ.....	88

Zoznam skratiek

BMAS	Spolkové ministerstvo práce a sociálnych vecí (Nemecká spolková republika)
CZEPA	Česká asociace paraplegiků
CVI	Centrum včasnej intervencie
ČR	Česká republika
DMO	Detská mozgová obrna
ESCIF	European Spinal Cord Injury Federation (Európska federácia pre osoby s poranením miechy)
ESS	Európska sociálna sonda
EUTB	Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (Doplnkové nezávislé poradenstvo)
EÚ	Európska únia
FO	Fyzická osoba
ID	Invalidný dôchodok
IKT	Informačno-komunikačné technológie
ISCED	Medzinárodná štandardná klasifikácia vzdelávania
JIS	Jednotka intenzívnej starostlivosti
MKF	Medzinárodná klasifikácia funkčných schopností, hendikepu a zdravia
MKCH-10	Medzinárodná klasifikácia chorôb (revízia 10)
MPSVaR SR	Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky
NAP	Národný akčný plán
NCZI	Národné centrum zdravotníckych informácií
NP	Národný projekt
NRC	Národné rehabilitačné centrum v Kováčovej
OAIM	Oddelenie anesteziológie a intenzívnej medicíny
OP LZ	Operačný program Ľudské zdroje
OSN	Organizácia spojených národov
OZP	Osoba so zdravotným postihnutím (person with disability – PWD)
PO	Právnická osoba
RYK	Dánska organizácia pre ľudí s poranenou miechou
Sb.	Sbírka /ref. Zbierka zákonov
SGB	Kniha sociálnych zákonov – Nemecko
SJ	Spinálna jednotka
SPV	Slovenský paralympijský výbor
SR	Slovenská republika
SUMH	Dánska organizácia pre mladých s hendikepom
ŽZP	Ťažké zdravotné postihnutie
UNESCO	Organizácia spojených národov pre vzdelávanie, vedu a kultúru
UNCRPD	Dohovor Organizácie Spojených národov o právach osôb so zdravotným postihnutím
ÚPSVR	Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny
ÚPSVaR	Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny
VÚC	Vyšší územný celok
VŠ	Vysoká škola
WHO	Svetová zdravotnícka organizácia
ZMOS	Združenie miest a obcí Slovenska
Z. z.	Zbierka zákonov
ŽM	Životné minimum

ZHRNUTIE

Národný projekt SME SI ROVNÍ, v rámci ktorého bola spracovaná predkladaná štúdia, predstavuje pilotné overenie inovatívneho prístupu k poskytovaniu včasnej pomoci, poradenstva a pohybovej motivácie osobám so zdravotným postihnutím. Základná myšlienka projektu je postavená na potrebe zavedenia rovnakej celoplošnej dostupnosti inovatívneho systému včasnej pomoci a komunitnej podpory rovnocenného života a aktívneho začleňovania sa OZP naspäť do života. Prostriedkom k tomu sú motivačné a odborné intervencie rovnako zdravotne postihnutých „motivátorov“ realizované na komunitnom princípe vzájomnej podpory založenej na rovnocennom prístupe, tzv. *peer-to-peer support*.

Zadáateľom štúdie je Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR v rámci Operačného programu Ľudské zdroje. Hlavný cieľ štúdie bol v súlade s hlavným cieľom národného projektu SME SI ROVNÍ, ktorý mal za cieľ pilotne overiť inovatívny systém sociálneho začleňovania OZP zriadením siete včasnej pomoci, poradenstva a pohybovej motivácie prednostne pri odchode zo zdravotníckych a/alebo rehabilitačných zariadení.

V nadväznosti na cieľ projektu, hlavným cieľom štúdie bolo preukázať potrebu a navrhnuť systémové a legislatívne úpravy systému sociálneho začleňovania OZP pre zavedenie inovatívnej formy včasnej pomoci pri odchode zo zdravotníckeho/rehabilitačného zariadenia založenej na komunitnom princípe vzájomného zdieľania osobných skúseností OZP a komunitného zapájania sa do spoločných aktivít OZP motivátorov pôsobiacich prakticky po celom Slovensku.

Za účelom naplnenia týchto cieľov bolo v projekte vytvorených celkom 48 pracovných pozícií pre motivátorov/motivátorov – mentorov, ktorí počas realizácie projektu poskytovali služby individuálneho poradenstva, pomoci a motivácie celkom 1156 klientom.

Predložená štúdia preukazuje naplnenie hlavného cieľa projektu, ako aj cieľa samotnej štúdie. Jej prínos spočíva predovšetkým v overení zavádzaného systému včasnej pomoci OZP realizovanej formou *peer-to-peer support* prostredníctvom motivátorov, ktorí sú sami osobami so zdravotným postihnutím a jeho pozitívneho dopadu na kvali-

tu života OZP. Výsledky medziročných prieskumov realizovaných a vyhodnocovaných v rámci projektu ukázali veľmi vysoké priemery v oblasti zisťovanej miery zlepšenia kvality života OZP účasťou v projekte, a to z rôznych aspektov života. Tieto výsledky boli potvrdené dvoma nezávislými, opakovanými meraniami v roku 2021 a 2022. Vychádzajúc z týchto výsledkov je žiaduce, aby motivátori pokračovali v poskytovaní poradenstva, podpory a motivácie aj po ukončení projektu.

Komparácia so zahraničím (Česká republika, Nemecko, Dánsko) zároveň ukázala, že podobný prístup k pomoci OZP je uplatňovaný nielen v západných krajinách, ale aj v susediacej Českej republike. Jeho zavedenie do bežnej praxe sociálneho začleňovania OZP na Slovensku by znamenalo odstránenie zaostávania SR v tejto oblasti a podporu pri zlepšení životných podmienok OZP v SR.

Štúdiou bola zároveň zodpovedaná hlavná výskumná otázka. Výsledky štúdie preukázali, že navrhované a overované fungovanie siete regionálnych centier motivátorov vedie OZP k vyššej samostatnosti a sebestačnosti v rámci komunity osôb s podobným osudom a zvyšuje počet OZP aktívne sa zapájajúcich do spoločenského, komunitného a pracovného života.

Štúdia obsahuje aj návrh opatrení na zabezpečenie účinnejšieho fungovania inovatívneho systému sociálneho začleňovania OZP v praxi, ktorý reaguje na cenné skúsenosti získané realizáciou projektu. Súčasťou tohto návrhu je návrh integrácie služieb poskytovaných motivátormi do pripravovaných spinálnych jednotiek.

Ďalším prínosom štúdie je návrh odporúčaní na úpravu legislatívy a rozšírenie legislatívneho rámca poskytovaných sociálnych služieb o Službu včasnej intervencie motivátora spracovaný tak, aby z neho boli zrejmé kroky systémových opatrení, ktoré je nevyhnutné urobiť pre zaintegrovanie overeného inovatívneho systému sociálneho začleňovania OZP formou *peer-to-peer support* do existujúcej štruktúry sociálnych služieb pre OZP v SR. V záujme zabezpečenia plynulého pokračovania v poskytovaní služieb motivátorov aj po ukončení národného projektu bol v lete 2022 predložený na vyjadrenie príslušnému odboru Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR (ďalej MPSVaR

SR). Súčasťou štúdie je zhrnutie doručeného stanoviska MPSVaR SR a tiež vyjadrenie odborného tímu národného projektu k záverom, ktoré z neho vyplývajú.

Za kľúčový prínos štúdie možno považovať to, že štúdia potvrdzuje inovatívny systém sociálneho začleňovania OZP formou *peer-to-peer support* aplikovaný a overený v rámci projektu SME SI ROVNÍ ako efektívne celoplošné riešenie potreby zvýšenia účasti osôb so zdravotným postihnutím v spoločnosti, ktoré účinne reaguje tak na potreby týchto osôb v SR, ako aj na záujem štátu zvýšiť kvalitu a účinnosť ich aktívneho sociálneho začleňovania.

SUMMARY

The present study, drafted within the framework of the national project WE ARE EQUAL, represents a pilot verification of an innovative approach to early assistance, counselling and locomotor motivation provided to persons with disabilities. The basic idea of the project covers the need to establish the same nationwide availability of an innovative system of early help and community support for equal life and active inclusion of persons with disabilities (PWD) back into life. Motivational and professional interventions of equally disabled „motivators“ implemented on the community principle of *peer-to-peer support* cover the means.

The study is commissioned by the Ministry of Labour, Social Affairs and Family of the Slovak Republic within the framework of the Human Resources Operational Programme. The main objective of the study is in line with the focus of the national project WE ARE EQUAL, which is to test an innovative system of social inclusion of PWD by establishing a network of early help, counselling and locomotive motivation, preferably when leaving healthcare or rehabilitation facilities.

Concerning the aim of the project, the main objective of the study was to demonstrate the need and propose systemic and legislative adjustments to the system of social inclusion of PWD for the introduction of an innovative form of early assistance in leaving the health/rehabilitation facility based on the community principle of mutual sharing of personal experiences of PWD and community involvement in joint activities of PWD motivators operating practically all over Slovakia.

To meet these objectives, the project created 48 positions for motivators/motivators – mentors, who provided individual counselling, assistance and motivation services to 1156 clients during the project implementation.

The submitted study demonstrates the fulfilment of the main objective of the project, as well as the objective of the study itself. Its contribution lies primarily in the verification of early help for PWD implemented in the form of *peer-to-peer support* through motivators who are themselves persons with disabilities and its positive impact

on the quality of life of PWD. The results of the inter-annual surveys conducted and evaluated within the project showed very high averages in terms of the perceived improvement in the quality of life of PWD through participation in the project from different aspects of life. Two independent, repeated measures in 2021 and 2022 confirmed the results of the study. Based on these results, it is desirable that the motivators continue to provide counselling, support and motivation after the end of the project.

Comparison with foreign countries (Czech Republic, Germany, Denmark) also showed that a similar approach to assisting persons with disabilities is applied not only in Western countries but also in the neighbouring Czech Republic. Its introduction into the common practice of social inclusion of disabled persons in Slovakia would eliminate our lagging behind in this area and support improving the living conditions of disabled persons in the Slovak Republic.

The study also answered the main research question. The results of the study demonstrated that the proposed and validated network of regional motivator centres leads persons with disabilities to greater independence and self-sufficiency within the community of persons with a similar fate and increases the number of PWD actively participating in social, community and work-life.

The study also includes a proposal for measures to ensure more effective functioning of the innovative system of social inclusion of persons with disabilities in practice, which responds to the valuable experience gained through the implementation of the project. This proposal integrates services provided by motivators into the upcoming spinal units.

Another contribution of the study is the proposal of recommendations for the modification of the legislation and the extension of the legislative framework of the provided social services by the Early Intervention Motivator Service, processed in such a way that the steps of systemic measures that are necessary to integrate the proven innovative system of social inclusion of PWD in the form of *peer-to-peer support* into the existing structure of social services for PWD in the Slovak Republic

are evident from it. In order to ensure the smooth continuation of the provision of motivator services after the end of the national project, the proposal was submitted to the relevant department of the Ministry of Labour, Social Affairs and Family of the Slovak Republic (here after referred to as „the Ministry of Labour“) in the summer of 2022 for comments. The study includes a summary of the opinion received from the Ministry of Labour and a statement by the expert team of the national project on the conclusions drawn from it.

The crucial contribution of the study is its confirmation of the innovative system of social inclusion of PWD using *peer-to-peer support* applied and verified in the framework of the project WE ARE EQUAL as an effective nationwide solution to the need to increase the participation of persons with disabilities in society, which effectively responds to the needs of these people in the Slovak Republic, as well as to the interest of the state to increase the quality and effectiveness of their active social inclusion.

ÚVOD

Predkladaná štúdia je súčasťou výstupov národného projektu SME SI ROVNÍ. Jej hlavným cieľom je preukázať potrebu a navrhnúť systémové a legislatívne úpravy systému sociálneho začleňovania OZP pre zavedenie inovatívnej formy včasnej pomoci pri odchode zo zdravotníckeho/rehabilitačného zariadenia založenej na komunitnom princípe vzájomného zdieľania osobných skúseností OZP a komunitného zapájania sa do spoločných aktivít OZP motivátorov pôsobiacich prakticky po celom Slovensku. Kľúčovým princípom uplatňovaným v rámci projektu, v ktorom spočíva inovatívnosť navrhnutého, realizovaného a overeného systému sociálneho začleňovania OZP je princíp *peer-to-peer support* uplatňovaný prostredníctvom motivátorov v rámci vytvorenej siete centier včasnej pomoci. Ide o metódu postavenú na včasnej pomoci poskytovanej zdravotne postihnutými osobami, ktoré majú veľmi podobnú životnú skúsenosť a vedia pomôcť práve (avšak nielen) v prvých fázach liečebného procesu tak po fyzickej, ako aj po psychickej stránke.

Podporu tejto myšlienke vyjadrilo Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR, ktoré v rámci programového obdobia 2014 – 2020 vytvorilo pre účel pilotného testovania vyzvanie na predloženie národného projektu v rámci Operačného programu Ľudské zdroje (ďalej OP ĽZ), Prioritná os 4: Sociálne začlenenie, Investičná priorita 4.1: Aktívne začlenenie, a to aj s cieľom podporovať rovnaké príležitosti a aktívnu účasť a zlepšenie zamestnateľnosti. Vyzvanie (OP ĽZ NP 2020/4.1.1./01) bolo zamerané na napĺňanie špecifického cieľa 4.1.1.: Zvýšenie účasti najviac znevýhodnených a ohrozených osôb v spoločnosti, vrátane na trhu práce.

Dokument štúdie bol vypracovaný v rámci oprávneného typu aktivity s názvom: Podpora zefektívnenia súčasných a zavedenia nových nástrojov za účelom zvýšenia aktivity ľudí ohrozených chudobou a sociálnym vylúčením. Potreba vypracovania štúdie vyplynula z potreby celoplošných efektívnejších systémových riešení a opatrení, ktoré budú lepšie reagovať na potreby OZP v SR a umožnia zvýšiť ich účasť v spoločnosti.

Štúdia pojednáva predovšetkým o práci motivátora v rámci národného projektu SME SI ROVNÍ, opisuje inovatívny proces včasnej pomoci poskytovanej účastníkom projektu a vyhodnocuje jeho

dopad na cieľovú skupinu. Cieľovou skupinou sú osoby so zdravotným postihnutím vrátane osôb bezprostredne po úraze, nehode, či inej náhlej zmene zdravotného stavu, napr. vplyvom choroby. Štúdia zároveň sleduje formou komparácie, ako sa k zdravotnému postihnutiu stavajú iné európske krajiny, konkrétne Česko, Dánsko a Nemecko. Na záver zhŕňa výsledky projektu do návrhu odporúčaní pre legislatívne úpravy systému sociálneho začleňovania OZP v SR, v ktorom sú premietnuté kroky systémových opatrení nevyhnutné pre za-integrovanie inovatívneho systému sociálneho začleňovania OZP formou *peer-to-peer support* do existujúcej štruktúry sociálnych služieb.

Takto koncipovaný obsah štúdie nadväzuje na čiastkové ciele, ktorých naplnenie štúdia sledovala:

1. Zhrnúť výstupy z priebežného vyhodnocovania nastavenia a účinnosti overovaného systému včasnej pomoci OZP.
2. Zhodnotiť zavádzaný systém včasnej pomoci OZP a jeho dopad na cieľovú skupinu OZP.
3. Porovnať overovaný systém s podobnými nástrojmi uplatňovanými v zahraničí pre podporu aktívneho sociálneho začleňovania OZP.
4. Zadefinovať potrebné nadväzujúce kroky systémových opatrení pre začlenenie overeného systému do existujúcej štruktúry sociálnych služieb pre OZP, vrátane spracovania návrhov na úpravu legislatívy a rozšírenie legislatívneho rámca poskytovaných sociálnych služieb o službu motivátorov.

Za účelom naplnenia cieľov štúdie bola pri jej spracovaní využitá kombinácia nasledovných kvalitatívnych a kvantitatívnych metód:

- desk research podkladových údajov a dostupných zdrojov informácií o stave podpory sociálneho začleňovania OZP na Slovensku, v Českej republike, Dánsku a Nemecku,
- štatistické analýzy dátovej základne z dostupných štatistických databáz,
- dotazníkový prieskum medzi OZP a vybranými inštitúciami systému sociálneho začleňovania OZP,
- komparatívna analýza v nadväznosti na každoročne vykonávaný dotazníkový prieskum a v súvis-

losti s komparáciou podobných nástrojov uplatňovaných na podporu sociálneho začleňovania OZP v zahraničí,

- benchmarking v súvislosti s vykonaním komparatívnej analýzy s inými krajinami,
- syntéza získaných informácií pri spracovaní a vyhodnotení analytických údajov,
- prognostické metódy, na základe ktorých bol navrhnutý spôsob začlenenia inovatívneho systému v rámci existujúceho systému sociálneho začleňovania OZP v SR.

V prípade potreby získania relevantných doplňujúcich informácií sa uvažovalo aj s využitím metódy riadených rozhovorov s pracovníkmi štátnej správy. Prieskumy zrealizované v rokoch 2020 – 2022 zamerané aj na vybrané inštitúcie štátnej správy a územnej samosprávy však poskytovali dostatočné množstvo informácií, preto táto metóda využitá nebola.

Jedným z výsledkov štúdie je zodpovedanie hlavnej výskumnej otázky. Výsledky štúdie ukázali, že navrhované a overované fungovanie siete regionálnych centier motivátorov vedie OZP k vyššej samostatnosti a sebestačnosti v rámci komunity osôb s podobným osudom a zvyšuje počet OZP aktívne sa zapájajúcich do spoločenského, komunitného a pracovného života. Odpoveď na túto otázku podrobne prezentuje podkapitola 1.4 štúdie.

Štúdia mala odpovedať aj na otázku, akým spôsobom tento inovatívny systém siete centier včasnej pomoci zaintegrovať do existujúceho systému podpory začleňovania OZP, aby sa zvýšila účinnosť a kvalita poskytovaných služieb pre OZP. Odpoveď na túto otázku je obsahom 4. kapitoly štúdie.

1

POPIS A CHARAKTERISTIKA ZAVÁDZANÉHO SYSTÉMU VČASNEJ POMOCI OZP OVEROVANÉHO V RÁMCI PROJEKTU

Včasná pomoc motivátorov OZP formou *peer-to-peer support* je na Slovensku inovátorská myšlienka, ktorú tvorcovia štúdie testujú v reálnych podmienkach SR prostredníctvom implementácie národného projektu. NP SME SI ROVNÍ komplexne rozoberá podmienky *peer-to-peer* poradenstva a pomoci a overuje ich v praxi s motivátormi na klientoch projektu.

Táto kapitola sa venuje analýze aktuálnej situácie v oblasti slovenskej legislatívy súvisiacej s požiadavkami a nárokmi osôb so zdravotným postihnutím voči štátu, t.j. sociálnemu právu a jeho vývoju v poslednom období.

V rámci kapitoly je ďalej zosumarizované metodické spracovanie fungovania systému centier včasnej pomoci (podkapitola 1.2) a všetky aspekty motivátorskej činnosti vrátane podporných skupinových aktivít (podkapitola 1.3), ako boli počas

projektu prakticky realizované. Podkapitola 1.4 prezentuje výsledky jednotlivých etáp výskumu realizovaných a vyhodnocovaných v rámci predmetnej štúdie na základe rozanalýzovania klienta individuálneho poradenstva, účastníka skupinovej aktivity, a tiež vybraných inštitúcií, ktoré sú zapojené do sociálneho trhu na Slovensku a participujú na tvorbe a implementácii opatrení, ktoré majú zlepšovať život OZP.

Prostredníctvom vyhodnotenia prieskumov medzi OZP a vybranými inštitúciami štúdia v tejto časti pomenúva prínosy projektu, hodnotí postoj voči nemu, vytvára obraz konceptu fungovania motivátorských centier včasnej pomoci po ukončení projektu, a najmä obraz slovenskej spoločnosti s OZP, ktorých potreby sú účinnejšie naplnené a kvalita ich života aj sociálne začlenenie sú vyššie vďaka uplatňovaniu prístupu *peer-to-peer support* už aj na Slovensku.

1.1

Východisková situácia v oblasti podpory sociálneho začleňovania OZP na Slovensku z legislatívneho hľadiska

Národný projekt SME SI ROVNÍ stavia na predchádzajúcich výsledkoch dopytovo orientovaného projektu PARALELA, ktorý okrem iného začal rozvíjať tému *peer-to-peer support* – podpory osobám so zdravotným postihnutím založenej na rovnocennom prístupe ako inovatívnej metódy pomoci zameranej na podporu aktivácie a sociálnej integrácie OZP. V projekte PARALELA išlo o pilotné odskúšanie tohto prístupu v spolupráci s bývalými a súčasnými paralympijskými športovcami. V rámci projektu PARALELA bolo z 50 vyškolených motivátorov zamestnaných 10 motivátorov v lokálnych podmienkach Národného rehabilitačného centra Kováčová (ďalej len „NRC Kováčová“). Tí, prostredníctvom sociálneho poradenstva,

pohybovej motivácie a individuálneho prístupu, overovali fungovanie inovatívnej formy pomoci poskytovanej OZP pri odchode zo zdravotného zariadenia na pacientoch rehabilitačného centra v Kováčovej.

Projekt PARALELA položil jednak metodické a praktické základy pre vzdelávanie motivátorov z radov OZP a tiež prakticky preukázal prínos tohto prístupu v zlepšovaní podmienok začleňovania sa OZP späť do spoločnosti. Týmto vytvoril základy pre ďalší rozvoj uceleného systému pomoci, poradenstva a služieb motivácie klientom so zdravotným postihnutím prostredníctvom rovnako zdravotne postihnutých osôb – motivátorov.

V tejto podkapitole venujeme pozornosť legislatívnej úprave podmienok sociálneho začleňovania OZP v SR. Za potrebné sme považovali sústrediť sa na zmeny legislatívnych podmienok začleňovania OZP na Slovensku v období medzi ukončením projektu PARALELA (december 2015) a začatím projektu SME SI ROVNÍ (marec 2020), a to najmä v sociálnej oblasti, v oblasti zamestnanosti, zdravotníctva a školstva, nakoľko daná legislatíva prešla viacerými úpravami a novelizáciou a z hľadiska zamerania projektu má najväčší vplyv na sociálne začleňovanie OZP v SR.

Východiskové dokumenty dotýkajúce sa OZP

Pri spracovaní informácií o legislatíve súvisiacej priamo s prácou motivátorov, o jej zmenách a doplneniach v období rokov 2015 – 2020 je potrebné spomenúť nasledovnú dokumentáciu a východiskové zdroje:

1. PRÁVNE DOKUMENTY

- Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím (ďalej Dohovor) a *Opčný protokol k Dohovoru*
- Ústava Slovenskej republiky
- Listina základných práv a slobôd

Nové právne dokumenty od roku 2015:

- Zásady Európskeho piliera sociálnych práv (2017)

2. SÚVISIACE PROGRAMOVÉ DOKUMENTY

- Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike
- Národné akčné plány - Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012 – 2015 (ďalší na roky 2016 – 2020)
- Národný program rozvoja životných podmienok osôb so zdravotným postihnutím na roky 2014 – 2020
- Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030

Sociálna oblasť

Jednotlivé právne úpravy sú navzájom prepojené a v rámci vykonateľnosti sa dopĺňajú. Vo všeobecnosti je možné konštatovať, že legislatívne úpravy zákonov zameraných na zdravotne znevýhodnené osoby v rámci sociálnej oblasti boli upravené so zámerom zlepšiť podmienky získania a dostupnosti sociálnej pomoci, napr.: zvýhodnenie zmiernením kritérií, zvýšením finančnej podpory, dostupnosťou pre širšie spektrum klientely. Legislatívne úpravy sú „proklientsky“ orientované. Vyberáme konkrétne príklady zmien a úprav legislatívy:

Zákon č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Zákon prešiel dvomi rozsiahlymi novelami a má viaceré právne úpravy, ako aj súvisiace predpisy. Pre zdravotne znevýhodnené osoby je tento zákon v značnej miere kľúčový vzhľadom k tomu, že kompenzuje dôsledky zdravotného postihnutia voči osobám, ktoré zdravotné postihnutie nemajú. Preukazovanie príjmu na účely priznania kompenzačného príspevku bolo odľahčené. Do príjmov sa viac nezapočítavajú jednorazové poistenia osôb, peňažné dary alebo nehnuteľné, alebo hnutel'né veci nadobudnuté z peňažných darov, alebo nepeňažné dary do 12-násobku životného minima z prostriedkov nadácií, občianskych združení, neziskových organizácií, ktoré boli zamerané na posilnenie účinku kompenzácie alebo zlepšenia zdravotného stavu. Vianočný príspevok poskytnutý podľa predpisu účinného od 31.3.2020 sa nepovažuje za príjem na účely poskytovania peňažného príspevku na kompenzáciu.

Kompenzačné pomôcky sa do zoznamu pomôcok zaraďujú a vyradujú najmenej raz ročne k 31.12., ak bol návrh podaný v zmysle zákona a odporučený kategorizačnou komisiou. Upravil sa rozsah osobných údajov, ktoré môže príslušný orgán spracúvať na dosiahnutie účelu v zmysle zákona.

Pes so špeciálnym výcvikom, ktorý sprevádza osobu, ktorá je na to odkázaná, má právo vstupovať na verejne prístupné miesta a nie je potrebné nasadenie náhubku počas výkonu, na ktorý bol vyvíčený.

V prípade, ak osoba s ťažkým zdravotným postihnutím (ďalej len „ŤZP“) z objektívnych dôvodov nemôže poskytnutý jednorazový peňažný príspevok použiť v zmysle zákona (na kúpu, opravu, úpravu pomôcky, absolvovanie výcviku používania pomôcky, kúpu zdvíhacieho zariadenia, kúpu alebo úpravu osobného motorového vozidla v lehote do 3 mesiacov, alebo úpravu bytu, domu, garáže do 6 mesiacov od poskytnutia príspevku), je potrebné v stanovenej lehote predložiť potvrdenie o tejto skutočnosti.

Dedičské konania boli zrušené vo veci vrátenia časti jednorazového príspevku na kúpu pomôcky, zdvíhacieho zariadenia, kúpu osobného motorového vozidla, úpravu bytu, domu, garáže, ktoré boli viazané na 7 alebo 10 rokov. V prípade, ak došlo k úmrtiu, tak bolo potrebné časť príspevku alebo pomôcku vrátiť ÚPSVaR. Ak sa tak nestalo, boli tieto pohľadávky uplatňované v rámci dedičského konania. Od 30. júna 2018 sa považujú tieto pohľadávky za nevyžiteľné.

Zákon umožňuje priznať ten istý peňažný príspevok fyzickej osobe s ŤZP, v prípade ak je povinná vrátiť jednorazový príspevok, ktorý sa poskytol na základe nepravdivých údajov, alebo ak nie je používaný na účel, na ktorý bol poskytnutý, pod podmienkou, že táto osoba vráti tento peňažný príspevok.

Posudková činnosť sa taktiež priblížila ku klientom; Posudkový lekár môže pri ďalšom posúdení zdravotného stavu vychádzať z lekárskeho nálezu,

z ktorého vychádzal pri poslednom posúdení zdravotného stavu – ak odvtedy neuplynulo 6 mesiacov.

Vzhľadom k tomu, že poberatelia peňažných príspevkov cestujú a študujú v zahraničí, došlo k úprave vyplácania príspevkov do zahraničia. Peňažné príspevky na kompenzácie sa nevyplácajú mimo územia Slovenskej republiky v prípade, ak sa osoba s ŤZP zdržiava mimo Slovenskej republiky viac ako 60 po sebe nasledujúcich dní alebo 303 po sebe nasledujúcich dní z dôvodu štúdia v zahraničí.

Rozšírilo sa využitie príspevku na prevádzku osobného motorového vozidla nielen pre osoby odkázané na individuálnu prepravu, ale aj pre osoby navštevujúce chronické dialyzačné programy, transplantačné programy alebo pre osoby, ktorým sa poskytuje akútna onkologická liečba a pri hematoonkologickom ochorení aj udržiavacia liečba.

Najvýraznejšie úpravy sa týkali peňažných príspevkov na osobnú asistenciu a opatrovanie.

Peňažný príspevok na opatrovanie bol navýšený novelou č. 355/2016 Z. z. z 30. novembra 2016 percentuálnou sadzbou v závislosti od výšky životného minima. Následne novela č. 191/2018 Z. z. z 13. júna 2018 upravila výšku príspevku na opatrovanie pevnou sumou. Zároveň umožnila vláde SR k 1. júlu v roku prijímať nariadenie, ktorým sa výška príspevku na opatrovanie zmení.

Tabuľka č. 1: Zmeny vo výške peňažného príspevku na opatrovanie

Vybrané typy opatrovateľského príspevku podľa opatrovateľa aj podľa počtu opatrovaných osôb v súvislosti s právnymi úpravami príspevku	rok 2016 Životné minimum (ŽM) 198,09 €	Účinnosť novely č. 355/2016 1.1.2017 ŽM 198,09 €	Účinnosť novely č. 191/2018 1.7.2018 ŽM 205,07 €	Rok 2019 Nariadenie vlády č. 172/2019	Rok 2020 Nariadenie vlády č. 170/2020
Opatrovanie 1 osoby – opatrovateľ nie dôchodca	111,32 % 220,51 €	125,00 % 247,61 €	369,36 €	430,35 €	476,74 €
Opatrovanie 2 a viac osôb – opatrovateľ nie dôchodca	148,42 % 294,01 €	162,10 % 321,11 €	492,34 €	572,36 €	634,06 €
Opatrovanie 1 osoby – opatrovateľ dôchodca	46,38 % 91,87 €	46,38 % 91,87 €	184,71 €	215,18 €	215,18 €
Opatrovanie 2 a viac osôb – opatrovateľ dôchodca	61,22 % 121,27 €	61,22 % 121,27 €	246,20 €	286,18 €	286,18 €

Zdroj: Vlastné spracovanie

Hranica príjmu osoby s ŤZP, po dosiahnutí ktorej sa kráti peňažný príspevok na opatrovanie u osoby v produktívnom veku, sa v priebehu rokov 2015 až 2020 upravila z 1,4-násobku sumy životného minima pre jednu plnoletú osobu cez 1,7-násobok až na 2-násobok sumy životného minima.

Zrušilo sa krátenie príspevku na opatrovanie v prípade, ak dieťa navštevuje školu alebo školské zariadenie v rozsahu viac ako 20 hodín týždenne. Navýšenie príspevku na opatrovanie z 49,80 eur sa zvýšilo na 100,00 eur v prípade, ak je opatrovanou osobou jedno alebo viac nezaopatrených detí a osoba, ktorá opatruje, je v produktívnom veku a nemá príjem zo zamestnania a nepoberá dôchodok.

V prípade pobytu opatrovanej osoby v zdravotníckom zariadení dlhšie ako 30 dní, peňažný príspevok sa zníži pomernou časťou za tieto dni. V prípade, ak poberateľ príspevku na opatrovanie robil sprievod osobe s ŤZP, príspevok sa neznižuje.

Ak opatrovaná osoba zomrie, peňažný príspevok na opatrovanie sa poskytne za celý kalendárny mesiac, v ktorom osoba zomrela, aj za mesiac, ktorý nasleduje po mesiaci, v ktorom osoba zomrela.

Osobná asistencija od 1. júla 2018 zaznamenala rozsiahle zmeny v prospech poberateľov peňažného príspevku. Samotná definícia osobnej asistencie bola upravená tak, aby nemohla byť podmienená druhom, stupňom alebo závažnosťou zdravotného postihnutia.

Sadzba na hodinu osobnej asistencie bola pevne stanovená. Sadzba 1,39 % sumy životného minima pre jednu plnoletú fyzickú osobu na hodinu sa zmenila na 3,82 eur na hodinu. Vláda SR túto sadzbu môže nariadením upravovať k 1. júlu, rovnako, ako výšku peňažného príspevku na opatrovanie. V tejto súvislosti vyplýva nová povinnosť pre poberateľa príspevku na osobnú asistenciu – zabezpečiť s asistentom aktuálny dodatok k Zmluve o výkone osobnej asistencie s aktuálnou sadzbou na hodinu a tento Dodatok predložiť príslušnému ÚPSVaR.

Preukazovanie príjmu do 4-násobku životného minima bolo zrušené. Podmienka výšky príjmu pri tomto príspevku bola úplne zrušená, a tak nehrozí poberateľovi, že prekročí príjem a príspevok mu bude krátený alebo odňatý.

Výkaz o počte hodín vykonanej osobnej asistencie mal byť zmenený a vrátený do podoby s vykazovaním každého dňa a presného rozsahu vykonanej osobnej asistencie. Toto podrobné vykazovanie však nebolo schválené. Naďalej zostal zjednodušený výkaz.

Zákon však ukladá asistentom aj poberateľom príspevku na osobnú asistenciu povinnosť spolupracovať pri výkone kontroly využívania príspevku. Musia teda poskytnúť informácie o čase a mieste vykonávania osobnej asistencie a umožniť výkon kontroly kvality a rozsahu vykonávania osobnej asistencie v prostredí, v ktorom sa osobná asistencija vykonáva.

Zmeny sa týkajú aj termínov predkladania zmlúv s osobnými asistentmi, ako aj dodatkov k týmto zmluvám. Vzhľadom k tomu, že viacerí poberatelia príspevku na osobnú asistenciu neukončovali zmluvy s osobnými asistentmi, ktorých služby už nevyužívali, vyriešil to zákon, ktorý automaticky ruší zmluvu s osobným asistentom, ak nebol počas 6 po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov predložený výkaz o počte hodín vykonanej osobnej asistencie.

V prospech osôb s ŤZP bolo aj rozšírenie činností osobnej asistencie o pomoc rodičovi alebo fyzickej osobe, ktorá prevzala dieťa do starostlivosti nahrádzajúcej starostlivosť rodičov na základe rozhodnutia súdu, pri úkonoch starostlivosti o dieťa do 3 rokov veku, ktoré z dôvodu jeho ťažkého zdravotného postihnutia nie sú schopní sami zvládnuť.

Tabuľka č. 2 Výška príspevku na hodinu osobnej asistencie k 1. júlu 2015 – 2020

Sadzba k 1. júlu	Životné minimum (ŽM)	Sadzba	Výška sadzby/hodina
2015	198,09 €	1,39 % ŽM	2,75 €
2016	198,09 €	1,39 % ŽM	2,75 €
2017	199,48 €	1,39 % ŽM	2,77 €
2018	205,07 €	1,86 % ŽM	3,82 €
2019	210,20 €	1,99 % ŽM	4,18 €
2020	214,83 €	1,95 % ŽM	4,18 €

Zdroj: Vlastné spracovanie

Znížilo sa administratívne zaťaženie štátu tým, že sa zrušilo vyhotovovanie rozhodnutí o zvýšení peňažného príspevku z dôvodu navýšenia životného minima alebo z dôvodu úpravy výšky sadzby na osobnú asistenciu a výšky peňažného príspevku na opatrovanie.

Ako nadrezortný informačný systém vznikol Informačný systém parkovania (ISP), ktorý obciam poskytuje technické a programové prostriedky k právu vyhradených parkovacích miest, kontrole ich obsadenia a plánovaniu umiestňovania vyhradených parkovacích miest. Správcom informačného systému parkovania je Datacentrum elektronizácie územnej samosprávy Slovenska.

Zákon rozšíril Prílohu č. 3, ktorá určuje mieru funkčnej poruchy a stupeň zdravotného postihnutia jednotlivých systémov. Boli rozšírené duševné poruchy a poruchy správania (napr. autizmus, Aspergerov syndróm).

V máji 2020 bol v Zbierke zákonov SR pod č. 124/2020 zverejnený nález Ústavného súdu SR sp. zn. PL. ÚS 16/2018-104 z 2. apríla 2020 vo veci nesúladu niektorých ustanovení zákona č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, týkajúcich sa stanovenia vekovej hranice podmieňujúcej priznanie peňažného príspevku na osobnú asistenciu a priznanie peňažného príspevku na kúpu osobného motorového vozidla, ktoré nie sú v súlade s článkami Ústavy Slovenskej republiky, ako aj Dohovorom o právach osôb so zdravotným postihnutím. Vzhľadom na závery Ústavného súdu SR, odo dňa 20.5.2020 prestali platiť podmienky veku pri príspevku na osobnú asistenciu a kúpu osobného motorového vozidla.

Vzhľadom na novú pandemickú situáciu, ktorá vznikla v roku 2020, oblasť kompenzácií ŽP bola upravená v rámci COVID-19 nariadení a zákonov.

Relevantné právne úpravy zákona č. 447/2008 Z. z.: č. 353/2015, 378/2015, 124/2016, 355/2016, 191/2018, 223/2019, 391/2019, 393/2019, 46/2020), nariadenia vlády SR č. 172/2019, 170/2020

Zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov

Zákon bol v priebehu 5 rokov veľmi veľakrát upravovaný. Tento zákon má široký záber, preto je nevyhnutné neustále sledovať jeho úpravy a aktualizácie. Zameriava sa na rozsah sociálneho poistenia, jeho finančné zabezpečenie, ako aj vyplácanie krytia a dozor nad sociálnym poistením. V roku 2015 bol zavedený minimálny dôchodok, aby sa tak zabezpečil pre poistenca aspoň minimálny príjem a aby nebol odkázaný na dávky v hmotnej núdzi. Následne v priebehu roka sa začali prehodnocovať vdovské a vdovecké dôchodky, ktoré zanikli alebo neboli priznané.

V roku 2017 bola zrušená hranica 12 rokov na účely platenia poistného štátom. Osoby, ktoré podali prihlášku na dôchodkové poistenie z dôvodu poberania príspevku na opatrovanie alebo výkonu osobnej asistencie (minimálne 140 hodín mesačne), alebo sa starajú o dieťa s dlhodobou nepriaznivým zdravotným stavom od 6 do 18 rokov, sú dôchodkovo poistené bez časového limitu. V prípade výkonu tejto činnosti napr. 30 rokov im vzniká nárok na minimálny starobný dôchodok. Fyzické prihlasovanie bolo v roku 2018 zrušené, dôchodkové poistenie vzniká automaticky a štát ho platí tiež automaticky.

Zvyšovanie dôchodkových a úrazových dávok bolo realizované na základe garantovanej pevnej sumy, ktorá bola určená najmenej na 2 % z priemernej mesačnej sumy daného druhu dôchodku, prípadne úrazovej renty.

Pri výpočte dôchodkov (starobných aj invalidných) došlo k „zmrazeniu“ koeficientov úpravy priemerných osobných mzdových bodov, ktoré sú potrebné pri výpočte dôchodku. Toto opatrenie nadviazalo na zvýšenie maximálneho vymeriavacieho základu na platenie sociálneho poistenia z 5-násobku na 7-násobok. Taktiež sa zmenil denný vymeriavací základ na určenie dávky na náhrady príjmu počas práceneschopnosti. Išlo o zvýšenie z 1,5-násobku priemernej mzdy na 2-násobok priemernej mzdy.

Zmeny nastali aj pri vzniku a nároku na dávku v nezamestnanosti. Zjednotili sa podmienky pre všetkých, ako aj dĺžka poberania dávky. Od januára 2018 musia všetci poistenci mať platené poistenie v posledných 4 rokoch nepretržite 2 roky

a poberajú dávku v nezamestnanosti 6 mesiacov.

Štát zvýhodnil pracujúcich dôchodcov, ktorí vykonávajú prácu na základe dohôd mimo pracovného pomeru. Majú právo výberu jednej dohody, na základe ktorej nebudú mať postavenie zamestnanca na účely dôchodkového poistenia. To znamená, že ani dôchodca, ani zamestnávateľ neplatí odvody na starobné a invalidné poistenie a zamestnávateľ má úľavu aj od platby do rezervného fondu solidarity. Oslobodenie je maximálne 200,00 eur mesačne. Vztahuje sa to na všetkých poberateľov dôchodkov (starobných, invalidných...).

V rámci vyplácania 13. a 14. platu zamestnancovi boli prijaté zmeny súvisiace s platením poistného na sociálne poistenie zamestnancom aj zamestnávateľom, ktoré znižujú odvodové zaťaženie v rokoch 2019 až 2021 na tieto 2 platy pri splnení určitých podmienok. Vianočný príspevok spolu s jednorazovým zvýšením dôchodku v roku 2019 bol zvýšený na 200,00 eur (v prípade, ak súhrnná výška dôchodkov nepresahuje životné minimum). So stúpajúcou výškou dôchodku lineárne klesá výška vianočného príspevku. Od roku 2020 sa zrušil vyrovnávací príplatok a namiesto toho vznikol osobitný výpočet dôchodku (starobného, invalidného, predčasného starobného) pre federálnych poberateľov. Nárok na takýto dôchodok má každý, kto má nárok na dôchodok z ČR a spĺňa podmienky nároku. Od marca 2020 začala Sociálna poisťovňa vydávať množstvo právnych úprav súvisiacich so sociálnym poistením a výkonom správy vzhľadom na COVID-19. Od 1. apríla 2020 sa zavádza nová dôchodková dávka 13. dôchodok. Nárok majú všetci poberatelia dôchodku vyplácaného Sociálnou poisťovňou bez ohľadu na výšku dôchodku. Jeho výška zodpovedá priemernej mesačnej sume príslušnej dôchodkovej dávky k 31. decembru predchádzajúceho roka.

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov

Zákon o sociálnych službách zaznamenal v rokoch 2015 – 2020 rozsiahle zmeny. Vo všeobecnosti je možné povedať, že tieto zmeny boli zamerané najmä na zefektívnenie financovania sociálnych služieb zo strany štátu, vyšších územných celkov a samosprávy. Zaviedol sa systém valorizácie príspevkov prostredníctvom nariadenia vlády. Taktiež

sa zlepšila finančná situácia prijímateľa sociálnej služby vo vybraných druhoch terénnej a ambulantnej sociálnej služby, a to zavedením zostatku z príjmu prijímateľa po zaplatení sumy za sociálnu službu.

V oblasti kvality poskytovaných sociálnych služieb sa v rámci legislatívnych úprav pozornosť zamerala na zvyšovanie kvalifikácie a spôsob zabezpečenia výkonu odborných činností. Legislatívne úpravy Zákona o sociálnych službách kladú dôraz na odbornosť a prax pracovníkov v sociálnych službách. Zadefinované boli konkrétne sociálne služby, ktoré musia zabezpečovať v rámci hodnotenia kvality supervíziu pre personál. Zároveň sa určila prednosť terénnej sociálnej služby pred ambulantnou sociálnou službou v prípade služby včasnej intervencie. Zaviedol sa informačný systém pre poskytovateľov sociálnych služieb na zefektívnenie získavania informácií o poskytovaných a žiadaných sociálnych službách.

V súvislosti s mimoriadnou situáciou spôsobenou COVID-19 boli od 04/2020 prijaté rôzne legislatívne úpravy, ktoré sa dotýkali financovania, zmeny postupov, hodnotenia a poskytovania sociálnych služieb.

Relevantné právne úpravy zákona č. 448/2008 Z. z.: č. 345/2015 Z. z., 40/2017 Z. z., 331/2017 Z. z., 289/2018 Z. z., 280/2019 Z. z.

Zákon č. 601/2003 Z. z. o životnom minime a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Legislatívne úpravy zákona o životnom minime sú nastavené na 1.7. v kalendárnom roku. Výška životného minima je kľúčová pre množstvo právnych predpisov. V sociálnej oblasti sa výška životného minima vzťahuje na výšku príspevkov vyplácaných zo strany štátu. Taktiež je to spoločensky uznaná minimálna hranica príjmov, ktorá je v sociálnej oblasti preskúmaná v súvislosti s nárokom na úľavy či oprávnenosť prijímania príspevkov.

Tabuľka č. 3: Prehľad úpravy výšky životného minima od 1.7.2015 do 30.6.2021

Časové obdobie	Plnoletá fyzická osoba	Ďalšia spoločne posudzovaná osoba	Zaopatrené nepľnoleté dieťa, nezaopatrené dieťa
07/2015 – 06/2016	198,09 €	138,19 €	90,42 €
07/2016 – 06/2017	198,09 €	138,19 €	90,42 €
07/2017 – 06/2018	199,48 €	139,16 €	91,06 €
07/2018 – 06/2019	205,07 €	143,06 €	93,61 €
07/2019 – 06/2020	210,20 €	146,64 €	95,96 €
07/2020 – 06/2021	214,83 €	149,87 €	98,08 €

Zdroj: Vlastné spracovanie

Výška životného minima 198,09 eur bola platná od roku 2013 a zmenená až 1.7.2017.

Zákon č. 219/2014 Z. z. o sociálnej práci a o podmienkach na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Zákon upravuje kompetencie sociálnych pracovníkov. Sociálnu prácu môže v praxi vykonávať len ten, kto vyštudoval odbor sociálna práca, alebo asistent sociálnej práce – podľa stupňa vysokoškolského vzdelania. Zákon bol upravený novelami č. 117/2018 Z. z. a 322/2019 Z. z., ako aj nariadením vlády č. 5/2016 Z. z., ktoré boli zamerané na oblasť kvality a bezúhonnosti osoby sociálneho pracovníka. Lehota kvalifikačného predpokladu na výkon špecializovanej odbornej činnosti bola predĺžená do roku 2022, aby sociálni pracovníci mali dostatok času na zvýšenie kvalifikácie.

Zákon č. 176/2015 Z. z. o komisárovi pre deti a o komisárovi pre osoby so zdravotným postihnutím a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Zákon upravuje zriadenie Úradu komisára pre osoby so zdravotným postihnutím. Tento zákon zastrešil najmä inštitucionálne zabezpečenie verejnej ochrany práv osôb so zdravotným postihnutím.

Komisár sa podieľa najmä na ochrane práv osôb so zdravotným postihnutím priznaných medzinárodnými zmluvami, ktorými je viazaná aj Slovenská republika – Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím a Opčný protokol, ktoré boli prijaté Valným zhromaždením OSN.

Pôsobnosť komisára sa vzťahuje na orgány ve-

rejnej správy, ako aj na právnické a fyzické osoby. Podnet komisárovi je možné podať písomne, ústne do zápisnice, telefaxom alebo elektronickými prostriedkami. V prípade, že je podnet nejasný, komisár vyzve podávateľa podnetu, aby v určenej lehote svoj podnet objasnil. V prípade, ak podávateľ podnetu chce zostať v anonymite, koná sa na základe anonymného podnetu.

Oblasť zamestnanosti

Oblasť zamestnanosti je pre osoby so zdravotným postihnutím veľmi dôležitá. Vzhľadom na špeciálne potreby a podmienky na výkon práce je potrebné túto oblasť neustále aktualizovať a prispôbovať potrebám osôb so zdravotným postihnutím, trendom, ako aj potrebe inklúzie.

Zákon č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Zákon je nastavený na využívanie aktívnych opatrení trhu práce ako nástroja uplatnenia sa na trhu práce u osôb so zdravotným postihnutím. Pôsobí v oblasti zvyšovania dostupnosti informačných a odborných poradenských služieb, ako aj prípravy vstupu na trh práce. Zákon podporuje osoby so zdravotným postihnutím pri uplatnení sa na trhu práce, zároveň motivuje zamestnávateľov k ich zamestnávaniu.

Legislatívna úprava zákona, s cieľom podporiť zamestnanosť, bola upravená príspevkami zameranými na podporu mobility a sťahovania sa za prácou. Príspevok je určený na časť výdavkov na bývanie súvisiacich so zmenou pobytu, ktorá nastala v súvislosti so získaním zamestnania.

Zákon umožnil uchádzačovi o zamestnanie vy-

konávať osobnú asistenciu pre občana so zdravotným postihnutím v súvislosti s podmienkou preukázania odmeny do výšky životného minima. Tým sa rozšírili možnosti pri vyhľadávaní osobných asistentov pre zdravotne postihnuté osoby.

Zákon taktiež upravil administratívne zaťaženie žiadateľov o príspevky vo vzťahu k preukazovaniu splnených záväzkov voči štátu. Toto preukazovanie bolo prerozdelené, niektoré informácie preukazuje žiadateľ, iné informácie si zisťuje Úrad práce sociálnych vecí a rodiny (ďalej len „ÚPSVaR“).

Vzhľadom na dôležitosť prípravy na uplatnenie sa na trhu práce bol Individuálny akčný plán, ktorý slúži ako pomôcka pre uchádzača o zamestnanie a zamestnanca ÚPSVaR pri napĺňaní stanoveného cieľa ich spolupráce, upravený a stal sa záväzný pre znevýhodnených uchádzačov o zamestnanie a úrad práce. Zdravotne postihnutý klient je vnímaný ako znevýhodnený uchádzač o zamestnanie.

Zákon svojimi úpravami podporoval vznik a rozvoj sociálnych podnikov, neskôr bola táto legislatívna úprava pretransformovaná do nového zákona o sociálnej ekonomike a sociálnom podnikaní.

Vzhľadom na dostupnosť informácií o voľných pracovných miestach uložila novela zákona č. 5/2004 Z. z. povinnosť zamestnávateľom nahlasovať voľné pracovné miesta na príslušný ÚPSVaR, prípadne na internetové portály www.istp.sk, www.profesia.sk, www.kariera.sk. Táto povinnosť v prípade nesplnenia bola pokutovaná. Uchádzači o zamestnanie tak mali prístup k informáciám o všetkých voľných pracovných miestach. Neskôr táto povinnosť bola z dôvodu byrokracie upravená a v prípade nesplnenia povinnosti zamestnávateľ nedostane pokutu.

Relevantné právne úpravy zákona č. 5/2004 Z. z.: č. 353/2015 Z. z., 81/2017 Z. z., 64/2018 Z. z., 376/2018 Z. z. V roku 2020 bol zákon o službách zamestnanosti novelizovaný viacerými úpravami v dôsledku pandémie COVID-19.

Zákon č. 112/2018 Z. z. o sociálnej ekonomike a sociálnych podnikoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

V marci roku 2018 bol prijatý zákon o sociálnom podnikaní, ktorý sa zamerával na podporu zamestnávania znevýhodnených alebo zraniteľných

osôb. Zákon definuje subjekty sociálnej ekonomiky, podniky sociálneho dosahu a sociálne podniky, ako i rôzne druhy podpory. Pred jeho prijatím bola práca v tomto sektore značne komplikovaná, hlavne z dôvodu chýbajúcich kritérií sociálneho podniku a cieľenej podpory.

Európska komisia pojem sociálny podnik definuje nasledovne: Sociálny podnik je aktérom sociálnej ekonomiky, ktorého hlavným cieľom je spoločenský dopad vlastných aktivít pred generovaním zisku pre vlastníkov alebo akcionárov. Zákon bol následne upravený novelami č. 374/2019 Z. z., 264/2020 Z. z., 94/2020 Z. z., ktoré boli nasmerované na rozšírenie kritérií pre zamestnanie osôb so zdravotným znevýhodnením, ktoré nemajú status invalidného občana, ale majú pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o viac ako 20 % v porovnaní so zdravými osobami.

Taktiež sa rozšírili kritériá pre zraniteľné osoby, ktoré je možné v sociálnych podnikoch zamestnávať. Novely sa zamerali na spresnenie kritérií a podmienok pre priznanie štatútu integrovaného podniku, ako aj registrovaného sociálneho podniku. Vzhľadom na krátkosť platnosti tejto právnej normy bolo potrebné viaceré spôsoby fungovania v praxi overiť a podľa potrieb legislatívne upraviť.

Zákon č. 311/2001 Z. z. Zákonník práce v znení neskorších predpisov

V období od roku 2015 do roku 2020 bol Zákonník práce niekoľkokrát upravovaný. Zásadné zmeny zamerané na zamestnancov so zdravotným postihnutím však navrhnuté ani schválené neboli. Úprava bola plánovaná na rok 2021 so zámerom upraviť vyžiadanie súhlasu od úradu práce sociálnych vecí a rodiny v prípade, že zamestnávateľ chce prepustiť zamestnanca so zdravotným postihnutím. Plánuje sa skrátiť lehota na udelenie súhlasu od ÚPSVaR ku skončeniu pracovného pomeru v prípade, že zamestnávateľ chce prepustiť zamestnanca so zdravotným postihnutím, čím sa zamestnávanie ľudí so zdravotným postihnutím môže stať pre zamestnávateľov atraktívnejším.

Oblasť zdravotníctva

Zdravotná starostlivosť osobám so zdravotným postihnutím je vo všeobecnosti poskytovaná rovnako ako pacientom bez zdravotného postihnutia. Za obdobie rokov 2015 – 2020 sa legislatíva v ob-

lasti zdravotníctva posunula smerom k pacientom, hoci nie špecificky k zdravotne postihnutým pacientom. Za potrebné považujeme uviesť nasledujúce zákony:

- Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
- Zákon č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov
- Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
- Zákon č. 579/2004 Z. z. o záchranej zdravotnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
- Zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
- Zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
- Zákon č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
- Zákon č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dieteckých potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
- Zákon č. 153/2013 Z. z. o národnom zdravotníckom informačnom systéme a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Zdravotný systém sa začína prepájať so sociálnym systémom, a tak sa ošetrovateľská starostlivosť dostala do sociálnych zariadení. Zdravotné

poisťovne začali uzatvárať zmluvy s poskytovateľmi ošetrovateľskej starostlivosti.

V rámci poskytovania zdravotníckych pomôcok sa rozšírili kompetencie sestier a pôrodných asistentiek. Ak sa pomôcka má hrať na základe verejného zdravotného poistenia, je sestra alebo pôrodná asistentka oprávnená predpísať zdravotnú pomôcku za podmienky, že má uzatvorenú zmluvu o poskytnutí zdravotnej starostlivosti so zdravotnou poisťovňou.

Národný informačný systém bol podrobnejšie rozpracovaný a rozšírený o podrobné informácie v Zdravotnej knižke, ako aj doplnený o Pacientsky sumár, ktorý obsahuje kľúčové informácie o pacientovi, ako aj o kontaktnej osobe pacienta.

Legislatívna úprava priamo nasmerovaná na pacientov so zdravotným postihnutím sa týka úpravy limitov spoluúčasti na lieky. Limit 30,00 eur bol znížený na 25,00 eur a vzťahuje sa na držiteľov preukazu fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím, poberateľov invalidného dôchodku. Limit 0,00 eur sa vzťahuje na poistenca, ktorý k prvému dňu v kalendárnom štvrtroku nedovršil 6 rokov veku a ktorý je držiteľom preukazu fyzickej osoby s ŤZP.

Oblasť školstva

Vzdelávanie zdravotne znevýhodnených žiakov a študentov je podporené tzv. školským zákonom - **Zákon č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov**, ktorý rozdeľuje deti alebo žiakov podľa vzdelávacích programov a zdravotného znevýhodnenia. Legislatívne bolo upravené aj používanie multimediálnych vzdelávacích pomôcok. V rámci legislatívnych úprav boli upravované kapacity žiakov praktickej školy, ako aj financovanie základných, stredných škôl a školských zariadení. Novela č. 182/2017 Z. z. upravuje poskytovanie finančných prostriedkov na osobné náklady asistentov učiteľa pre žiakov so zdravotným znevýhodnením, ako aj ďalšie príspevky podporujúce vzdelávanie a voľnočasové aktivity v rámci školy. Kľúčovým je financovanie rozvojových projektov z kapitoly ministerstva.

Relevantné právne úpravy zákona č. 245/2008 Z. z.: č. 188/2015, 216/2016, 56/2017, 151/2017, 178/2017, 182/2017

Zákon č. 131/2002 Z. z. o vysokých školách a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Zákon podporuje a vytvára podmienky pre študentov so špecifickými potrebami. Register študentov obsahuje informácie o študentovi aj identifikáciu jeho špecifických potrieb. Takýmto študentom je zo zákona umožnené využívať špecifické vzdelávacie prostriedky, ako aj individuálne vzdelávacie prístupy.

Na vysokých školách pôsobia špeciálne pedagogické pracoviská na podporu štúdia a koordinátori pre študentov so špecifickými potrebami. Za obdobie rokov 2015 až 2020 neboli realizované legislatívne úpravy zákona zamerané na študentov so špecifickými potrebami.

Legislatíva výrazným spôsobom zasahuje do života nielen zdravotne znevýhodnených osôb. Ovplyvňuje každodenné fungovanie občana. Otvára možnosti, prípadne stavia bariéry v rámci dennej rutiny. V Záverečnej správe skupiny expertov o ukazovateľoch kvality života, ktorú zverejnil Eurostat v roku 2017, sú indikátory kvality života rozdelené do 9 oblastí:

1. materiálne životné podmienky,
2. ekonomická alebo iná hlavná činnosť,
3. zdravie,
4. vzdelanie,
5. voľný čas a sociálne interakcie,
6. ekonomické zabezpečenie a fyzická bezpečnosť,
7. riadenie a základné práva,
8. prírodné a životné podmienky,
9. celková životná skúsenosť.

ĎALŠIE OBLASTI DOTÝKAJÚCE SA OZP, ktoré vzhľadom na zameranie štúdie považujeme za postačujúce spomenúť:

- *Doprava* – zákon č. 488/2013 Z. z. o diaľničnej známke a o zmene niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, zákon č. 8/2009 Z. z. o cestnej premávke a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, zákon č. 564/1991 Zb. o obecnej polícii v znení neskorších

predpisov, zvýhodnenie OZP v železničnej doprave, cestnej doprave;

- *Výstavba* – zákon č. 50/1976 Zb. o územnom plánovaní a stavebnom poriadku (stavebný zákon) v znení neskorších predpisov, vyhláška 532/2002 Z. z. Ministerstva životného prostredia SR, ktorou sa upravujú podrobnosti o všeobecných technických požiadavkách na výstavbu a o všeobecných technických požiadavkách na stavby využívané osobami s obmedzenou schopnosťou pohybu a orientácie, zákon č. 150/2013 Z. z. o štátnom fonde rozvoja bývania v znení neskorších predpisov;

- *Daň z príjmov, miestne dane a poplatky, clo, záložné právo, súdne poplatky či správne poplatky* – zákon č. 595/2003 Z. z. o dani z príjmov v znení neskorších predpisov, zákon č. 582/2004 Z. z. o miestnych daniach a miestnom poplatku za komunálne odpady a drobné stavebné odpady v znení neskorších predpisov, zákon č. 199/2004 Z. z. Colný zákon a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, zákon č. 71/1992 Zb. o súdnych poplatkoch a poplatku za výpis z registra trestov v znení neskorších predpisov, zákon č. 145/1995 Z. z. o správnych poplatkoch v znení neskorších predpisov...;

- *Elektronická komunikácia a poštové služby* – zákon č. 351/2011 Z. z. o elektronických komunikáciách v znení neskorších predpisov, zákon č. 289/2008 Z. z. o používaní elektronickej registračnej pokladnice a o zmene a doplnení zákona Slovenskej národnej rady č. 511/1992 Zb. o správe daní a poplatkov a o zmenách v sústave územných finančných orgánov v znení neskorších predpisov;

- *Šport* – zákon č. 112/2015 Z. z. o príspevku športovému reprezentantovi a o zmene a doplnení zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov;

- *Kultúra* – zákon č. 340/2012 Z. z. o úhrade za služby verejnosti poskytované Rozhlasom a televíziou Slovenska a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

V rámci mapovania východiskového stavu legislatívy vo vzťahu ku zdravotne znevýhodneným občanom sme sa zamerali najmä na kľúčové oblasti, ktoré významne napomáhajú k sociálnej inklúzii - sociálna oblasť (indikátor č. 1, 6), oblasť zamestnanosti (indikátory č. 2, 6) oblasť zdravotníctva (indikátor č. 3), oblasť školstva (indikátor č. 4).

1. 2

Metodika poskytovania služieb sociálneho začleňovania v centrách včasnej pomoci individuálnou formou a skupinovú formou spracovaná a uplatňovaná v rámci zavádzaného systému včasnej pomoci OZP

Za účelom systematizácie práce motivátorov bola v rámci národného projektu SME SI ROVNÍ spracovaná jednotná metodika poskytovania služieb včasnej pomoci či už individuálne zo strany motivátora, alebo skupinovú formou. Pri tvorbe metodiky odborný tím vychádzal z aktuálneho legislatívneho nastavenia poskytovania sociálnych služieb v Slovenskej republike v prepojení na pilotný dopytovo orientovaný projekt PARALELA, ktorý realizoval rovnako Slovenský paralympijský výbor v rokoch 2013 – 2015. Projekt PARALELA, okrem iného, začal rozvíjať tému *peer-to-peer support* – tému podpory osobám so zdravotným postihnutím, ktorá im je poskytovaná osobami so zdravotným postihnutím, ktoré si samé prešli podobnou životnou situáciou. Ide o podporu založenú na rovnocennom prístupe, ktorá v podmienkach SR predstavuje inovatívnu metódu pomoci zameranú na podporu aktivácie a sociálnej integrácie OZP. Projekt PARALELA položil jednak metodické základy pre vzdelávanie motivátorov z radov OZP, a tiež prakticky preukázal prínos tohto prístupu v zlepšovaní podmienok začleňovania sa OZP, ktorý bol pilotne overený v NRC Kováčová. Týmto projekt PARALELA vytvoril základy pre ďalší rozvoj uceleného systému pomoci, poradenstva a služieb motivácie klientom so zdravotným postihnutím prostredníctvom rovnako zdravotne postihnutých osôb – motivátorov.

Ako sa metodika tvorila?

Príprave metodiky poskytovania služieb sociálneho začleňovania individuálnou formou prostredníctvom motivátorov a skupinovú formou prostredníctvom facilitátorov predchádzalo podrobné štúdium aktuálnej legislatívy, odbornej literatúry a konštruktívna diskusia odborného tímu zohľadňujúca skúsenosti z praxe. Metodika bola spracovaná v súlade so **Stratégiou v oblasti práv osôb so zdravotným postihnutím na roky 2021 – 2030**, ako aj v súlade s národnými prioritami

zabezpečenia dostupnosti sociálnych služieb či prechodu z inštitucionálnej starostlivosti na komunitnú starostlivosť a zvyšovania kvality poskytovania sociálnych služieb.

Vzhľadom k tomu, že aktuálna legislatíva ani slovenská odborná literatúra zameraná na oblasť sociálnej práce a sociálnych služieb nepoznala pojem „motivátor“, bolo potrebné bližšie identifikovať kompetencie motivátora v súvislosti s jeho odbornou prípravou a pracovnou agendou a vymedziť rozdiel medzi motivátorom a sociálnym pracovníkom.

Príprava metodiky prebiehala v zmysle harmonogramu projektu a zohľadňovala postupnosť realizácie jednotlivých aktivít najmä so zameraním na motivátora a jeho individuálnu prácu s klientom. Spracovanie a aktualizácia metodiky projektu pre individuálne poradenstvo motivátorov občanom so zdravotným postihnutím a pre skupinové informačné a osvetové aktivity zahŕňala nasledovné fázy, ktoré sa vzájomne prelínajú:

1. tvorba metodiky poskytovania služieb sociálneho začleňovania v centrách individuálnou formou a skupinovú formou,
2. aktualizácia obsahu a rozsahu zaškolenia motivátorov vychádzajúca z obsahu a rozsahu zaškolenia motivátorov z projektu PARALELA,
3. tvorba obsahu a štruktúry zaškolenia pre mentorov motivátorov nadväzujúca na obsah a rozsah zaškolenia, ktoré motivátori – mentori projektu SME SI ROVNÍ absolvovali ako motivátori v rámci projektu PARALELA,
4. príprava podporných materiálov pre skupinové osvetové aktivity v oblasti IKT prispôbených potrebám rôzneho zdravotného znevýhodnenia,

5. príprava podporných materiálov pre informačné aktivity o legislatíve a právach OZP,
6. príprava podporných podkladov pre motivačné skupinové aktivity o zdravej životospráve a životnom štýle,
7. príprava podporných materiálov pre ďalšie témy skupinových aktivít, ktorých potreba a vhodnosť realizácie vyplynuli zo záujmu a potrieb účastníkov projektu.

Do metodiky bol zapracovaný princíp *peer-to-peer support* ako forma pomoci, ktorá zohľadňuje individuálnu a osobnú podporu, pomoc a motiváciu pri opätovnom začleňovaní OZP do spoločnosti, na základe spoločného hľadania a nachádzania riešenia v podobných zlomových životných situáciách a zdieľania osobných životných skúseností, osvedčených postupov medzi dvoma osobami s podobnými prežitými skúsenosťami z kritických situácií či zmeny zdravotného stavu, ktoré ich spájajú a radia medzi príslušníkov rovnakej komunity s určitými spoločnými črtami, napr. zdravotne znevýhodnené osoby.

Prístup ku klientovi princípom *peer-to-peer support* bol kľúčovým bodom pri spracovaní metodiky a zladení jednotlivých metód a techník práce motivátora s klientom, ako aj pri nastavovaní systému fungovania siete centier včasnej pomoci motivátorov.

Metodika bola tvorená ako odborný a prehľadný manuál pre motivátora, kde na jednom mieste nájde dostatočné množstvo odborných informácií potrebných k práci s klientom, no zároveň získa aj informácie o systémových postupoch spracovaných za účelom zabezpečenia plynulého fungovania inovatívneho systému sociálneho začleňovania OZP overovaného v rámci projektu. Bola pripravená za účelom unifikácie postupu práce motivátorov regionálnych centier včasnej pomoci. Predstavuje komplexný dokument, ktorý zahŕňa poskytovanie služby sociálneho začleňovania individuálnou formou prostredníctvom motivátorov a skupinovú formou, zahŕňajúcou osvetové, informačné a motivačné aktivity, realizovanou prostredníctvom facilitátorov.

Tvorba metodiky bola ovplyvnená pandemicou situáciou, ktorá vyvolala potrebu podrobne sa venovať dištančnej práci s klientom, jej výhodám aj nevýhodám a zároveň vhodne nastaviť metódy a techniky práce motivátora s klientom, prijat

elné pre klienta so zdravotným znevýhodnením, ktoré zohľadňujú jeho kompetencie. Metodika preto podrobne definovala individuálnu aj skupinovú prácu s klientom realizovanú prezenčnou aj dištančnou formou, aby boli služby sociálneho začleňovania poskytované v rámci projektu dostupné pre klienta aj v čase, keď osobné stretávanie sa motivátorov s klientmi či realizácia skupinových aktivít boli kvôli pandémie COVID-19 obmedzené, resp. úplne vylúčené. Uvedené okolnosti viedli k tomu, že metodika je nastavená veľmi pružne, vďaka čomu motivátor, ako aj facilitátor sa vhodným výberom metód práce uvedených v metodike dokáže klientovi priblížiť a pomôcť mu v rôznych situáciách.

Ako sme dospeli k finálnej verzii?

Prvá verzia metodiky bola zavedená do praxe od 1.12.2020 po predchádzajúcom oboznámení motivátorov s metodikou, ich príprave na prácu s ňou a na jej praktickú aplikáciu. Tento spôsob bol zvolený najmä z dôvodu možnosti zodpovedania a vyjasnenia prípadných otázok týkajúcich sa jej aplikácie v praxi. Vzhľadom na obdobie vládných protipandemických opatrení bolo potrebné zvoliť dištančnú formu prípravy.

Prvá verzia metodiky bola rozpracovaná podrobne, takže zavedenie do praxe neukázalo v prvých mesiacoch potrebu obsahovej zmeny. S platnosťou od 11.1.2021 síce došlo k jej aktualizácii, jednalo sa však len o formálnu úpravu metodiky a jej príloh v nadväznosti na spracovanie Dizajn manuálu projektu.

Podľa očakávaní, postupná aplikácia metodiky v praxi ukázala potreby jej aktualizácie. Ďalšie aktualizácie vychádzali jednak zo skúseností motivátorov pri jej praktickom využívaní, ako aj zo strany dohliadajúceho odborného tímu projektu, overujúceho jej fungovanie v praxi, pričom išlo najmä o úpravy procesných častí metodiky. Doplnenia a aktualizácie metodiky sa týkali najmä špecifických situácií, ktoré vznikali pri práci motivátorov s klientom, bližšej konkretizácie interných postupov, prípadne aktualizácie či doplnenia príloh metodiky.

Vyhodnotenia dotazníkových prieskumov realizovaných v rámci projektu nevyvolali potrebu aktualizácie metodiky, prinášali skôr cenné infor-

mácie o účinnosti a význame zavádzaného a overovaného systému sociálneho začleňovania v slovenskej praxi. Jedným z takýchto zistení napríklad bolo, že ľudia so zdravotným postihnutím, či už boli účastníkmi projektu, alebo nie, preferujú sociálnu pomoc realizovanú prostredníctvom terénnej sociálnej služby pred ambulatnou formou.

Prečo je metodika zostavená práve takýmto spôsobom?

Metodika je z dôvodu prehľadnosti rozdelená na dve časti. Prvá časť Všeobecná charakteristika poskytovania služieb sociálneho začleňovania v centrách včasnej pomoci motivátorov je zameraná najmä na priblíženie samotných služieb, ktoré poskytuje motivátor terénnou formou. Bolo dôležité, aby táto časť bola nielen dostatočne zrozumiteľne spracovaná, ale aby zároveň špecifikovala dôležité odborné činnosti motivátora.

V prvej časti metodika vysvetľuje základné pojmy súvisiace s realizáciou projektu SME SI ROVNÍ, objasňuje odborné termíny súvisiace so sociálnou prácou a činnosťou motivátora. Terminológia tak otvára odbornú časť metodiky, ktorá slúži nielen na popis činnosti motivátora, ale poskytuje aj konkrétne metódy a techniky pri práci s klientom. Stáva sa tak odborným a praktickým sprievodcom motivátora pri práci s klientom.

Pri popise druhov sociálnych služieb, ktoré sú poskytované v centrách včasnej pomoci, sa metodika zamerala na priblíženie sociálneho poradenstva, sociálnej rehabilitácie a pomoci pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov OZP ako hlavnej činnosti motivátorov. Jednotlivé kroky práce s klientom v rámci služieb podobných službám sociálnej rehabilitácie sú orientované najmä na formu pomoci *peer-to-peer support*. Pri priblížení jednotlivých druhov sociálnych služieb sa vychádzalo z aktuálnej legislatívy a odbornej literatúry.

Projekt je prioritne nastavený na poskytovanie terénnej sociálnej služby. Metodika však popisuje aj činnosti, ktoré vykonáva centrum včasnej pomoci v rámci poskytovania ambulantnej sociálnej služby. Je tak možné poukázať na rozdiely v poskytovaní služieb sociálneho začleňovania terénnou a ambulatnou formou.

Vzhľadom k tomu, že činnosti spadajúce pod centrum včasnej pomoci majú široký záber, bolo

potrebné definovať formu poskytovania sociálneho poradenstva s prihliadnutím na viacero kritérií, ktoré túto prácu ovplyvňujú. Metodika popisuje individuálnu formu sociálneho poradenstva poskytovanú motivátormi, ako aj skupinovú formu poskytovanú facilitátormi pre cieľovú skupinu klientov projektu. Približuje základné výhody a nevýhody individuálneho poradenstva, ako aj podstatu skupinového poradenstva. Práca so skupinou je podrobne spracovaná v druhej časti metodiky.

Keďže súbežne so začatím realizácie projektu SME SI ROVNÍ začala aj pandémia COVID-19 a s ňou súvisiace protipandemické opatrenia obmedzujúce osobný kontakt, bolo nutné v metodike venovať pozornosť aj dvom rôznym formám poradenstva z hľadiska organizácie práce, ktorými sú prezenčné a dištančné poradenstvo. Tu je metodika zameraná najmä na ukázanie výhod a nevýhod každej z týchto foriem. So zreteľom na osobný odstup, strach klientov z fyzického kontaktu počas pandémie a protipandemické opatrenia sa metodika podrobnejšie venuje aj dištančnému poradenstvu. Približuje najčastejšie formy dištančného poradenstva, ako aj základné zásady jeho používania.

Z hľadiska miesta výkonu sociálneho poradenstva je jeho definovanie zhodné so sociálnymi službami, preto rozlišujeme ambulantné a terénne poskytovanie sociálneho poradenstva.

Projekt prináša inovatívny prístup ku klientovi so zdravotným znevýhodnením, kedy motivátor prichádza za klientom. Je to hlavná podstata terénnej sociálnej práce. Bolo preto potrebné definovať v metodike konkrétne ciele terénnej sociálnej práce a jej formy. Tieto formy sociálnej práce motivátor využíva pri výkone svojej práce, nestavia sa však do role sociálneho pracovníka. Ohrozujú ho ale rovnaké riziká ako sociálneho pracovníka pri výkone terénnej sociálnej práce.

Metodika obsahuje širokú škálu metód a techník sociálneho poradenstva, ktoré je možné použiť pri práci s klientom projektu SME SI ROVNÍ. V individuálnej forme je uprednostňovaná metóda rozhovoru, kde rozlišujeme rôzne typy rozhovoru podľa potrieb klienta, prípadne s ohľadom na dosiahnutie cieľa. Ďalšou najčastejšie využívanou metódou sociálneho poradenstva je metóda pozorovania. Metodika popisuje okrem toho ďalších 14

metód, ktoré môže motivátor využiť pri individuálnej práci s klientom.

Skupinové aktivity sú v rámci projektu realizované odbornými facilitátormi. Metodika popisuje základné skupinové metódy, ktoré sú odporúčané na skupinových aktivitách, ako aj inovatívne metódy a techniky, ktoré sú obohatením skupinovej aktivity. Ich použitie je plne v kompetencii facilitátora. Metodika tiež určuje základné pravidlá práce v skupine. Konkrétne etapy práce so skupinou sú uvedené v druhej časti metodiky.

Metodika je spracovaná aj ako praktický manuál pre motivátora, preto poskytuje nielen teoretické informácie, ale aj praktické návody k práci s klientom. Je v nej preto podrobnejšie rozpracovaná spolupráca s klientom v rámci poradenského procesu. Približuje motivátorovi, ako aj facilitátorovi, s akým typom klientov sa môže počas svojej práce stretnúť, ako aj informácie, ako s takýmto klientom pracovať. Na efektívnu prácu s klientom je pochopenie klienta pre motivátora aj facilitátora kľúčové.

Definovanie osobnosti sociálneho pracovníka verzus motivátora je samostatnou kapitolou metodiky. Vzhľadom na špecifikáciu sociálneho pracovníka v zákone č. 219/2014 Z. z. o sociálnej práci metodika jasne deklaruje, že výkon práce motivátora a sociálneho pracovníka sú síce podobné, ale nie autentické. Motivátor sa svojou činnosťou približuje k práci sociálneho pracovníka, v žiadnom prípade sa však nestavia do pozície sociálneho pracovníka ani iného odborníka, ako sú napr. psychológ, lekár, právnik, finančný poradca a pod.

Zodpovednosť a práva motivátora a klienta a pravidlá ich spolupráce sú podrobnejšie popísané vo vzore tzv. Priateľskej dohody – kontraktu, ktorý je prílohou metodiky a podpisuje ho motivátor aj klient.

Druhá časť metodiky je zameraná na **konkrétny postup práce** pri individuálnej práci motivátora s klientom v rámci jeho sociálneho začleňovania, ako aj postup facilitátora pri skupinovej práci s klientom. Prináša pohľad na fungovanie a organizovanie práce v rámci centier včasnej pomoci. Približuje podmienky pre individuálnu prácu s klientom na úrovni terénnej práce, ako aj s vytvoreným priestorovým zázemím, kde sa môže klient obrátiť

na motivátora počas otváracích hodín. Popisuje tiež personálne a kompetenčné zastrešenie fungovania centier včasnej pomoci.

Obsahom tejto časti metodiky je podrobný popis jednotlivých etáp práce s klientom v rámci sociálneho poradenstva. V prvom rade, ako má motivátor postupovať pri prvom kontakte a čo je cieľom prvého kontaktu s klientom. Metodika kladie dôraz na vytvorenie bezpečného prostredia pre klienta. Motivátorovi dáva praktický návod, ako pracovať s klientom, zároveň poskytuje informácie o potrebnej administratíve v jednotlivých etapách práce s ním.

Po prvom kontakte s klientom nasleduje analýza prípadu, kedy je potrebné urobiť niekoľko administratívnych úkonov, aby bolo možné spracovávať osobné údaje klienta. Motivátor potrebuje získať konkrétne informácie o klientovi, aby dokázal objektívne zhodnotiť jeho situáciu a mohol mu pomôcť. Formuláre, ktoré sú potrebné pre prácu s klientom či evidenciu práce motivátora, sú samostatnými prílohami metodiky. Metodika tak zastrešuje aj administratívne spracovanie práce s klientom.

Pre nastavenie efektívnej práce s klientom je potrebné, aby bol realizovaný kvalitný poradenský rozhovor. Práve konkrétne kroky efektívneho poradenského rozhovoru medzi klientom a motivátorom sú rozpracované v podkapitole metodiky venovanej sociálnej diagnostike. Je zameraná najmä na identifikovanie kľúčových problémov klienta, na ktorých riešení môžu spolupracovať s motivátorom.

Motivátor pracuje s klientom v rámci spísaného Individuálneho plánu, ktorý je prílohou Priateľskej dohody a v ktorom si klient s pomocou motivátora stanovuje ciele, na ktorých chce s motivátorom pracovať.

Motivátor má možnosť výberu z rôznych pracovných metód pri spolupráci s klientom, ktoré si vyberá podľa ich vhodnosti pre potreby klienta, aktuálne okolnosti, napĺňanie spoločne stanovených cieľov a pod. Jednotlivé aktivity zamerané na cieľ predstavujú intervencie medzi klientom a motivátorom. Intervencie sú v súlade s vypracovaným Individuálnym plánom a sú zaznamenávané. V rámci metodiky je stanovený minimálny časový úsek na intervenciu, a to jedenkrát do mesiaca.

Intervencie s klientom sú pravidelne vyhodnocované. Úspešné intervencie po naplnení cieľa sú ukončené tzv. riadnym výstupom z projektu. Metodika zastrešuje aj tzv. mimoriadne výstupy z projektu, postup práce s klientom v prípade zmeny motivátora, prípadne opätovný návrat klienta do projektu po ukončení spolupráce.

Bezprostredným výstupným dokumentom po ukončení spolupráce s klientom je spracovaná *Kazuistika klienta*. Okrem toho, po šiestich mesiacoch od ukončenia spolupráce motivátor zrealizuje tzv. následné meranie v rámci katamnestického šetrenia, ktoré je zaznamenané v *Katamnéze*.

Postup práce s klientom v rámci sociálneho začleňovania skupinovú formou je zameraný na skupinovú aktivitu pre klientov. Táto kapitola špecifikuje hlavné tematické oblasti skupinových aktivít v súlade so schváleným projektom a zároveň otvára priestor pre doplnkové témy podľa záujmu a potrieb klientov. Poskytuje facilitátorovi informácie o spôsoboch práce so skupinou v jednotlivých etapách, pričom venuje pozornosť aj administratívno-organizačnému zabezpečeniu týchto aktivít.

Vzhľadom na náročnosť vykonávanej práce motivátora, ako aj na situácie, ktoré môžu nastať pri spolupráci s klientom, je v metodike venovaná samostatná kapitola etickým štandardom motivátora pri poskytovaní sociálneho poradenstva. Táto kapitola sa venuje etickej zodpovednosti motivátora, ako aj etickým dilemám v terénnej sociálnej práci. Prílohou metodiky je *Etický kódex motivátora*, ako aj *Návrh postupu spracovania etickej dilemy* v prípade, ak sa motivátor dostane do nežiadúcej situácie.

Posledná kapitola metodiky zavádza systém efektívneho vedenia spisovej dokumentácie klientov a zároveň definuje postupnosť v manipulácii so spisom, ako aj zodpovedné osoby za spis v rámci ochrany spisovej dokumentácie. Popisuje kroky od založenia spisu cez obsah spisu až po odovzdanie spisovej dokumentácie do archivačnej uzamykateľnej skrine.

Metodika bola počas realizácie projektu upravená podľa identifikovaných potrieb. Je spracovaná vecne, konkrétne, s praktickými radami a príkladmi, ktoré umožňujú motivátorovi riadne vykonávať svoju pracovnú činnosť.

1.3

Zavádzaný systém včasnej pomoci OZP v praxi

Včasná pomoc motivátorov osobám so zdravotným postihnutím v súlade s myšlienkou *peer-to-peer support* je zmysluplnou činnosťou, ktorú je potrebné legislatívne podporiť a ukotviť. Projekt preukázal, že nielen, ale aj v časoch spoločenskej krízy má takáto aktivita zmysel. Pomoc motivátorov je vyhľadávaná, pretože OZP, prípadne pacienti bezprostredne po úraze, nehode či inej náhlej zmene zdravotného stavu, napr. vplyvom choroby sa veľakrát na začiatku nevedia zorientovať, hľadajú podporu a porozumenie a v radoch motivátorov

s podobným postihnutím ho určite nájdú. Motivátori sú, popri akútnej i dlhodobej zdravotnej starostlivosti, podporným elementom pri riešení nelichotivej životnej situácie, do ktorej sa OZP dostala.

Systém včasnej pomoci OZP formou *peer-to-peer support* bol počas realizácie projektu definovaný, nastavený metodicky a preverený v praxi na vzorke 1156 účastníkov projektu. V tejto kapitole popisujeme praktickú realizáciu navrhnutého systému pri individuálnej a skupinovej forme činnosti.

1.3.1

Poskytovanie služieb sociálneho začleňovania individuálnou formou prostredníctvom motivátorov

Poskytovanie služieb sociálneho začleňovania prostredníctvom motivátorov v rámci projektu začalo v marci 2020, a to prostredníctvom prvých šiestich motivátorov – mentorov. Tí boli začlenení pod prvé regionálne centrum včasnej pomoci vytvorené v Národnom rehabilitačnom centre v Kováčovej. V priebehu roka 2020 boli postupne vytvorené štyri ďalšie regionálne centrá včasnej pomoci v nasledovných mestách: Piešťany, Košice, Prešov na jeseň v roku 2020 a Žilina v decembri 2020. Zodpovednosť za vedenie regionálnych centier a prácu motivátorov bola na *manažérovi siete centier*, ktorý úzko spolupracoval s vedúcimi pracovníkmi jednotlivých centier, metodikmi – psychológmi a odbornými garantmi projektu.

Od júla 2020 sa počet motivátorov – mentorov rozšíril o ďalších 18, čím sa obsadil plánovaný počet 24 pracovných miest motivátorov – mentorov, ktorí boli v zmysle projektu vybraní spomedzi 50 motivátorov zaškolených na prácu motivátora v rámci pilotného dopytovo orientovaného projektu PARALELA realizovaného v rokoch 2013 – 2015. V záujme obnovenia, aktualizácie, ako aj doplnenia potrebných informácií a vedomostí získaných v projekte PARALELA prešli všetci motivátori – mentori v rámci národného projektu SME SI ROVNÍ procesom zaškolenia v rozsahu 45 hodín, ktoré sa týkalo nasledovných tém:

- Pracovno-právne poradenstvo,
- Psychologické aspekty poskytovania sociálnych služieb OZP,
- Terénna sociálna práca s klientom,
- Zdravá výživa a životný štýl pre OZP,
- Informačno-komunikačné technológie,
- Mentoring a komunikácia, nakoľko mali byť pripravení poskytnúť mentoring ďalším 24 motivátorom počas prvých troch mesiacov od ich prijatia do pracovného pomeru, ktorí budú prijatí do pracovného pomeru neskôr z radov OZP.

Keďže v čase začatia projektu v marci 2020 sa začalo na Slovensku rozširovať aj ochorenie COVID-19 a s ním súvisiace opatrenia, zaškolenie prvých šiestich motivátorov – mentorov prebehlo z väčšej časti dištančnou formou, zaškolenie ďalších 18 motivátorov – mentorov mohlo byť vzhľadom na pandemickú situáciu zrealizované už iba dištančnou formou.

V októbri až decembri 2020 prebiehalo dištančné zaškolenie nových 24 motivátorov, ktorí prešli výberovým konaním a po úspešnom absolvovaní 160-hodinového zaškolenia boli prijatí do pracovného pomeru od 02/2021.

Keďže vo vzťahu k účastníkom projektu aj moti-

- Právny rámec pre integráciu zdravotne znevýhodnených do života,

vátori – mentori plnili úlohu motivátora, používame ďalej len pojem „motivátor“.

Na vyhľadávaní a zaraďovaní OZP do projektu motivátori začali aktívne pracovať v marci 2020. Súbežne s ich prácou v teréne prebiehali v rámci odborného tímu projektu práce na tvorbe *Metodiky poskytovania služieb sociálneho začleňovania v centrách individuálnou formou a skupinovú formou* (ďalej Metodika). Potrebné inštrukcie, podklady a formuláre, ako napr. Súhlas so spracúvaním osobných údajov, Záznam z úvodného rozhovoru atď. boli dovedy motivátorom zasielané priebežne, ako sa postupne v odbornom tíme kreovali s ohľadom na progres práce motivátorov a ich potreby s tým súvisiace. Odborný tím zároveň pracoval na precizovaní jednotlivých dokumentov, ako aj celého postupu a spôsobu práce motivátorov až do vytvorenia prvej verzie Metodiky, ktorá nadobudla platnosť 1.12.2020. Niekoľko dní pred nadobudnutím platnosti bola Metodika zaslaná motivátorom na preštudovanie. Zároveň metodička projektu a vedúca odborného vedeckého tímu 2. roviny odprezentovali metodiku motivátorom, ako aj manažérovi siete centier dištančnou formou v dvoch skupinách (pretože vládne protipandemické nariadenia zakazovali stretávanie viac ako päť osôb aj v prípade pracovných kolektívov), kde bol pre motivátorov vytvorený priestor na zodpovedanie prípadných otázok a vyjasnenie nejasností.

Od 11. 1. 2021 bola platná verzia 1.1. Metodiky. V tejto verzii boli zrealizované len formálne úpravy – zosúladenie hlavičky a päty v textovej časti metodiky, ako aj v jej prílohách s dizajnom manuálom projektu, ktorý bol medzičasom spracovaný a nahradenie dvoch príloh z Príručky pre prijímateľa pre národné projekty OP LZ (Prezenčná listina, Záznam o odmietnutí poskytnutia údajov o účastníkovi projektu) prílohami z jej aktuálne platnej verzie.

Všetkých päť regionálnych centier včasnej pomoci (ďalej „centrum“) riadil manažér siete centier. Ku každému centru bolo pridelených 8 – 13 motivátorov. Ich počet v jednotlivých centrách sa počas realizácie projektu menil, napr. z dôvodu úmrtia, presťahovania motivátora a pod. Každé centrum malo svojho vedúceho z radov mentorov a bol mu pridelený metodik – psychológ. Metodik – psychológ bol mentálnou a psychickou oporou pre pracovný tím motivátorov. Usmerňoval motivátorov pri práci s klientom v otázkach spôsobu

nadväzovania spolupráce, komunikácie, hľadania riešení pre klienta a vhodného podania týchto riešení. Bol motivačným prvkom pracovného tímu a v istom zmysle koučom pre motivátorov, ktorí potrebovali psychologické poradenstvo pri náročnej práci s klientom. Metodici – psychológovia preberali s motivátormi vývoj u klientov, radili motivátorom pri spolupráci s klientmi najmä v krízových situáciách, prípadne odporúčali motivátorovi ponúknuť klientovi účasť na konkrétnej skupinovej aktivite.

Manažér siete centier realizoval každý týždeň online pracovnú poradu s vedúcimi centier, na ktorej sa zúčastňovali aj metodici – psychológovia. Účelom pracovných porád bolo predovšetkým sprostredkovať vedúcim centier a metodikom – psychológom aktuálne informácie, zhodnotiť predchádzajúci pracovný týždeň a prekonzultovať príp. problémy, potreby, ktoré sa v jednotlivých centrách vyskytli. Manažér siete centier pôsobil ako spojivo medzi tímom odborných pracovníkov projektu, implementačným tímom a motivátormi. Z týchto porád vychádzali aj podnety na aktualizáciu metodiky vychádzajúce z jej praktickej realizácie. Po porade s manažérom siete centier realizovali vedúci centra poradu s motivátormi svojho centra. Tieto porady prebiehali za účasti metodikov – psychológov. Ich obsahom bolo predovšetkým sprostredkovanie informácií z porady s manažérom siete centier a tiež prekonzultovanie aktuálnych otázok, problémov, ktoré sa vyskytli v rámci centra pri práci s klientmi v priebehu týždňa. Pracovné porady v centrách boli tiež priestorom pre vzájomnú konzultáciu prípadných etických dilem, ako aj bežnej pracovnej agendy, zdieľanie príkladov z praxe a kolegiálnu podporu či výmenu skúseností.

Postupná realizácia projektu ukázala, že veľký počet motivátorov a existencia piatich regionálnych centier vyžadujú zvýšiť počet manažérov siete centier. Značný rozsah administratívnych prác súvisiacich s veľkým počtom motivátorov totiž neumožňoval jednému manažérovi siete centier v plnej miere vykonávať priebežné kontroly spisovej dokumentácie klientov a osobné návštevy a konzultácie v centrách. Z týchto dôvodov došlo k navýšeniu počtu manažérov siete centier z jedného na troch od 1.9.2022. Zvýšenie počtu manažérov siete centier sa pozitívne prejavilo v nasledovných oblastiach:

- vyšší prehľad o činnosti a fungovaní jednotli-

vých centier pre vedenie SPV a riadenie projektu;

- osobná komunikácia a ad hoc riešenia;
- pravidelná kontrola centier a osobný kontakt s motivátormi ako podriadenými zamestnancami;
- zvýšenie kvality administratívnej práce motivátorov bezprostredne súvisiacej s poskytovaním služieb individuálneho poradenstva, pomoci a motivácie;
- zvýšenie kvality informačných tokov v rámci riadenia projektu a medzi regionálnymi centrami.

Každé regionálne centrum si pri otvorení určilo otváracie hodiny, kedy bol v centre prítomný minimálne jeden motivátor, ktorý bol k dispozícii pre potenciálnych návštevníkov centra, a teda potenciálnych účastníkov projektu. Zároveň mali motivátori možnosť priamo v centre realizovať aj stretnutia s účastníkmi projektu v prípade, že klientovi vyhovovala lepšie ambulatná forma stretávania. Práca motivátorov však bola predovšetkým prácou v teréne, čo preferovala aj väčšina klientov, preto sa aj väčšina stretnutí s nimi odohrávala mimo centier včasnej pomoci. Uvedené preferencie ľudí so zdravotným postihnutím potvrdili aj výsledky dotazníkového prieskumu medzi OZP z roku 2022, ktoré sú samostatnou prílohou štúdie. Regionálne centrá plnili najmä funkciu administratívnej základne pre motivátorov, archiváciu spisov a priestoru pre skupinové aktivity.

Postupná realizácia projektu ukázala tiež potrebu venovať väčšiu pozornosť podpore účastníkom projektu, ako aj ich motivátorom, pri snahe nájsť vhodné pracovné uplatnenie. Zamestnanie sa totiž javí ako najlepšia možnosť sociálnej inklúzie, pokiaľ to zdravotný stav klientovi umožňuje. Napomáha zvýšeniu samostatnosti/sebaobslužnosti, rozširuje vedomosti, zvyšuje psychickú či fyzickú pohodu a v neposlednom rade zlepšuje finančnú situáciu a celkovú životnú spokojnosť OZP. Z tohto dôvodu bola od 1. 7. 2022 rozšírená pracovná náplň jednej motivátorky, ktorá je vzhľadom na svoje vzdelanie, predchádzajúce pracovné skúsenosti, ako aj neustálu prácu na zvyšovaní svojej odbornosti v tejto oblasti v plnej miere kompetentná poskytovať špecifické služby zamerané na podporu zamestnávania osôb so zdravotným postihnutím. Išlo o poskytovanie dvoch typov služieb – poskytovanie personálneho poradenstva klientom a nad-

väzovanie spolupráce so súkromným sektorom.

Poradenstvo prebiehalo buď online formou alebo formou osobného stretnutia za účasti klientovho motivátora, aby klient a motivátor následne vedeli spolupracovať na odstránení identifikovaných chýb, prípadne zdokonalení zručností účastníka projektu. Priebeh poradenstva bol nasledovný:

1. predstavenie poskytovateľa poradenstva – prax,
2. predstavenie klienta,
3. skúšobný pohovor – sledovanie sebaaprezentácie klienta na pohovore,
4. spätná väzba na pohovor,
5. vyjasnenie si hľadania druhu zamestnania s ohľadom na druh a rozsah zdravotného postihnutia,
6. odporúčenie konkrétnej pracovnej ponuky z pracovných ponúk, o ktorých mal poskytovateľ poradenstva v danom čase informácie, ak to bolo relevantné,
7. ďalšie odporúčania (kurzy, prax, dobrovoľníctvo),
8. zadanie domácej úlohy (napr. tréning rozprávania, pohovoru, úprava životopisu a pod.),
9. prípadná návšteva veľtrhov práce.

Z uvedených intervencií vyplynuli zaujímavé poznatky a to napríklad, že klienti sa nevedia prezentovať, vo väčšine prípadov majú chyby v životopisoch, nadmerné očakávania z pracovného trhu s ohľadom na svoje zručnosti, ktoré častokrát nevedia ponúknuť potenciálnemu zamestnávateľovi. Mnohokrát reagovali na ponuky, ktoré si neprečítali do konca, prípadne nerozumeli inzerátom. V nadväznosti na tieto zistenia boli viacerým odporúčané rekvalifikačné kurzy, prípadne účasť na skupinovej aktivite zameranej napr. na IKT v projekte SME SI ROVNÍ, príp. na skupinovej aktivite zameranej na hľadanie pracovného uplatnenia po úraze/chorobe, ktoré môžu klientom projektu pomôcť pri získaní práce napríklad aj formou práce na doma (*home-office*). Skupinovými aktivitami sa podrobnejšie venujeme v nasledujúcej podkapitole a v podkapitole 1.4.3.

Čo sa týka nadväzovania spolupráce so sú-

kromným sektorom, jednalo sa o komunikáciu s firmami, ktoré majú záujem reálne zamestnať zdravotne znevýhodnené osoby. Primárne išlo o veľké spoločnosti, ktoré majú pobočky po celom Slovensku. Spolupráca sa ukázala ako veľmi dobrá možnosť pomoci klientom projektu. Ako príklad dobrej praxe uvádzame klientku vozičkárku s hendikepom DMO, ktorá si počas pandémie COVID-19 po ukončení vysokoškolského štúdia nevedela nájsť zamestnanie a následne po personalistických konzultáciách nastúpila do zamestnania do spoločnosti Tesco v decembri 2022. Klientka sa stala jednou z inšpiratívnych žien spoločnosti Tesco¹. V tejto spoločnosti sa nám naskytla možnosť priamo preskúmať debarierizáciu pracoviska a navrhnúť prípadné riešenia, pričom centrála spoločnosti vyčlenila na úpravy pracoviska pre vozičkárov aj konkrétnu sumu finančných prostriedkov.

Jednou z hlavných úloh motivátorov bolo vyhľadávanie klientov, ktoré bolo skomplikované pandemiou COVID-19. Podporu v tejto činnosti predstavovala webová stránka projektu www.smesirovni.sk, ako aj facebooková stránka projektu a profil na Instagrame. Propagácia projektu prebiehala aj inými formami, napr. prostredníctvom rozhovorov, ktoré motivátori poskytovali v televíziách či rádiách, prostredníctvom článkov v tlačených a online médiách; v roku 2022 dokonca prostredníctvom rovnomenného štvordielneho dokumentu SME SI ROVNÍ vysielaného televíziou TA3, ktorý je dostupný na www.youtube.com. Motivátori pri propagácii svojej činnosti kontaktovali a veľakrát úzko spolupracovali s úradmi práce či pobočkami Sociálnej poisťovne, alebo zdravotných poisťovní, na ktoré sa obracali so žiadosťou o šírenie kontaktov motivátorov a letákov s cieľom dostať sa k širokej verejnosti, osloviť čo najširšie spektrum osôb a vybudovať si klientsku základňu. Okrem záujmu spolupracovať s inými inštitúciami dôvodom boli aj opatrenia zamedzujúce šíreniu ochorenia COVID-19, ktoré takmer počas celej realizácie projektu obmedzovali, častokrát až znemožňovali motivátorom vstup k pacientom zdravotníckych/rehabilitačných zariadení. Z tohto dôvodu boli motivátori nútení hľadať iné možnosti vyhľadávania klientov projektu.

Celosvetová pandemická situácia značným spôsobom ovplyvnila štart aj celý vývoj projektu. Motivátori, ktorí podobne ako sociálni pracovníci,

mali pracovať najmä v teréne, ostávali podľa pokynov Vlády SR pracovať prevažne z domu a hľadali rôzne spôsoby, ako sa priblížiť ku klientovi a poskytnúť mu v ťažkej a psychicky náročnej dobe okrem iného aj morálnu podporu a psychickú oporu. Z terénnej práce sa situácia na dlhé obdobie vyvinula prevažne do dištančného poradenstva, pretože mnoho klientov sa zrazu bálo vyjsť na ulicu a komunikovať s ďalšími osobami. K traume, ktorú (potenciálni) klienti fyzicky utrpeli, sa pridal aj psychologický aspekt, ktorý motivátori museli nečakane riešiť. Pandémia ochromila fungovanie slovenskej spoločnosti na takmer tri roky. Všetci zamestnávateľia sa museli podrobiť prísnyim vládnym opatreniam a snažiť sa v najkritickejších mesiacoch šírenia pandémie zabezpečiť aj izoláciu zamestnancov a čo najnižšiu možnú mieru šírenia nákazy. Slovenský paralympijský výbor teda pristúpil k zvýšeniu hygienickej bezpečnosti, zamestnanci sa na pracovisku nestretávali, ale striedali a osobné kontakty vo väčšine prípadov nahradili telefonáty a videohovory cez rôzne softvérové aplikácie. Slovensko, a teda aj motivátori, sa presunulo do online sveta a virtuálnej reality. Motivátori, ktorí v čase pandemickej situácie realizovali osobný kontakt s klientom, museli dodržiavať prísne hygienické opatrenia. Uvedená situácia komplikovala nielen vyhľadávanie klientov, ale aj spoluprácu s nimi. Dlhodobé a opakované obmedzenia osobných stretnutí mali za následok napríklad aj predĺženie doby práce s klientmi.

Mnohí pracovali z domu a venovali sa vyhľadávaniu klientov prostredníctvom rôznych portálov zdravotníckych a rehabilitačných zariadení. Motivátori piešťanského centra si vytvorili online reláciu cez platformu zoom.us, kde sa v nepravidelných intervaloch venovali v rámci webinárov rôznym témam, pozývali si hostí do štúdia a oslovovali nielen účastníkov projektu, ale aj širšiu verejnosť so zdravotným znevýhodnením, ktorá neparticipovala na projekte ako cieľová skupina, no aj napriek tomu profitovala na obsahu a získala cenné informácie na zvýšenie kvality života. Webináre hovorili o osobných skúsenostiach zdravotne postihnutých s cestovaním, riešením pracovných vzťahov, riešením zdravotných problémov, sexualita, a i. Témy a hostí motivátori vyberali sami podľa záujmov svojich klientov. Táto iniciatíva značným spôsobom prispela k zviditeľneniu činnosti motivátorov vo fáze realizácie projektu, kedy bol osob-

¹ <https://mojetesco.sk/colleague/public-article/zeny-ktore-nas-inspiruju-1>

ný kontakt obmedzený, resp. až znemožnený kvôli pandemickej situácii.

V súvislosti so vzniknutou krízovou situáciou s ochorením COVID-19 bolo prijímateľovi na základe žiadosti prostredníctvom zmeny vyzvania OP LZ NP 2020/4.1.1/01 dodatkom k Zmluve o poskytnutí NFP, ktorý nadobudol účinnosť 25.11.2022, predĺžené oprávnené obdobie na realizáciu projektu o 10 mesiacov z pôvodne plánovaného termínu ukončenia 01/2023 na 11/2023. V súvislosti s touto zmenou sa zvýšili aj cieľové hodnoty merateľných ukazovateľov projektu: Počet osôb, ktoré využili nové inovatívne služby alebo opatrenia na vykonávanie služieb sociálneho začlenenia a Počet účastníkov ohrozených diskrimináciou zapojených do vzdelávania alebo využívajúcich poradenstvo v oblasti prevencie a eliminácie diskriminácie z pôvodne plánovaných 1000 na 1100. V záujme naplnenia merateľných ukazovateľov, vzhľadom na predĺženie časového harmonogramu realizácie projektu mohol prijímateľ vo februári 2023 pristúpiť aj k zamestnaniu štyroch nových motivátorov a nahradiť nimi chýbajúcich motivátorov (úmrtie, ukončenie pracovného pomeru). Noví motivátori boli pred prijatím do pracovného pomeru zaškolení rovnako ako predchádzajúci motivátori.

Globálny stav núdze pre COVID-19 odvolala Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) 5. 5. 2023, čo znamená, že takmer celá realizácia národ-

ného projektu prebiehala počas globálneho stavu núdze a s tým súvisiacimi obmedzeniami. Obavy (potenciálnych) klientov o svoje zdravie a jeho prípadné zhoršenie vplyvom možného výskytu ochorenia COVID-19 v ich blízkosti však mali vplyv na realizáciu projektu aj po jeho odvolaní o to viac, že účastníkmi projektu sú ľudia so zdravotným postihnutím, ktorí patria k najviac ohrozeným skupinám. Napriek sťaženým podmienkam sa podarilo prijímateľovi nielen naplniť, ale aj prekročiť merateľné ukazovatele projektu, nakoľko sa v rámci možností odsúhlasených riadiacim orgánom počas celého obdobia realizácie projektu snažil eliminovať negatívny vplyv tejto bezprecedentnej situácie na projekt, jeho ciele a merateľné ukazovatele.

Na celý priebeh realizácie projektu dohliadali odborní garanti projektu, ktorí odborne zastrešovali tak individuálnu, ako aj skupinovú formu overovaného inovatívneho systému aktívneho sociálneho začleňovania OZP. Boli členmi odborného tímu projektu a dohliadali na to, aby realizácia projektu prebiehala v súlade so schváleným projektom, spracovanou a priebežne overovanou metodikou projektu a v konečnom dôsledku dospela k očakávaným výstupom.

V nasledujúcej podkapitole sa venujeme predstaveniu praktickej realizácie skupinových aktivít organizovaných v rámci národného projektu SME SI ROVNÍ.

1. 3. 2

Poskytovanie služieb sociálneho začleňovania formou skupinových aktivít

Popri individuálnej forme pomoci, podpory a motivácie, ďalšou formou podpory, ktorú mali možnosť účastníci projektu SME SI ROVNÍ využiť, boli **skupinové aktivity**. Skupinové aktivity mali v projekte informačnú, motivačnú a osvetovú funkciu, pričom umožňovali účastníkom projektu vzájomné zdieľanie v skupine s ľuďmi s podobným osudom. Prostredníctvom skupinového zdieľania svojich znalostí a skúseností mali možnosť dostať spätnú väzbu od jednotlivých facilitátorov či ostatných členov skupiny. Dôležitú úlohu hrala skupinová dynamika, ktorá umožnila vznik nových kontaktov a priateľstiev medzi účastníkmi skupinových aktivít či získavanie nových informácií a poznatkov.

Zoznam tém skupinových aktivít realizovaných v projekte do 31.3.2023, t. j. v čase pred uskutočnením prieskumu medzi účastníkmi skupinových aktivít, ktorého výsledky sú obsiahnuté v podkap. 1.4.3, je nasledovný :

1. *Ako byť šťastný a úspešný v živote – psychológia na každý deň;*
2. *Bezpečnosť na internete, sociálne siete, elektronická komunikácia, online marketing;*
3. *Efektívna komunikácia u ľudí so zdravotným znevýhodnením;*
4. *Fyzická aktivita u osôb so zdravotným postihnutím;*

5. *Hľadanie pracovného uplatnenia po úraze/chorobe;*
6. *IKT pre osoby s rôznymi druhmi zdravotného znevýhodnenia;*
7. *Muzikoterapia/arteterapia;*
8. *Novinky v legislatíve pre osoby so zdravotným postihnutím a efektívna komunikácia s inštitúciami;*
9. *Prevenca rán a ich ošetrovanie u osôb so zdravotným postihnutím;*
10. *Zdravá výživa u osôb so zdravotným postihnutím;*
11. *Zdravý životný štýl a zdravá životospráva pre osoby so zdravotným znevýhodnením/Zmeň svoj život pomocou pohybu a poznaj zákonitosti zdravej výživy/Pohyb a zdravá výživa v živote človeka so zdravotným znevýhodnením.*

V čase od 1.4.2023 do 30.9.2023 boli zrealizované ešte nasledovné témy skupinových aktivít (realizované s podobnými názvami už v predchádzajúcich obdobiach):

- *Hľadanie pracovného uplatnenia po úraze/chorobe;*
- *Muzikoterapia/arteterapia pre zdravotne znevýhodnených;*
- *Pohyb a zdravá výživa ako prevencia možných komplikácií v živote človeka so zdravotným znevýhodnením;*
- *Efektívna komunikácia s inštitúciami a novinky v legislatíve pre osoby so zdravotným znevýhodnením;*
- *Technické riešenia pri využívaní IKT pre osoby s rôznymi druhmi zdravotného znevýhodnenia.*

Celkovo bolo v rámci projektu zrealizovaných 27 skupinových aktivít. Pri výbere tém sa vychádzalo predovšetkým zo schváleného projektu, pričom boli zároveň brané do úvahy potreby a záujem účastníkov projektu, o ktorých informovali svojich motivátorov.

Skupinové aktivity prebiehali viacerými formami. Pôvodne bola v projekte plánovaná iba **prezenčná forma** skupinových aktivít, kedy sa

klienti môžu stretnúť osobne a celá aktivita prebieha formou osobného kontaktu účastníkov a facilitátora. Vzhľadom na pretrvávajúcu pandemickú situáciu vyvolanú COVIDom-19, ktorá trvala počas dlhého obdobia realizácie projektu a neskôr aj s ohľadom na individuálne potreby a možnosti klientov, bola po odsúhlasení riadiacim orgánom v značnej miere využívaná aj **dištančná (online)** forma. Prirodzeným procesom boli niektoré skupinové aktivity organizované tiež kombinovanou formou, kedy časť skupinovej aktivity bola realizovaná prezenčne a časť dištančne (online). Konkrétne príprava a realizácia skupinových aktivít prebiehala **v zmysle Metodiky poskytovania služieb sociálneho začleňovania v centrách individuálnou formou a skupinovú formou**, ktorá bola vypracovaná v rámci projektu na začiatku jeho realizácie. Metodika rozpracovala metódy a techniky skupinovej formy podpory klientov, objasnila kľúčovú terminológiu, pravidlá práce v skupine, ako aj postup práce s klientom v rámci jeho sociálneho začleňovania skupinovú formou.

Jednotlivé stretnutia v rámci skupinových aktivít boli následne riadené podľa vopred dohodnutých pravidiel, na ktorých sa ich účastníci a facilitátori spoločne v danej skupine dohodli v záujme vytvorenia prostredia vzájomného rešpektu a dôvery.

Každá zo skupinových aktivít umožňovala jej účastníkom získať nové poznatky, pričom zároveň prispievala k napĺňaniu ich aktuálnych potrieb. Facilitátori sa na jednotlivé stretnutia v rámci skupinovej aktivity pripravovali podľa vopred zadanej obsahovej štruktúry, ktorá bola pripravená odborným tímom pre každú tému skupinovej aktivity. Obsahové vymedzenie jednotlivých tém predstavovalo odporúčanú štruktúru, ktorú mohol facilitátor prispôsobiť aktuálnemu zloženiu a potrebám príslušnej skupiny. Obsahové zameranie jednotlivých tém skupinových aktivít je prílohou štúdie. Svojím obsahom, ako aj spôsobom realizácie skupinové aktivity mali vytvárať priestor najmä pre:

- získanie nových informácií (aj odborných), ktoré môžu klienti využiť pre svoj osobný rozvoj a riešenie životných situácií,
- spoznanie ľudí s podobným osudom v záujme zvýšenia socializácie účastníkov projektu,
- spoznanie samého seba a možností individuálneho rozvoja,

- zdieľanie individuálnych potrieb klienta a získavanie reakcií na tieto potreby,
- zmysluplné využitie voľného času.

Okrem toho mali vytvárať priestor aj pre seba-realizáciu, osvojenie si nových zručností – praktických, ako aj zručností sociálno-psychologického charakteru (napr. možnosti vyrovnania sa so stresom) a tiež priestor pre uvoľnenie a povzbudenie do života.

Je potrebné zdôrazniť, že realizáciu skupinových aktivít značne komplikovala dlhotrvajúca pandemická situácia, ktorá začala v rovnakom čase ako realizácia projektu (marec 2020). V projekte bola pôvodne plánovaná ich realizácia výlučne osobnou formou. Keďže nebolo známe, do kedy budú trvať opatrenia, ktoré v značnej miere obmedzovali, väčšinou až vylučovali ich organizáciu osobnou formou, podpora účastníkov projektu skupinovú formou začala až v novembri 2020 po odsúhlasení online formy ich realizácie riadiacim orgánom. Vzhľadom k tomu, že realizácia skupinových aktivít začínala neskôr a počet ich účastníkov kvôli nepriaznivým vonkajším okolnostiam pribúdala pozvoľna, v záujme získania dostatočnej vzorky sa pristúpilo k realizácii prieskumu spokojnosti a prínosu skupinových aktivít medzi ich účastníkmi až v apríli 2023. Ku koncu marca 2023 počet ich účastníkov totiž dosiahol očakávaný počet – minimálne 90. K 31.3.2023 bol reálny počet 98 účastníkov skupinových aktivít. Je potrebné

uviesť, že sa jedná o kumulatívny počet fyzických osôb, pričom mnohé z nich sa zúčastnili viacerých skupinových aktivít, spravidla na rôzne témy. Pri započítaní týchto účastí bol počet účastníkov skupinových aktivít k 31.3.2023 celkom 217. K 30.9.2023 sa počet účastníkov skupinových aktivít započítaných iba raz zvýšil na 119 a celkový počet účastníkov (vrátane opakovaných účastí) na 261. Keď hovoríme o účastníkoch skupinových aktivít, máme na mysli tzv. úspešných účastníkov, t. j. takých, ktorí absolvovali minimálne 50 % celkového počtu stretnutí realizovaných v rámci danej skupinovej aktivity. Percento úspešnosti absolvovania tej-ktorej skupinovej aktivity bolo určené po zrealizovaní prvých skupinových aktivít. Na úrovni 50 % z celkového počtu stretnutí realizovaných v rámci skupinovej aktivity bolo stanovené z dôvodu, že účasť na skupinových aktivitách bola dobrovoľná a bezplatná, čo malo značný vplyv na celkovú účasť. Nikoho nebolo možné k účasti na skupinovej aktivite nútiť alebo si od neho nárokovať, aby sa jej zúčastňoval, keď bol na ňu prihlásený. Realizácia prvých skupinových aktivít ukázala toto percento ako optimálne vzhľadom na vyššie uvedené podmienky ich realizácie.

Výsledky overenia podpory účastníkov projektu formou skupinových aktivít v rámci národného projektu SME SI ROVNÍ vrátane vyhodnotenia dopadu na cieľovú skupinu sú obsahom podkap. 1.4.3.

1. 4

Výsledky overenia zavádzaného systému včasnej pomoci OZP v praxi – zhodnotenie jeho dopadu na cieľovú skupinu OZP

Cieľová skupina projektu je vo všeobecnosti nekonzistentná skupina, pretože jedinou podmienkou pre vstup do projektu bolo, že jeho účastník musí byť osobou so zdravotným postihnutím (najmä fyzickým) alebo je po úraze/nehode, príp. ho zastihlo nejaké ochorenie (napr. skleróza multiplex a pod.) s prognózou budúceho zaradenia medzi OZP a potrebuje služby včasnej pomoci poskytované v rámci projektu. Takisto bola definovaná spodná veková hranica, a to od 7 rokov veku (s niektorými výnimkami), pretože deti so zdravotným postihnutím do 7 rokov sú cieľovou skupinou pre iný druh centier – Centrá včasnej intervencie (CVI). Národný projekt SME SI ROVNÍ nechcel zasahovať do kompetencií iných osôb a inštitúcií. Plánoval poskytnúť pomoc, podporu a motiváciu spolu 1 000 OZP. Neskôr pri predĺžení časového harmonogramu projektu do 11/2023 bol tento počet upravený na 1100 OZP. Priaznivou skutočnosťou je, že tento merateľný ukazovateľ bol nielen dosiahnutý, ale aj prekročený.

V súvislosti s výberom cieľovej skupiny je potrebné zdôrazniť individuálny prístup každého motivátora, ktorý bol do projektu zapojený, ako aj špecifiká jeho zdravotného postihnutia a osobnosti; rovnako aj schopnosť včasnej pomoci klientom s rovnakým, väčším či menším rozsahom postihnutia, ktorí vstúpili do projektu s rôznymi potrebami a problémami, ktoré chceli riešiť. Nižšie v kapitole sa venujeme najskôr štatistickým údajom o klientoch/účastníkoch projektu, ktorým bola poskytnutá pomoc, podpora a motivácia (podkap. 1.4.1), neskôr v podkap. 1.4.2 a 1.4.3 prezentujeme výsledky overenia dopadov projektu na nich a benefity, ktoré získali prostredníctvom realizácie včasnej pomoci. Niektoré tabuľky a grafické objekty boli zhotovené prostredníctvom portálu Datawrapper.

1. 4. 1

Kľúčové dáta o účastníkoch projektu

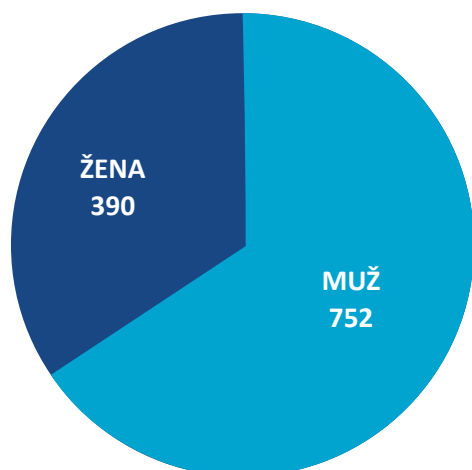
V tejto časti kapitoly sa venujeme predstaveniu účastníkov projektu, a to z pohľadu viacerých charakteristík. Pri spracovaní štatistických dát sme sa zamerali na rozdelenie klientov podľa pohlavia, veku, bydliska (trvalého pobytu na úrovni okresov), vzdelania, zamestnaneckého postavenia. Špecifickým delením bolo rozdelenie klientov podľa toho, či v čase vstupu do projektu už boli osobou so zdravotným postihnutím v zmysle platnej legislatívy alebo ešte nie (krátko po úraze, nehode a pod.) a či boli v čase vstupu do projektu v procese vzdelávania/odbornej prípravy. Každé z uvedených deskripcií venujeme samostatnú časť aj s vysvetlením grafických či tabuľkových ukazovateľov. Zdrojom dát je systém ITMS2014+, do ktorého sa zadávajú vybrané dáta o účastníkoch projektu, ktorí poskytli súhlas so spracovaním osobných údajov. Niektoré dáta o účastníkoch projektu (ako

napr. vek klienta, miesto jeho trvalého pobytu) generuje samotný systém ITMS2014+ po zadaní mena, priezviska a rodného čísla klienta.

Celkový počet účastníkov projektu bol 1156. V rámci analýz však pracujeme s počtom 1142, pretože 14 respondentov odmietlo poskytnúť osobné údaje.

Rozdelenie klientov podľa pohlavia

V nasledujúcej časti uvádzame rozdelenie účastníkov projektu podľa pohlavia. Výsledky prezentujeme v grafe č. 1.

Graf č. 1: Rozdelenie vzorky klientov projektu podľa pohlavia

Zdroj: Vlastné spracovanie

Hoci projekt SME SI ROVNÍ poskytoval možnosť rovnakého prístupu k včasnej pomoci, poradenstvu a motivácii, bez ohľadu na pohlavie, z grafu č. 1 vidieť, že dominantnú časť účastníkov projektu tvorili muži. Z celkovej analyzovanej vzorky 1142 bolo 752 mužov a 390 žien, čo znamená, že až takmer 66 % vzorky tvorila mužská populácia. Hoci podiel žien v priebehu realizácie projektu rástol, v počte jeho účastníkov stále prevyšovali muži, čo Prijímateľ nemal ako ovplyvniť. Ku koncu roka 2020 ženy tvorili 24,5 % účastníkov projektu, ku koncu roka 2021 ich podiel predstavoval už 31,8 %, ku koncu roka 2022 to bolo 34,2 %, pričom tento podiel ostal už do konca realizácie projektu nezmenený.

Štatistické dáta Národného centra zdravotníckych informácií² poukazujú na fakt, že počet hospitalizácií mužov dôsledkom úrazu alebo dopravnej nehody je podstatne vyšší ako u žien, z čoho vyplýva, že i percento trvalých následkov bude vyššie u mužov. To zároveň môže vysvetľovať, prečo v počte účastníkov projektu jednoznačne dominujú muži. Napr. v roku 2021 bolo hospitalizovaných v dôsledku úrazu 31 890 mužov a 27 019 žien, v roku 2022 to bolo 35 131 mužov a 30 158 žien. Hoci celkový počet hospitalizovaných sa medziročne mení sínusoidou, pomer zranených mužov a žien je viac-menej zachovaný (pri dopravných nehodách je to takmer 2:1). V prospech mužov ako cieľovej skupiny sa zrejme podpísal aj nepomer zastúpenia mužského a ženského pohlavia medzi

motivátormi, čo SPV pri výbere zamestnancov nevedel ovplyvniť.

Rozdelenie klientov podľa veku

V tejto časti sa zaoberáme účastníkmi projektu z hľadiska ich veku. Výsledky prezentujeme v tabuľkovej forme. V tabuľke č. 4 uvádzame priemerný vek, štatistický ukazovateľ medián a hodnoty maximálneho a minimálneho veku pre kategóriu žien, mužov a všetkých klientov.

Tabuľka č. 4 Rozdelenie vzorky klientov na základe veku

	Muži	Ženy	Spolu
Priemer	39	41	40
Medián	39	39	39
Maximum	80	87	87
Minimum	4	5	4

Zdroj: Vlastné spracovanie

Z tabuľky môžeme usúdiť, že výrazné rozdiely medzi mužmi a ženami vo veku nie sú. Priemerný vek u mužov bol 39 rokov a u žien 41 rokov. Najstarší klient, ktorému bola poskytovaná pomoc v rámci projektu, bola klientka vo veku 87 rokov pri vstupe do projektu. Najmladší klient bol chlapec, ktorý mal 4 roky. Môžeme konštatovať, že projekt SME SI ROVNÍ poskytoval pomoc všetkým vekovým kategóriám. Zároveň považujeme za potrebné poznamenať, že počet klientov vo veku do 7 rokov bol minimálny, nakoľko deťom so zdravotným postihnutím do 7 rokov veku a ich rodinám je poskytovaná pomoc a podpora Centrami včasnej intervencie, ktoré na Slovensku začali vznikáť od roku 2014 v zmysle § 33 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.

V nasledujúcej tabuľke prezentujeme rozdelenie účastníkov projektu do základných vekových kategórií, ako sa uplatňujú vo viacerých štatistických kritériách výskumov EUROSTAT.

² <https://www.nczisk.sk/Aktuality/Pages/Hospitalizacie-na-urazy-a-ich-priciny-v-Slovenskej-republike-v-roku-2022.aspx>

Tabuľka č. 5: Počet klientov vo vybraných vekových kategóriách

Veková kategória	Počet klientov
do 17 rokov	79
18 - 29 rokov	217
30 - 44 rokov	442
45 - 59 rokov	277
60 a viac	127

Zdroj: Vlastné spracovanie

Ako vidieť z tabuľky č. 5, najpočetnejšiu skupinu tvorí veková kategória od 30 do 44 rokov (38,7 %), t. j. osoby v strednom veku, za ktorou nasledujú veková kategória od 45 do 59 rokov (24,3 %) a veková kategória od 18 do 29 rokov (19 %). Najmenej početnými skupinami boli najmladšia a najstaršia veková kategória. Podiel klientov vo veku do 17 rokov bol 6,9 %, podiel klientov vo veku 60 a viac rokov bol 11,1 %. Kategóriu najmladších klientov tvorilo 12 klientov do 7 rokov a 67 klientov v rozpätí od 7 do 17 rokov. Nízky počet klientov vo veku do 7 rokov sme vysvetlili vyššie. Najvyššie zastúpenie vekových kategórií 30 – 44 rokov, 45 – 59 rokov a 18 – 29 rokov možno vysvetliť tým, že ide o vekové kategórie ľudí, v ktorých je väčšina ľudí ekonomicky aktívna a má záujem aktívne pôsobiť tak v spoločenskom, ako aj pracovnom živote.

Pri skúmaní štruktúry klientov projektu podľa vekových kategórií nás zaujímalo aj zastúpenie pohlaví v jednotlivých vekových kategóriách, ktoré je uvedené v nasledujúcej tabuľke.

Tabuľka č. 6: Rozdelenie vzorky klientov do vekových kategórií podľa pohlavia

Veková kategória	Muži	Ženy
do 17 rokov	47	32
18 - 29 rokov	142	75
30 - 44 rokov	312	130
45 - 59 rokov	176	101
60 a viac	75	52

Zdroj: Vlastné spracovanie

Na základe výsledkov v tabuľke č. 6 môžeme konštatovať, že väčšinu klientov tvorili muži nielen z hľadiska celkového počtu účastníkov, ale aj vo všetkých vekových kategóriách. Najväčší rozdiel medzi počtom mužov a žien bol zaznamenaný v najpočetnejšej vekovej kategórii od 30 do 44 rokov; rozdiel predstavuje hodnotu 182 klientov. Najmenší rozdiel bol zaznamenaný v najmladšej vekovej kategórii do 17 rokov; hodnota rozdielu tu predstavuje 15 klientov. Možné dôvody vyššieho zastúpenia účastníkov projektu mužského pohlavia sme uviedli vyššie.

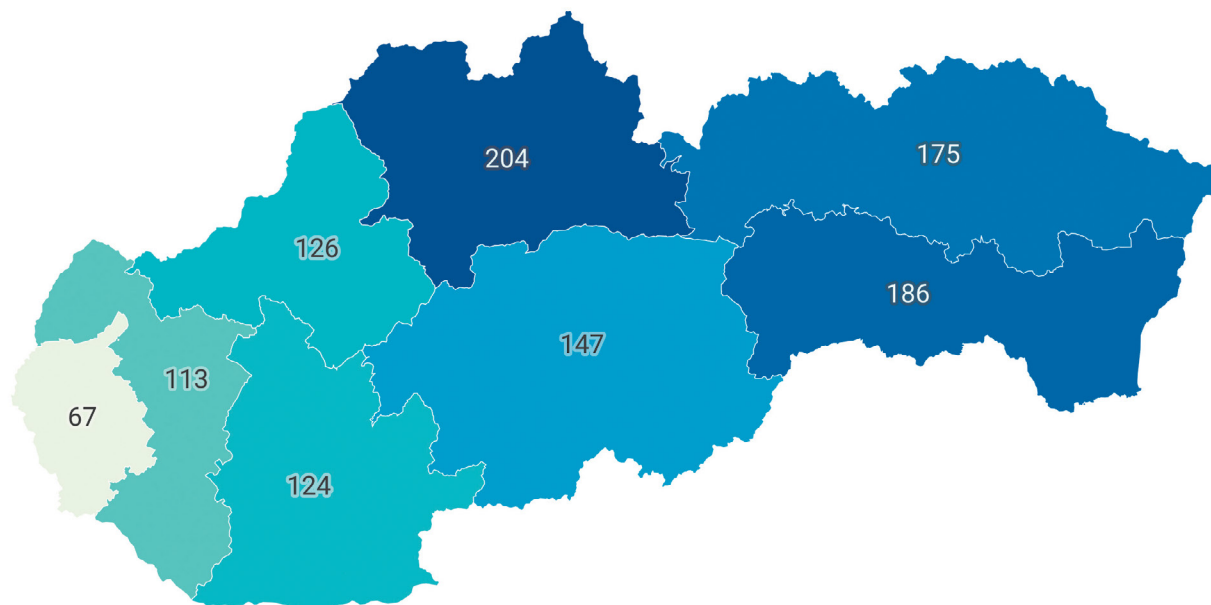
Rozdelenie klientov podľa bydliska

V nasledujúcej časti sa venujeme rozdeleniu klientov podľa miesta bydliska (miesta trvalého pobytu). V prvom rade nás zaujímalo zastúpenie klientov z jednotlivých krajov Slovenskej republiky. V nasledujúcom grafe č. 2 uvádzame celkový počet klientov z jednotlivých krajov. Pre lepšie geografické predstavenie údajov prezentujeme dáta tiež v grafickej podobe mapy Slovenska (graf č. 3).

Graf č. 2: Rozdelenie vzorky klientov podľa miesta bydliska (na úrovni krajov)

Žilinský kraj	204
Košický kraj	186
Prešovský kraj	175
Banskobystrický kraj	147
Trenčiansky kraj	126
Nitriansky kraj	124
Trnavský kraj	113
Bratislavský kraj	67

Zdroj: Vlastné spracovanie

Graf č. 3: Geografické zobrazenie rozdelenia vzorky klientov podľa krajov SR

Zdroj: Vlastné spracovanie

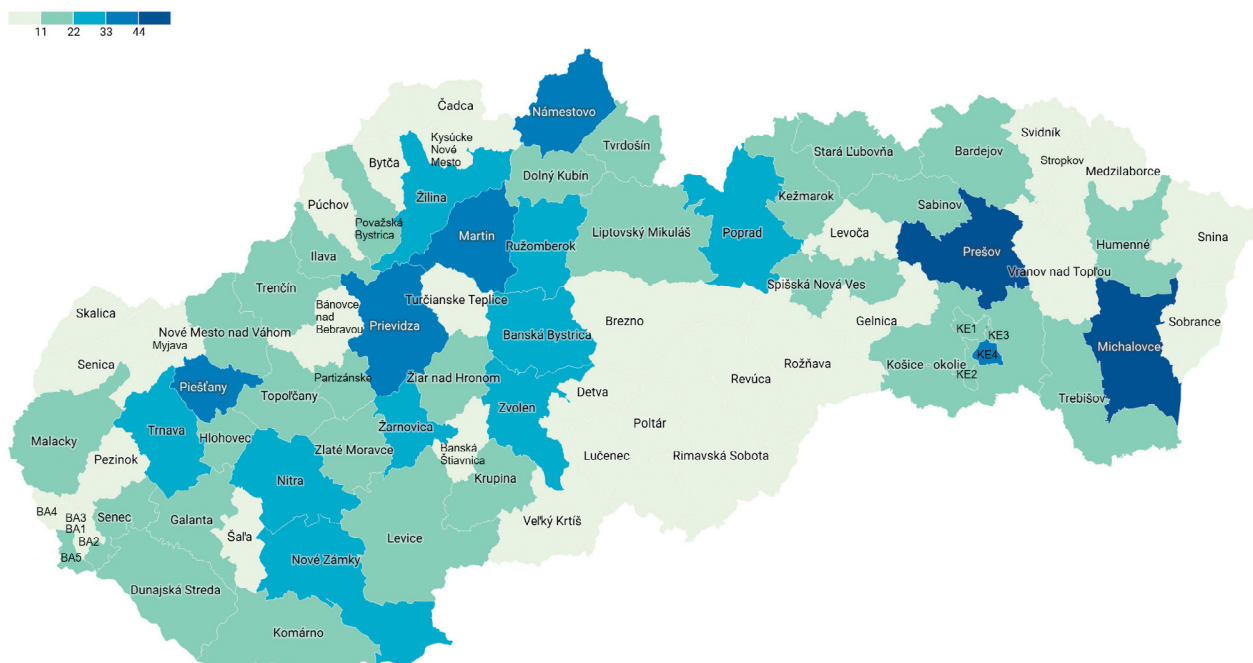
Na základe hodnôt z grafov č. 2 a 3 konštatujeme, že najpočetnejšiu skupinu tvorili klienti zo Žilinského kraja (17,9 % klientov). Na druhom mieste sa umiestnil Košický kraj (16,3 %), na treťom mieste Prešovský kraj (15,3 %). Nasledoval Banskobystrický kraj s podielom 12,9 % klientov, Trenčiansky kraj s podielom 11 % klientov, Nitriansky kraj s podielom 10,9 % klientov a Trnavský kraj s podielom 9,9 % klientov. Na poslednom mieste sa umiestnil Bratislavský kraj s podielom 5,9 % klientov, čoho dôvodom je, že projekt SME SI ROVNÍ bol zameraný na poskytovanie včasnej pomoci, podpory a motivácie v menej rozvinutých regiónoch Slovenska (všetky kraje okrem Bratislavského). To znamená, že miestom realizácie projektu nemohol byť Bratislavský kraj. Napriek tomu, že projekt na území Bratislavského kraja nebol realizovaný, z rôznych zdrojov sa dozvedali o ňom aj osoby so zdravotným postihnutím z tohto kraja (webová stránka projektu, sociálne siete, známi, médiá, pobyt v rehabilitačnom zariadení mimo Bratislavský kraj a pod.). Pokiaľ mali záujem stať sa účastníkmi projektu a stali sa nimi, služby im boli poskytované mimo územia Bratislavského kraja buď v centre včasnej pomoci Piešťany, alebo na inom dohodnutom mieste mimo Bratislavského kraja.

Počet klientov z iných krajov je ovplyvnený najmä pôsobením centier včasnej pomoci, ktoré boli vytvorené v rámci projektu SME SI ROVNÍ v nasledovných krajoch: Žilinský (Žilina), Košický (Košice), Prešovský (Prešov), Banskobystrický (Kováčová) a Trnavský (Piešťany). Na takmer najnižšie

zastúpenie klientov z Trnavského kraja má vplyv skutočnosť, že motivátori z piešťanského Centra včasnej pomoci (Trnavský kraj) poskytovali služby aj klientom z Bratislavského kraja a tiež časti klientov z Nitrianskeho kraja, v ktorom centrum včasnej pomoci vytvorené nebolo. Ďalšej časti klientov z Nitrianskeho kraja bola z územného hľadiska najbližšie časť motivátorov z Banskobystrického kraja. V Trenčianskom kraji, v meste Trenčín, bolo neskôr vytvorené detašované pracovisko Centra včasnej pomoci Žilina, ktoré bolo otvorené koncom marca 2023. Detašované pracovisko bolo otvorené na základe prejavenej záujmu Trenčianskeho samosprávneho kraja, ktorý preň ponúkol aj priestory. Potenciálnym klientom z tohto kraja bolo dovtedy územne najbližšie Centrum včasnej pomoci v Žiline.

Z hľadiska územného pokrytia SR službami poskytovanými OZP v rámci projektu nás zaujímalo aj to, akou mierou boli v počte klientov zastúpené jednotlivé okresy SR. Pre lepšiu prehľadnosť sme spracovali grafické zobrazenie v podobe mapy SR (graf č. 4). Okresy v grafe sú farebne rozlíšené podľa toho, aký počet klientov projektu bol z daného okresu.

Graf č. 4: Grafické zobrazenie rozdelenia vzorky klientov podľa jednotlivých okresov SR



Zdroj: Vlastné spracovanie

Mapa je rozdelená do farebného spektra od svetlej žltej farby po tmavomodrú farbu. Svetlá farba prezentuje nižší počet klientov z daného okresu, zatiaľ čo tmavá farba prezentuje vyšší počet klientov. Farebné spektrum sme rozdělili do nasledovných, približne rovnakých, veľkostných kategórií:

- svetlou farbou sú vyznačené okresy, z ktorých bolo v projekte do 11 klientov,
- svetlozelenou farbou sú vyznačené okresy, z ktorých bolo od 12 do 22 klientov,
- svetlomodrá farba prezentuje okresy, z ktorých bolo od 23 do 33 klientov,
- modrou farbou sú zobrazené okresy, z ktorých bolo v projekte od 34 do 44 klientov,
- tmavomodrou farbou sú zobrazené okresy, z ktorých bolo viac ako 44 klientov.

Takmer zo všetkých okresov SR bol v projekte aspoň jeden klient, výnimkou je len okres Medzilaborce, odkiaľ nebol v projekte žiadny klient. Najväčší počet klientov bol z okresu Prešov, v ktorom má trvalé bydlisko celkom 55 klientov.

Z mapy je zrejmé, že najsilnejšie sú z hľadiska počtu klientov zastúpené okresy Prešov a Michalovce, odkiaľ pochádza najväčší počet klientov nielen v rámci východného Slovenska, ale aj v rámci celej SR. Silne je z hľadiska počtu klientov zastúpená aj južná časť Žilinského kraja. Výrazne zaostáva

oblasť stredného Slovenska (okresy Banská Štiavnica, Brezno, Detva) a južného Slovenska (okresy Revúca, Poltár, Lučenec, Rimavská Sobota, Veľký Krtíš), resp. Banskobystrického kraja.

V nasledujúcej tabuľke prezentujeme, do ktorej veľkostnej kategórie patria jednotlivé okresy z hľadiska počtu klientov projektu, ktorí z nich pochádzajú (majú v nich trvalý pobyt).

Tabuľka č. 7: Zastúpenie okresov v jednotlivých kategóriách podľa počtu klientov projektu

Počet klientov	Kraj	Okresy	Počet okresov
do 11	Banskobystrický	Banská Štiavnica, Brezno, Detva, Lučenec, Poltár, Revúca, Rimavská Sobota, Veľký Krtíš	39
	Žilinský	Bytča, Čadca, Kysucké Nové Mesto, Turčianske Teplice	
	Trenčiansky	Bánovce nad Bebravou, Myjava, Partizánske, Púchov	
	Prešovský	Kežmarok, Levoča, Sabinov, Snina, Stará Ľubovňa, Stropkov, Svidník, Vranov nad Topľou, Medzilaborce	
	Košický	Gelnica, Košice III, Rožňava, Sobrance	
	Nitriansky	Šaľa	
	Trnavský	Hlohovec, Senica, Skalica	
	Bratislavský	Bratislava I, Bratislava II, Bratislava III, Bratislava IV, Malacky, Pezinok	
12 - 22	Banskobystrický	Krupina, Žiar nad Hronom	24
	Žilinský	Dolný Kubín, Liptovský Mikuláš, Tvrdošín	
	Trenčiansky	Ilava, Nové Mesto nad Váhom, Považská Bystrica, Trenčín	
	Prešovský	Bardejov, Humenné	
	Košický	Košice I, Košice II, Košice – okolie, Spišská Nová Ves, Trebišov	
	Nitriansky	Komárno, Levice, Zlaté Moravce, Topoľčany	
	Trnavský	Dunajská Streda, Galanta	
	Bratislavský	Bratislava V, Senec	
23 - 33	Banskobystrický	Banská Bystrica, Zvolen, Žarnovica	9
	Žilinský	Ružomberok, Žilina	
	Trenčiansky	-	
	Prešovský	Poprad	
	Košický	-	
	Nitriansky	Nitra, Nové Zámky	
	Trnavský	Trnava	
	Bratislavský	-	
34 - 44	Banskobystrický	-	5
	Žilinský	Martin, Námestovo	
	Trenčiansky	Prievidza	
	Prešovský	-	
	Košický	Košice IV	
	Nitriansky	-	
	Trnavský	Piešťany	
	Bratislavský	-	
45 a viac	Prešovský	Prešov	2
	Košický	Michalovce	

Zdroj: Vlastné spracovanie

Z tabuľky jednoznačne vidieť, ktoré okresy boli najmenej pokryté službami centier včasnej pomoci. Prehľadné mapové znázornenie, ako aj tabuľka zároveň ukazujú potrebu rozšírenia centier včasnej pomoci po celom Slovensku, nakoľko súčasná sieť regionálnych centier kapacitne nepostačovala na ich rovnomerné pokrytie ich službami v celej SR. Z hľadiska budúceho financovania služieb poskytovaných centrami sa ako najvhodnejší model javí vytvorenie centra včasnej pomoci v každom kraj-

skom meste a následne vytváranie ich detašovaných pracovísk napríklad priamo v zdravotníckych či rehabilitačných zariadeniach pôsobiacich v jednotlivých krajoch.

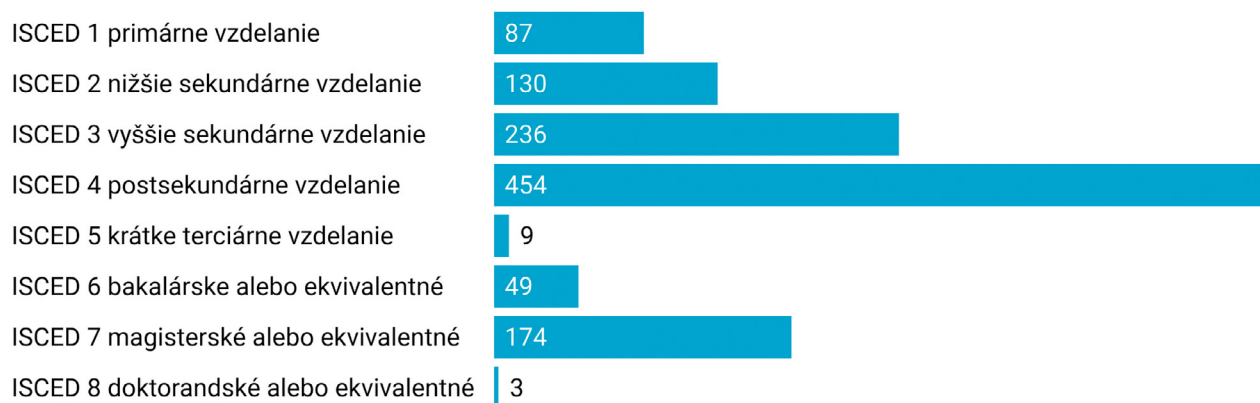
Rozdelenie klientov podľa dosiahnutého vzdelania

Rozdelenie klientov na základe dosiahnutého vzdelania vychádza z Národnej klasifikácie vzde-

lania, ktorá je previazaná na Medzinárodnú štandardnú klasifikáciu vzdelávania (ďalej len ISCED, z angl. The International Standard Classification of Education). Je to medzinárodne odsúhlasená stupnica prijatá formálne na Generálnej konferencii UNESCO začiatkom 70. rokov, aby slúžila ako

nástroj na zostavovanie, zhromažďovanie, porovnávanie, analyzovanie a prezentáciu štatistických údajov o vzdelávaní v rámci jednotlivých krajín. Ide o štandardizovaný formát dát, pomocou ktorého je možné robiť medzinárodné komparácie.

Graf č. 5: Rozdelenie vzorky klientov na základe výšky dosiahnutého vzdelania (ISCED)



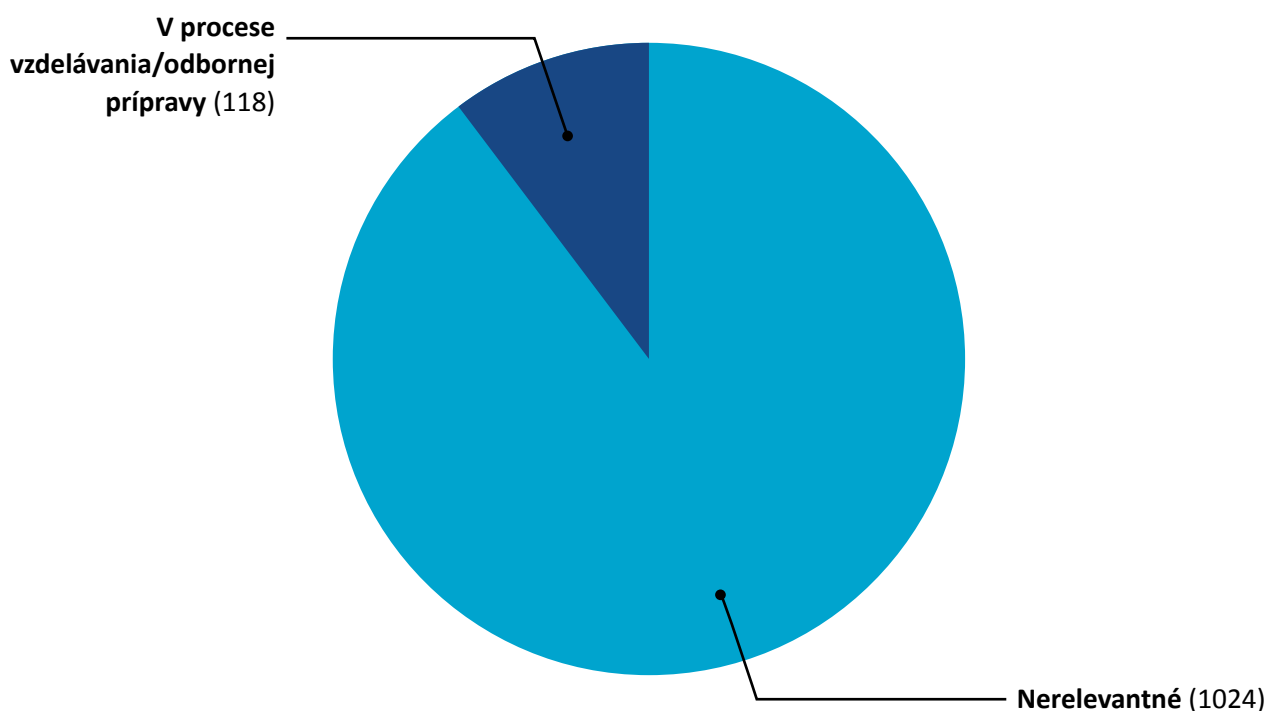
Zdroj: Vlastné spracovanie

Na základe dát o účastníkoch projektu môžeme konštatovať, že v projekte SME SI ROVNÍ boli vo väčšej alebo menšej miere zastúpené všetky kategórie ISCED. Najpočetnejšiu skupinu tvoria klienti s ukončeným postsekundárnym vzdelaním (454 klientov), v slovenskom vzdelávacom systéme je tento stupeň známy ako ukončenie strednej školy s maturitou (odbornej strednej školy alebo gymnázia). Druhú najpočetnejšiu skupinu tvoria klienti s ukončeným vyšším sekundárnym vzdelaním (stredné odborné vzdelanie bez maturity s výučným listom, resp. bez maturity a výučného listu, len so záverečným vysvedčením). Klienti s ukončeným ISCED 3 a ISCED 4 celkovo tvorili viac ako 60 % klientov projektu. Najmenej početnú skupinu tvorili klienti s dosiahnutým doktorandským stupňom vzdelania (3 klienti), potom s najvyšším dosiahnutým stupňom vzdelávania krátke terciárne vzdelanie (vyššie odborné vzdelanie s absolventským diplomom, napr. po-

maturitné špecializačné štúdium, konzervatórium – 9 klientov). Na základe usmernenia riadiaceho orgánu boli klienti s ISCED 0 predprimárne vzdelanie (bez vzdelania, (špeciálna) materská škola, nedokončený 1. stupeň ZŠ) registrovaní do systému ITMS2014+ ako účastníci s ukončeným stupňom vzdelania ISCED 1, preto táto kategória nie je uvedená v grafe.

Rozdelenie klientov podľa začlenenia v procese vzdelávania/odbornej prípravy

Z hľadiska začlenenia v procese vzdelávania/odbornej prípravy pri vstupe do projektu boli klienti rozdelení do dvoch skupín. Prvú skupinu tvorili klienti, ktorí boli v čase vstupu do projektu začlenení do procesu vzdelávania/odbornej prípravy. Druhú skupinu tvorili ostatní klienti, u ktorých začlenenie do tejto skupiny klientov bolo „nerelevantné“.

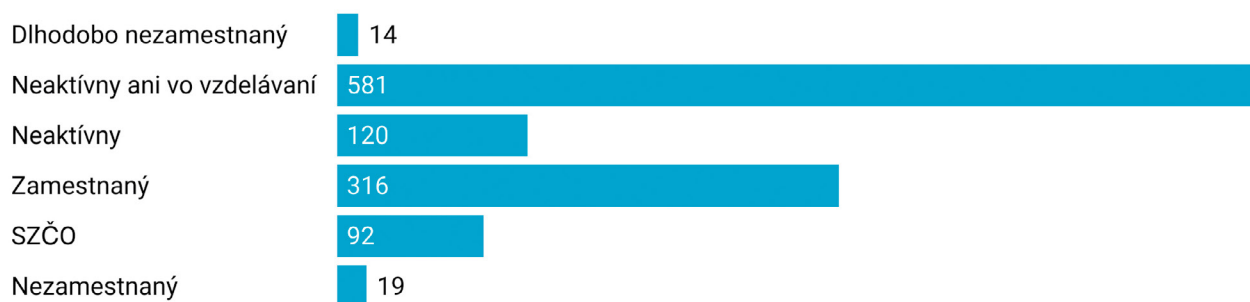
Graf č. 6: Rozdelenie vzorky klientov podľa začlenenia v procese vzdelávania/odbornej prípravy

Zdroj: Vlastné spracovanie

Vychádzajúc z grafu č. 6 konštatujeme, že najpočetnejšiu skupinu tvoria klienti, ktorí neboli v čase vstupu do projektu začlenení do procesu vzdelávania/odbornej prípravy. Túto skupinu tvorilo 1024 klientov (89,7 %). 118 klientov (10,3 %) bolo v čase vstupu do projektu v procese vzdelávania/odbornej prípravy.

Rozdelenie klientov podľa zamestnaneckého postavenia

V nasledujúcej časti sa venujeme rozdeleniu klientov projektu podľa zamestnaneckého postavenia. Klienti boli rozdelení do 6 základných skupín, ako je uvedené v grafe č. 7.

Graf č. 7: Rozdelenie vzorky klientov na základe zamestnaneckého postavenia

Zdroj: Vlastné spracovanie

Najpočetnejšiu skupinu, takmer 51 %, tvorili klienti, ktorí sú neaktívni ani vo vzdelávaní. Do tejto skupiny patria neaktívne osoby, ktoré nie sú zamestnané, a nie sú ani evidované ako uchádzači o zamestnanie, pričom nie sú ani v procese vzdelávania/odbornej prípravy. Inými slovami sem patria neaktívne osoby okrem žiakov a študentov, napr.

aj (invalidní) dôchodcovia. Druhú najpočetnejšiu skupinu (27,7 %) tvorili zamestnaní. Treťou najpočetnejšou skupinou klientov projektu (10,5 %) boli neaktívne osoby (žiaci a študenti) a štvrtou samostatne zárobkovo činné osoby (8,1 %). Najmenšie zastúpenie mali klienti, ktorí boli nezamestnaní (1,7 %) a dlhodobo nezamestnaní (1,2 %).

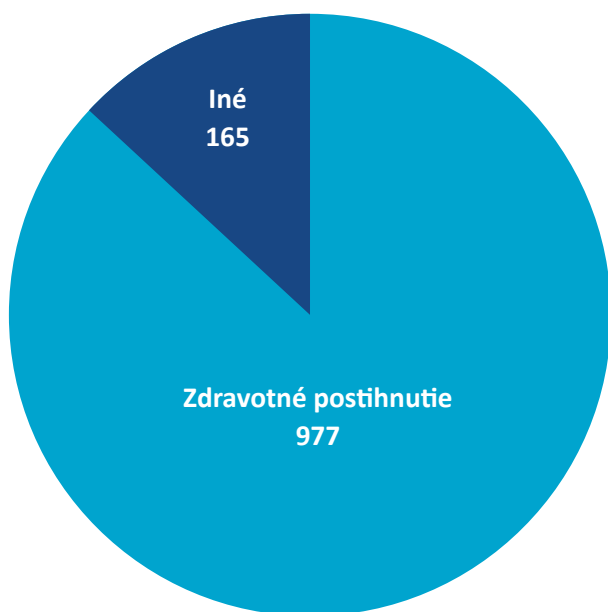
Rozdelenie klientov podľa zdravotného znevýhodnenia

V poslednej časti tejto kapitoly sa venujeme rozdeleniu klientov podľa toho, či v čase vstupu do projektu boli:

- a) osobou so zdravotným postihnutím registrovanou ako zdravotne postihnutá osoba v zmysle vnútroštátnych definícií ³ alebo
- b) osobou, u ktorej sa následkom náhleho úrazu alebo choroby natoľko zhoršil zdravotný stav, že ju obmedzuje v bežnom živote.

Do skupiny klientov uvedených v bode b) patrili osoby, ktoré v čase vstupu do projektu nemali status OZP v zmysle platnej legislatívy, lebo boli napríklad bezprostredne po úraze, nehode a podobne.

Graf č. 8: Rozdelenie vzorky klientov na základe uvedeného znevýhodnenia



Zdroj: Vlastné spracovanie

Z celkovej vzorky 1142 klientov 977 klientov (85,6 %) v čase vstupu do projektu malo status OZP v zmysle platnej legislatívy, 165 klientov (14,4 %) tento status nemalo.

Čo sa týka zdravotného znevýhodnenia, zaujímalo nás tiež, koľkí z účastníkov projektu sú tzv. spinálnymi pacientmi. Jedná sa o osoby, ktoré zažili akútne pourazové poranenie miechy alebo poškodenie miechy v dôsledku krvácania, zápalu, nádorového ochorenia a pod., pričom toto poškodenie môže byť dočasné, ale aj trvalé. Z 1142 účastníkov projektu ich počet predstavuje 340, čo je takmer tretina účastníkov projektu SME SI ROVNÍ.

³ podľa zákona č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti alebo v zmysle zákona č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia (osoba s ťažkým zdravotným postihnutím), alebo podľa zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov (osoba, ktorá má zníženú mieru schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť)

1. 4. 2

Zhodnotenie individuálnej formy pomoci overovanej v rámci projektu a jej dopadu na cieľovú skupinu

Hlavným zámerom tejto podkapitoly je efektívne priblížiť najdôležitejšie zistenia, ktoré sme získali prostredníctvom jednotlivých analýz realizovaných na základe podkladov z dotazníkových prieskumov, ktoré prebiehali v rokoch 2020 – 2022. Priebeh analytickej práce bol rozdelený do troch etáp. Prvá etapa slúžila ako pilotná štúdia, ktorej hlavným cieľom bolo zmapovanie aktuálnej situácie osôb so zdravotným postihnutím (ďalej OZP) na Slovensku z pohľadu samotných OZP a tiež z pohľadu vybraných inštitúcií systému sociálneho začleňovania OZP v SR. Druhá a tretia etapa výskumu bola zameraná na testovú a re-testovú metódu, pričom obidve tieto etapy boli zamerané na aktuálne otázky v oblasti začleňovania OZP do spoločnosti, efektívnosť práce motivátorov projektu SME SI ROVNÍ a otázky týkajúce sa spolupráce motivátorov s inštitúciami. Rovnako dôležité bolo sledovať, do akej miery jednotlivé inštitúcie poznajú prácu motivátorov a ciele projektu SME SI ROVNÍ. Dôležitým ukazovateľom boli rozdiely medzi druhým a tretím kolom výskumu.

V každej etape sa zbierali dáta od respondentov z radov OZP a všetkých úradov práce, sociál-

ných vecí a rodiny vrátane ich detašovaných pracovísk, úradov vyšších územných celkov (VÚC) a miestnych samospráv, ktoré sú zároveň okresnými mestami. Zozbierané dáta prešli dátovou korektúrou a metodickým spracovaním a následne boli analyticky spracované v štatistických programoch.

V jednotlivých častiach tejto podkapitoly priblížime základné zistenia jednotlivých etáp výskumu. Hlavným cieľom je pomenovať najdôležitejšie zistenia jednotlivých analýz, nakoľko potvrdzujú opodstatnenosť fungovania projektu SME SI ROVNÍ a tým zároveň aj funkčnosť a význam projektom zavedeného a overovaného inovatívneho systému sociálneho začleňovania OZP na Slovensku.

V dôsledku obmedzeného rozsahu sa v dokumente venujeme len interpretácii výsledkov jednotlivých etáp výskumu. Komplexné vyhodnotenie prieskumov podľa rokov (2020 – 2022) a subjektov, medzi ktorými sa prieskum realizoval (OZP, vybrané inštitúcie) s podrobnejším popisom metodiky a celého procesu vyhodnocovania je v prílohách dokumentu.

1. 4. 2. 1

Výsledky pilotnej etapy z roku 2020

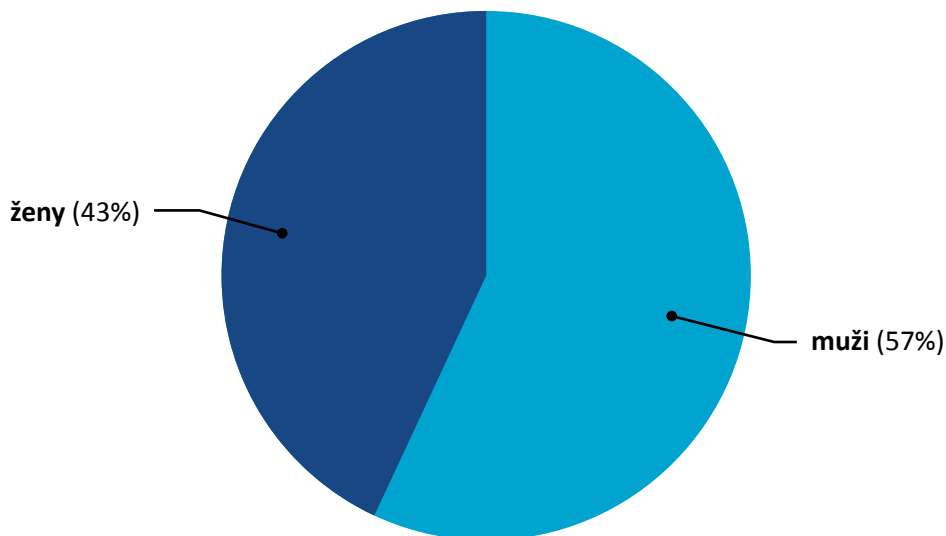
V tejto podkapitole prezentujeme výsledky dotazníkových prieskumov medzi OZP a vybranými inštitúciami pôsobiacimi v oblasti sociálneho začleňovania OZP, ktoré boli zrealizované v prvom roku realizácie projektu.

Vyhodnotenie dotazníka medzi OZP

Ako sme už uviedli, hlavným cieľom pilotnej etapy bolo zmapovanie aktuálnej situácie v oblasti sociálneho začleňovania OZP na Slovensku. Zamerali sme sa na životnú situáciu OZP, ich spokojnosť a záujem zlepšiť svoj život a tiež na ich informovanosť o systéme poskytovania sociálnych služieb. Špeciálnu pozornosť sme venovali práci motivátora a potenciálnym oblastiam, v ktorých môže motivátor pomôcť významne zlepšiť každodenný život

osoby so zdravotným postihnutím.

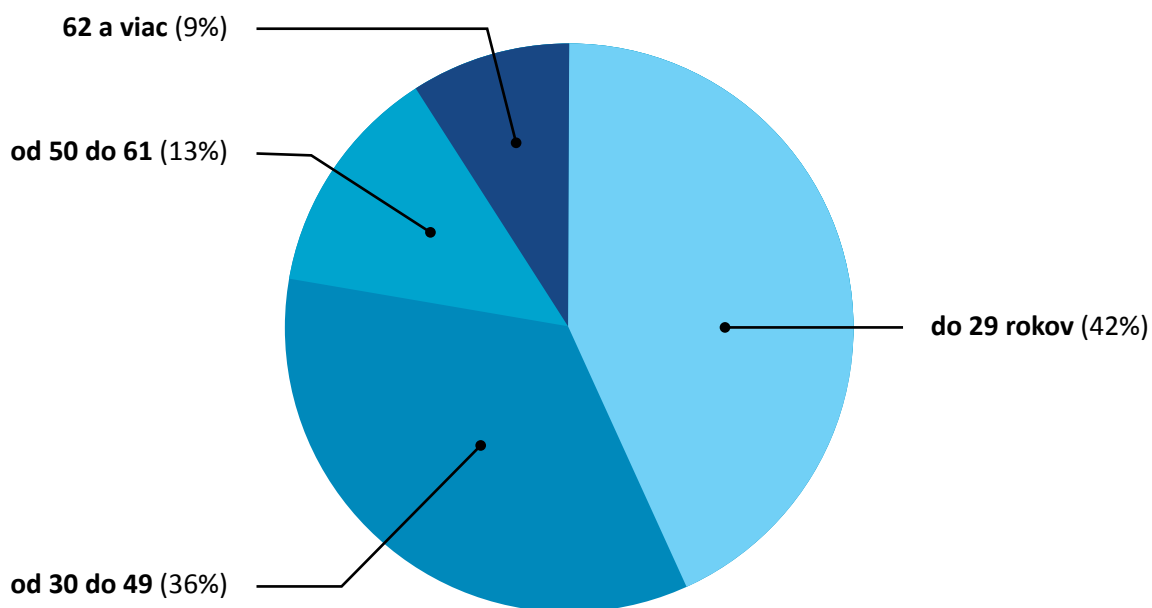
Dáta boli získavané v období september – december 2020. Výber vzorky podliehal príležitostnému výberu respondentov. V rámci zberu dát si pandemická situácia vyžadovala využitie aj elektronického zberu dát; táto vzorka predstavuje 91 respondentov. Prioritou zberu bolo získanie čo najpočetnejšej možnej vzorky, ktorá by dostatočne reprezentovala komunitu, na ktorú je náš výskum zameraný. Našu vzorku tvorilo spolu 696 respondentov. Pre lepší prehľad zobrazujeme jednotlivé dáta aj graficky. Bližšiemu popisu respondentov sa venujeme v nasledujúcich častiach dokumentu.

Graf č. 9: Pomer zastúpenia mužov a žien vo výskumnom súbore

Zdroj: Vlastné spracovanie

Z uvedeného základného rozdelenia je zjavné, že medzi našimi respondentami sa nachádza adekvátny pomer mužov a žien. Z celkového počtu 685 respondentov, ktorí uviedli pohlavie, je 296 žien

a 389 mužov. V grafe č. 10 je možné vidieť pomer zastúpenia vekových kategórií v percentuálnej podobe. Konkrétne hodnoty prezentujeme v tabuľke č. 8.

Graf č. 10: Pomer zastúpenia vekových kategórií vo výskumnom súbore

Zdroj: Vlastné spracovanie

Tabuľka č. 8: Počty jednotlivých vekových kategórií v rámci prieskumu

	do 29 r.	od 30 r. do 49 r.	od 50 r. do 61 r.	62 r. a viac	spolu
muž	150	153	48	38	389
žena	136	96	38	26	296
spolu	286	249	86	64	685

Zdroj: Vlastné spracovanie

Prvým dôležitým zistením výskumu bolo, že ženy so zdravotným postihnutím sú na trhu práce oveľa menej reprezentované v porovnaní s mužmi so zdravotným postihnutím. V tomto ohľade dochádza k dominancii mužov nielen v oblasti celkovej zamestnanosti, ale aj v príjmových kategóriách. Zatiaľ čo 15 % respondentov/mužov uviedlo, že spadá do najvyššej príjmovej kategórie, len 4 % respondentiek/žien reportovalo túto príjmovú kategóriu. Konštatujeme, že rodová situácia v majoritnej spoločnosti sa prejavuje rovnako aj medzi zdravotne znevýhodnenými.

Najčastejšia požadovaná pomoc je pomoc s administratívnymi záležitosťami, respektíve pri komunikácii s úradmi. Tu sa otvára veľa možností pre peer poradenstvo. Ľudia s podobnými skúsenosťami sa vedľa lepšie vcítiť do situácie zdravotne znevýhodnených a lepšie si uvedomujú, s akými potrebami a prekážkami sa v tomto procese musia vysporiadať.

V rámci pilotného prieskumu medzi OZP sme skúmali tiež spokojnosť respondentov jednak s vlastným životom, perspektívami a obmedzeniami, ako aj spokojnosť so spoločnosťou, službami a sociálnymi možnosťami. Prostredníctvom týchto analýz sme dokázali určiť, ktoré oblasti života sú pre zdravotne znevýhodnených občanov najnáročnejšie alebo naopak perspektívne.

Na prvom mieste prežívaných nedostatkov sa umiestnili faktory individuálneho psychického charakteru. Tieto faktory predstavujú subjektívne pocity, prežívanie a nálady. Práve tento životný aspekt respondenti prežívajú ako najmenej dostatočný, prípadne v ňom prežívajú najvyššiu nespokojnosť. Prekážky tohto typu sú obzvlášť limitujúce, keďže sú skryté pred vonkajším svetom a ich plnenie je založené na individuálnom porozumení. Tejto oblasti je teda potrebné venovať obzvlášť vysokú pozornosť z hľadiska nastavenia motivácie, koučingu, mentoringu alebo prístupnosti psychoterapie zdravotne znevýhodneným občanom.

Ekonomická situácia sa v problematike umiestnila na druhom mieste. Spolu s celkovým obrazom pracovného a finančného znevýhodnenia rodín so zdravotne postihnutými členmi je ekonomický problém stále vnímaný ako markantný. Otázka podpory rodín je teda stále aktuálna.

spokojnosti so službami a aktivitami dostupnými pre zdravotne znevýhodnených občanov je závislé od viacerých faktorov. Najvýznamnejším faktorom je finančná situácia respondentov. Ďalšími podstatnými faktormi sú vnímanie vlastného zdravotného stavu, ako aj psychologické nastavenie. Respondenti spadajúci do strednej príjmovej kategórie (s príjmom presne pokrývajúcim ich potreby) ako jediní uvádzajú v danej oblasti vyššiu spokojnosť než nespokojnosť. Teoreticky sa tu ponúka vysvetlenie, že zdravotne znevýhodnení s nedostatočným príjmom pociťujú podporu ako nedostatočnú z pohľadu finančnej dostupnosti. Respondenti s príjmom presahujúcim ich každodenné potreby zase môžu mať pocit, že nedostatočný je najmä obsah, resp. rozsah týchto služieb a aktivít.

V oblasti obmedzení bolo na prvom mieste reportované ako najviac náročné prekonávanie fyzických bariér a prekážok. Toto sa dá pokladať za objektívne obmedzenie vyplývajúce z podstaty zdravotného postihnutia. Podpora v tomto ohľade musí pozostávať z cieleného znižovania fyzických bariér. Na druhom mieste sa umiestnili problémy pri začlenení sa do spoločnosti, ktoré sa dajú považovať za faktory sociálneho charakteru. Tieto spoločenské nastavenia sú do istej miery ovplyvniteľné, konkrétne sa dajú ovplyvniť zmenou nazerania majority na problematiku zdravotne znevýhodnených. Riešením by teda bola úprava dlhodobého vzdelávania a informovania širokej verejnosti na túto tému.

Prieskum sa tiež zameriaval na vnímanie systému poskytovania sociálnych služieb osobám so zdravotným znevýhodnením. Až 41 % účastníkov prieskumu nebolo informovaných, o aké sociálne služby môžu požiadať a kde je možné o ne požiadať. Takúto informovanosť považujeme za prekvapivo nízku. Zostávajúcich 59 % respondentov bolo v rámci poskytovanej podpory informovaných najmä o príspevkoch na kompenzáciu zdravotného postihnutia, opatrovateľskom príspevku, invalidnom dôchodku, príspevkoch na motorové vozidlo a o príspevkoch na bývanie a úpravu bytu. Títo respondenti taktiež uvádzali, že o sociálne služby a príspevky žiadajú úrady práce, sociálnych vecí a rodiny, Sociálnu poisťovňu a Agentúru osobnej asistencie.

Informovanosť respondentov sa preukázala ako relatívne vyššia v oblastiach invalidných dô-

chodkov, úľav a finančných príspevkov pre ťažko zdravotne postihnuté osoby a na osobného asistenta. V týchto oblastiach sme zaznamenali informovanosť na úrovni 73 % a čiastočnú informovanosť na úrovni 13 %. Naopak, informovanosť v oblastiach finančnej podpory na zamestnanie/podnikanie a pracovného asistenta sa prejavila ako relatívne nízka. Až 70 % účastníkov prieskumu nedisponuje v týchto oblastiach žiadnymi informáciami. Hlbší rozbor tejto problematiky indikuje, že respondenti s mesačným príjmom, ktorý je vyšší, ako sú ich potreby za mesiac, sa vyznačujú v tejto oblasti vyššou informovanosťou. Informovanosť následne klesá so znižujúcim sa príjmom. Môžeme teda predpokladať, že zvýšenie informovanosti o finančnej podpore na zamestnanie/podnikanie by mohlo prispieť k zlepšeniu finančnej aj spoločenskej situácie osôb so zdravotným postihnutím.

Zaujímavým prínosom tohto prieskumu je tiež zistenie, že o oblasť začleňovania sa do spoločenského života majú výrazne väčší záujem mladší respondenti. Oblasť zvyšovania sebestačnosti zas viac zaujíma najmladších a najstarších respondentov. Aj tieto poznatky, podobne ako predchádzajúce, je možné využiť pri práci motivátorov – na ich základe totiž môžeme predpokladať, ktoré aspekty ich práce sú najužitočnejšie v konkrétnych skupinách osôb so zdravotným postihnutím.

V rámci prieskumu sme dali respondentom možnosť predložiť vlastné návrhy, ako zlepšiť služby na uspokojovanie potrieb OZP. Pomocou obsahovej analýzy sme vytvorili 10 základných kategórií týchto návrhov, ktoré sme pomenovali nasledovne: viac empatie a záujmu zo strany spoločnosti; lepšie príležitosti pre sociálny kontakt/spoločenský život; lepšia podpora pri hľadaní práce/uplatnenia; zjednodušenie pri vybavovaní zdravotných pomôcok; podpora športu OZP; väčšia bezbariérovosť a prispôbenie zariadení, služieb, priestorov; väčšia dostupnosť bezbariérovej dopravy, väčšie pokrytie zliav; zníženie byrokracie a lepšia kooperácia s úradníkmi; väčšia prehľadnosť, spravodlivosť a ústretovosť sociálneho systému, najmä pri vybavovaní dávok a navýšenie finančnej podpory pre OZP.

Dôležitou súčasťou prieskumu boli otázky, ktorými sme overovali opodstatnenosť roly motivátorov a možnosti, ako efektívne zužitkovať nimi poskytované služby. Úvodná štatistická informácia

z prieskumu bola, že vyše polovica respondentov nepozná komunity alebo kluby podobne zdravotne znevýhodnených osôb. Značná časť ľudí so zdravotným postihnutím teda v súčasnosti nevyužíva potenciálne benefity *peer-to-peer* kontaktu.

V tejto časti populácie vnímame veľký potenciál profitovať zo služieb, ktoré ponúkajú motivátori ako predstavitelia *peer-to-peer* kontaktu a mnohých ďalších druhov podpory. Hlbšia analýza nám taktiež vyčleňuje skupinu, ktorá je s danými komunitami oboznámená menej a môže z kontaktu s motivátorom profitovať výraznejšie – sú to respondenti s vyšším priemerným vekom (nad 50 rokov).

Povzbudivým zistením prieskumu bolo, že viac ako polovica účastníkov by prijala radu/pomoc/sprostredkovanie kontaktu s okolím od ľudí s podobnou životnou skúsenosťou. Navyše, ďalšia vyše štvrtina vzorky by prijala pomoc aspoň čiastočne. Z týchto štatistík usudzujeme, že záujem o *peer-to-peer* kontakt je medzi osobami so zdravotným postihnutím značný. V kategórii do 29 rokov by prijalo alebo čiastočne prijalo pomoc od ľudí s podobnou životnou skúsenosťou až 85 % respondentov.

V ďalšej fáze prieskumu respondenti špecifikovali druh pomoci, ktorú by od ľudí s podobnou životnou skúsenosťou prijali, pričom svoju odpoveď mohli uviesť voľnou formuláciou. Následne v rámci vyhodnotenia bolo z uvedených odpovedí vytvorených 13 širších kategórií/druhov pomoci. Výrazne pozitívnym zistením v tomto prípade je, že až 8 z 13 špecifikovaných druhov pomoci môžeme zaradiť do pracovnej náplne motivátorov, konkrétne: poradenstvo v úradných záležitostiach, peer poradenstvo, rozšírenie kontaktov, poradenstvo ohľadom zamestnanosti, štúdia, športu a samostatnosti, začlenenie do spoločnosti a psychologická pomoc a podpora. V komunite osôb so zdravotným postihnutím sme teda identifikovali značný dopyt po službách motivátorov. Môžeme z toho vyvodiť záver, že kompetencie motivátorov sa v prevažnej miere prekrývajú s potrebami osôb so zdravotným postihnutím. To v praxi znamená, že motivátori dokážu týmto osobám poskytnúť podporu v každodenných problémoch a životných výzvach.

Uvedené zistenia podporuje aj vyhodnotenie kategórie návrhov osôb so zdravotným postihnu-

tím, ako zlepšiť služby na uspokojovanie ich potrieb. Zistili sme, že až v 43 % týchto návrhov môže pomôcť práca motivátora. Do tejto časti návrhov sme zaradili nasledovné kategórie: viac empatie a záujmu zo strany spoločnosti, lepšie príležitosti pre sociálny kontakt/spoločenský život, lepšia podpora pri hľadaní práce/uplatnenia, zjednodušenie pri vybavovaní zdravotných pomôcok a podpora športu osôb so zdravotným postihnutím.

Výsledky pilotnej etapy výskumu popisali životnú situáciu osôb so zdravotným postihnutím v oblastiach, na ktoré bol prvý prieskum zameraný, ich problémy, výzvy a najmä nenaplnené potreby, ktorým deň čo deň čelia. Samozrejme, identifikácia týchto potrieb je len prvým krokom v procese toho, čo je potrebné uskutočniť – pokúsiť sa tieto potreby čo najlepším spôsobom naplniť. Zistenia v mnohých častiach výskumu opakovane a konzistentne poukazujú, že ďalším pomyselným krokom je práca motivátora. Či už osobe so zdravotným postihnutím chýba informovanosť o sociálnych službách, alebo jej chýba kontakt s človekom, ktorý sa dokáže vcítiť do jej neľahkej životnej situácie, alebo zápasí s nedostatkom empatie, záujmu či podpory, problémami s nájdením pracovného uplatnenia, vhodného športu atď., motivátor jej dokáže pomôcť. Motivátor môže byť v živote osoby so zdravotným postihnutím veľkým prínosom, čo zásadným spôsobom potvrdzujú už výsledky prvej etapy nášho výskumu.

Vyhodnotenie dotazníka medzi vybranými inštitúciami

Zber dát v rámci pilotného prieskumu medzi vybranými inštitúciami bol realizovaný v auguste 2020. V tomto období sme prostredníctvom elektronického zberu získali odpovede od 267 respondentov. Dotazník bol elektronicky zaslaný všetkým úradom práce, sociálnych vecí a rodiny (ÚPSVaR) prostredníctvom ich koordinujúceho orgánu – Ústredia práce, sociálnych vecí a rodiny, úradom vyšších územných celkov (VÚC) a miestnym samosprávam, ktoré sú zároveň okresnými mestami prostredníctvom Únie miest Slovenska a ZMOS. Dotazník bol distribuovaný spoločne s informačným listom o projekte SME SI ROVNÍ a o činnosti motivátorov v jednotlivých centrách včasnej pomoci. Najvyššiu odozvu mal dotazník v Banskobystrickom kraji (18,4 %), potom v Prešovskom (16,9 %), najnižšiu responzivitu sme zaznamenali v Nitrianskom kraji (7,1 %).

V nasledujúcej tabuľke uvádzame percentuálne zastúpenie jednotlivých typov inštitúcií, ktoré sa podieľali na reportovaní:

Tabuľka č. 9: Percentuálne zastúpenie konkrétnych inštitúcií

Inštitúcia	percentuálne zastúpenie odpovedí
ÚPSVaR, odbor služieb zamestnanosti	36,7 %
ÚPSVaR, odbor sociálnych vecí a rodiny	46,8 %
regionálna samospráva	2,2 %
miestna samospráva	14,2 %

Zdroj: Vlastné spracovanie

V rámci nášho výskumu mali dominantné zastúpenie respondenti z ÚPSVaR, čo je dané celkovým počtom subjektov reprezentujúcich jednotlivé typy vybraných inštitúcií v SR a tiež tým, že v prípade ÚPSVaR boli o vyplnenie dotazníka požiadané aj ich detašované pracoviská. Zaujímavým zistením bolo, že až 20 % respondentov nevedelo uviesť konkrétny údaj o počte klientov so zdravotným znevýhodnením, ktorým pomohla daná inštitúcia za uplynulý rok. Zo zvyšnej skupiny takmer polovica respondentov uviedla iba približné údaje, čo nasvedčuje, že sa tieto údaje na úrovni inštitúcií povinne nesledujú.

V ďalšej časti výskumu sme analyzovali aktuálnu situáciu v oblasti poskytovania podpory, pomoci a iných služieb pre OZP z pohľadu inštitúcií zapojených do výskumu. Zistili sme, že medzi najžiadanejšie formy pomoci patria finančné príspevky a sociálne poradenstvo. Informovanosť o poskytovaní služieb a podpory pre OZP považujú respondenti z radov týchto inštitúcií za dostatočnú. Na druhej strane, stále je tu určité percento, ktoré portfólio poskytovania informácií vníma ako nedostatočné. Práve táto skutočnosť môže byť vnímaná ako možný priestor pre zefektívnenie a inováciu. Zaujímalo nás aj to, o ktoré informácie najčastejšie žiadajú klienti týchto inštitúcií. Na základe analýzy sa ukázalo, že medzi najžiadanejšie informácie patria informácie o finančnej pomoci, o bezbariérovom prístupe či legislatívnej podpore. V rámci spôsobov získavania týchto informácií klienti najviac preferujú osobný kontakt.

Zaujímala nás aj informovanosť o projekte SME SI ROVNÍ. Výsledky ukazujú, že v lete 2020, kedy

bol realizovaný pilotný dotazníkový prieskum, informovanosť bola veľmi nízka (7,2 %), čo však súvisí s tým, že projekt sa realizoval len päť mesiacov. Výsledky prieskumu z roku 2020 tiež ukázali, že je potrebná dostatočná informovanosť, aby boli inštitúcie otvorenejšie budúcej spolupráci. Na druhej strane, odpovede respondentov naznačili, že existuje značný priestor pre budovanie spoločných kontaktov pri poskytovaní podpory a pomoci pre OZP.

Za hlavné východiská pre ďalší výskum, vyplývajúce z prvotného, pilotného prieskumu medzi OZP a inštitúciami, považujeme v prvom rade veľký priestor pre rozvoj poskytovania informácií pre

OZP. Otvára sa otázka formy spolupráce s OZP, spôsobu šírenia informácií o projekte, o komunitách pre OZP v ich okolí a pomoci pri jednoduchšom prístupe k poskytovaniu pomoci či už fyzickej, alebo finančnej zo strany príslušných úradov.

Predpokladáme, že pôsobenie projektu na trhu pozitívne ovplyvní poskytovanie informácií pre populáciu OZP. Z pilotnej štúdie vyplýva, že nadväzovanie vzájomnej spolupráce inštitúcií a motívátorov jednotlivých centier včasnej pomoci zriadených v rámci národného projektu SME SI ROVNÍ má svoj priestor. Je potrebná propagácia a jasné zadefinovanie vzájomných možností pre spoluprácu.

1. 4. 2. 2

Výsledky druhej etapy – testovej časti – z roku 2021

V tejto časti prezentujeme výsledky dotazníkových prieskumov medzi OZP a vybranými inštitúciami pôsobiacimi v oblasti sociálneho začleňovania OZP, ktoré boli zrealizované v druhom roku realizácie projektu.

Vyhodnotenie dotazníka medzi OZP

Na druhej etape výskumu medzi OZP participovalo celkom 784 respondentov. Vzorku tvorilo 443 mužov a 339 žien, dvaja respondenti odmietli odpovedať. Priemerný vek respondentov bol približne 41 rokov v rozmedzí od 8 do 90 rokov.

Najväčší počet respondentov sme zaznamenali v Žilinskom a Banskobystrickom kraji, najmenšiu časť vzorky naopak tvorili respondenti z Bratislavského a Trenčianskeho kraja. Pre účely zmysluplnnej štatistickej analýzy bolo zastúpenie respondentov vzhľadom na kraj dostatočne reprezentatívne. Vyše 40 % vzorky ukončilo strednú školu s maturitou alebo vyššie nadstavbové vzdelanie. Niečo vyše 8 % odpovedalo, že ukončilo základné vzdelanie, podiel vysokoškolsky vzdelaných respondentov tvoril 17 %. Z hľadiska postavenia na trhu práce bola približne tretina (33,5 %) respondentov zamestnaná. Približne pätina (21,5 %) vzorky sa zaradila do skupiny nepracujúcich a neaktívnych na trhu práce. Zvyšok účastníkov prieskumu tvorili dočasne práceneschopní (16,9 %), nezamestnaní alebo hľadajúci prácu (13 %), študenti (5,8 %) a podnikatelia (9,4 %). Posledným zisťovaným kritériom bol druh

zdravotného postihnutia. Prevažujúca časť analyzovanej vzorky sa zaradila do kategórie telesného postihnutia a to takmer tri štvrtiny (74 %). Respondenti s viacnásobným postihnutím reprezentovali 14,2 % vzorky. Účastníci prieskumu so zmyslovým (8 %) a mentálnym (3,8 %) postihnutím zastupovali menšinový podiel vzorky.

Základný prierez respondentmi sme sa rozhodli viesť cez optiku ich účasti/neúčasti v projekte SME SI ROVNÍ. Podiel respondentov uvádzame v tabuľke č. 10.

Tabuľka č. 10: Podiel respondentov na základe účasti v projekte

	Spolu	V projekte	Mimo projektu
Počet respondentov	782	327	455

Zdroj: Vlastné spracovanie

Prostredníctvom tohto rozdelenia sme plánovali identifikovať možné rozdiely medzi respondentmi na základe účasti v projekte. Tento predpoklad sa nám z veľkej časti potvrdil. Respondenti zapojení v projekte sa vo väčšine skúmaných oblastí javili vo svojich odpovediach ako aktívnejší, citlivejší a požadujúci viac informácií a služieb. Títo respondenti vo väčšine skúmaných oblastí pociťovali väčšiu potrebu zmien najrôznejšieho charakteru. Avšak všetci respondenti, bez ohľadu na účasť

v projekte, prejavovali vysokú potrebu zmien vo fungovaní celého systému pomoci a podpory OZP v SR.

Veľký priestor bol venovaný vnímanej hodnote peer poradenstva. Peer poradenstvo vo svojej podstate poskytuje nenahraditeľný zdroj skúseností medzi občanmi trpiacimi zdravotným znevýhodnením a zo strany respondentov bolo hodnotené veľmi pozitívne, ako nezastupiteľný spôsob získavania informácií, podpory alebo pomoci. Už pri aktuálnom nastavení a podpore sa peer poradenstvo javí ako zdroj zlepšenia pre mnohých jednotlivcov, ktorí sa môžu cítiť stratení v administratívnych záležitostiach a demotivovaní štandardným fungovaním úradov a iných inštitúcií.

V oblasti povedomia ohľadom komunitného života a trávenia voľného času sa nám potvrdilo, že respondenti zapojení v projekte sú lepšie informovaní o týchto možnostiach. Ukazuje sa teda, že opodstatnenosť projektových cieľov je aj v oblasti zvýšenia celkového povedomia ohľadom dostupných možností komunitného a kultúrneho využitia.

Zapojenie miest a obcí na regionálnej úrovni do pomoci a podpory zdravotne znevýhodnených občanov bolo zo strany OZP hodnotené ako nedostatočné, vyžadujúce si výraznejšie zmeny. Rovnako aj situácia v oblasti podmienok bývania OZP a podpory v tejto oblasti, čo sa výraznejšie prejavuje opäť u respondentov s telesným postihnutím.

Niekoľko oblastí v rámci dotazníka sa venovalo aj sociálnym témam, ako je spoločenská atmosféra, spoločenské vzťahy medzi väčšinovým a menšinovým obyvateľstvom z pohľadu zdravotného postihnutia alebo bežné medziľudské interakcie. Všetci respondenti, bez ohľadu na jednotlivé skupiny, pociťovali výraznú potrebu zmien v tejto oblasti. Na rozdiel od psychických a duševných potrieb, ktoré vyplývajú z individuality jedinca a z individuálnej charakteristiky postihnutia, tieto aspekty sú vonkajšie, t. j. spoločenské. Občan so zdravotným postihnutím teda nemá vplyv alebo kapacity na ich zmenu alebo nápravu. Preto musia byť cieľom podpory a pomoci zdravotne postihnutým nielen OZP, ale aj príslušníci väčšinovej populácie, napr. v podobe edukačných, preventívnych alebo iných osvetových programov.

V rámci tohto prieskumu nás zaujímali aj preferencie OZP v oblasti foriem sociálnej práce. Všetci

naši respondenti, bez ohľadu na zapojenie v projekte, preferovali výraznejšie terénnu formu sociálnej práce oproti ambulantnej. Okrem toho, ešte výraznejšia je táto preferencia u respondentov s telesným postihnutím, ktorí preferujú terénnu sociálnu prácu viac než respondenti s inými typmi postihnutia. Prirodzene nám to dopĺňa a uzatvára obraz o potrebe terénnej sociálnej práce ako o veľmi vhodnej forme sociálneho začleňovania OZP, hlavne pre zdravotne postihnutých občanov s výraznejšími obmedzeniami v mobilite.

Dotazníkovým prieskumom sme tiež overovali informovanosť respondentov o projekte SME SI ROVNÍ. Dáta ukazujú, že informovanosť v rámci tejto vzorky sa pohybuje na priemerných hodnotách. Rozloženie dát napovedá, že približne polovica respondentov bola o projekte informovaná veľmi dobre (túto časť tvoria najmä účastníci projektu), zatiaľ čo druhá polovica respondentov bola informovaná málo, respektíve vôbec. Identifikovali sme tiež relatívnu nevyrovnanosť informovanosti v jednotlivých krajoch. Respondenti pochádzajúci z Prešovského, Trenčianskeho a Košického kraja vykazovali najvyššiu informovanosť, respondenti z Bratislavského a Banskobystrického kraja naopak preukázali pomerne nízku mieru informovanosti. Informovanosť v Prešovskom kraji bola v porovnaní s Banskobystrickým krajom takmer dvojnásobná. Túto nevyrovnanosť môže výrazne ovplyvňovať skutočnosť, že v rámci projektu funguje 5 centier včasnej pomoci, t. j. nie je zriadené takéto centrum v každom kraji Slovenska. Snaha zabezpečiť dostatočnú informovať aj v susediacich krajoch, kde centrum včasnej pomoci zriadené nie je, sa mohla následne prejavíť v nižšej informovanosti v kraji, kde centrum zriadené je. Informovanosť respondentov samozrejme závisela aj od miesta pôsobenia motivátora, ktoré sa orientovalo viac na miesto jeho bydliska a okolie.

Čo sa týka zdrojov, z akých sa respondenti dozvedeli o projekte, najčastejšie uvádzaným zdrojom informovanosti boli samotní motivátori pracujúci v projekte. Ako ďalšie, pomerne úspešné, zdroje informácií sa preukázali známi respondentov a facebooková stránka projektu.

Povzbudivým signálom je, že 9 z 10 účastníkov výskumu možno považovať buď za účastníkov, alebo potenciálnych účastníkov projektu SME SI ROVNÍ. Do projektu bolo totiž zapojených 327 respondentov, čo predstavuje 42,8 % celkovej vzorky,

pričom ďalších 31,8 % respondentov v prieskume uviedlo, že potrebuje viac informácií, aby sa rozhodli pre účasť v projekte a 14,1 % sa vyjadrilo, že síce nie sú účastníci projektu, ale určite by sa chceli pripojiť. Usudzujeme preto, že záujem zúčastniť sa projektu je enormný a opodstatnený.

U respondentov, ktorí boli účastníkmi projektu SME SI ROVNÍ, sme analyzovali primárne ich spokojnosť s účasťou v projekte a mieru, v akej im projekt pomohol v rôznych oblastiach života.

Skúmaný a analyzovaný bol tiež pohľad účastníkov projektu na zlepšenie kvality ich života vplyvom účasti v projekte. Analýzy ukazujú, že takmer všetci respondenti označovali najvyššie možné hodnoty v rámci svojich odpovedí a teda priemer ich hodnotenia získaný z ich odpovedí bol veľmi vysoký (8,76 z maximálnej hodnoty 10). Tieto zis-

tenia ukazujú veľmi vysokú mieru zlepšenia kvality života OZP vplyvom účasti v projekte. Považujeme ich zároveň za kľúčový prínos celého výskumu, pretože dokazujú, že projekt SME SI ROVNÍ je veľmi účinný v zlepšovaní kvality života jeho účastníkov.

Značná časť analýz sa zaoberala tým, ako sú účastníci spokojní s pomocou, ktorá im bola poskytnutá v rámci projektu v rôznych životných oblastiach, napr. pomoc pri uplatnení na trhu práce, pomoc pri získavaní informácií o voľnočasových aktivitách, pomoc pri zlepšení psychickej kondície, pomoc pri zlepšení fyzickej kondície, pri zabezpečení vhodných kompenzačných pomôcok, pri debarierizácii bývania či pri zabezpečení sociálnych služieb. Tabuľka nižšie vyhodnocuje priemernú spokojnosť s poskytnutou pomocou s rozdelením na uhol pohľadu mužov a žien zapojených do projektu.

Tabuľka č. 11: Porovnanie celkových priemerov a priemerov pre mužov a ženy v jednotlivých oblastiach

Oblasť pomoci	Priemer	Priemer (muži)	Priemer (ženy)
Výber vhodných kompenzačných pomôcok	8,63	8,70	8,47
Zlepšenie psychickej kondície	8,46	8,56	8,22
Získanie informácií o vhodných voľnočasových aktivitách	8,42	8,58	8,01
Získanie peňažných príspevkov/kompenzácií/dávok	8,34	8,32	8,40
Získanie nových sociálnych kontaktov	8,20	8,26	8,07
Zlepšenie fyzickej kondície	8,18	8,47	7,43
Zlepšenie samostatnosti/sebaobslužnosti	7,96	8,02	7,80
Debarierizovanie bývania	7,67	7,91	6,96
Nájdenie osobného/pracovného asistenta	7,58	7,74	7,23
Zabezpečenie sociálnej služby	7,15	7,40	6,50
Nájdenie uplatnenia na trhu práce	6,95	7,18	6,40

Zdroj: Vlastné spracovanie

Základný rozbor odpovedí preukázal, že spokojnosť účastníkov projektu vo všetkých jednotlivých zisťovaných oblastiach je nadpriemerná (priemer sa pohyboval od 6,95 do 8,63). Znamená to, že projekt bol schopný svojim účastníkom významne pomôcť vo všetkých zisťovaných oblastiach, a teda pozitívne a komplexne vplýva na ich životy na mnohých úrovniach. V rámci spokojnosti s jednotlivými oblasťami sme však od-

halili aj rozdiely. Projekt SME SI ROVNÍ dokázal najlepšie pomôcť v oblastiach výberu vhodných kompenzačných pomôcok, zlepšenia psychickej kondície, získania informácií o vhodných voľnočasových aktivitách, získania peňažných príspevkov/kompenzácií/dávok, získania nových sociálnych kontaktov a zlepšenia fyzickej kondície. Všetky uvedené oblasti dosiahli skóre vyššie ako 8.

V závere prieskumu bola skúmaná ochota účastníkov projektu SME SI ROVNÍ odporučiť účasť v projekte svojmu okoliu. V tejto časti sa vyjadrili všetci respondenti, ktorí boli účastníkmi projektu. Priemerné skóre bolo 9,41 z 10 a až 66,4 % účastníkov vyjadrilo maximálnu ochotu odporučiť účasť v projekte niekomu inému. Tieto výsledky vnímať ako spoľahlivý a silný indikátor celkovej spokojnosti s účasťou v projekte. Je zjavné, že ľudia so zdravotným postihnutím, ktorí sa zúčastnili projektu SME SI ROVNÍ, zastávajú názor, že projekt obohatil ich životy a zvýšil ich kompetencie v mnohých životných oblastiach. Zároveň veria tomu, že prístup *peer-to-peer support* sprostredkovaný prácou motivátorov by dokázal pomôcť aj iným ľuďom v podobnej životnej situácii.

Vyhodnotenie dotazníka medzi vybranými inštitúciami

Zber dát bol realizovaný v období november – december 2021. Za toto obdobie sme prostredníctvom elektronického zberu získali odpovede od 386 respondentov. Dotazník bol elektronicky zaslaný, podobne ako v roku 2020, všetkým úradom práce, sociálnych vecí a rodiny prostredníctvom Ústredia, úradom vyšších územných celkov a okresným mestám. Dotazník bol, podobne ako v predchádzajúcom roku, distribuovaný spoločne s informačným listom o projekte SME SI ROVNÍ. V nasledujúcich dvoch tabuľkách uvádzame zastúpenie jednotlivých inštitúcií podľa krajov a typu inštitúcie.

Tabuľka č. 12: Percentuálne zastúpenie jednotlivých inštitúcií vzhľadom na kraje Slovenska

Kraj	Počet/Percentuálne zastúpenie
Prešovský kraj	37/9,6 %
Košický kraj	81/21 %
Žilinský kraj	52/13,5 %
Banskobystrický kraj	81/21 %
Trenčiansky kraj	33/8,5 %
Nitriansky kraj	47/12,2 %
Trnavský kraj	32/8,3 %
Bratislavský kraj	23/6 %

Zdroj: Vlastné spracovanie

Tabuľka č. 13: Rozdelenie respondentov podľa inštitúcií

Inštitúcia	Percentuálne zastúpenie
ÚPSVaR, odbor služieb zamestnanosti	26,2 %
ÚPSVaR, odbor sociálnych vecí a rodiny	30,1 %
ÚPSVaR, detašované pracovisko (oblasť služieb zamestnanosti)	8,0 %
ÚPSVaR, detašované pracovisko (oblasť sociálnych vecí a rodiny)	11,9 %
regionálna samospráva	3,9 %
miestna samospráva	19,9 %

Zdroj: Vlastné spracovanie

V priebehu tvorby dotazníka sme si dali za cieľ zanalyzovať skúmanú problematiku poskytovania služieb v rámci pomoci pre OZP aj na úrovni okresov. V dôsledku slabého zastúpenia oslovených inštitúcií v jednotlivých okresoch však táto analýza nakoniec nebola možná. Z tohto dôvodu sme sa rozhodli v analýze pokračovať na úrovni krajov. Rozloženie v rámci jednotlivých krajov sa ukázalo ako dostačujúce pre dodržanie podmienok štatisticky správnych postupov pre analýzy. Rovnako ako v pilotnej etape mali dominantné postavenie pracovníci z ÚPSVaR. Najmenej zastúpená bola regionálna samospráva. Toto je dané celkovým počtom subjektov, ktoré reprezentujú jednotlivé typy inštitúcií v SR, ako aj tým, že v prípade ÚPSVaR boli požiadaní o vyplnenie dotazníka aj zástupcovia ich detašovaných pracovísk. Takisto pri zapojení inštitúcií treba brať na zreteľ aj ich kompetencie z pohľadu legislatívy, podpory OZP a distribúcie finančných dávok pre OZP, kde hrá jednoznačne prím ÚPSVaR.

Rovnako ako v pilotnej etape sme sa zamerali na informovanosť o pôsobení a aktivitách projektu SME SI ROVNÍ. Výsledky prieskumu ukázali, že v porovnaní s rokom 2020 síce došlo k zlepšeniu informovanosti, avšak takmer 60 % oslovených inštitúcií o projekte nemá stále takmer žiadne informácie. Ukázalo sa preto ako nevyhnutné informovať inštitúcie celoplošne po území Slovenska. Slabá informovanosť sa totiž ukázala ako najväčší prediktor vzájomnej nespôlupráce. Na základe vý-

sledkov prieskumu medzi inštitúciami za najefektívnejšie zdroje informácií o projekte možno po-

važovať internet a Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny.

1. 4. 2. 3

Výsledky tretej etapy – re-testovej časti z roku 2022

Na základe týchto zistení boli v roku 2022 v záujme zvýšenia informovanosti zaslané inštitúciám oslovaným v prieskumoch tri kreatívne spracované informačné maily o projekte, jeho zameraní, dosahovaných výsledkoch, aktualitách s odkazom na webovú stránku projektu.

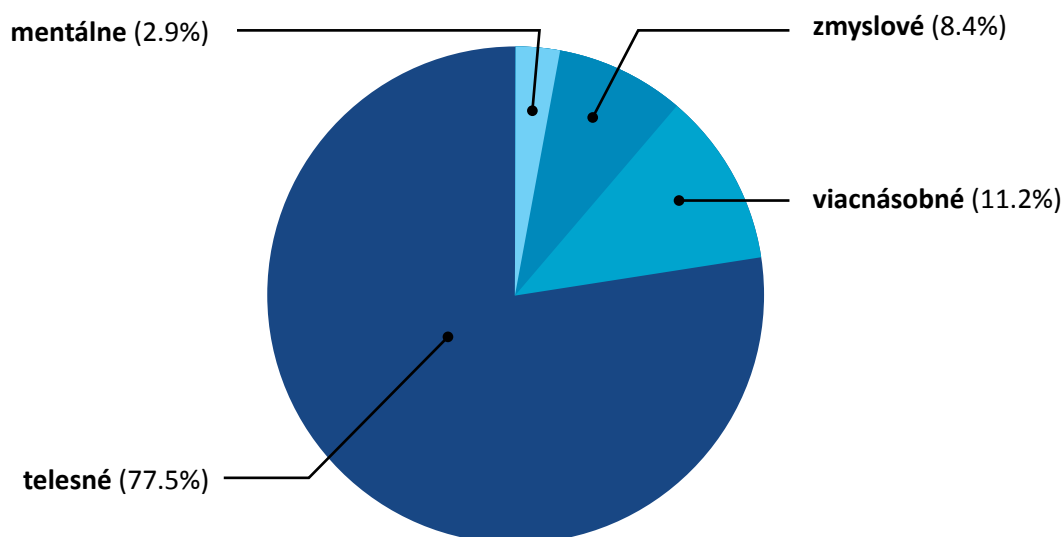
V roku 2022 sa jednalo o opätovné testovanie, preto sú výsledky v rámci analýz porovnávané s druhou etapou výskumu.

Vyhodnotenie dotazníka medzi OZP

V nasledujúcej sekcii prezentujeme kľúčové zistenia re-testovej časti výskumu. Čo sa týka vzorky, ktorá bola analyzovaná v rámci tretieho kola zberu dát v projekte SME SI ROVNÍ realizovaného v máji až júli 2022, v tejto etape výskumu participovalo 979 respondentov, z toho 540 mužov a 438 žien. Najpočetnejšie zastúpenie respondentov sme zaznamenali v Košickom, Žilinskom a Prešovskom kraji, najmenší počet respondentov uviedol ako svoje trvalé bydlisko Bratislavský kraj. Získaná vzorka je vzhľadom na kraje pre účel

štatistickej analýzy dostatočne rovnomerne rozložená. Z hľadiska najvyššieho dosiahnutého vzdelania, vyše 45 % vzorky ukončilo strednú školu s maturitou alebo vyššie nadstavbové vzdelanie. Viac ako 8 % odpovedalo, že ukončilo základné vzdelanie, takmer 20 % ukončilo odborné učilište alebo strednú školu bez maturity. Podiel vysokoškolsky vzdelaných respondentov tvorí približne 25 %. Z pohľadu postavenia na trhu práce, najpočetnejšiu časť vzorky tvorili zamestnaní (32,7 %) a invalidní dôchodcovia (31,6 %). Možnosť invalidný dôchodca ako jedinou možnosť, prípadne ako druhú možnosť označilo 64 % celej vzorky, teda takmer dve tretiny respondentov poberá invalidný dôchodok. Táto kategória bola doplnená do prieskumu s ohľadom na vyššiu výpovednú hodnotu v porovnaní s prieskumami z predchádzajúcich rokov, kedy boli invalidní dôchodcovia zaradení do kategórie neaktívnych na trhu práce. Ostatné kategórie postavenia na trhu práce boli označené približne v rovnakej početnosti, táto početnosť sa pohybovala okolo hodnoty 7 %. Ďalším kritériom bol druh zdravotného postihnutia. Rozdelenie respondentov podľa druhu zdravotného postihnutia zobrazuje graf č. 11.

Graf č. 11: Rozdelenie respondentov na základe zdravotného postihnutia



Zdroj: Vlastné spracovanie

Spoločná línia, ktorá spája obe kolá zberu dát (z roku 2021 a 2022), je zdôraznenie významu peer poradenstva ako zdroja informácií pri riešení dôsledkov zdravotného postihnutia. Výsledky nám ukazujú, že peer poradenstvo ako nástroj pomoci OZP je vysoko oceňovaný faktor. Avšak pri bližšom pohľade sa nám ukazujú isté rozdiely. Analýza napríklad odhalila, že osoby s vyšším vzdelaním pociťujú mierne nižšiu potrebu peer poradenstva. Mohlo by to indikovať, že jednotlivec s vyšším vzdelaním má väčší prístup k rôznym stratégiám vyhľadávania potrebných informácií. Tieto prístupy môžu byť teda rozdielne pre OZP s rôznym vzdelaním. Je preto dôležité, aby nikto nezostal nepovšimnutý kvôli nedostatku vlastnej iniciatívy.

Medzi 2. a 3. kolom zberu dát nastal určitý posun, nakoľko hodnotenia peer poradenstva zo strany respondentov zapojených do projektu boli výrazne pozitívnejšie než hodnotenia respondentov mimo projektu.

Tabuľka č. 14: Porovnanie priemernej hodnoty odpovedí pri hodnotení peer poradenstva vzhľadom na kolá zberu dát a zapojenie v projekte SME SI ROVNÍ

Zapojenie v projekte	2. kolo	3. kolo
v projekte	8,68	8,97
mimo projektu	7,57	8,11

Zdroj: Vlastné spracovanie

Na základe údajov v tabuľke č. 14 môžeme usúdiť, že projekt SME SI ROVNÍ podporuje pozitívne vnímanie pomoci poskytovanej OZP pomocou metódy *peer-to-peer* na Slovensku. Predpokladáme, že budúcou prácou motivátorov by sa povedomie o tejto metóde značne rozšírilo medzi populáciou OZP.

Respondenti mali tiež možnosť vyjadriť sa, do akej miery sú informovaní o komunitách alebo kluboch určených pre OZP. Vytváranie a udržiavanie sociálnych sietí sa považuje celkovo za veľmi dôležité (van Asselt-Goverts, 2013). Všeobecné porovnanie medzi 2. a 3. kolom zberu naznačuje, že informovanosť o komunitách určených pre OZP je bez výraznejších zmien. Avšak pri zohľadnení zapojenia v projekte je zrejmé, že u respondentov zapojených v projekte je táto informovanosť omnoho vyššia a mierne rastie. U respondentov

mimo projektu došlo k výraznému poklesu informovanosti. Tento pokles sa dá vysvetliť nedostatočnou propagáciou komunit vo všeobecnosti, v dôsledku čoho je veľmi náročné sa dopracovať k relevantným informáciám o komunitách a kluboch z okolia. Dôvodom tohto poklesu však môže byť aj určitá miera rezignácie u tejto časti respondentov na získavanie informácií.

V rámci vyhodnotenia prieskumu sme komplexne zhodnocovali vnímanie potreby zmien v rôznych oblastiach života občanov so zdravotným postihnutím. Respondenti hodnotili rôzne aspekty bežného života osôb so zdravotným postihnutím. Medzi tieto oblasti boli zaradené napr. pracovný život, vzťahy so spoločnosťou, debarierizácia spoločnosti a ďalšie. Trend, ktorý sa predstavil a potvrdil v takmer všetkých prípadoch, je rastúca miera uvedomovania si dôležitosti zmien v jednotlivých dotazovaných oblastiach.

Pri otázke týkajúcej sa podpory fyzickej kondície a zlepšenia sebaobslužných činností sme zistili, že ľudia s telesným postihnutím pociťujú výraznejšiu potrebu zmien v tejto oblasti. Rovnaký výsledok sme zaznamenali aj pri hodnotení potreby zmien v oblasti debarierizácie verejných priestranstiev a budov. Takéto výsledky boli z veľkej časti očakávané, keďže zdravotné obmedzenia ľudí s telesným postihnutím predznamenávajú výraznejšie potreby tak v oblasti fyzickej kondície, ako aj v oblasti odstraňovania fyzických bariér v porovnaní s ľuďmi s inými typmi zdravotného znevýhodnenia.

V oblasti prepájania ľudí s podobnou životnou situáciou sa nám vo výskume potvrdila dôležitosť peer kontaktu, ktorý zdôrazňuje napr. Saxton (1981). Tieto hodnotenia sa taktiež vyznačujú stúpajúcou tendenciou. Spolu so zvýšenou potrebou peer poradenstva predstavuje podporovaný kontakt týchto ľudí veľký potenciál pre rozvoj kvality ich života. Je potrebné, aby motivátori nielen pokračovali v poskytovaní poradenstva, ale zároveň naďalej slúžili ako spájajúci prvok medzi OZP, ktoré sa izolujú.

Nasledujúca skupina oblastí sa dá považovať za viac sociologickú, menej závislú na špecifikách zdravotného postihnutia či vnútorných osobnostných črtách. Spadajú sem oblasti, ktoré vytvárajú určitú spoločenskú atmosféru, v ktorej OZP prežívajú svoj každodenný život. Patrí sem solidarita majoritnej spoločnosti voči OZP, záujem zo strany

miest a obcí o zdravotne postihnutých, podpora od štátu v oblasti sociálnych služieb. Uvedené aspekty sú celkovo hodnotené respondentmi ako deficitné. Za účelom rozšírenia výsledkov sme sa na výsledky pozreli cez perspektívu krajov Slovenska. Najväčšia potreba zmien je prítomná v Prešovskom kraji, zatiaľ čo najnižšia je v kraji Banskobystrickom. Zároveň považujeme za potrebné zdôrazniť, že hodnotenia respondentov sa pohybujú v negatívnych častiach škály.

V závere tejto sekcie sme sa venovali otázke vnímania peer poradenstva poskytovaného motivátormi so zdravotným postihnutím. Najvyššie hodnotenia dostávajú peer motivátori od respondentov – invalidných dôchodcov, zatiaľ čo najnižšie (avšak stále nadpriemerne pozitívne) od študentov. Indikuje nám to prirodzený sklon, že respondenti, ktorí si prešli istým administratívnym procesom (v tomto prípade postupom získania invalidného dôchodku), dokážu výraznejšie oceniť pomoc od ľudí, ktorí si týmto procesom sami prešli. Zatiaľ čo študenti sa pravdepodobne nachádzajú ešte na začiatku tejto cesty, sú pod ochranou a zabezpečením zo strany rodičov, v dôsledku čoho pociťujú menej potrebu tohto typu poradenstva.

Ďalšia sekcia dotazníka sa venovala dvom formám získavania informácií, poradenstva a konzultácií – terénnej a ambulantnej, pričom nás zaujímali preferencie respondentov. Z výskumu vyplynulo, že terénna forma je hodnotená výrazne pozitívnejšie než ambulantná. Takisto je tu potrebné zdôrazniť, že u respondentov zapojených do projektu bolo hodnotenie terénnej formy oproti ambulantnej markantne pozitívnejšie než u respondentov, ktorí neboli do projektu zapojení. Takisto pozitívny posun medzi 2. a 3. kolom zberu dát, exkluzívny pre respondentov zapojených v projekte, nám demonštruje efektivitu práce motivátorov pracujúcich prevažne v teréne v dosahu na aktuálne potreby zdravotne postihnutých.

V predposlednej sekcii dotazníka sme sa zamerali na informovanosť respondentov o projekte. Čo sa týka informovanosti, hodnoty sa v celkovej výskumnej vzorke pohybujú okolo stredových častí škály. Môžeme konštatovať, že na základe tohto zistenia je veľký priestor v rozširovaní osvedčenia o projekte medzi bežnou, mimo projektovou populáciou OZP. Ďalšou, nemenej dôležitou, skúmanou oblasťou boli spôsoby, akými dochádza k informovaniu o projekte, resp. o centrách včasnej pomoci

motivátorov a ktorý z nich je do akej miery účinný. Z výskumu vyplynulo, že ako hlavný zdroj informácií sa presadili motivátori. Takisto sa rozšíril okruh respondentov, ktorí informácie získali od známych, čo je pozitívne, nakoľko možno predpokladať, že išlo o referencie od účastníkov projektu, resp. ľudí, ktorí sú účastníkom projektu blízki (rodina, priatelia). Naopak, k poklesu došlo pri informovanosti zo strany facebookovej stránky projektu, čo možno považovať za prekvapivé vzhľadom na pravidelné uverejňovanie nových príspevkov. Došlo takisto k miernemu poklesu respondentov, ktorí dosiaľ nemajú informácie o projekte. Tieto informácie sa dajú použiť na identifikáciu vhodných spôsobov ďalšej komunikácie, príp. posilnenie niektorých foriem propagácie.

Posledná časť dotazníka bola určená len respondentom, ktorí boli zapojení do projektu. V tomto kole to bolo 408 respondentov, čo predstavuje 42,4 % z celkovej vzorky. 23,6 % respondentov označilo, že potrebuje viac informácií, aby sa rozhodli pre účasť v projekte. 17,7 % sa vyjadrilo, že síce nie sú účastníci projektu, ale určite by sa chceli pripojiť. Tieto proporcie odpovedí sa v zásade nemenia od proporcií zistených v predchádzajúcom zbere. Opakovane sa teda potvrdilo, že 80 až 90 % účastníkov výskumu sa dá považovať buď za účastníkov projektu, alebo za ľudí ochotných sa do projektu zapojiť. Na základe týchto výsledkov môžeme konštatovať, že reálny dosah, ako aj potenciálny dosah projektu sú enormné a projekt SME SI ROVNÍ si buduje a udržiava pozitívne meno v komunite osôb so zdravotným postihnutím.

Za kľúčové zistenia výskumu považujeme výsledky oboch kôl, ktoré vyplynuli z položky zameranej na zistenie miery zlepšenia kvality života OZP účasťou v projekte SME SI ROVNÍ v rôznych životných oblastiach. V oboch kolách sme identifikovali veľmi vysoké priemery (8,47 v druhom kole, 8,75 v treťom kole), pričom nárast skóre medzi kolami sa potvrdil ako štatisticky významný. Projekt SME SI ROVNÍ preukázateľne zlepšuje kvalitu života u svojich účastníkov, pričom tieto výsledky boli potvrdené dvoma nezávislými, opakovanými meraniami. Analýza dát tiež potvrdila, že hodnotenie zlepšenia kvality života medzi jednotlivými meraniami stúplo. Môžeme predpokladať, že miera zlepšenia kvality života rastie s dĺžkou pôsobenia projektu. Efektivita prístupu *peer-to-peer* v kontexte podpory osôb so zdravotným postihnutím, ktorý aplikuje projekt SME SI ROVNÍ, nachádza podporu

aj v dlhoročnom výskume (Iemmi, Gibson, Blanchet et al., 2015; Beaudoin, Best, Routhier, 2020; Marks et al., 2019, Meltzer et al., 2021), ktorý identifikoval celú škálu ďalších benefitov, ako napríklad efektívnejšie riešenia každodenných problémov, zvýšenie motivácie a sebavedomia či celkový nárast psychickej odolnosti a životnej spokojnosti.

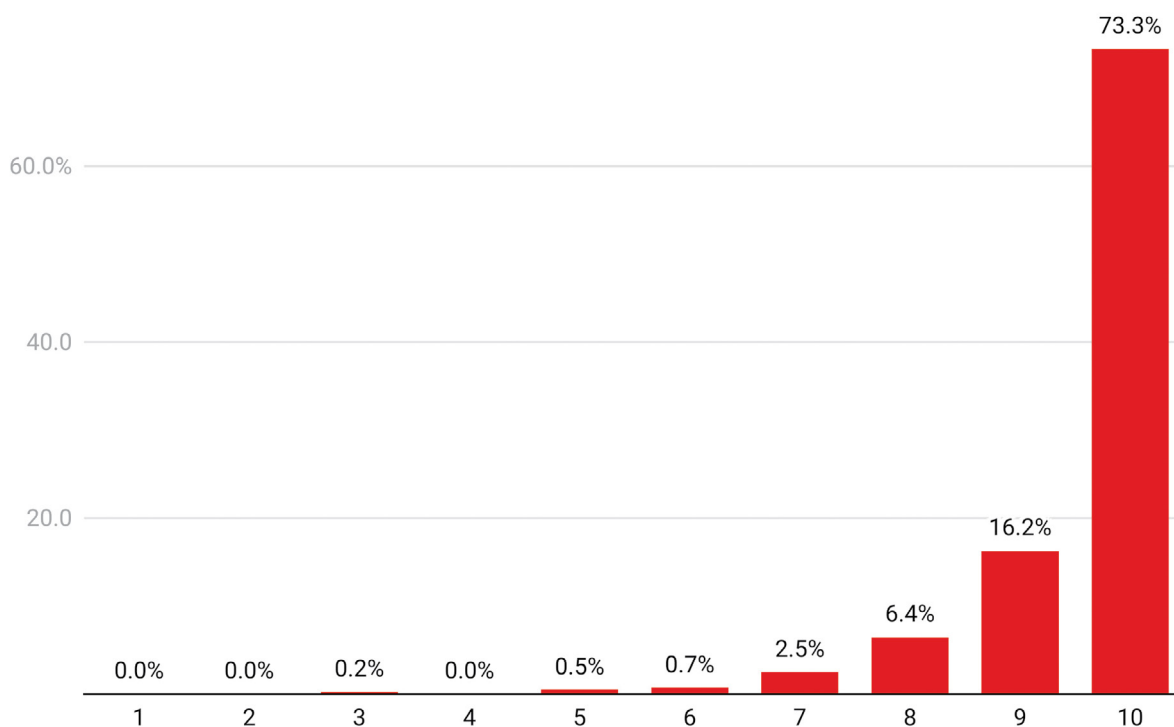
V rámci zisťovania miery zlepšenia kvality života prostredníctvom účasti v projekte sme zisťovali aj mieru pomoci projektu v jednotlivých životných oblastiach OZP.

V rámci porovnávania výsledkov druhého a tretieho kola sme zaznamenali stabilný nárast zisťovaných skóre, a to nárast spokojnosti s pomocou v takmer každej skúmanej oblasti. Najvyššie priemerné skóre bolo zistené v oblastiach: výber vhodných kompenzačných pomôcok, získanie peňažných príspevkov/kompenzácií, získanie informácií o vhodných voľnočasových aktivitách a získavanie sociálnych kontaktov. Vysoké skóre bolo overené aj v oblastiach zlepšenia psychickej a fyzickej kondície. Zároveň sme zaznamenali vysokú spokojnosť s pomocou motivátorov pri vybavovaní úradných záležitostí. V týchto zisteniach vidíme určité súvislosti. Vytvorenie siete nových

sociálnych kontaktov spojené so zlepšením finančnej situácie (ovplyvnené lepšou orientáciou v úradných záležitostiach) môže mať za následok osvojenie si nových voľnočasových aktivít. Všetky opísané aspekty sa potom v značnej miere spolupodieľajú na skvalitnení fyzickej a psychickej kondície. Zlepšovanie rôznych aspektov života totiž neprebíha separátne, tieto zmeny k lepšiemu sa navzájom ovplyvňujú a podporujú a v centre tejto zmeny nájdeme podľa odbornej literatúry (Meys, Hermans, Maes, 2021) efektívne facilitovanie sociálnych situácií a spájanie s ďalšími členmi komunity.

V závere výskumu sme zisťovali ochotu respondentov odporučiť projekt SME SI ROVNÍ svojmu okoliu. Priemerné skóre v aktuálnom kole dosiahlo hodnotu 9,79 a 73,3 % účastníkov vyjadrilo maximálnu ochotu odporučiť účasť v projekte niekomu inému. Možnosti 8 až 10 označilo až 95,9 % respondentov. Inými slovami, takmer každý účastník výskumu vyjadril maximálnu možnú mieru ochoty odporučiť projekt ostatným. Takéto odporúčanie pravdepodobne zahŕňa silné presvedčenie, že účasť v projekte môže pomôcť ostatným rovnako, ako pomohla jeho doterajším účastníkom. Hodnoty prezentujeme v nasledujúcom grafe a tabuľke.

Graf č. 12: Percentuálne rozloženie odpovedí na otázku, či by odporučili projekt SME SI ROVNÍ niekomu ďalšiemu



Tabuľka č. 15: Štatistické ukazovatele hodnôt odpovedí na otázku odporúčania projektu vzhľadom na 2. a 3. kolo

Kolo	Odpovedalo	Priemer	Medián	Štandardná odchýlka
2.	327 z 327	9,41	10	1,12
3.	408 z 408	9,79	10	4,62

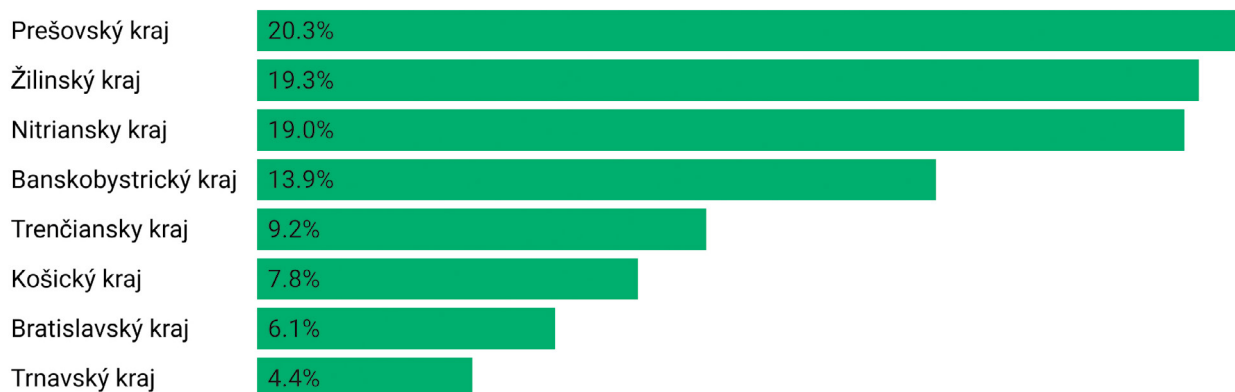
Zdroj: Vlastné spracovanie

Tretie kolo prieskumu opakované a v mnohých ukazovateľoch potvrdilo, že inovatívny systém sociálneho začleňovania OZP nastavený a overovaný v rámci projektu SME SI ROVNÍ dokáže svojim účastníkom poskytnúť účinnú podporu a pomoc, pričom táto pomoc je stabilná, systematická a celistvo zahŕňa mnohé, navzájom prepojené oblasti života človeka so zdravotným postihnutím.

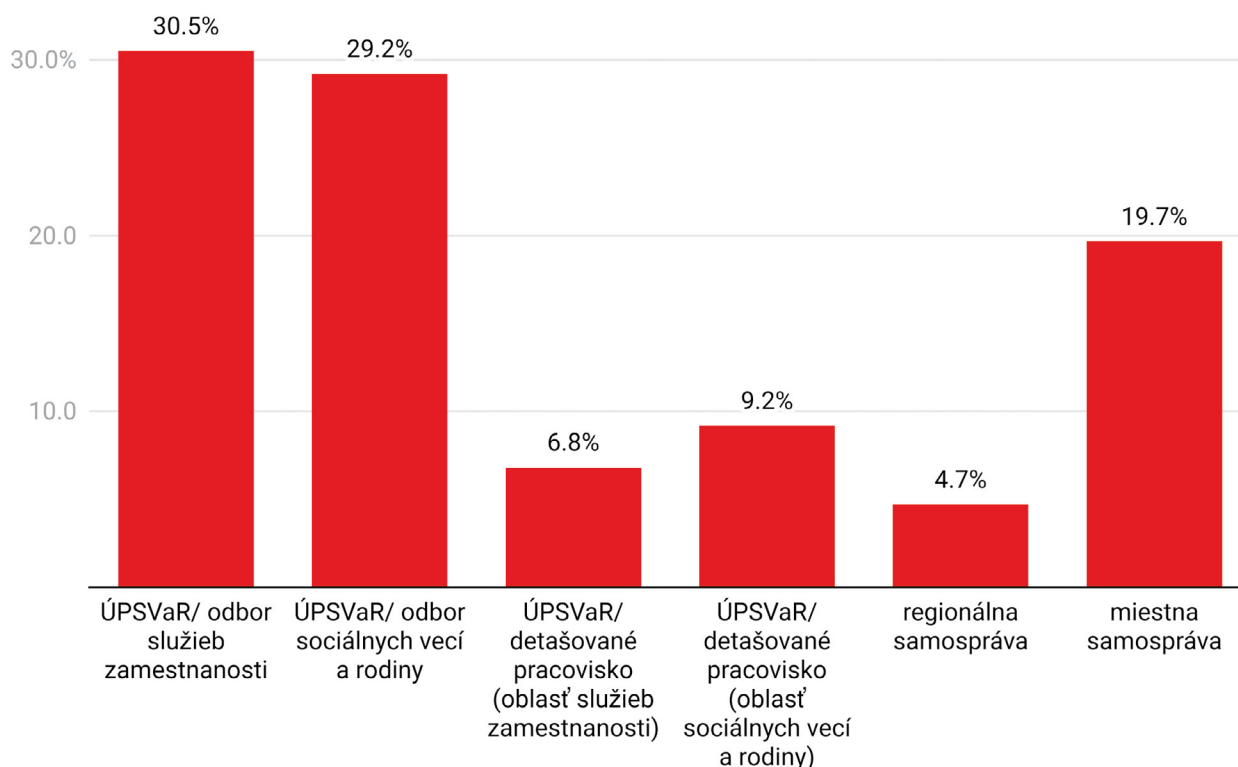
Vyhodnotenie dotazníka medzi vybranými inštitúciami

Zber dát v rámci 3. kola výskumu medzi vybranými inštitúciami prebiehal v septembri 2022.

V danom časovom rozmedzí bolo prostredníctvom elektronického zberu získaných 295 odpovedí od respondentov. Dotazník bol elektronicky zaslaný opätovne všetkým úradom práce, sociálnych vecí a rodiny prostredníctvom ich koordinujúceho orgánu, úradom vyšších územných celkov a okresným mestám spolu s informačným listom. Bol distribuovaný rovnakým respondentom ako v druhom kole v dôsledku re-testového porovnávania.

Graf č. 13: Percentuálne zastúpenie inštitúcií vzhľadom na jednotlivé kraje Slovenska

Zdroj: Vlastné spracovanie

Graf č. 14: Percentuálne zastúpenie typov inštitúcií

Zdroj: Vlastné spracovanie

Čo sa týka informovanosti klienta, aj v tomto prieskume bola respondentmi z radov oslovených inštitúcií hodnotená z väčšej časti pozitívne. V kategóriách reprezentujúcich jednoznačný postoj sa takisto väčšina priklonila k pozitívnemu hodnoteniu. Následne respondenti hodnotili rozdiely v práci s informovaným a neinformovaným klientom. Práca s informovaným klientom bola hodnotená výrazne pozitívnejšie než s neinformovaným. V praxi to môže znamenať, že informovaný klient nie je veľkou administratívnou záťažou pre zamestnanca, ktorý môže venovať viac priestoru špecifickým problémom klienta a nestrácať čas vyhľadávaním informácií, ku ktorým sa klient efektívnejšie dopracuje inou cestou. Takou cestou by mohlo byť informovanie klienta prostredníctvom motivátora, napr. o poskytovaných príspevkoch/ službách zo strany jednotlivých inštitúcií, príp. aj o bežných administratívnych postupoch jednotlivých úradov. Keďže zvyšovanie informovanosti OZP patrí k jedným zo základných prvkov projektu SME SI ROVNÍ, mala by byť takáto práca v kompetenciách motivátora vysoko hodnotná a užitočná.

V ďalšej časti sme sa pýtali na vnímanú užitočnosť existencie samostatnej inštitúcie, ktorá by fungovala za účelom informovania OZP o službách pre nich dostupných. 4 zo 6 inštitúcií zastúpených

v rámci tohto zberu dát hodnotili existenciu takejto inštitúcie ako vítanú. Výnimkou sú skôr zamietavé postoje v rámci ÚPSVaR, odboru sociálnych vecí a rodiny a regionálnej samosprávy. Môže to napríklad indikovať, že tieto inštitúcie sú buď spokojné s informovanosťou svojich klientov, alebo sa považujú za prvý kontakt klienta – OZP so sociálnym systémom. V oboch prípadoch by však existencia takejto inštitúcie odľahčila záťaž vo všetkých zúčastnených inštitúciách.

V rámci prieskumu sme sa zaoberali tiež možnosťami vzájomnej spolupráce projektu SME SI ROVNÍ s inštitúciami. Respondentov sme sa pýtali na ich informovanosť ohľadom projektu. V tomto ohľade bol najvýznamnejším posunom signifikantný pokles respondentov, ktorý o projekte vôbec nepočuli. Posun predstavoval pokles z takmer 60 % na 48 %. Mierny nárast dobre informovaných respondentov potvrdzuje tento pozitívny trend. Svedčí to o zvyšujúcej sa efektívite informovania o možnostiach, ktoré poskytuje projekt.

Naladenie inštitúcií voči novej spolupráci s centrami včasnej pomoci je takisto veľmi pozitívne. Existuje naďalej veľký potenciál pre zlepšovanie a zefektívnenie komunikácie a prezentácie v podobe veľkého percenta respondentov, ktorí by

napriek čiastočnej informovanosti privítali viac informácií o projekte.

Možnosti reálnej spolupráce spolu s konkrétnymi oblasťami pomoci boli predmetom finálnej časti dotazníka. Možnosť „nikdy“ si v kontexte otázky na spoluprácu s centrami včasnej pomoci v treťom kole vybralo až o 10 % menej respondentov než v predchádzajúcom kole. Potvrďuje nám to trend pomalého, ale stabilného a významného posunu smerom k zvyšovaniu spolupráce medzi jednotlivými inštitúciami a centrami včasnej pomoci.

Na ešte konkrétnejšiu otázku ohľadom predstáv o konkrétnych formách spolupráce nebola žiadna z ponúknutých možností (poskytovanie kontaktov, propagácia, kooperácia pri vybavovaní žiadostí, zdieľanie a šírenie informácií, rôzne druhy konzultácií a pracovných stretnutí) výraznejšie opomenutá. Na základe toho môžeme zhodnotiť, že všetky ponúkané možnosti boli vecné a relevantné. Pokiaľ by sa podarilo zvýšiť spoluprácu medzi jednotlivými inštitúciami a centrami včasnej pomoci v akejkoľvek z týchto oblastí, znamenalo by to významný posun k celkovému zvýšeniu komfortu občanov so zdravotným postihnutím.

1. 4. 2. 4

Zhrnutie výsledkov overenia individuálnej formy pomoci

Jednou zo základných podmienok efektívneho fungovania akéhokoľvek procesu je samotná analýza jednotlivých častí. V dôsledku tejto skutočnosti mal projekt SME SI ROVNÍ za cieľ sledovať a overiť efektívnosť fungovania inovatívnej formy včasnej pomoci OZP poskytovanej formou *peer-to-peer support* prostredníctvom zriadených centier včasnej pomoci pre jej ďalší rozvoj. Výsledkom sú tri podrobne rozpracované etapy výskumu, ktoré poukazujú na jednotlivé pozitíva a negatíva poskytovanej podpory pre OZP mimo projektu SME SI ROVNÍ a v rámci projektu SME SI ROVNÍ. Na jednej strane sa výskum zrealizovaný v rámci projektu zaujímal o názor ľudí so zdravotným znevýhodnením ako prijímateľov poskytovanej podpory, na druhej strane, ako nemenej dôležitý, skúmal pohľad vybraných kľúčových inštitúcií reprezentujúcich aktuálne nastavený systém sociálneho začleňovania OZP v SR. Z tohto dôvodu boli vytvorené dva dotazníkové modely. Prvý dotazník bol určený pre populáciu ľudí so zdravotným znevýhodnením, druhý pre vybrané inštitúcie v zmysle zadania pre vypracovanie štúdie.

Hlavným cieľom prvej/pilotnej etapy výskumu bolo zmapovať jednotlivé aspekty poskytovania podpory pre OZP z pohľadu jej prijímateľov, ako aj vybraných poskytovateľov. Ukázalo sa, že poskytovanie podpory má svoje medzery, kde projekt naráha na svoje uplatnenie.

Druhá a tretia etapa výskumu využívala časový aspekt. Hlavným zámerom bolo overiť funkčnosť nastavenia inovatívneho systému sociálneho

začleňovania OZP zavedeného v rámci projektu a jeho dopad na cieľovú skupinu – ľudí so zdravotným znevýhodnením. V rámci porovnávania jednotlivých etáp sa práca motivátorov ukázala ako veľmi efektívna a žiadaná, čo dokumentujú viaceré výsledky výskumu. Respondenti, ktorí boli účastníkmi projektu, vykazovali významne lepšie výsledky životnej spokojnosti ako respondenti, ktorí neboli súčasťou projektu. Zároveň vo všetkých čiastkových otázkach sa ukázala funkcia projektu ako efektívna podpora pre OZP. Niekoľkoročné pôsobenie projektu sa podpísalo aj na informovanosti o projekte u oslovených inštitúcií. Ak porovnáme výsledky pilotnej časti výskumu s jeho ďalšími etapami, môžeme vidieť, že trend sa aj v tejto oblasti ubera pozitívnym smerom, nakoľko priemerná informovanosť z kola na kolo rástla.

Na základe výsledkov zo všetkých etáp výskumu môžeme konštatovať, že činnosť motivátorov má významné uplatnenie na sociálnom trhu. Práca motivátorov je overeným prínosom pre osoby so zdravotným znevýhodnením pri zlepšení kvality ich života.

Túto skutočnosť potvrdzuje aj nasledujúca tabuľka spracovaná na základe podkladov od motivátorov, ktoré spracovávali bezprostredne po ukončení účasti klienta v projekte a boli priebežne overované odbornými garantmi v rámci kontroly spisovej dokumentácie klientov. Tabuľka je spracovaná za celkový počet 1147 klientov, s ktorými bola v čase finalizácie štúdie ukončená spolupráca.

Tabuľka č. 16: Hlavné prínosy projektu SME SI ROVNÍ pre jeho účastníkov

HLAVNÉ PRÍNOSY PROJEKTU PRE JEHO ÚČASTNÍKOV	POČET
Zlepšenie psychickej kondície	731
Zlepšenie fyzickej kondície	689
Zlepšenie v oblasti sociálnych kontaktov	614
Zvýšenie samostatnosti/zlepšenie sebaobslužnosti	502
Získanie príspevkov/kompenzácií	379
Získanie auta, vozíka, resp. inej pomôcky	336
Začatie športovej činnosti	324
Nájdenie inej vhodnej voľnočasovej aktivity (mimo športu)	205
Získanie osobného asistenta	122
Návrat k športovej činnosti	101
Debarierizácia bývania	100
Nájdenie zamestnania	82
Účasť na vzdelávacom kurze	37
Zmena zamestnania	25
Prihlásenie sa do autoškoly	17
Získanie pracovného asistenta	14
Začatie samostatnej zárobkovej činnosti	14
Návrat k formálnemu vzdelávaniu	7

Zdroj: Vlastné spracovanie na základe podkladov od motivátorov

Hlavné prínosy projektu pre jeho účastníkov z pohľadu motivátorov sú v tabuľke usporiadané podľa ich početnosti. Ako vidieť z tabuľky, medzi najčastejšie uvedené prínosy patria zlepšenie psychickej kondície; zlepšenie fyzickej kondície;

zlepšenie v oblasti sociálnych kontaktov; zvýšenie samostatnosti/zlepšenie sebaobslužnosti; získanie príspevkov/kompenzácií; získanie auta, vozíka, resp. inej pomôcky; začatie športovej činnosti či nájdenie inej vhodnej voľnočasovej aktivity (mimo športu). Tieto výsledky s malými obmenami v poradí korešpondujú s výsledkami dotazníkových prieskumov medzi OZP realizovaných v rokoch 2021 a 2022.

Ďalšie sledované prínosy sú zastúpené v nezanedbateľnej miere a pre tých, ktorí ich vďaka účasti v projekte získali, znamenajú nemalý prínos pre zvýšenie kvality ich života. Ide konkrétne o prínosy týkajúce sa uplatnenia na trhu práce. Vďaka projektu SME SI ROVNÍ sa z 1147 účastníkov projektu zahrnutých do vyššie uvedeného tabuľkového prehľadu podarilo nájsť zamestnanie celkom 82 účastníkom, ďalším 25 účastníkom sa podarilo zmeniť zamestnanie, 14 účastníkov začalo samostatnú zárobkovú činnosť a 14 účastníkov získalo pracovného asistenta. Okrem toho, viacerí získali z účasti v projekte prínosy, ktoré môžu zvýšiť ich šance uplatniť sa na trhu práce. Napríklad 37 účastníkov projektu sa zúčastnilo na nejakom vzdelávacom kurze, 17 sa prihlásilo do autoškoly, 7 sa vrátilo k formálnemu vzdelávaniu, 122 získalo osobného asistenta. Ako sme konštatovali vo vyhodnotení dotazníkového prieskumu medzi OZP za rok 2022, zlepšenie postavenia na pracovnom trhu vyžaduje postupné budovanie nielen pracovných, ale aj sociálnych, fyzických a psychických zručností, ako aj dlhšiu časovú perspektívu. Je pravdepodobné, že dlhodobým pôsobením projektu, ktorý ponúka pomoc v zlepšovaní týchto zručností, by sa ako výraznejší ukázal aj pozitívny efekt projektu na pracovné uplatnenie.

1. 4. 3

Zhodnotenie skupinovej formy pomoci overovanej v rámci projektu a jej dopadu na cieľovú skupinu

Aj keď skupinové aktivity organizované v rámci národného projektu SME SI ROVNÍ boli doplnkovou formou podpory, poradenstva a motivácie klientov projektu ku kľúčovej forme individuálnej pomoci, poradenstva a motivácie realizovanej motivátormi, v rámci štúdie sme sa zamerali aj na preskúmanie a štatistické vyhodnotenie ich reali-

zácii vrátane ich dopadu na účastníkov projektu. V tejto časti štúdie sa venujeme v prvom rade analyzovanej vzorke, následne samotnej analýze jednotlivých otázok, ktoré boli predmetom samostatného dotazníka určeného pre účastníkov skupinových aktivít. Znenie dotazníka je prílohou štúdie.

1. 4. 3. 1

Metodika, zber dát, výskumná vzorka

Zdrojom dát pre túto časť štúdie bol prieskum spokojnosti medzi účastníkmi skupinových aktivít realizovaný elektronicky dotazníkovou formou. Prieskum prebiehal v období apríl – máj 2023. Bolo ním oslovených celkom 98 účastníkov projektu, t. j. všetci, ktorí do 31. 3. 2023 absolvovali úspešne minimálne jednu skupinovú aktivitu, t. j. mali aspoň na jednej skupinovej aktivite účasť 50 % a viac, čo je podrobnejšie vysvetlené v podkapitole 1.3.2 štúdie.

Z 98 odoslaných dotazníkov sa vrátilo 61 vyplnených dotazníkov. Keďže návratnosť je viac ako 62 %, vzorka je dostatočne reprezentatívna. Výskumnej vzorke sa zvlášť venujeme v nasledujúcej časti podkapitoly.

Dotazník bol zložený celkovo zo 17 otázok. Na väčšinu otázok mal respondent možnosť odpovedať výberom z ponúknutých odpovedí, z ktorých si vyberal práve tú možnosť, ktorá mu najviac vyhovovala. V dotazníku sa nachádzali aj otvorené otázky, kde bolo možné uviesť odpoveď podľa inštrukcie uvedenej v otázke.

Prvé dve otázky mali demografický charakter, týkali sa pohlavia a veku a slúžili pre identifikovanie respondenta. Ďalšie otázky sa týkali identifikovania skupinových aktivít, ktoré respondenti absolvovali a formy ich absolvovania (prezenčná, dištančná, kombinovaná). Zaujímalo nás tiež, koľko skupinových aktivít respondent absolvoval.

Ďalšie otázky boli zamerané na samotnú efektivitu jednotlivých skupinových aktivít. Hlavným cieľom bolo zistiť, o ktoré skupinové aktivity bol najväčší záujem a do akej miery prispeli klientom k zlepšeniu života. Respondenti mali tiež možnosť uviesť, čo im ako účastníkom skupinovej aktivity chýbalo (formou otvorenej otázky). V prípade, že sa účastníci projektu nezúčastnili skupinovej aktivity v jej plnom rozsahu, zisťovali sme, čo boli hlavné dôvody neúčasti.

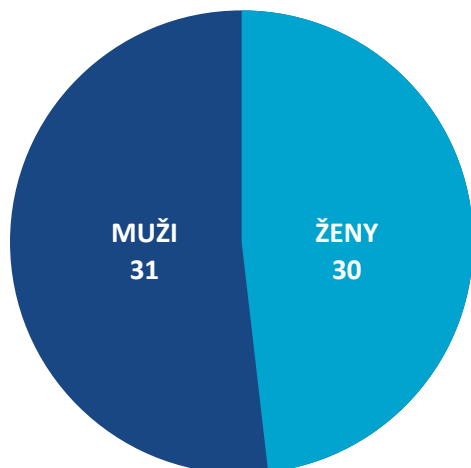
Do dotazníka sme zahrnuli aj otázky, ktoré majú prognostický charakter – otázky zamerané na ideálny stav (ideálny počet stretnutí online formou, ideálny počet stretnutí prezenčnou formou a ich frekvencia).

V závere dotazníka sa nachádzajú otázky, ktoré sú zamerané na kvalitatívne zhodnotenie prínosu skupinových aktivít pre ich účastníkov. Respondenti mali možnosť zhodnotiť, v ktorých oblastiach života vidia najväčší prínos skupinovej aktivity pre svoj život. Rovnako mali možnosť ohodnotiť celkový význam skupinových aktivít. Zaujímalo nás tiež, do akej miery by odporučili absolvovanie skupinovej aktivity niekomu inému, pretože odpovede na túto otázku predstavujú jeden z najsignifikantnejších ukazovateľov efektivity a účinnosti. V rámci poslednej otázky sme sa pokúsili zistiť možné iné témy, o ktoré by bol záujem zo strany respondentov.

Po ukončení zberu boli dáta kvantifikované za účelom spracovateľnosti štatistickými analýzami. Každá z uvedených odpovedí bola transformovaná do číselného kódu, ktorý bolo možné vyhodnotiť prostredníctvom štatistických programov.

Spracovanie dát do formy štatisticky presných, ale zároveň zmysluplných výsledkov vyžadovalo vhodnú syntetizáciu zistení. Syntetizácia zistení a ich správna interpretácia záviseli nielen od znalosti štatistických postupov. Je pri nich potrebná aj dôsledná znalosť skúmanej vzorky a potrieb projektu, v rámci ktorého bol výskum realizovaný. V poslednej fáze vyhodnocovania prešli zistenia štandardným postupom kontroly dát a spätného prepočítania získaných hodnôt. Na účely vyhodnotenia dát boli použité štatistické programy IBM SPSS verzia 26 (Statistical Product and Service Solutions) a JAMOVI verzia 2.2.5. Program IBM SPSS verzia 26 bol využitý pri vytváraní základného datasetu a pri analýze frekvencií. Program JAMOVI slúžil na použitie pokročilejších štatistických metód. Grafy poskytujúce vizuálnu interpretáciu zistení boli dizajnované v aplikácii Datawrapper.

Predmetný dotazník na hodnotenie spokojnosti respondentov v rámci národného projektu SME SI ROVNÍ bol vyplnený respondentmi participujúcimi na skupinových aktivitách, ktorí tvorili výskumnú vzorku. Základný profil respondentov prezentujú graf č. 15 a tabuľka č. 17, ktoré popisujú ich demografické charakteristiky – pohlavie a vek.

Graf č. 15: Rozloženie respondentov podľa pohlavia

Zdroj: Vlastné spracovanie

V grafe č. 15 je zobrazené zastúpenie oboch pohlaví medzi respondentmi. Je zjavné, že obe pohlavia sú zastúpené rovnomerne, čo umožňuje špecifikovať zistenia na jednotlivé pohlavia.

Z hľadiska vekovej štruktúry, priemerný vek respondentov predstavoval 42,2 rokov. V tabuľke

sú poskytnuté základné informácie týkajúce sa vekovej štruktúry výskumnej vzorky.

Tabuľka č. 17: Veková štruktúra respondentov dotazníka

Priemerný vek	42,2 rokov
Priemerný vek u mužov	41,8 rokov
Priemerný vek u žien	42,7 rokov
Najmladší respondent	21 rokov
Najstarší respondent	71 rokov

Zdroj: Vlastné spracovanie

Z uvedených dát vyplýva, že vzorka reprezentuje širokú paletu respondentov rôznych vekových skupín.

V nasledujúcej časti štúdie prezentujeme výsledky analýzy jednotlivých položiek dotazníka, ktoré vyjadrujú spokojnosť respondentov, ako aj samotnú efektívnosť skupinových aktivít.

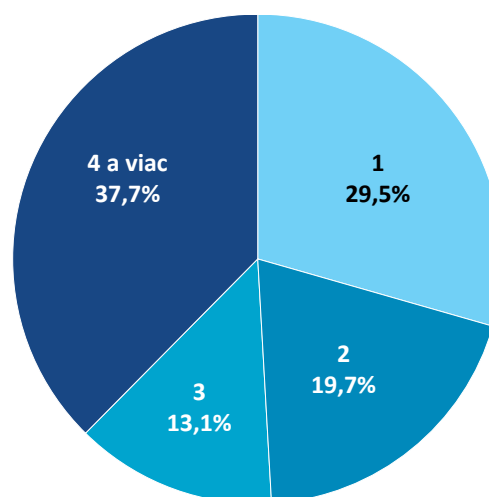
1. 4. 3. 2

Výsledky analýzy realizovaných skupinových aktivít

Obsahom tejto podkapitoly sú výsledky frekvenčnej, kvantitatívnej a kvalitatívnej analýzy absolvovaných skupinových aktivít vrátane výziev v oblasti zlepšenia skupinových aktivít a navrhovaných tém.

Frekvenčná analýza absolvovaných skupinových aktivít

Nasledujúca sekcia je venovaná výsledkom vyhodnotenia položiek č. 3 a 5 dotazníka, ktoré boli zamerané na absolvovanie jednotlivých skupinových aktivít. **Položka č. 3** dotazníka sledovala, koľko skupinových aktivít počas účasti v projekte respondenti absolvovali. Rozloženie odpovedí je prezentované v grafe č. 16.

Graf č. 16: Podiel množstva absolvovaných skupinových aktivít u respondentov

Zdroj: Vlastné spracovanie

Z rozložení odpovedí na položku č. 3 vyplýva, že prevažná časť respondentov (37,7 %) absolvovala 4 a viac skupinových aktivít počas svojej účasti v projekte (k termínu 31.3.2023). Výsledky naznačujú, že klienti, ktorí úspešne absolvovali skupino-

vú aktivitu, boli spokojní a motivovaní sa zúčastniť ďalšej aktivity.

Pri nasledujúcej **položke dotazníka (č. 4)** mohli respondenti špecifikovať, ktoré konkrétne témy v rámci skupinových aktivít absolvovali. Účasť na konkrétnych témach skupinových aktivít je uvedená v nižšie uvedenej tabuľke č. 18. Jednotlivé témy skupinových aktivít sú v nej zoradené podľa percenta zúčastnených respondentov od najvyššieho po najnižšie.

Tabuľka č. 18: Frekvencia účasti na jednotlivých skupinových aktivitách

Témy skupinových aktivít	Percento zúčastnených respondentov
Zdravý životný štýl a zdravá životospráva pre osoby so zdravotným znevýhodnením / Zmeň svoj život pomocou pohybu a poznaj zákonitosti zdravej výživy / Pohyb a zdravá výživa v živote človeka so zdravotným znevýhodnením	47,5 %
Životné podmienky a práva osôb so zdravotným znevýhodnením/Legislatívna podpora osôb so zdravotným znevýhodnením	39,3 %
Fyzická aktivita u osôb so zdravotným postihnutím	37,7 %
Zdravá výživa u osôb so zdravotným postihnutím	37,7 %
Novinky v legislatíve pre osoby so zdravotným postihnutím a efektívna komunikácia s inštitúciami	31,1 %
Efektívna komunikácia u ľudí so zdravotným znevýhodnením	26,2 %
Hľadanie pracovného uplatnenia po úraze/chorobe	26,2 %
Muzikoterapia/arteterapia	23,0 %
IKT pre osoby s rôznymi druhmi zdravotného znevýhodnenia	21,3 %
Prevencia rán a ich ošetrovanie u osôb so zdravotným postihnutím	14,8 %

Bezpečnosť na internete, sociálne siete, elektronická komunikácia, online marketing	13,1 %
Ako byť šťastný a úspešný v živote - psychológia na každý deň	9,8 %

Zdroj: Vlastné spracovanie

Z prehľadu prezentovaného v tabuľke č. 18 vyplýva, že najväčšiu mieru absolvovania v rámci skupinových aktivít mali témy zastúpené v bloku “Zdravý životný štýl a zdravá životospráva pre osoby so zdravotným znevýhodnením/Zmeň svoj život pomocou pohybu a poznaj zákonitosti zdravej výživy/Pohyb a zdravá výživa v živote človeka so zdravotným znevýhodnením”. Boli realizované v uvedenej kombinácii, resp. aj ako samostatné aktivity zamerané špecificky buď na fyzickú aktivitu, alebo na zdravú výživu. Z uvedených výsledkov sa javí, že kľúčovým záujmom osôb so zdravotným znevýhodnením je mobilizácia telesnej aktivity a úprava stravovacích návykov, čo sa v prípade telesného postihnutia javí ako úplne prirodzené. Druhou veľmi frekventovanou témou bola téma zameraná na legislatívu týkajúcu sa OZP realizovaná pod jedným z nasledovných názvov: Životné podmienky a práva osôb so zdravotným znevýhodnením/Legislatívna podpora osôb so zdravotným znevýhodnením, resp. aj ako kombinovaná skupinová aktivita s témou zameranou na komunikačné zručnosti pod názvom: Novinky v legislatíve pre osoby so zdravotným postihnutím a efektívna komunikácia s inštitúciami.

Na druhej strane, najnižšiu mieru participácie mala téma “Ako byť šťastný a úspešný v živote – psychológia na každý deň”. Táto téma bola v rámci skupinových aktivít ponúknutá účastníkom projektu ako prvá a nakoľko zo strany účastníkov bol o ňu minimálny záujem, bola realizovaná len raz. Môžeme predpokladať, že jednou z možných príčin môže byť nedôvera v praktickosť psychologických poznatkov alebo slabá informovanosť účastníkov.

Pri hodnotení záujmu účastníkov projektu o jednotlivé témy skupinových aktivít však treba vziať do úvahy aj skutočnosť, že uvedené témy boli účastníkom projektu ponúkané priebežne počas celej realizácie projektu. To znamená, že účastník projektu si mohol vybrať len z tých tém skupinových aktivít, ktoré prebiehali v čase jeho účasti v projekte.

Položka č. 5 dotazníka sa zameriavala na to, ktoré formy skupinových aktivít boli najnavštevovanejšie. Tieto informácie sú prezentované v tabuľke č. 19.

Tabuľka č. 19: Podiel formy, akou boli skupinové aktivity realizované

Forma skupinových aktivít	Percento zúčastnených respondentov
Prezenčná forma	23,0 %
Online forma	75,4 %
Kombinovaná forma	24,6 %

Zdroj: Vlastné spracovanie

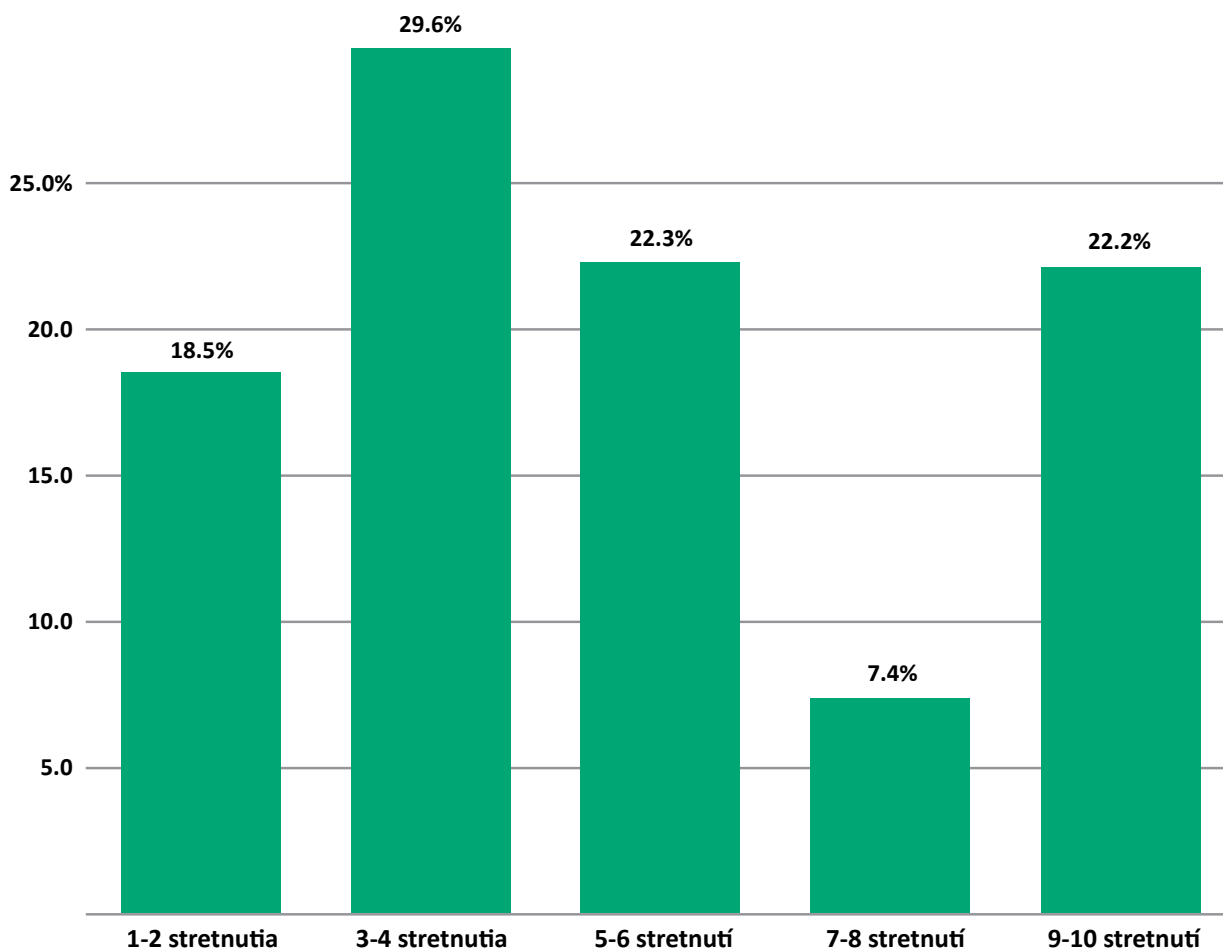
Na základe výsledkov prezentovaných v tabuľke č. 19 usudzujeme, že najčastejšie navštevovanou formou skupinových aktivít bola online forma. Tento výsledok neprekvapuje, keďže väčšina skupinových aktivít bola realizovaná online formou. Hlavným dôvodom bola dlhotrvajúca pandemická situácia spôsobená šírením COVID-19, ktorá pretrvávala takmer počas celej realizácie projektu. Akonáhle bolo možné realizovať skupinové aktivity prezenčnou formou, prijímateľ pristúpil aj k tejto forme realizácie, bol však o ňu podstatne nižší záujem. Dôvodom boli rôzne druhy zdravotného postihnutia klientov projektu, pri ktorých sa online forma dá považovať za najprístupnejšiu a najbezbariérovejšiu. Domnievame sa, že ďalším významným dôvodom bola skutočnosť, že si účast-

níci skupinových aktivít počas relatívne dlhého a náročného obdobia pandemickej situácie zvykli na online formu komunikácie, pričom zistili, že je to z rôznych hľadísk nenáročný spôsob, ako byť v kontakte s inými, zdieľať s nimi a rozširovať svoje znalosti. Nezanedbateľným dôvodom boli tiež obavy o zdravie a jeho ohrozenie v prípade výskytu COVID-19 v ich blízkosti, ktoré pretrvávali aj po oficiálnom vyhlásení WHO o ukončení pandemickej situácie. Tie boli o to väčšie, že ide o ľudí so zdravotným znevýhodnením, ktorí predstavujú jednu z najrizikovejších skupín obyvateľstva. Napriek tomu považujeme za potrebné zdôrazniť význam osobných stretnutí a osobnej realizácie skupinových aktivít. Osobné stretnutia oveľa výraznejšie podporujú sociálnu dynamiku ako dištančné, čo potvrdilo práve obdobie pandemickej situácie.

Kvantitatívna analýza preferovaného spôsobu realizovania skupinových aktivít

Nasledujúca sekcia zahŕňa položky dotazníka zaoberajúce sa hodnoteniami, preferenciami a predstavami OZP ohľadom skupinových aktivít realizovaných v rámci projektu SME SI ROVNÍ. V grafe č. 17 sú prezentované výsledky preferencií ohľadom počtu stretnutí realizovaných osobnou formou. Pre tieto účely bola analyzovaná **položka č. 10: „Aký celkový počet stretnutí v rámci prezenčnej skupinovej aktivity (realizovanej osobnou formou) je pre Vás najpriateľnejší?“**

Graf č. 17: Podiel preferencie počtu stretnutí osobnou (prezenčnou) formou



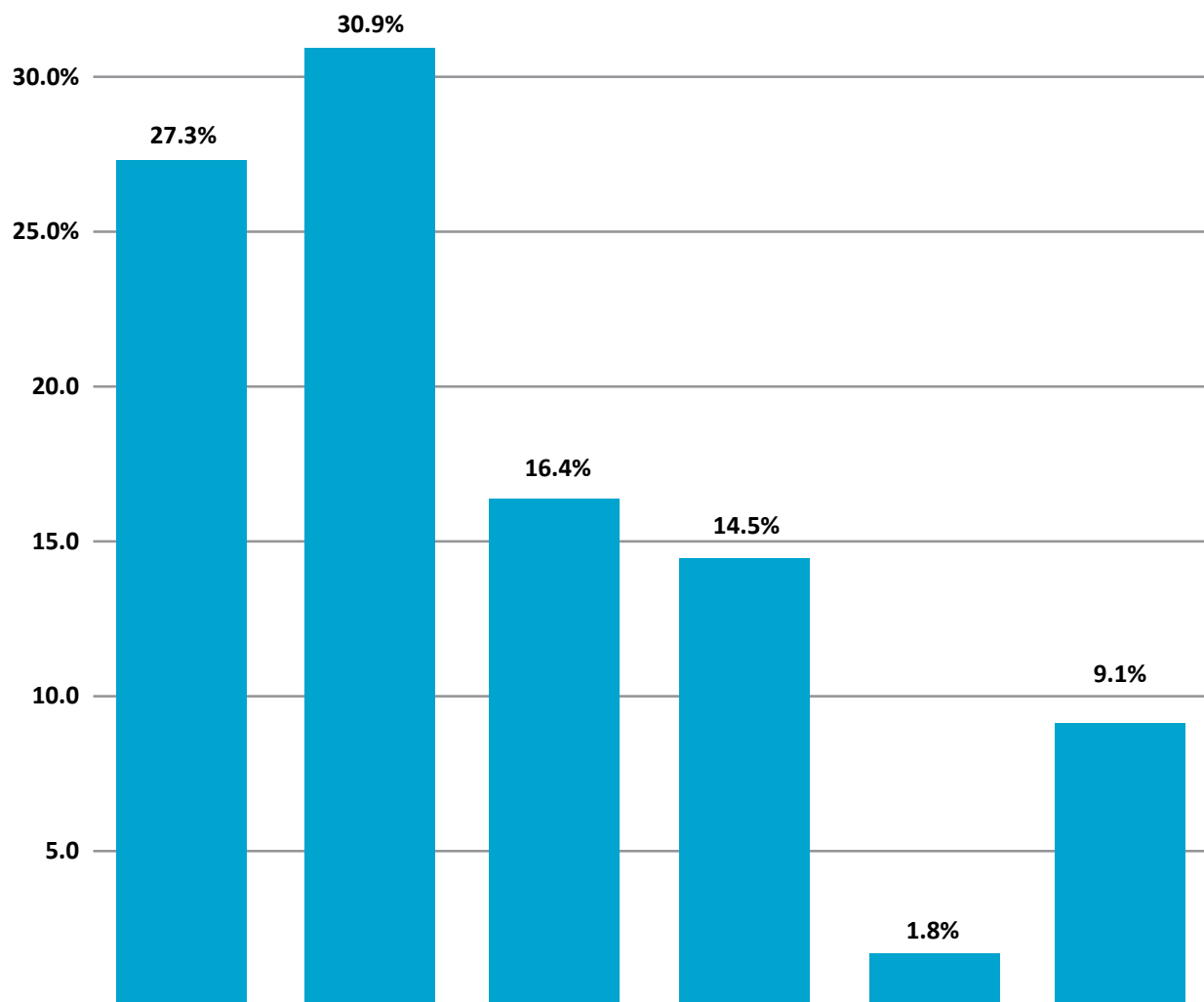
Zdroj: Vlastné spracovanie

Graf č. 17 ukazuje, že 29,6 % opýtaných respondentov preferuje v osobnej forme 3 až 4 stretnutia, čo pri celkovom rozsahu možných odpovedí predstavuje druhý najnižší počet stretnutí. Takáto preferencia naznačuje, že v osobnej forme respondenti preferujú skôr nižší počet stretnutí. Dôvodov môže byť niekoľko: možná obava z neznámych ľudí, hanblivosť či ťažkosti pri mobilite, prípadne obavy z prenosu infekčných ochorení ako pozostatok covidovej doby. Najvyššia preferencia 3 až 4 stretnutí potvrdila vhodnosť aktuálneho nastavenia prezenčných skupinových aktivít, ku ktorému sa dospelo zo skúseností s realizáciou tejto formy skupinovej aktivity. Ako vhodný počet stretnutí sa z pohľadu respondentov aj z pohľadu spracovateľa štúdie javí aj počet 5 – 6 stretnutí, príp. 1 – 2 stretnutia. Pri počte 1 – 2 stretnutia by bolo možné s účastníkmi vzájomne zdieľať aspoň kľúčové informácie týkajúce sa konkrétnej odbornej témy, pričom tohto počtu stretnutí by sa reálne mohli zúčastniť aj účastníci projektu, ktorí o prezenčné skupinové aktivity nejavili záujem, pretože ich z dôvodu zdravotného stavu odrádzala celková hodinová výmera skupinovej aktivity. Zároveň by

to umožnilo aj týmto účastníkom projektu zažiť skupinovú formu pomoci. Prekvapivým výsledkom prieskumu je, že až 22,2 % respondentov uviedlo, že najpriateľnejší počet stretnutí v rámci skupinovej aktivity je pre nich 9 – 10 stretnutí. Skúsenosti s prípravou a organizáciou skupinových aktivít vyvolávajú dojem, že respondenti, ktorí túto možnosť zaškrtili, sa buď nikdy nezúčastnili prezenčnej skupinovej aktivity a nemajú predstavu napríklad o tom, že sa na miesto jej konania musia sami prepraviť a pod. Na druhej strane, možné je aj to, že túto možnosť zaškrtili (aj) účastníci, ktorí sa prezenčných skupinových aktivít zúčastnili, boli mimoriadne spokojní a mali by záujem o podstatne väčší počet takých stretnutí v rámci skupinovej aktivity.

Rovnako ako preferencia počtu stretnutí prezenčnou formou nás zaujímala aj preferencia počtu stretnutí online (dištančnou) formou. Pre tieto účely bola analyzovaná položka č. 11 dotazníka: „Aký celkový počet stretnutí v rámci online skupinovej aktivity je pre Vás najpriateľnejší?“ Výsledky sú zobrazené v grafe č. 18.

Graf č. 18: Podiel preferencie počtu stretnutí online (dištančnou) formou



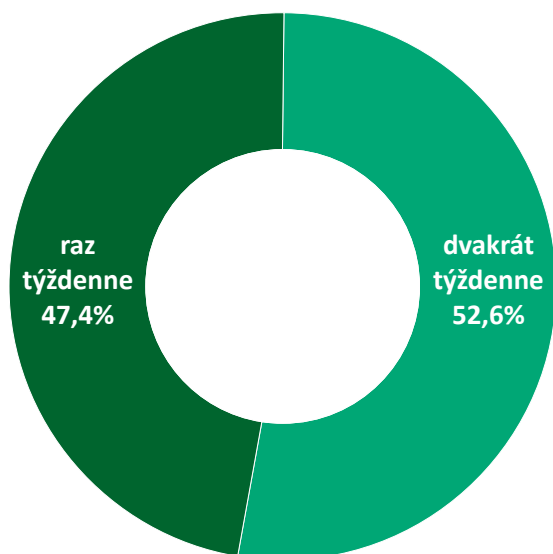
Zdroj: Vlastné spracovanie

Na základe výsledkov prezentovaných v grafe č. 18 môžeme konštatovať, že v rámci online formy sú respondenti ochotní participovať na vyššom počte stretnutí v porovnaní s prezenčnou formou. Avšak v ponúkanom rozpätí sa odpovede väčšinou pohybujú v nižšom počte stretnutí, čo nám môže indikovať potrebu plánovať aktivity s nižším počtom stretnutí. Výsledky prieskumu zároveň potvrdzujú vhodnosť zrealizovanej optimalizácie hodinovej výmery skupinových aktivít, ktorá bola počas realizácie projektu upravená z pôvodnej výmery 45 hodín na výmeru 16 – 45 hodín. Pôvodná, 45 - hodinová výmera sa pri realizácii prvých skupinových aktivít ukázala ako predimenzovaná najmä vzhľadom na zdravotný stav účastníkov projektu, ako aj z dôvodu dobrovoľnosti ich účasti na skupinových aktivitách. Po schválení tejto zmeny riadiacim orgánom sa skupinové aktivity realizovali prevažne v rozsahu 16 hodín, max. 24 hodín (pričom dĺžka jednotlivých stretnutí bola zvyčajne

2 hodiny), čo zodpovedá väčšinovej preferencii zo strany respondentov.

V rámci prieskumu sme zisťovali aj preferovaný interval medzi stretnutiami v rámci jednej skupinovej aktivity. Ako prvej sme sa venovali online forme. Pre tieto účely bola analyzovaná položka č. 12 dotazníka: „*Aká týždňová frekvencia rovnakej skupinovej aktivity realizovanej online formou je pre Vás najpriateľnejšia?*“. Respondenti mali možnosť vybrať si z dvoch ponúkaných odpovedí, alebo napísať vlastný variant. Výsledky prezentujeme v grafe č. 19.

Graf č. 19: Podiel preferencie týždňovej frekvencie stretnutí online (dištančnou) formou

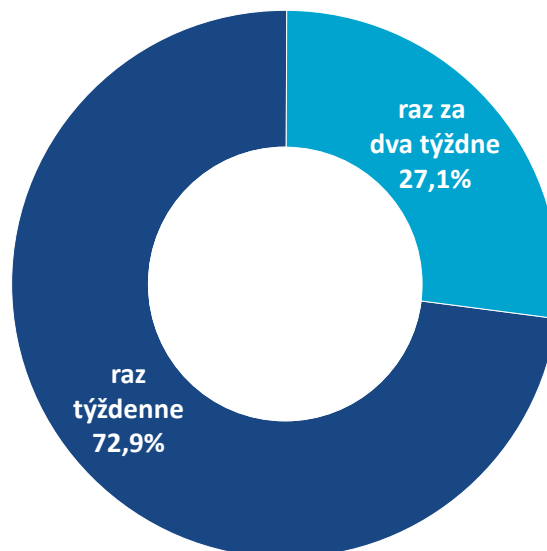


Zdroj: Vlastné spracovanie

Na základe pomeru prezentovaného v grafe č. 19 vidíme, že rozdiel medzi týmito preferenciami nie je markantný. Len jeden respondent využil možnosť uvedenia vlastného variantu odpovede, pričom napísal, že najpriateľnejšia frekvencia online stretnutí je pre neho raz mesačne. Z hľadiska praktickej realizácie skupinových aktivít v rámci projektu, výsledok prieskumu v tejto oblasti takisto potvrdil vhodnosť nastavenia intervalu medzi stretnutiami realizovanými dištančnou formou. Väčšina skupinových aktivít bola realizovaná s frekvenciou stretnutí jedenkrát týždenne, niektoré s frekvenciou dvakrát týždenne. Uvedené nastavenie súviselo s možnosťami a disponibilitou facilitátorov. Ďalšou dôležitou skutočnosťou, na ktorú bolo pri plánovaní skupinových aktivít nutné prihliadať, bolo, že v rovnakom období prebiehalo niekoľko skupinových aktivít, pričom niektorí účastníci projektu mali záujem zúčastniť sa aj inej skupinovej aktivity. Z tohto dôvodu bolo nutné zabezpečiť jednak ich vzájomné neprekrývanie sa, ako aj optimalizovať počet hodín skupinových aktivít v rámci jedného týždňa.

Podobne sme analyzovali aj preferovaný interval v rámci jednej skupinovej aktivity realizovanej prezenčnou formou. Pre tieto účely bola analyzovaná položka č. 13 dotazníka: „**Aká frekvencia rovnakej skupinovej aktivity realizovanej osobnou formou v konkrétnom centre včasnej pomoci je pre Vás najpriateľnejšia?**“. Respondenti mali na výber dve odpovede alebo mohli napísať vlastný variant. Výsledky sú prezentované v grafe č. 20.

Graf č. 20: Podiel preferencie frekvencie stretnutí osobnou (prezenčnou) formou



Zdroj: Vlastné spracovanie

V grafe vyššie je zobrazené zastúpenie odpovedí na položku č. 13 dotazníka. Ako vidíme, podstatne výraznejšie je zastúpená preferencia mať osobné stretnutia v rámci skupinovej aktivity raz týždenne, oproti druhej možnosti, ktorá bola raz za 2 týždne. Okrajovo boli uvedené aj vlastné, doplnené frekvencie, konkrétne v troch prípadoch, podľa ktorých by respondenti preferovali frekvenciu jeden až dvakrát mesačne. Frekvencia dvakrát mesačne v podstate zodpovedá frekvencii raz za dva týždne, ktorá bola uvedená v rámci ponúkaných odpovedí.

Z hľadiska praktickej realizácie, stretnutia v rámci prezenčných skupinových aktivít boli plánované obvykle s frekvenciou raz za dva týždne, príp. raz týždenne, čo zodpovedá preferenciám respondentov s tým, že výsledky prieskumu sú zároveň signálom a povzbudením k tomu, že v prípade, ak by sa podobný projekt realizoval aj v budúcnosti, je možné plánovať väčšinu prezenčných skupinových aktivít s týždennou frekvenciou stretnutí. Pritom je nutné naďalej prihliadať aj na možnosti a disponibilitu facilitátorov.

Z porovnania s výsledkami analýzy týkajúcej sa preferovanej frekvencie stretnutí pri online skupinových aktivitách sa javí, že sa opakuje trend preferencie online formy, ktorú sú respondenti zároveň ochotní navštevovať vo vyššej frekvencii v porovnaní s osobnou formou.

Kvalitatívna analýza spokojnosti a efektivity skupinových aktivít – prínosy, význam, spokojnosť

V nasledujúcej časti sa zameriavame jednak na kvalitatívne zhodnotenie spokojnosti účastníkov skupinových aktivít, ako aj na vyhodnotenie ich efektivity a účinnosti. V prvom rade sa venujeme prínosom, významu a samotnej spokojnosti, čím zároveň preverujeme efektívnosť a účinnosť. V druhej časti sa venujeme možným výzvam a možnostiam vylepšenia skupinových aktivít z pohľadu respondentov.

Do tejto oblasti spadajú položky č. 6, č. 7, č. 14, č. 15 a č. 16 z dotazníka, ktorý je prílohou štúdie.

V prvej časti kvalitatívnej analýzy sme skúmali prínos jednotlivých tém skupinových aktivít pre respondentov. Pre tieto účely bola analyzovaná položka č. 6: „*Ktorá alebo ktoré z Vami absolvovaných skupinových aktivít boli pre Vás osobne najprínosnejšie?*“. Respondenti si mali možnosť vybrať maximálne 4 možnosti z uvedeného zoznamu skupinových aktivít. V nasledujúcej tabuľke č. 20 sú uvedené percentuálne podiely jednotlivých tém.

Tabuľka č. 20: Podiel prínosu jednotlivých tém pre respondentov

Témy skupinových aktivít	Percento označenia ako „prínosná“
Zdravý životný štýl a zdravá životospráva pre osoby so zdravotným znevýhodnením / Zmeň svoj život pomocou pohybu a poznaj zákonitosti zdravej výživy / Pohyb a zdravá výživa v živote človeka so zdravotným znevýhodnením	42,6 %
Fyzická aktivita u osôb so zdravotným postihnutím	29,5 %
Životné podmienky a práva osôb so zdravotným znevýhodnením/Legislatívna podpora osôb so zdravotným znevýhodnením	26,2 %
Zdravá výživa u osôb so zdravotným postihnutím	24,6 %

Novinky v legislatíve pre osoby so zdravotným postihnutím a efektívna komunikácia s inštitúciami	21,3 %
IKT pre osoby s rôznymi druhmi zdravotného znevýhodnenia	18,0 %
Efektívna komunikácia u ľudí so zdravotným znevýhodnením	16,4 %
Hľadanie pracovného uplatnenia po úraze/chorobe	16,4 %
Muzikoterapia/arteterapia	11,5 %
Prevenčia rán a ich ošetrovanie u osôb so zdravotným postihnutím	8,2 %
Ako byť šťastný a úspešný v živote – psychológia na každý deň	6,6 %
Bezpečnosť na internete, sociálne siete, elektronická komunikácia, online marketing	4,9 %

Zdroj: Vlastné spracovanie

Na základe výsledkov prezentovaných v uvedenej tabuľke usudzujeme, že skupinové aktivity spadajúce pod tému zdravého životného štýlu, zdravej výživy a pohybu patrili z pohľadu respondentov k najprínosnejším. Keďže v predchádzajúcej sekcii (položka č. 4) bola táto téma označená za najviac absolvovanú, zdá sa, že respondenti prieskumu mali značný záujem o tento okruh tém. Aj frekvencia návštevnosti aktivity potvrdzuje jej prínosné výsledky. Prirodzene sa ukázalo, že témy s vyššou frekvenciou návštevnosti majú vyšší prínos pre ich účastníkov. Na jednej strane to môže slúžiť ako informácia o nosných témach pre OZP, na strane druhej ako výzva k preskúmaniu tém, ktoré sa ocitli na opačnom konci rebríčka. Napríklad k ich preskúmaniu z hľadiska ich frekvencie v ponuke skupinových aktivít pre účastníkov projektu a pod. Súčasne môžeme konštatovať, že rozdielovou štatistikou sa potvrdila efektívnosť skupinových aktivít pri všetkých témach.

Z pohľadu praktickej realizácie skupinových aktivít, skupinové aktivity s vyšším podielom účasti (vyhodnotenie položky č. 4 dotazníka), ktoré sú zároveň respondentmi označené ako najprínosnejšie (vyhodnotenie položky č. 6 dotazníka), boli v rámci projektu organizované častejšie. To súviselo v prvom rade so záujmom účastníkov projektu o dané témy. Ďalším dôvodom je, že skupinové aktivity

realizované v rámci projektu mali nielen motivačnú, ale aj informačnú a osvetovú funkciu, preto požiadavkou na facilitátorov bola aj odbornosť v oblasti danej témy. Z tohto dôvodu pri plánovaní tém skupinových aktivít bolo nutné prihliadať aj na dostupnosť facilitátorov. Niektoré témy (najmä posledné tri uvedené v tabuľke vyššie) ostali zdanlivo v úzadí. Príčinou je najmä to, že buď nebol dopyt po ich opakovaní, resp. nebol dostatočný na to, aby opätovná realizácia skupinovej aktivity samostatne na danú tému bola efektívna. Z tohto dôvodu bola daná téma napríklad zahrnutá do inej témy skupinovej aktivity. Ako príklad uvádzame tému „Prevencia rán a ich ošetrovanie u osôb so zdravotným postihnutím“, ktorá bola v skrátrenom rozsahu zahrnutá do témy skupinovej aktivity s názvom: „Pohyb a zdravá výživa ako prevencia možných komplikácií v živote človeka so zdravotným znevýhodnením“ realizovanej v mesiacoch máj – jún 2023.

V položke č. 7 dotazníka mohli respondenti vyjadriť mieru spokojnosti so skupinovými aktivitami. Konkrétne znenie položky bolo nasledovné: **„Na škále vyjadrite, do akej miery boli pre Vás prínosné stretnutia počas skupinových aktivít a informácie, ktoré ste si na nich navzájom zdieľali“**. Odpovede boli zaznamenané na škále od 1 do 10, kde hodnota 1 predstavovala malý alebo žiadny prínos, hodnota 10 vyjadrovala mimoriadny prínos. Tieto výsledky sú prezentované v tabuľke č. 21.

Tabuľka č. 21: Priemerné hodnoty prínosu skupinových aktivít

Priemer	8,57
Priemer u mužov	8,42
Priemer u žien	8,73
Priemer pri absolvovaní 1 skupinovej aktivity	7,72
Priemer pri absolvovaní 2 skupinových aktivít	9,58
Priemer pri absolvovaní 3 skupinových aktivít	7,88
Priemer pri absolvovaní 4 a viac skupinových aktivít	8,96

Zdroj: Vlastné spracovanie

Z údajov prezentovaných v tabuľke č. 21 sú vidi-

teľné minimálne rozdiely medzi pohlaviami v hodnotení prínosu skupinových aktivít (bez štatisticky významného rozdielu). Takisto je zaznamenaný mierne pozitívny nárast v hodnotení, pokiaľ sa respondent zúčastnil viacerých skupinových aktivít. Takýto trend by mohol indikovať, že respondenti boli spokojnejší, pokiaľ absolvovali viac skupinových aktivít, ale efekt nie je dostatočne výrazný. Na druhej strane, už samotné absolvovanie viacerých skupinových aktivít (spravidla na rôzne témy) indikuje spokojnosť účastníka so skupinovými aktivitami. Prirodzene, väčší počet absolvovaných skupinových aktivít na rôzne témy zohráva súčasne významnú úlohu aj pri získavaní prínosných informácií.

Kým položka č. 7 dotazníka sa zameriavala na všeobecný prínos skupinových aktivít pre ich účastníkov, prostredníctvom **položky č. 14**, ktorá znela: **„Čo Vám priniesla účasť na skupinových aktivitách?“**, sme sa chceli dozvedieť, čo respondenti vnímajú ako konkrétne prínosy týchto aktivít pre ich život. Respondenti mali možnosť vyjadriť tento prínos buď slovne, alebo si vybrať z ponúknutých 12 možností, pričom bolo možné zaškrtnúť viacero odpovedí. Jednotlivé kategórie ponúknutých odpovedí a ich zastúpenie v rámci výskumnej vzorky prezentujeme v tabuľke č. 22.

Tabuľka č. 22: Podiel prínosu skupinových aktivít pre respondentov

Prínos	Percento respondentov, ktorí označili daný prínos
nové poznatky	85,2 %
možnosť tráviť čas s inými ľuďmi	52,5 %
nové kontakty	45,9 %
sebapoznanie	42,6 %
sebarozvoj	41,0 %
osvojenie si niektorých spôsobov vyrovnania sa so stresom, riešenia náročných situácií a pod.	34,4 %
pozitívne praktické zmeny v živote (v oblasti pohybu, životosprávy, komunikácie...)	34,4 %

osvojenie si nových zručností (v oblasti IKT, v oblasti komunikácie, pri hľadaní zamestnania...)	29,5 %
sebarealizácia	29,5 %
uvoľnenie/relaxácia	23,0 %
chuť do života	21,3 %
zlepšenie funkčných schopností (napr. pamäť, pozornosť, vnímanie, motorika, reč...)	18,0 %

Zdroj: Vlastné spracovanie

Z rozloženia odpovedí v tabuľke vyplýva, že najprínosnejšie pre respondentov boli skupinové aktivity z hľadiska nových poznatkov. Ako druhý najvýznamnejší prínos respondenti označili možnosť tráviť čas s inými ľuďmi a ako tretí prínos s týmto súvisiace získanie nových kontaktov. Takmer polovica respondentov označila ako prínosy skupinových aktivít aj sebaopoznanie a sebarozvoj a približne tretina osvojenie si niektorých spôsobov vyrovnania sa so stresom či riešenia náročných situácií a pod., ako aj pozitívne praktické zmeny v živote (v oblasti pohybu, životosprávy, komunikácie...). Na opačnom konci sa umiestnilo zlepšenie funkčných schopností. Percento respondentov, ktorí zaškrtili túto možnosť, je však aj napriek tomu, že je najnižšie, relatívne vysoké, pretože to znamená, že takmer pätina respondentov, ktorí sa zapojili do prieskumu, zaznamenala prínos skupinových aktivít aj v tejto oblasti. Túto oblasť možno považovať za sekundárnu, avšak vychádzajúc z charakteru a spôsobu realizácie skupinových aktivít je prirodzené, že časť ich účastníkov zaznamenala prínos skupinových aktivít aj v oblasti zlepšenia funkčných schopností.

Pomocou **položky č. 15** dotazníka sme zisťovali celkový význam skupinových aktivít pre ich účastníkov, tentokrát v podobe škály odpovedí. Na tejto škále mohli respondenti vyjadriť odpoveď na otázku: „**Ohodnoťte na stupnici od 1 do 10 význam skupinových aktivít pre Vás organizovaných v rámci projektu SME SI ROVNÍ**“, pričom hodnota 1 predstavovala žiadny prínos a hodnota 10 veľmi veľký prínos. Priemerné hodnoty odpovedí sú uvedené v tabuľke č. 23.

Tabuľka č. 23: Priemerné hodnoty miery celkovej významnosti skupinových aktivít vo vybraných kategóriách

Priemer	8,52
Priemer u mužov	8,39
Priemer u žien	8,67
Priemer pri absolvovaní 1 skupinovej aktivity	8,00
Priemer pri absolvovaní 2 skupinových aktivít	8,92
Priemer pri absolvovaní 3 skupinových aktivít	8,13
Priemer pri absolvovaní 4 a viac skupinových aktivít	8,87

Zdroj: Vlastné spracovanie

Na základe údajov v tejto tabuľke môžeme konštatovať, že význam skupinových aktivít bol respondentmi hodnotený veľmi pozitívne, bez ohľadu na pohlavie alebo počet absolvovaných skupinových aktivít. Medzi jednotlivými kategóriami respondentov uvedenými v tabuľke vyššie neboli zistené významné štatistické rozdiely. Priemerné hodnoty v jednotlivých kategóriách sú veľmi podobné priemerným hodnotám v rovnakých kategóriách zaznamenaným v rámci vyhodnotenia položky č. 7 dotazníka. Možno to považovať za prirodzené, nakoľko vnímanie významu je úzko naviazané na vnímanie prínosu. V skutočnosti približne rovnaké priemerné hodnoty odpovedí na obidve položky dotazníka (č. 7 a č. 15) potvrdili užitočnosť realizácie týchto aktivít pre účastníkov projektu.

V rámci **položky č. 16** sme zisťovali mieru, do akej by respondenti odporučili absolvovanie skupinovej aktivity niekomu inému. Položka č. 16 znela nasledovne: „**Na škále uveďte, do akej miery by ste odporučili niekomu inému absolvovanie skupinovej aktivity v rámci projektu SME SI ROVNÍ**“. Takisto ako v predchádzajúcej položke, škála mala rozpätie od 1 do 10, pričom hodnota 1 predstavovala „vôbec by som neodporučil“ a hodnota 10 „veľmi by som odporučil“. Priemerné hodnoty odpovedí sú uvedené v tabuľke č. 24.

Tabuľka č. 24: Priemerné hodnoty miery, akou by respondent odporučil absolvovanie skupinovej aktivity niekomu inému

Priemer	9,00
Priemer u mužov	8,71
Priemer u žien	9,30
Priemer pri absolvovaní 1 skupinovej aktivity	8,06
Priemer pri absolvovaní 2 skupinových aktivít	9,83
Priemer pri absolvovaní 3 skupinových aktivít	8,63
Priemer pri absolvovaní 4 a viac skupinových aktivít	9,43

Zdroj: Vlastné spracovanie

Podľa hodnôt zobrazených v tabuľke č. 24 konštatujeme ešte výraznejšie zastúpenie veľmi pozitívnych vyjadrení k možnosti odporúčania skupinových aktivít (v porovnaní s položkami č. 7 a 15). Na základe uvedených dát usudzujeme, že je vysoký predpoklad odporúčania skupinových aktivít zo strany ich účastníkov iným osobám so zdravotným znevýhodnením. Výsledky opätovne potvrdzujú ich pozitívny význam a účinnosť ich realizácie v rámci projektu SME SI ROVNÍ.

Výzvy a oblasti zlepšenia

V rámci realizovaného prieskumu nás zaujímali aj oblasti možných výziev a oblasti, v ktorých respondenti vidia najväčší potenciál pre možné zlepšenia. Do tejto sekcie sme zaradili položky dotazníka č. 8 a č. 9.

Položka č. 8 bola formulovaná nasledovne: „**Čo Vám pri stretnutiach na skupinových aktivitách chýbalo?**“. Išlo o otvorenú otázku, bez ponúknuťých možností. Odpovedalo na ňu celkom 35 respondentov, čo je viac ako polovica respondentov,

ktorí sa zúčastnili prieskumu. Keďže prieskum bol realizovaný anonymnou formou a takmer polovica respondentov sa k tejto otázke nevyjadrila, môžeme z toho dedukovať, že polovica respondentov neidentifikovala nič, čo by im pri stretnutiach na skupinových aktivitách chýbalo.

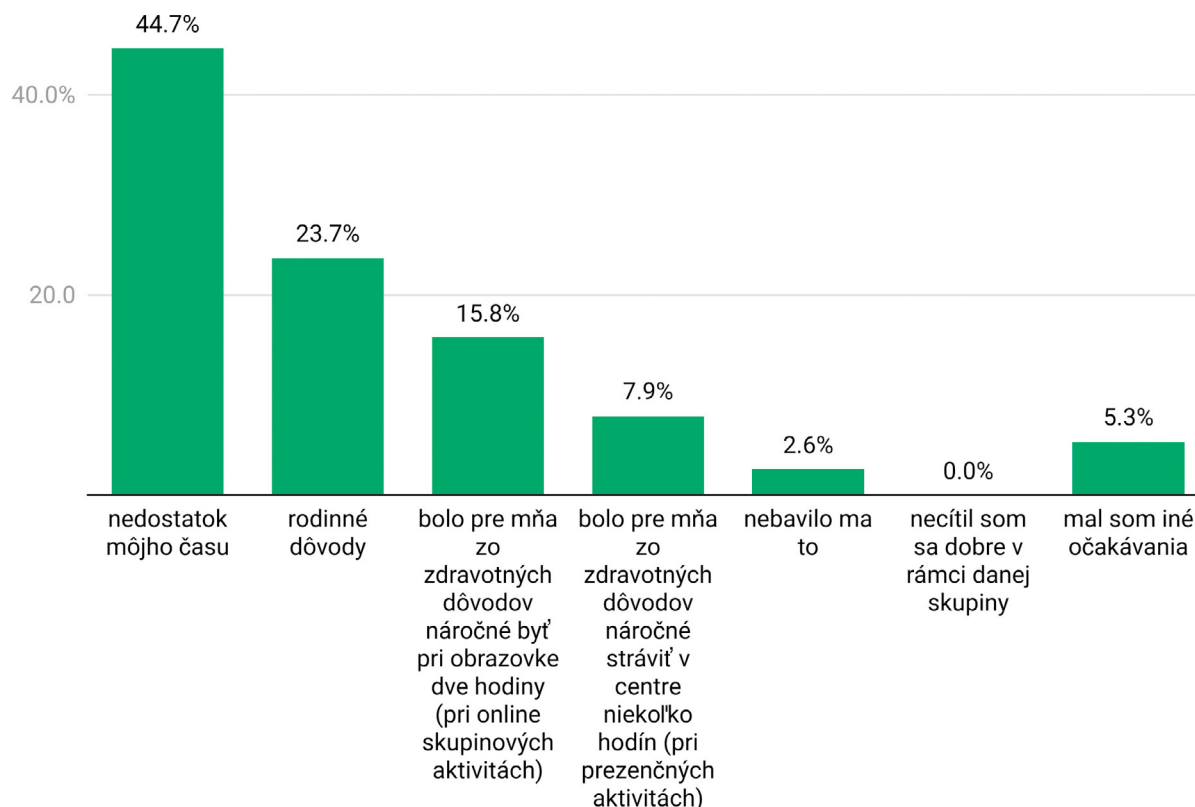
Z 35 respondentov, ktorí sa k tejto otázke vyjadrili, 16 respondentov vyjadrilo všeobecnú spokojnosť a odpovedali, že im nič nechýbalo; 8 respondentov sa vyjadrilo, že by privítali väčší podiel skupinových aktivít osobnou formou; 2 respondenti sa vyjadrili, že v rámci skupinových aktivít niektorí účastníci odbiehalí od stanovených tém.

Niektorí z respondentov vyjadrili nasledujúce pripomienky:

- a) poskytnuté odborné informácie zo strany facilitátorov mohli byť po ukončení aktivít zaslané účastníkom, aby sa k nim mohli po čase vrátiť,
- b) individuálnejší prístup,
- c) skupiny mohli byť delené na základe veku,
- d) skupiny mohli byť delené na základe životného štýlu.

Napriek nízkemu počtu uvedených pripomienok odporúčame ich v budúcnosti vziať do úvahy s cieľom zvýšenia kvality skupinových aktivít.

Položkou č. 9 sme zisťovali možné dôvody, ktoré mohli spôsobiť neúplnú účasť na stretnutiach prebiehajúcich v rámci skupinovej aktivity. Konkrétne znenie otázky bolo nasledovné: „**Ak ste sa skupinovej aktivity/skupinových aktivít nezúčastnili v plnom rozsahu, čo bolo dôvodom pre vynechanie stretnutí?**“. Respondenti mali možnosť odpovedať na túto otázku označením niektorej z ponúkaných odpovedí, pričom mali zaškrtnúť iba jednu možnosť a to tú, ktorá bola hlavným dôvodom neúčasti, alebo mohli doplniť vlastný dôvod. V grafe č. 21 sú uvedené percentuálne zastúpenia jednotlivých možností.

Graf č. 21: Podiel jednotlivých dôvodov, ktoré mohli viesť k neúplnej účasti na skupinovej aktivite

Zdroj: Vlastné spracovanie

Najčastejšie uvádzaný dôvod neabsolvovania skupinovej aktivity v plnom rozsahu bol nedostatok času respondentov, druhým najčastejším dôvodom boli rodinné dôvody, tretím zdravotné dôvody. Ostatné dôvody boli zastúpené v menšej miere. 23 respondentov na túto otázku neodpovedalo alebo odpovedalo slovne. Za najčastejšie iné dôvody neúčasti považujeme:

- pracovné obmedzenia,
- študijné obmedzenia,
- dopravné obmedzenia.

Z hľadiska praktickej realizácie skupinových aktivít, organizátor skupinových aktivít prihliadal na vyššie uvedené dôvody a obmedzenia účastníkov pri plánovaní a organizácii skupinových aktivít, nakoľko sa o nich postupne dozvedal počas realizácie týchto aktivít. Prieskumom sme mali záujem zistiť, aký podiel tieto dôvody reálne mali na vynechávaní jednotlivých stretnutí účastníkmi, čo je uvedené v grafe č. 21.

S ohľadom na uvedené dôvody a obmedzenia organizátor prispôboval účastníkom projektu v maximálnej možnej miere aj čas stretnutí realizovaných v rámci skupinových aktivít. Ako naj-

vhodnejší sa ukázal čas medzi 17:00 a 19:00 hodinou, preto väčšina online skupinových aktivít bola realizovaná v tomto čase. Čo sa týka prezenčných skupinových aktivít, keďže minimálna celková hodinová výmera skupinovej aktivity bola 16 hodín, predovšetkým s ohľadom na zdravotný stav účastníkov, ako aj s ohľadom na efektívnosť ich realizácie z hľadiska dochádzania účastníkov aj facilitátorov skupinových aktivít, boli organizované zvyčajne formou troch, maximálne štyroch stretnutí v rámci jednej skupinovej aktivity.

Navrhované témy

V závere dotazníka boli respondenti požiadaní prostredníctvom **položky č. 17**, aby navrhli témy, ktoré neboli obsiahnuté v rámci okruhov tém skupinových aktivít ponúkaných v rámci projektu a sú pre nich zaujímavé. Táto položka bola formulovaná nasledovne: „**Akú tému/y by ste navrhli pre skupinovú/é aktivitu/y do budúcnosti, okrem tém, ktoré sú uvedené v otázkach č. 4 a 6?**”.

V nasledujúcej tabuľke sú uvedené témy, ktoré boli zastúpené v rámci odpovedí na túto položku. Podrobnejšie sa im venujeme v rámci záverečného zhodnotenia skupinových aktivít.

Tabuľka č. 25: Navrhované témy pre skupinové aktivity

Navrhnuté témy:	
1.	finančné poradenstvo
2.	prezentácia kúpeľnej liečby na Slovensku
3.	práca vo Worde a Exceli
4.	partnerské spolužitie s ľuďmi so zdravotným postihnutím

5.	aktivity na rozvoj pamäťových schopností a logického myslenia
6.	aktivity na zmiernenie rečových porúch
7.	psychologické aktivity na sebaopoznávanie
8.	zvládanie samoty
9.	obnovenie duševnej rovnováhy po traumatickej udalosti

Zdroj: Vlastné spracovanie

1. 4. 3. 3

Zhrnutie výsledkov overenia skupinovej formy pomoci

Skupinové aktivity realizované v rámci projektu SME SI ROVNÍ predstavovali doplnkovú formu podpory osobám so zdravotným postihnutím, ktoré sa stali účastníkmi projektu. V tejto kapitole sme prezentovali výsledky overenia ich realizácie vrátane ich dopadu na cieľovú skupinu. Ako nástroj overenia bol využitý dotazníkový prieskum zrealizovaný medzi ich účastníkmi. Cieľom tohto prieskumu bolo zistiť spokojnosť respondentov, ako aj konkrétne prínosy zo skupinových aktivít, ktoré respondenti zaznamenali. Keďže z hľadiska základných demografických kategórií bola vzorka v tomto ohľade vyrovnaná, umožnilo to podrobiť dáta rozdielovej štatistike.

Frekvenčná analýza absolvovaných skupinových aktivít ukázala, že z ponúkaných tém skupinových aktivít najviac zaujali témy týkajúce sa pohybu, zdravej výživy a zdravého životného štýlu. Skupinové aktivity s uvedenými témami boli nielen najnavštevovanejšie, ale aj najlepšie hodnotené. Z hľadiska formy stretnutí je preferovaná online forma.

Výsledky prieskumu tiež naznačujú, že respondenti majú skôr záujem o menší počet stretnutí. Rovnako pri pohľade na preferované intervaly stretnutí sú ochotnejší sa stretávať častejšie v online priestore ako osobne. Tento jav môže mať niekoľko dôvodov. Každá z foriem stretnutí (osobná a online) ponúka rozdielne výhody. Zo skúseností pri realizácii prezenčných skupinových aktivít môžeme konštatovať, že významnú úlohu pri preferencii online priestoru zohrávajú ťažkosti mnohých účastníkov projektu s mobilitou. Kľúčovým pred-

pokladom účasti na niekoľkohodinovej prezenčnej skupinovej aktivite je predovšetkým fyzický stav klienta, ktorý mu to musí umožňovať. Účast' na prezenčnej skupinovej aktivite zároveň vyžaduje prepraviť sa na miesto jej konania, čo pre jej účastníka častokrát znamená nutnosť zapojenia ďalšej osoby, zvyčajne rodinného príslušníka, alebo osobného asistenta a s tým spojenú ochotu a čas iných ľudí. Ako ďalší dôvod preferencie online formy skupinových aktivít vnímame psychologické faktory, ako napríklad sociálny stres. S týmto súvisí skutočnosť, že ľudia sa na internete cítia bezpečnejšie ako pri osobnom kontakte a počas covidového obdobia si navykli viac používať elektronické prostriedky a odvykli si od bezprostredného ľudského kontaktu.

Z hľadiska konkrétnych prínosov skupinových aktivít pre ich účastníkov sa ako najmarkantnejší prínos ukázal získanie nových poznatkov, na druhom mieste bola možnosť tráviť čas s inými ľuďmi a na treťom s tým súvisiace získanie nových kontaktov. Za povšimnutie stojí fakt, že hoci sa téma šťastného a úspešného života ponímaná z psychologického hľadiska ocitla na poslednom mieste z hľadiska frekvencie účasti na skupinových aktivitách, v návrhoch tém, ktoré respondenti uviedli pre budúcu realizáciu skupinových aktivít, sa viackrát objavili psychologické témy, resp. témy, ktoré môže riešiť psychológia (napr. sebaopoznávanie, zvládanie samoty, duševná rovnováha). Z tohto porovnania sa javí, že obmedzenia po skupinových aktivitách zameraných na psychologické témy predsa len existuje a do budúcnosti je možné odporučiť zaradenie skupi-

nových aktivít takéhoto charakteru do plánu ich organizácie. Berieme pri tom samozrejme do úvahy, že v rôznom čase sa v projekte nachádzali rôzni ľudia, s rôznymi zdravotnými a inými problémami, ako aj s rozličnými očakávaniami a napriek výsledkom prieskumu sa situácia ohľadom reálneho záujmu o tento typ skupinovej aktivity môže zopakovať aj v budúcnosti.

V čom účastníci skupinových aktivít vidia možné zlepšenia týchto aktivít do budúcnosti, sme zisťovali formou otvorenej otázky. Vyjadrila sa k nej viac ako polovica respondentov, z čoho zno-

va takmer polovica uviedla všeobecnú spokojnosť. Možnosti zohľadnenia niekoľkých individualizovaných návrhov odporúčame vziať do úvahy pri budúcej organizácii skupinových aktivít, rovnako aj témy skupinových aktivít navrhované respondentmi.

Záverom tejto kapitoly môžeme konštatovať, že výsledky prieskumu medzi účastníkmi skupinových aktivít niekoľkonásobne potvrdili spokojnosť účastníkov, účinnosť realizácie skupinových aktivít a celkový prínos pre život účastníkov projektu, ktorí ich absolvovali.

2

KOMPARÁCIA OVEROVANÉHO SYSTÉMU S PODOBNÝMI NÁSTROJMI UPLATŇOVANÝMI V ZAHRANIČÍ PRE PODPORU SOCIÁLNEHO ZAČLEŇOVANIA OZP

Jedným z čiastkových cieľov predloženej štúdie bolo porovnať overovaný systém podpory, pomoci a motivácie OZP zavedený v SR prostredníctvom projektu SME SI ROVNÍ s podobnými nástrojmi uplatňovanými v zahraničí pre podporu aktívneho sociálneho začleňovania OZP. V tejto kapitole sa primárne zameriavame na identifikáciu obdobných nástrojov pomoci založenej na komunitnom princípe vo vybraných krajinách EÚ. Výber krajín EÚ, ktorých sociálna politika bola predmetom analýz, bol realizovaný na základe konzultácií odborného tímu projektu SME SI ROVNÍ so zástupcami celoeurópskej organizácie ESCIF (European Spinal Cord Injury Federation) so sídlom vo Švajčiarsku, v rámci ktorej sa uskutočňuje vzájomná výmena dobrých príkladov a skúseností o systémoch a metódach *peer-to-peer* prístupu zameraných na sociálnu inklúziu a aktivizáciu OZP v rámci 32 národných organizácií z 28 štátov Európy. Prostredníctvom Slovenského paralympijského výboru má v nej zastúpenie aj Slovenská republika.

Pre účely komparatívnej analýzy boli na základe realizovaných analýz a konzultácií ohľadne sociálnych systémov krajín EÚ identifikované ako najinšpiratívnejšie sociálne systémy Nemecka a Dánska. Z pohľadu porovnania nastavenia systému v Slovenskej republike nás zaujímal taktiež

sociálny systém Českej republiky, keďže sociálne systémy týchto dvoch krajín vychádzajú z rovnakého sociálneho systému, ktorý zdieľali do vzniku samostatných republík v roku 1993.

Tieto krajiny z pohľadu Slovenskej republiky reprezentujú jednoznačne najkvalitnejší a najinšpiratívnejší mix na porovnanie toho, kde sa z európskeho hľadiska nachádzajú lídri (Nemecko, Dánsko) v oblasti témy začleňovania OZP do pracovného a spoločenského života a ako sa od roku 1993 zmenil a kam sa posunul systém sociálnej pomoci v krajine, s ktorou bol historicky zdieľaný rovnaký systém sociálnej pomoci (ČR).

Analýza údajov v predmetnej oblasti bola zameraná primárne na preskúmanie podoby sociálnej politiky v týchto krajinách a na identifikáciu v praxi poskytovaných sociálnych nástrojov v podobe služieb, a to najmä ich obsahu a formy, akou sú poskytované, čo je podrobne zosumarizované v prílohe č. 8 štúdie, ktorá bola podkladom pre spracovanie podkap. 2.2. Bola realizovaná na dátových údajoch získaných z úrovne štátnej správy, miestnej a regionálnej samosprávy a profesionálnych neziskových organizácií/združení/spoločností poskytujúcich pomoc pri začleňovaní OZP do pracovného a spoločenského života.

2.1

Východisková analýza kľúčových štatistických dát na medzinárodnej úrovni

Skôr, ako sa budeme zaoberať komparáciou nami zavedeného a overovaného inovatívneho systému aktívneho sociálneho začleňovania OZP na Slovensku s podobnými nástrojmi využívanými vo vybraných krajinách (ČR, Dánsko, Nemecko), považovali sme za potrebné zanalyzovať a porovnať vybrané štatistické dáta predovšetkým na úrovni SR a vybraných krajín (príp. aj na celoeurópskej úrovni), nakoľko považujeme za užitočné vnímať problematiku aktívneho sociálneho začle-

ňovania OZP v príslušnej krajine aj v kontexte týchto štatistických dát.

Keďže hlavným cieľom projektu v praktickej rovine je pomoc pri aktívnom začleňovaní ľudí so zdravotným znevýhodnením do spoločnosti realizovaná formou *peer-to-peer support* a predovšetkým ako včasná pomoc (po úraze, náhlejšej vážnej diagnóze a pod.), sme sa z dostupných štatistických dát rozhodli preskúmať tie, ktoré možno po-

važovať za kľúčové z hľadiska aktívneho sociálneho začleňovania OZP. Medzi ne patrí najmä problematika životnej spokojnosti a uplatniteľnosti na trhu práce u ľudí so zdravotným znevýhodnením, ktorá súvisí aj s ich možnosťami doštudovať jednotlivé stupne vzdelania. Výber týchto tém zároveň nadväzuje na skutočnosť, že práve úroveň vzdelania a zamestnanecké postavenie sú charakteristiky, o ktorých sa v rámci projektu SME SI ROVNÍ zhromažďujú dáta za jeho účastníkov, keďže ide o národný projekt (viď podkap. 1.4.1).

Za týmto účelom sme realizovali analýzu vybraných dát získaných prostredníctvom európskych projektov a štruktúr. Naším zdrojom boli hlavne dáta z portálu EUROSTAT, ktorý poskytuje širokú paletu dát pre celoeurópske analýzy. Rovnako boli pre účely štúdie spracované dáta z celoeurópskeho projektu ESS (Európska sociálna sonda), ktorý poskytuje dostatok demografických dát z takmer všetkých členských krajín EÚ. V tejto časti štúdie sa snažíme identifikovať určité rozdiely, ktoré bránia v plnohodnotnej pomoci ľuďom so zdravotným znevýhodnením.

Na základné faktory, ktoré ovplyvňujú, resp. sa podieľajú pri formovaní života ľudí so zdravotným znevýhodnením – životnú spokojnosť a uplatniteľnosť na trhu práce sa zameriaval aj národný projekt SME SI ROVNÍ tak individuálnou, ako aj skupinovú formou pomoci. Práve tieto dva faktory patria medzi najčastejšie sledované v rámci viacerých projektov EÚ. Životná spokojnosť v sebe zahŕňa viac kategórií, ktoré ju definujú. Každý analytik si môže pod pojmom životná spokojnosť predstaviť niečo iné, čo chce skúmať. Z psychologického uhla pohľadu to predstavuje konštantu, ktorá definuje jedinca na úrovni životného blaha a pohody (v anglickom termíne well-being). Práve tento zahraničný pojem sa čoraz častejšie objavuje pri rôznych psychologicko-sociálnych analýzach prvkov spoločnosti.

Zameriavame sa hlavne na rozbor životnej spokojnosti v oblastiach finančného zabezpečenia a vnímanej spoločenskej spravodlivosti. Finančné zabezpečenie sme skúmali z pohľadu vnímania dostatku finančných zdrojov, čo bolo aj predmetom pilotného dotazníkového prieskumu medzi OZP, ktorý sme realizovali v roku 2020. Uvedomujeme si, že dostatok finančných zdrojov prispieva ku zvyšovaniu psychickej pohody u takmer všetkých ľudí. Vnímaná spravodlivosť je psychologický

konštrukt, ktorý pomerne obsiahlo definuje sociálnu spokojnosť, ktorá je významnou súčasťou celkovej životnej spokojnosti. Pokúsili sme sa analýzou spravodlivosti nadviazať na zistenia všeobecne vnímanej diskriminácie u ľudí so zdravotným postihnutím, ktorá je aj napriek efektívnym modelom pomoci stále dosť vysoká.

Ďalšiu časť tvoria podkapitoly zamerané na identifikovanie možností uplatnenia sa na trhu práce u ľudí so zdravotným znevýhodnením v Európe, ako aj na Slovensku so zámerom tieto výsledky porovnať. Vychádzame z predpokladu, že uplatnenie na trhu práce pre ľudí, ktorí majú nejakú formu zdravotného znevýhodnenia, je výrazne odlišné od ľudí, ktorí nemajú zdravotné postihnutie. Na problematiku pracovného uplatnenia sme sa pozreli z viacerých uhlov pohľadu. V prvom rade nás zaujímala miera nezamestnanosti, respektíve miera zamestnanosti ako ukazovateľ efektívneho začlenenia na pracovnom trhu. V rámci tejto časti sme sa pozreli aj na problematiku výšky dosiahnutého vzdelania. Zaujímala nás pravdepodobnosť a rozdiely v pravdepodobnosti ukončenia vzdelávacieho procesu. Vychádzali sme z predpokladu, že štandardný systém úspešného ukončovania vzdelávacieho procesu čiastočne zvyhodňuje ľudí bez zdravotného znevýhodnenia. Veľkú rolu v oblasti pomoci OZP zohrávajú iné modely a systémy, ktoré ľuďom so zdravotným postihnutím pomáhajú pri procese vzdelávania. Dôležitá je aj individuálna politika na úrovni krajín, samotných regiónov či samotných inštitúcií.

Ďalším zámerom bolo identifikovať zastúpenie v jednotlivých pracovných sektoroch. Hlavným predpokladom je, že samotné zdravotné znevýhodnenie hrá významnú úlohu pri vykonávaní určitých profesií.

V každej časti tejto podkapitoly sme sa venovali porovnávaní jednotlivých prvkov na úrovni Európy a jej členských krajín s dôrazom na vybrané krajiny (ČR, Dánsko a Nemecko) a zvlášť Slovensko. Taktiež sme považovali za obohacujúce porovnať výsledky týkajúce sa ľudí so zdravotným znevýhodnením s výsledkami týkajúcimi sa ľudí bez zdravotného znevýhodnenia pre lepšiu predstavu o rozdieloch medzi majoritnou a minoritnou skupinou spoločnosti.

Vybrané ciele a analýzy boli ovplyvnené do-

stupnosťou dát na spracovanie. Jednotlivé analýzy sme sa pokúsili podporiť výrokmi iných autorov, prípadne už odpublikovanými štúdiami z podobných tém.

Našou hlavnou motiváciou boli ciele projektu SME SI ROVNÍ, ktorý predovšetkým prostredníctvom práce motivátorov výrazne pomáha osobám so zdravotným znevýhodnením a vyplňa medzery v existujúcom systéme ich sociálneho začleňovania na Slovensku. Implementáciu podobných projektov ako je projekt SME SI ROVNÍ, vychádzajúc

aj z týchto analýz, vnímame ako veľmi prospešnú pre rozvoj spoločnosti v našej krajine. Cieľom motivátorov je efektívne aktivizovať ľudí s podobným osudom pri hľadaní pracovného uplatnenia, zmyslu života, možností aktívneho využívania voľného času, zvýšenia samostatnosti a sebaobslužnosti atď. s cieľom ich aktívneho sociálneho začleňovania. Preto aj výber našich tém bol inšpirovaný aj psychologickým aspektom – životná spokojnosť a sociologickým aspektom – uplatnenie na pracovnom trhu.

2.1.1

Analýza životnej spokojnosti u osôb so zdravotným znevýhodnením

Sledovanie životnej spokojnosti u ľudí v takmer všetkých kategóriách vo všeobecnosti patrí k základným ukazovateľom všetkých členských štátov EÚ. V poslednej dobe je zvýšený záujem o poznanie aktuálnej životnej spokojnosti u takmer všetkých minoritných skupín, ktoré poznáme.

Dve podstatné dimenzie vnímanej subjektívnej pohody u ľudí so zdravotným znevýhodnením sú: vnímaný zdravotný status/stav a životná spokojnosť. Obe tieto dimenzie sú vo všeobecnosti vnímané ako nízke u ľudí so zdravotným znevýhodnením. Zdravotné znevýhodnenie sa stalo prirodzenou súčasťou globálneho sveta v rôznych oblastiach v dôsledku rastúceho starnutia populácie a rôznych demografických zmien v spoločnosti (Lee, 2003).

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (ďalej len WHO) je zdravotné znevýhodnenie výrazne rôznorodé. Jeho rôznorodosť je výsledkom interakcie medzi jednotlivcami s určitým zdravotným stavom a osobnými a environmentálnymi faktormi (WHO, 2011). Inými slovami môžeme povedať, že samotné zdravotné znevýhodnenie nie je izolované. Vždy je tu určitý vplyv prostredia, v ktorom sa jedinec nachádza. Rovnako dôležité je aj subjektívne vnímanie situácie. Tieto skutočnosti vysvetľujú, prečo napríklad dvaja ľudia s rovnakým znevýhodnením môžu prežívať svoj život inak.

Výsledky štúdie Dagmar Nemček (2013) preukazujú vysoko významné rozdiely medzi aktívnymi jedincami so zdravotným postihnutím a jedincami vedúcimi sedavý spôsob života vo všetkých hodnotených vybraných premenných

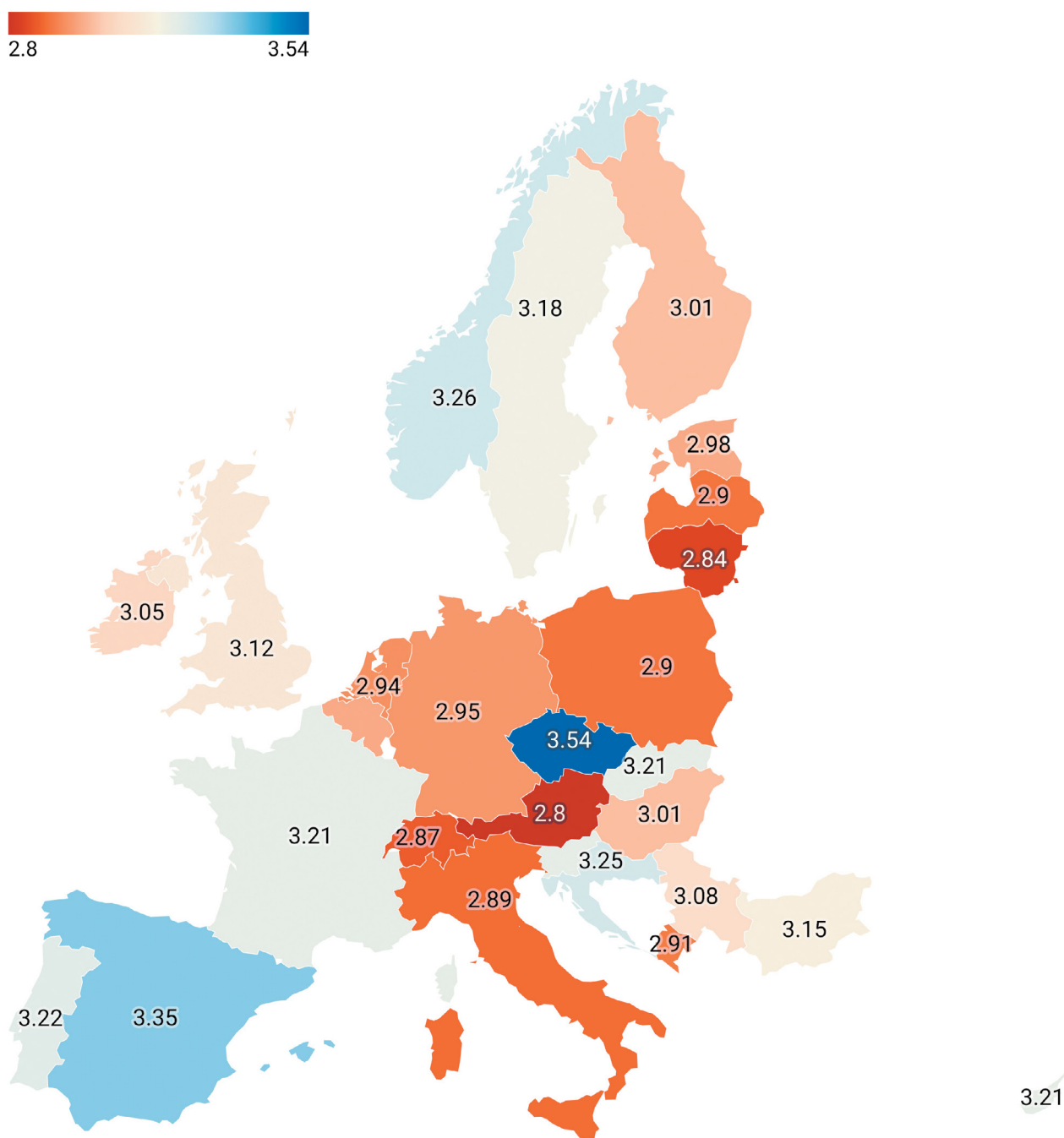
životnej spokojnosti. Výskum bol realizovaný na obyvateľoch Slovenska, ktorí uviedli, že majú určitú formu zdravotného znevýhodnenia. Hlavným cieľom bolo overiť vplyv aktivity na životnú spokojnosť. Samotná aktivita, resp. aktívny spôsob života, sa u účastníkov výskumu ukázali ako významný faktor v prežívaní životnej spokojnosti. Výsledky štúdie potvrdili výsledky aj iných autorov (Bendíková, 2014; Carta et al., 2008), ktorí zdôrazňujú, že aktivita výrazne podporuje životnú spokojnosť u ľudí so zdravotným znevýhodnením.

Jedným z významných ukazovateľov životnej spokojnosti u ľudí so zdravotným znevýhodnením je vnímanie férovosti a spravodlivosti. V nasledujúcej mapke prezentujeme vieru Európanov so zdravotným znevýhodnením v spravodlivý svet. Respondenti mali odpovedať na otázku, či súhlasia s tým, že je svet spravodlivý pomocou výberu vhodnej odpovede, ktorú mali zakrúžkovať.

Respondenti odpovedali na 5-bodovej škále, kde hodnota 1 znamenala, že s výrokom rozhodne súhlasia, 2 znamenala, že s výrokom súhlasia, 3 znamenala, že s výrokom súhlasia aj nesúhlasia (tzv. nulová odpoveď), 4 znamenala, že respondenti nesúhlasia s uvedeným výrokom a 5 znamenala, že respondenti rozhodne s výrokom nesúhlasia. Čím je hodnota vyššia, tým je miera prežívanej viery v spravodlivý svet pre jednotlivé krajiny nižšia, menej priaznivá.

Dáta boli získané prostredníctvom projektu Európska sociálna sonda 2020, kde sa vyseletovala skupina ľudí so zdravotným znevýhodnením.

Graf č. 22: Priemerné hodnotenie viery v spravodlivý svet



Zdroj: Európska sociálna sonda, 2020

Z výsledkov uvedených v mapke je vidieť, že jednotlivé výsledky v rámci Európy sa od seba odlišujú. Najvyššia nedôvera bola zaznamenaná v Českej republike. Najviac viery v spravodlivý svet bol zaznamenaný v Rakúsku. Slovenská republika sa

v rámci hodnotenia nachádza v spektre nedôvery. Nemecko v porovnaní so Slovenskou republikou vníma spravodlivosť o niečo priaznivejšie. Dánsko sa tohto výskumu nezúčastnilo.

2.1.2

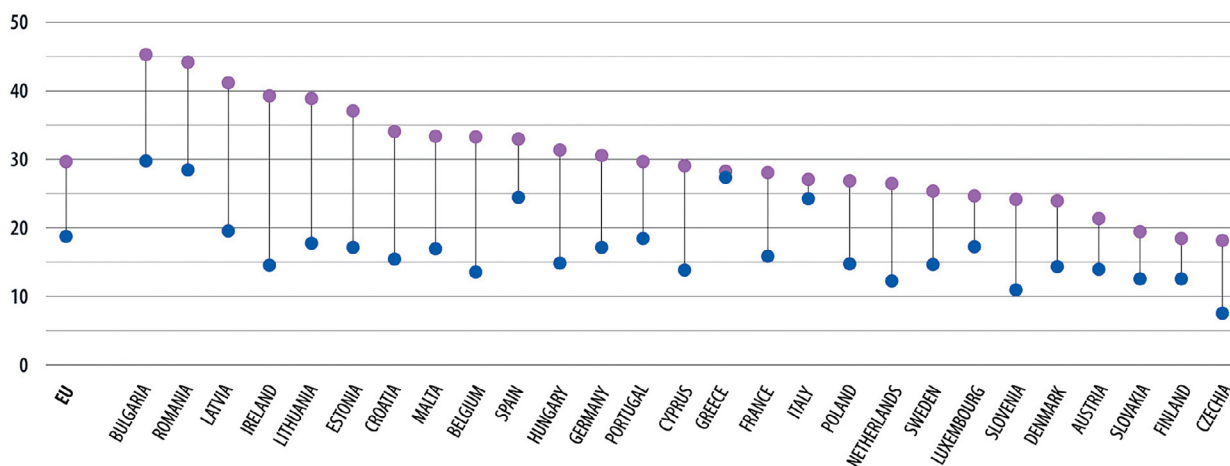
Zdravotné znevýhodnenie ako faktor vyššieho rizika chudoby a sociálneho vylúčenia

Výsledky analýz dát z EUROSTATu v rámci kategórie zaoberajúcej sa finančným zabezpečením upozorňujú na ohrozenie plynúce z možného nárastu počtu ľudí v rámci EÚ žijúcich v chudobe. Tento jav sa môže dotýkať ešte viac ľudí so zdravotným znevýhodnením. Dáta ukazujú, že práve táto skupina sa môže stať výrazne rizikovou. V roku 2021 bolo viac ako 21 % obyvateľov EÚ ohrozených chudobou alebo určitou formou sociálneho vylúčenia. Znamená to, že títo ľudia žili v domácnostiach s aspoň jedným z troch rizík chudoby

a sociálneho vylúčenia: nedostatok prostriedkov, zvýšená miera materiálnej a sociálnej deprivácie a nízka miera pracovnej intenzity.

Osoby so zdravotným postihnutím boli vystavené vyššiemu riziku chudoby alebo sociálneho vylúčenia: 29,7 % populácie EÚ vo veku 16 a viac rokov so zdravotným postihnutím (obmedzením činnosti) bolo ohrozených chudobou alebo sociálnym vylúčením v porovnaní s 18,8 % osôb bez zdravotného postihnutia.

Graf č. 23: Podiel ľudí vo veku 16 a viac rokov ohrozených chudobou a sociálnym vylúčením v rámci EÚ

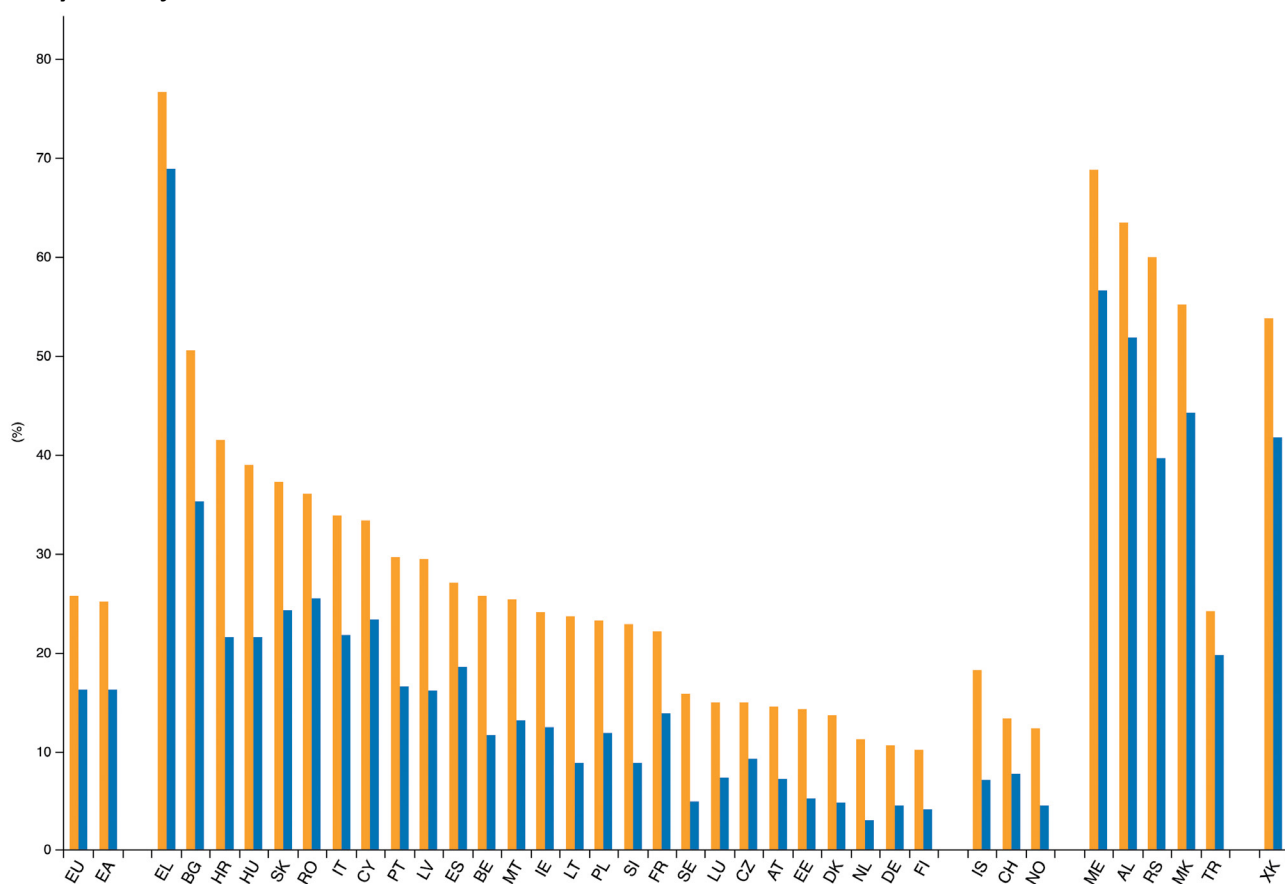


Zdroj: EUROSTAT, 2022

V grafe môžeme vidieť podiel ľudí vo veku 16 a viac rokov, ktorí sú ohrození chudobou a sociálnym vylúčením. Modrou farbou sú označení ľudia bez zdravotného znevýhodnenia a ružovou farbou sú označení ľudia so zdravotným znevýhodnením. Najväčší absolútny rozdiel medzi podielmi ľudí so zdravotným znevýhodnením a bez neho bol v Írsku (39,3 % u ľudí so zdravotným znevýhodnením v porovnaní so 14,6 % u ľudí bez zdravotného znevýhodnenia, čo zodpovedá rozdielu 24,7 %), nasleduje Lotyšsko (41,2 % v porovnaní s 19,6 %; rozdiel 21,6 %) a Litva (38,9 % v porovnaní so 17,8 %; rozdiel 21,1 %). Najmenší rozdiel bol zaznamenaný v Grécku (28,3 % u ľudí so zdravotným znevýhodnením v porovnaní s 27,4 % u ľudí bez zdravotného znevýhodnenia; rozdiel 0,9 %), nasleduje Taliansko (27,1 % v porovnaní s 24,3 %; rozdiel 2,8 %) a Fínsko (18,5 % v porovnaní s 12,6 %; rozdiel 5,9 %).

Na Slovensku bol rozdiel 7,8 % (11,8 % u ľudí bez zdravotného znevýhodnenia a 19,6 % u ľudí

so zdravotným znevýhodnením), v Nemecku bol rozdiel 13,9 % (17,1 % u ľudí bez zdravotného znevýhodnenia a 31 % u ľudí so zdravotným znevýhodnením), v Dánsku bol rozdiel 10 % (14 % u ľudí bez zdravotného znevýhodnenia a 24 % u ľudí so zdravotným znevýhodnením), v Česku bol rozdiel 12 % (7,4 % u ľudí bez zdravotného znevýhodnenia a 19,4 % u ľudí so zdravotným znevýhodnením). Tieto údaje po hĺbkovej analýze môžu vypovedať o prístupe k zdravotnej a sociálnej starostlivosti pre OZP v jednotlivých európskych krajinách, no môžu vypovedať aj o nahliadaní väčšiny populácie na problém a podporu zdravotne znevýhodnených osôb. My chceme poukázať na fakt, že v každej krajine sú OZP náchylnejšie na sociálne vylúčenie a finančné problémy, ak sa im včas nepodá pomocná ruka. Rozbor dát z EUROSTATu ukazuje aj na rozdiely v dostatku finančných zdrojov na celé mesačné obdobie, respektíve do získania ďalších zdrojov v jednotlivých členských krajinách EÚ.

Graf č. 24: Podiel ľudí od 16 rokov, ktorí žijú v domácnosti, ktorá eviduje ťažkosti s vystačením si s finančnými zdrojmi

Zdroj: EUROSTAT, 2022

V grafe môžeme vidieť jednotlivé podiely domácností, ktoré evidujú ťažkosti s nedostatkom finančných zdrojov pre vystačenie si do získania ďalšieho zdroja. Rovnako ako v predchádzajúcom prípade boli porovnávané skupiny ľudí s určitou formou zdravotného znevýhodnenia a ľudí bez zdravotného znevýhodnenia. Modrou farbou boli

označení ľudia bez zdravotného znevýhodnenia a žltou farbou boli označení ľudia so zdravotným znevýhodnením. Z grafu môžeme vidieť štatisticky významné rozdiely medzi jednotlivými skupinami. Čo sa týka krajín, medzi ktorými realizujeme komparatívnu analýzu systému aktívneho sociálneho začleňovania OZP, výsledky sú nasledovné:

Tabuľka č. 26: Porovnanie vybraných krajín v hodnote podielu ľudí od 16 rokov, ktorí žijú v domácnosti, ktorá eviduje ťažkosti s vystačením si s finančnými zdrojmi

Krajina	Podiel ľudí od 16 rokov – ťažkosti s vystačením s finančnými zdrojmi
Slovensko	Bez hendikepu 24 %, S hendikepom 38 %
Česko	Bez hendikepu 10 %, S hendikepom 15 %
Dánsko	Bez hendikepu 4 %, S hendikepom 14 %
Nemecko	Bez hendikepu 4 %, S hendikepom 11 %

Zdroj: EUROSTAT, 2022

Z tabuľky vyplýva, že Slovensko v porovnaní s ostatnými vybranými krajinami výrazne dominuje v množstve ľudí, ktorí si nevedia vystačiť (majú

ťažkosti) s financiami v domácnosti. V ostatných krajinách sú podiely približne rovnaké.

2. 1. 3

Analýza uplatnenia osôb so zdravotným znevýhodnením na trhu práce

Približne každý šiesty človek v Európskej únii vo veku 15 a viac rokov žije s nejakým druhom zdravotného postihnutia. Táto skupina tvorí stále jednu z najväčších minoritných skupín v rámci celej EÚ. Je dôležité, aby z pohľadu ekonomického rozvoja populácie jednotlivých krajín mali ľudia s nejakou formou zdravotného znevýhodnenia dostatok možností uplatnenia sa na trhu práce. Posledné roky sa tomuto cieľu venujú viaceré projekty, ktoré pomáhajú začleňovať tieto osoby do pracovného života. V nasledujúcej tabuľke prezentujeme mieru nezamestnanosti osôb so zdravotným znevýhodnením v rámci celej EÚ. Pre porovnanie, miera nezamestnanosti u zdravej populácie bola 8,1 % v roku 2020 a 7 % v roku 2021, ako uvádzajú jednotlivé dáta z EUROSTAT (2022).

Tabuľka č. 27: Miera nezamestnanosti OZP v EÚ v rokoch 2017 až 2021 v %

Rok	Miera nezamestnanosti OZP v EÚ v %
2017	26,2
2018	25,2
2019	23,9
2020	22,2
2021	17,1

Zdroj: EUROSTAT, 2022

Vo všeobecnosti môžeme konštatovať, že za posledné roky došlo ku zlepšeniu zamestnanosti osôb so zdravotným znevýhodnením. Veľký vplyv na celkovú zamestnanosť a nezamestnanosť mala pandemická kríza, ktorá trend zamestnanosti spomalila. Vo viacerých krajinách EÚ sa miera nezamestnanosti ľudí so zdravotným znevýhodnením zvýšila. V severných krajinách Európy sa táto miera nezamestnanosti výrazne nezmenila. Jedným z hlavných faktorov tejto stability v severnej časti Európy sú fungujúce projekty a sociálne systémy pre zabezpečenie práce pre ľudí so zdravotným znevýhodnením. Veľké množstvo tejto agendy upravuje Európska komisia. Jednou z jej úloh je

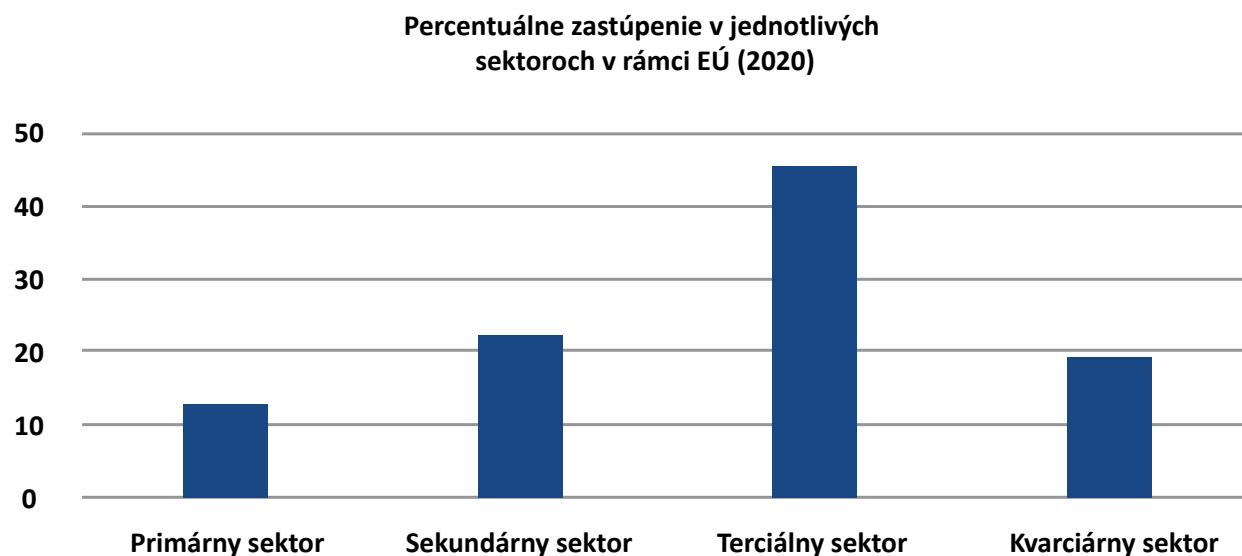
mapovať rôzne faktory, ktoré ovplyvňujú sociálnu ochranu, sociálnu inklúziu a spravodlivosť pre ľudí so zdravotným znevýhodnením. Hlavným projektom Európskej komisie bol projekt s názvom The European Disability Strategy 2010 – 2020, ktorého cieľom bolo odbúrať bariéry pre ľudí so zdravotným znevýhodnením. Akčný plán pokrýval osem oblastí: dostupnosť, účasť, rovnosť, zamestnanosť, vzdelanie, sociálnu ochranu, začlenenie do komunít a celkové zdravie. Čo sa týka zamestnanosti, stratégia zdôrazňuje potrebu zvýšiť možnosti zamestnať sa osobám so zdravotným znevýhodnením a možnosti uplatniť sa na trhu práce.

Hlavnými cieľmi boli:

- Analyzovanie trhu práce pre ľudí so zdravotným znevýhodnením;
- Boj proti obmedzovaniu, ktoré bráni osobám so zdravotným znevýhodnením sa zamestnať;
- Pomoc pri integrácii na pracovnom trhu formou finančných prostriedkov (ESF);
- Rozvoj politických systémov pre možnosti zamestnávania OZP;
- Tvorba nových pracovných miest.

Všetky tieto stanovené ciele sa ukázali ako efektívne pri pomoci ľuďom so zdravotným znevýhodnením.

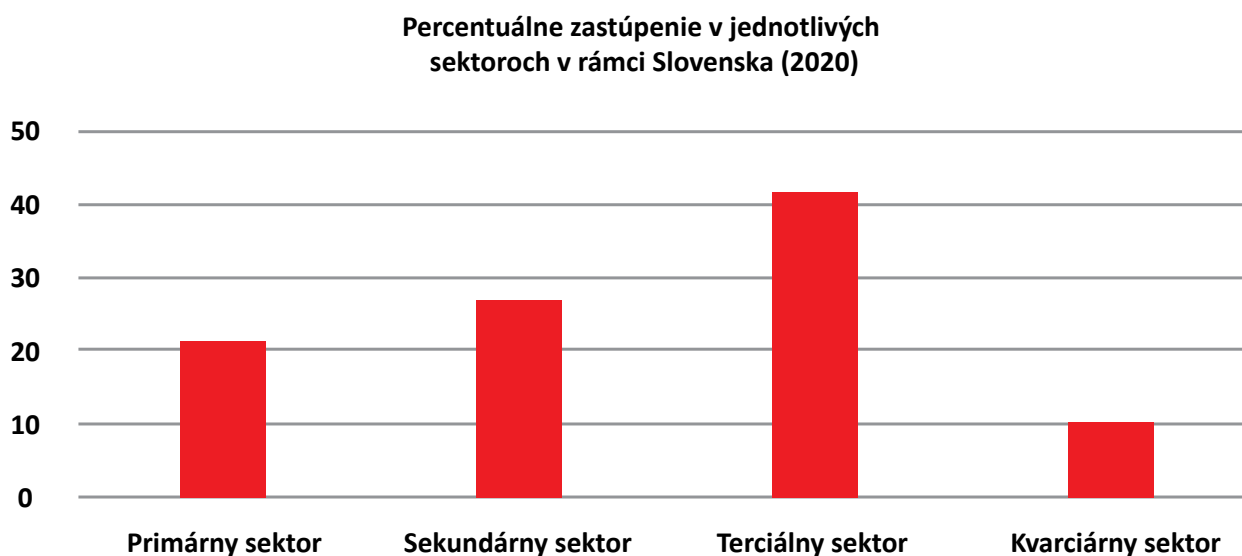
Jedným z ukazovateľov uplatniteľnosti ľudí so zdravotným znevýhodnením na pracovnom trhu je aj analýza pracovných sektorov. Zaujímalo nás, aké je zastúpenie v rámci celej EÚ a na Slovensku v jednotlivých pracovných sektoroch. Pre analýzu dát sme použili vzorku získanú prostredníctvom zberu dát z projektu Európskej sociálnej sondy z roku 2020. Každý z respondentov mal uviesť, v akom odvetví pracuje; následne boli jednotlivé výsledky porovnané. Za základné pracovné faktory považujeme štandardné rozdelenie na 4 priemyselné sektory: primárny, sekundárny, terciárny a kvarciárny sektor. V poslednej dobe vo všeobecnosti môžeme sledovať signifikantný nárast terciárneho sektoru u celej svetovej populácie. V nasledujúcom grafe prezentujeme percentuálne zastúpenie v jednotlivých sektoroch v celej EÚ.

Graf č. 25: Percentuálne zastúpenie v jednotlivých sektoroch v rámci EÚ (2020)

Zdroj: Európska sociálna sonda, 2020

V grafe môžeme vidieť rozdelenie vzorky podľa zastúpenia v jednotlivých priemyselných sektoroch. V tomto prípade nerozlišujeme populáciu bez a so zdravotným znevýhodnením. Môžeme si všimnúť trend nárastu terciárneho sektoru v dô-

sledku automatizácie viacerých výrobných procesov, ktoré sú súčasťou primárneho a sekundárneho sektoru. Podobné rozloženie môžeme vidieť aj v grafe, ktorý prezentuje rozdelenie v jednotlivých sektoroch v rámci Slovenska.

Graf č. 26: Percentuálne zastúpenie v jednotlivých sektoroch v rámci Slovenska (2020)

Zdroj: Európska sociálna sonda, 2020

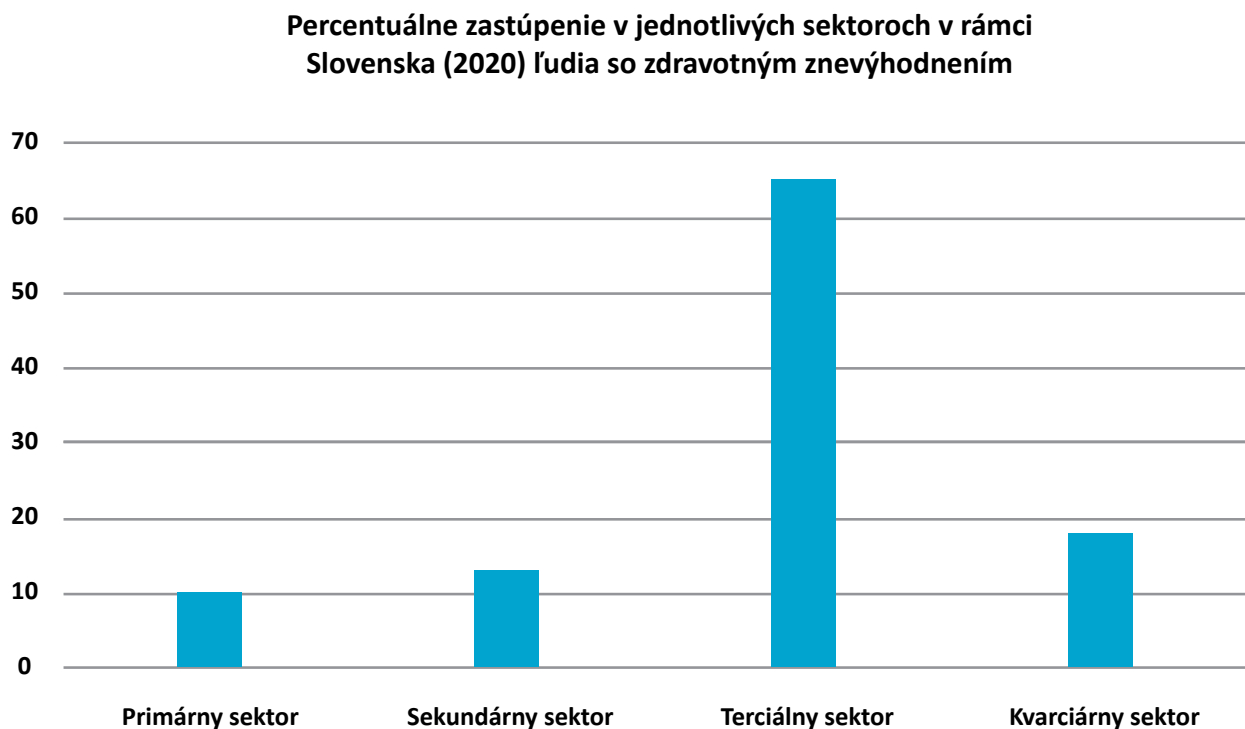
V grafe môžeme vidieť podobný trend rozdelenia populácie v jednotlivých pracovných sektoroch ako v grafe pre celú EÚ. Miera rozdelenia je v jednotlivých sektoroch ovplyvnená ekonomickou situáciou v jednotlivých krajinách. Výrazne toto rozdelenie ovplyvňuje aj celoeurópska politika, ktorej cieľom podľa Stratégie 2021 – 2030 je efektívne rozdeľovať pracovné sektory po celej Európe.

Nás však predovšetkým zaujímalo, aké je zastúpenie ľudí so zdravotným znevýhodnením v rámci jednotlivých pracovných sektorov najmä v rámci Slovenska, ktoré prezentujeme v nasledujúcom grafe. Na základe štatistických výsledkov predpokladáme, že prevládať bude hlavne tretí sektor. Stratégia 2010 – 2020 zdôrazňuje skutočnosť, že jedine tretí sektor je dostatočne flexibilný sa prispôbiť zmene. Preto hlavným

cieľom stratégie bolo podporiť tretí sektor, ktorý sa ukázal ako najvhodnejší priestor pre vytvorenie dostatku pracovných miest pre zníženie nezamestnanosti u ľudí so zdravotným znevýhodnením.

Považujeme za dôležité poznamenať, že nielen tretí sektor sa stal cieľovým sektorom pre budovanie zamestnanosti u ľudí so zdravotným znevýhodnením. S rovnakou dôležitosťou boli budované podmienky aj v ostatných troch sektoroch.

Graf č. 27: Percentuálne zastúpenie v jednotlivých sektoroch v rámci Slovenska (2020) – OZP



Zdroj: Európska sociálna sonda, 2020

V grafe môžeme vidieť výraznú dominanciu v terciárnom sektore. Viac ako 60 % respondentov, ktorí majú nejakú formu zdravotného znevýhodnenia a zároveň uviedli informáciu, že pracujú, sú vedení v terciárnom pracovnom sektore. V rámci

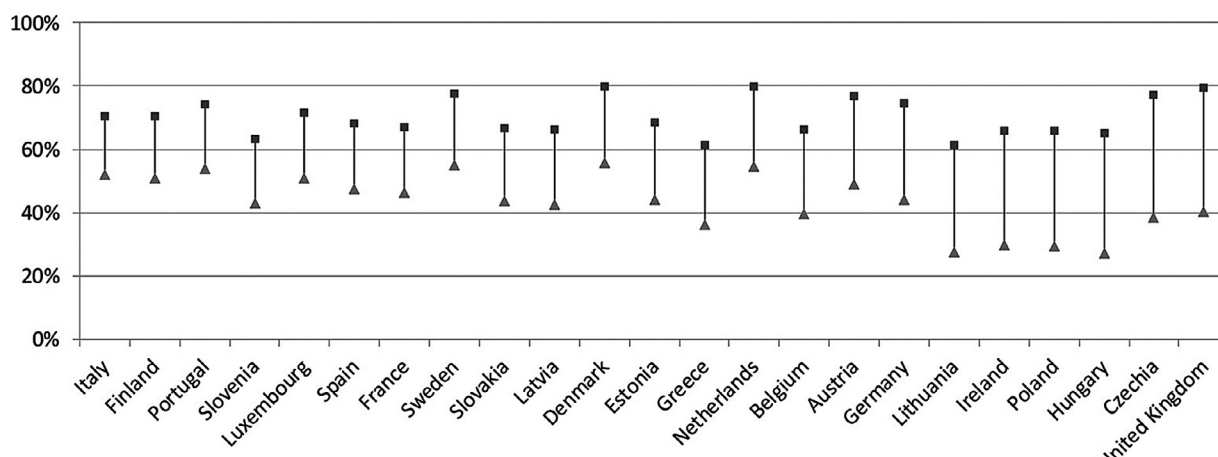
štatistických analýz sa ukázalo, že viac ako 40 % ľudí so zdravotným znevýhodnením na Slovensku nepracuje. Viac ako 40 % pracujúcich Slovákov so zdravotným znevýhodnením sú evidovaní ako SZČO.

2.1.4

Analýza pravdepodobnosti sa zamestnať u osôb so zdravotným znevýhodnením

Jedným z významných faktorov odhaľujúcich schopnosť ľudí so zdravotným znevýhodnením sa zamestnať je výpočet pravdepodobnosti sa zamestnať. Na výpočet pravdepodobnosti boli použité dáta z EUROSTATu, ktoré boli publikované v roku 2022. V rámci analýzy boli sledované viaceré členské štáty EÚ. Pre výpočet pravdepodobnosti bol vytvorený index množstva ľudí, ktorí majú určité zdravotné znevýhodnenie a môžu pracovať. Ľudia so zdravotným znevýhodnením, ktorí odpovedali, že nemôžu pracovať, boli vylúčení z analýzy. Hlavným dôvodom bolo objektívne predísť možnosti skreslenia výsledkov.

Hodnota pravdepodobnosti sa zamestnať osobám so zdravotným znevýhodnením vyjadruje, akú má pravdepodobnosť osoba so zdravotným znevýhodnením sa zamestnať, ak cíti, že môže pracovať. Pre lepšiu predstavu uvádzame aj porovnanie s populáciou, ktorá nemala žiadne zdravotné znevýhodnenie vrátane rozdelenia vzorky na mužov a ženy.

Graf č. 28: Pravdepodobnosť zamestnať sa – muži

Zdroj: EUROSTAT, 2022

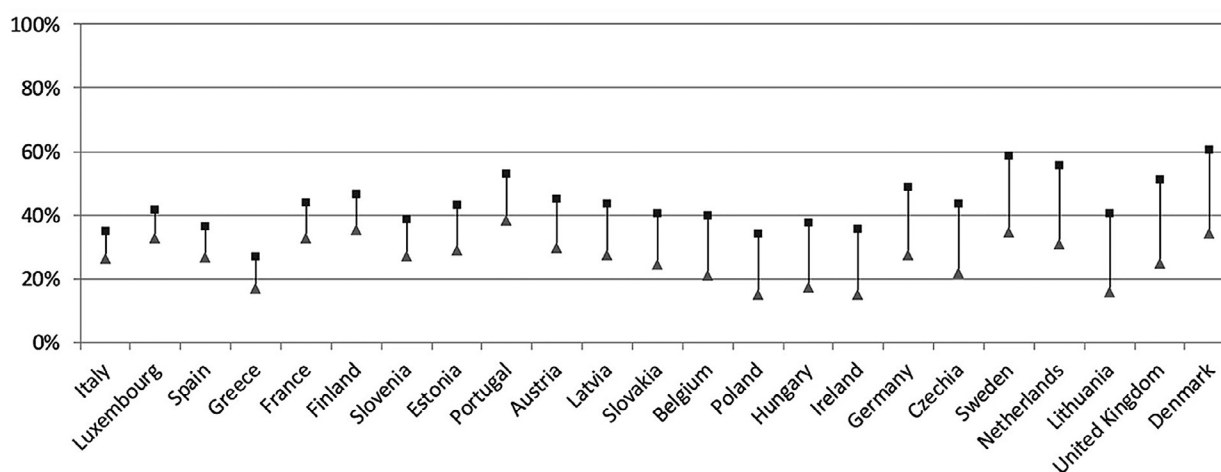
V grafe môžeme vidieť, aká je približná pravdepodobnosť sa zamestnať u mužov s určitou formou zdravotného znevýhodnenia (označení trojuholníkom) a u mužov bez zdravotného znevýhodnenia (označení štvorcami). Výsledky v prvom rade ukazujú, že muži so zdravotným znevýhodnením sa v tomto ohľade štatisticky významne odlišujú od mužov bez zdravotného znevýhodnenia. V každej zo zúčastnených krajín je hodnota pravdepodobnosti menšia u mužov so zdravotným znevýhodnením. Rozdiely sa pohybujú v rozmedzí od 20 do 40 %. Najväčšie rozdiely sa ukázali v krajinách: Spojené kráľovstvo, Česká republika, Maďarsko, Poľsko, Írsko a Litva. Najmenšie rozdiely sa objavili v krajinách: Taliansko, Fínsko a Portugalsko. Rozdiel v pravdepodobnosti sa zamestnať u mužov bol na Slovensku približne 22 %. Pre porovnanie, v ČR to bolo 40 %, v Nemecku 30 % a v Dánsku podobne ako v SR 22 %.

Okrem porovnania možností u mužov s určitou formou zdravotného znevýhodnenia a u mu-

žov bez zdravotného znevýhodnenia nás zaujímala aj samotná pravdepodobnosť iba u mužov s určitou formou zdravotného znevýhodnenia sa zamestnať v jednotlivých členských štátoch EÚ, ktoré sa zúčastnili výskumu. Pri pohľade na graf môžeme vidieť, že v krajinách: Litva, Írsko, Poľsko a Maďarsko táto hodnota dosahuje pravdepodobnosť maximálne 30 %. Najvyššia hodnota pravdepodobnosti sa zamestnať u mužov so zdravotným znevýhodnením bola nameraná v krajinách: Švédsko, Dánsko a Holandsko s hodnotou pravdepodobnosti približne 55 %. Pre porovnanie, pravdepodobnosť sa zamestnať u mužov bez zdravotného znevýhodnenia sa pohybuje od 60 do 80 %.

Pravdepodobnosť zamestnať sa u mužov so zdravotným znevýhodnením na Slovensku je približne 41 %, pre porovnanie v ČR 39 %, v Nemecku 42 % a v Dánsku 54 %.

V nasledujúcom grafe môžeme vidieť výsledky pravdepodobnosti zamestnať sa u žien.

Graf č. 29: Pravdepodobnosť zamestnať sa – ženy

Zdroj: EUROSTAT, 2022

V grafe sú prezentované výsledky pravdepodobnosti sa zamestnať u žien s určitou formou zdravotného znevýhodnenia (označené trojuholníkom) a u žien bez zdravotného znevýhodnenia (označené štvorcem). V prvom rade by sme chceli upozorniť na zaujímavé zistenie, že ženy majú v Európe bez rozdielu štatisticky významne menšiu pravdepodobnosť sa zamestnať ako muži. Rovnako ako u mužov majú ženy s určitou formou zdravotného znevýhodnenia štatisticky významne menšiu pravdepodobnosť sa zamestnať ako ženy bez zdravotného znevýhodnenia. V každej zúčastnenej členskej krajine EÚ je hodnota pravdepodobnosti sa zamestnať u žien so zdravotným znevýhodnením menšia. Najväčšie rozdiely sa ukázali v krajinách: Spojené kráľovstvo, Dánsko, Litva a Holandsko. Najmenšie rozdiely sa objavili v krajinách: Taliansko, Luxembursko, Španielsko a Grécko. Rozdiel v pravdepodobnosti sa zamestnať medzi ženami so zdravotným znevýhodnením a bez zdravotného znevýhodnenia na Slovensku

bol približne 19 %, čo je o niečo menej ako u mužov. Pre porovnanie, v ČR a v Nemecku bol tento rozdiel podobný ako v SR (v oboch krajinách 22 %), v Dánsku 28 %.

Rovnako ako v mužskej kategórii, aj u žien nás zaujímalo porovnanie pravdepodobnosti zamestnať sa u žien so zdravotným znevýhodnením. Pri pohľade na predchádzajúci graf môžeme vidieť, že v krajinách Grécko, Poľsko, Írsko, Litva a Maďarsko táto hodnota dosahuje pravdepodobnosť 15 až 18 %. Najvyššia hodnota pravdepodobnosti sa zamestnať u žien so zdravotným znevýhodnením bola nameraná v krajinách Portugalsko, Fínsko, Švédsko a Dánsko s hodnotou pravdepodobnosti približne od 37 do 40 %. Pre porovnanie, pravdepodobnosť sa zamestnať u žien bez zdravotného znevýhodnenia sa pohybuje od 34 do 61 %. Pravdepodobnosť zamestnať sa u žien so zdravotným znevýhodnením na Slovensku je približne 22 %, v ČR 21 %, v Nemecku 28 % a v Dánsku 31 %.

2. 1. 5

Rozdiely v dosiahnutom vzdelaní u ľudí so zdravotným znevýhodnením a ľudí bez zdravotného znevýhodnenia

Stratégia Európa 2020 vyzývala na úsilie znížiť do roku 2020 podiel ľudí vo veku 18 – 24 rokov, ktorí ukončia vzdelávanie a odbornú prípravu s maximálne nižším stredoškolským vzdelaním, na menej ako 10 %. V roku 2011 bola spomedzi osôb, ktoré majú zdravotné znevýhodnenie, približne jedna zo štyroch osôb v EÚ v tejto situácii, v porovnaní s 12,4 % spomedzi osôb bez ťažkostí.

Na úrovni jednotlivých krajín sa pre ľudí so zdravotným znevýhodnením táto miera pohybovala od 11 % vo Švédsku po viac ako 60 % v Turecku a Bulharsku. V porovnaní s osobami bez zdravotného znevýhodnenia, niekoľko členských štátov EÚ (Chorvátsko, Švédsko, Slovensko, Poľsko a Česká republika) malo menej ako 5 % osôb, ktoré predčasne ukončili školskú dochádzku. Naopak, 41 % Turkov bez zdravotného znevýhodnenia opustilo školu predčasne.

V Európskej únii bola miera predčasného ukončenia školskej dochádzky a vzdelávania oveľa vyššia u zdravotne postihnutých osôb ako u osôb bez zdravotného postihnutia: 31,5 % v porovnaní s 12,3 %. Rozdiel medzi týmito dvoma subpopuláciami bol menej výrazný vo Fínsku, Švédsku

a Švajčiarsku (rozdiel menej ako 10 %). V opačnom extrémne zaznamenalo najväčší rozdiel Rumunsko, kde 71 % tých, ktorí uviedli zdravotné obmedzenie, predčasne ukončili školskú dochádzku v porovnaní so 17 % spomedzi ľudí bez zdravotného obmedzenia.

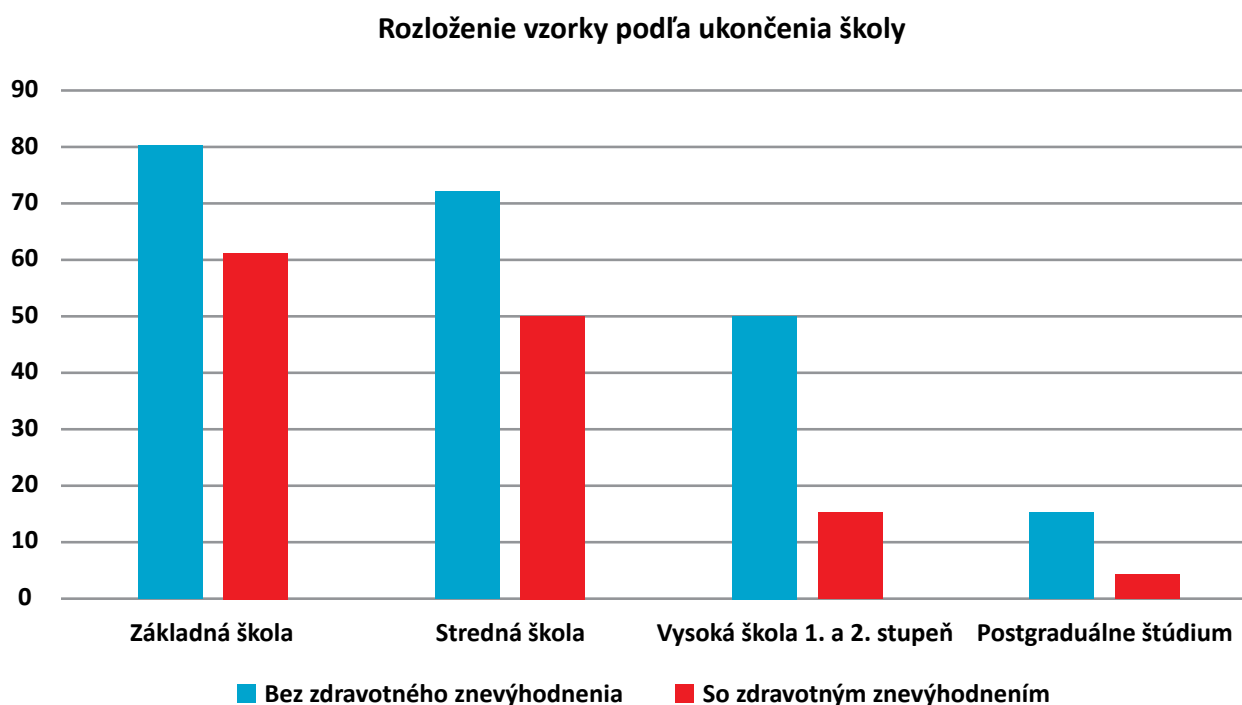
V rámci krajín EÚ 28 sa zistilo, že 30,7 % ľudí vo veku 15 – 34 rokov, ktorí majú nejakú formu zdravotného znevýhodnenia, nebolo zamestnaných ani sa nevzdelávalo. Táto hodnota je o 15 % vyššia ako v tejto vekovej skupine bez zdravotných ťažkostí. Rozdiely medzi krajinami sa pohybovali od 2 % vo Švajčiarsku po viac ako 40 % v Bulharsku, na Slovensku a v Rumunsku. Viac ako 6 z 10 mladých ľudí so zdravotným znevýhodnením v Rumunsku a na Slovensku a takmer tri štvrtiny v Bulharsku nebolo zamestnaných ani sa nevzdelávalo. Na druhej strane, medzi mladými ľuďmi, ktorí neuviedli zdravotné znevýhodnenie, bol tento podiel nižší ako 20 % v Rumunsku a na Slovensku a približne 25 % v Bulharsku.

Uvedené výsledky sú prevzaté z publikácií EUROSTATu, ktoré boli publikované na stránke EUROSTAT (2016).

V období od roku 2010 do roku 2020 sa situácia v oblasti schopnosti vyštudovať štatisticky významne zmenila. Moderné systémy sociálneho začleňovania a podpory ľudí so zdravotným znevýhodnením v podobe rôznych európskych projek-

tovej výrazne prispeli k priemernej úrovni ukončeného vzdelania. Stále však existuje výrazný rozdiel v maximálnom dosiahnutom vzdelaní medzi ľuďmi s určitým zdravotným znevýhodnením v porovnaní s ľuďmi bez zdravotného znevýhodnenia.

Graf č. 30: Rozloženie respondentov podľa ukončeného vzdelania z roku 2021 v EÚ



Zdroj: EUROSTAT, 2021

Pre zobrazenie dosiahnutého vzdelania sme použili dáta z Eurostatu. Po úprave vzorky sme ju rozdelili na dve reprezentatívne skupiny. Prvú skupinu tvoria osoby bez zdravotného znevýhodnenia (označení modrou farbou) a druhú skupinu tvoria osoby so zdravotným znevýhodnením (označení oranžovou farbou). Výsledky nám v prvom rade ukazujú rozdiel v možnosti doštudovať. Graf nám zobrazuje podiel možnosti doštudovať pre jednotlivé skupiny. Pre populáciu bez zdravotného znevýhodnenia vychádza, že zo 100 možných respondentov má pravdepodobnosť dokončiť základnú školu 80 % ľudí. U ľudí s nejakou formou zdravotného znevýhodnenia pravdepodobnosť dokončiť základnú školu má približne 60 % z nich. Pravdepodobnosť doštudovať strednú školu u respondentov so zdravotným znevýhodnením má 50 % oproti 70 % u populácie bez zdravotného znevýhodnenia. Veľký skok nastáva pri ukončení vysokých škôl, kde je výrazný prepad schopnosti doštudovať u ľudí so zdravotným znevýhodnením. Iba približne 15 % responden-

tovej so zdravotným znevýhodnením má pravdepodobnosť dokončiť vysokoškolské vzdelanie 1. a 2. stupňa oproti 50 % u vzorky bez zdravotného znevýhodnenia. Pravdepodobnosť dokončiť postgraduálne štúdium u ľudí so zdravotným znevýhodnením je menej ako 5 %.

Pri hlbšej analýze sa ako výrazné faktory, ktoré ovplyvňujú úroveň vzdelanosti u ľudí so zdravotným znevýhodnením, ukázali hlavne:

- **finančná situácia** – v dnešnej dobe si samotná doba štúdia vyžaduje pomerne veľké množstvo finančných prostriedkov. U ľudí so zdravotným znevýhodnením sa množstvo finančných prostriedkov ukazuje ako nedostatočné pre vzdelávanie;

- **fyzické/priestorové bariéry** – pri analýze odpovedí respondentov so zdravotným znevýhodnením sa pohyb nachádzal na vysokých priečkach. Respondenti opisovali neschopnosť navštevovať nimi vybrané školy kvôli fyzickým a priestorovým

bariérám. S tým súvisí aj asistenčná pomoc, ktorá je pri pohybe a aktivitách pre mnohých ľudí so zdravotným znevýhodnením potrebná;

- **kapacita a motivácia študovať** – zdravotné znevýhodnenie je veľakrát sprevádzané negatívnymi pocitmi, čo zohráva významnú úlohu pri dosahovaní študijných cieľov;

Všetky tieto výsledky sa ukázali ako významné vo všetkých členských a zúčastnených štátoch EÚ. Posledným neprehliadnuteľným faktorom, ktorý ovplyvňuje mieru doštudovať jednotlivé úrovne školského systému u ľudí so zdravotným znevýhodnením, sú:

- bariéry v podobe **postojov a názorov** majoritnej populácie. Približne 45 % respondentov uvádza pociťovanú diskrimináciu a predsudky zo strany „zdravej“ populácie v rámci celej EÚ.

Obsah jednotlivých častí tejto podkapitoly je ovplyvnený dostupnosťou dát a možnosťami ich spracovania. Zaujímalo nás najmä porovnanie ľudí so zdravotným znevýhodnením s ľuďmi bez zdravotného znevýhodnenia. Rovnako nás zaujímali hodnoty na úrovni Slovenska a na európskej úrovni, a to najmä na úrovni krajín, s ktorými porovnáваме inovatívny systém včasnej pomoci overovaný projektom SME SI ROVNÍ (ČR, Dánsko a Nemecko). Uvedomujeme si fakt, že všetky analyzované konštrukty môžu byť ovplyvnené viacerými faktormi. Cieľom nebolo odhaliť každý faktor, skôr poukázať na aktuálne rozdiely. Prípadné zistenia sme sa pokúsili podporiť vedeckými zisteniami z už publikovaných štúdií.

Za hlavné zistenia považujeme štatisticky významné rozdiely medzi ľuďmi so zdravotným znevýhodnením a bez zdravotného znevýhodnenia vo všetkých vybraných kategóriách, ktoré uvádzame v tejto časti štúdie. Na základe prvotných analýz sme dospeli k záveru, že celková životná spokojnosť je medzi vybranými skupinami úplne odlišná. V rámci tohto faktu sme sa zamerali na psychologický konštrukt vnímanej spravodlivosti. Po zhrnutí výsledkov môžeme konštatovať, že ľudia so zdravotným znevýhodnením pociťujú významnú nespravodlivosť vo svete a voči nim. Práve tento jav sa výrazne podpisuje na ich prežívanú spokojnosť a celkovú životnú pohodu. Samostatnú časť sme venovali finančnému zabezpečeniu, respektíve finančnej slobode. Uvedomujeme si,

že finančná situácia hrá v živote významnú úlohu. Na základe výsledkov sa ukázalo, že väčšina ľudí so zdravotným znevýhodnením nemá dostatok finančných zdrojov, čo znovu výrazne ovplyvňuje ich životnú pohodu.

Pri analýze uplatnenia na pracovnom trhu sa nám potvrdili predpoklady, že ľudia so zdravotným znevýhodnením budú mať väčšie ťažkosti s uplatnením na trhu práce ako ľudia bez zdravotného znevýhodnenia a miera nezamestnanosti u nich bude vyššia. Tento jav sa ukázal ako významný vo všetkých členských krajinách EÚ. Odchýlky medzi krajinami sú zapríčinené individuálnymi politickými rozdielmi a možnosťami v krajine.

Analýza pravdepodobnosti sa zamestnať odhalila výrazné rozdiely pri uplatnení sa na trhu práce u žien a u mužov so zdravotným znevýhodnením. Ženy majú v priemere o 20 % menšiu pravdepodobnosť sa zamestnať ako muži. Ako jeden z faktorov ovplyvňujúcich uplatnenie na trhu práce sa ukázal faktor schopnosti doštudovať. Poukázali sme na rozdiely v dosahovaní jednotlivých stupňov vzdelania. Výsledky u ľudí so zdravotným znevýhodnením sme porovnali so vzorkou ľudí bez zdravotného znevýhodnenia. V analýze sa nám potvrdili štatisticky významné rozdiely.

V nasledujúcej podkapitole sa venujeme výsledkom komparácie nástrojov zameraných na podporu aktívneho sociálneho začleňovania OZP vo vybraných krajinách (ČR, Dánsko a Nemecko), ich vzájomnému porovnaniu, ako aj porovnaniu so SR vrátane identifikácie kľúčových inšpiratívnych prvkov pre SR. Zdrojom pre spracovanie komparácie sú materiály spracované v rámci tejto štúdie (Príloha č. 8).

2. 2

Výsledky komparácie nástrojov aktívneho sociálneho začleňovania OZP uplatňovaných v zahraničí s overovaným systémom zavádzaným na Slovensku

Jedným z hlavných cieľov predkladanej štúdie je: Porovnať overovaný systém s podobnými nástrojmi uplatňovanými v zahraničí pre podporu aktívneho sociálneho začleňovania OZP. Samotné porovnanie môže prispieť k rozvoju sociálnej oblasti a k eliminácii nedostatkov, ako aj k inšpirácii a budovaniu progresívnych a efektívnych systémov v SR.

Ako sme uviedli už v úvode 2. kapitoly, výber krajín EÚ pre účely komparácie bol realizovaný na základe konzultácií odborného tímu projektu SME SI ROVNÍ so zástupcami celoeurópskej organizácie ESCIF (European Spinal Cord Injury Federation), v rámci ktorej má prostredníctvom Slovenského paralympijského výboru zastúpenie aj Slovenská republika.

V tejto podkapitole prezentujeme výsledky uskutočnenej komparácie, pričom hlavným porovnávacím kritériom boli jednotlivé služby, ktoré sú poskytované inštitúciami vybranými z jednotlivých krajín exploráciou ako najvhodnejšie na porovnanie s inovatívnym systémom overovaným v rámci projektu SME SI ROVNÍ. Pre lepšiu prehľadnosť uvádzame za každú krajinu niekoľko kľúčových charakteristík. V závere kapitoly sumarizujeme jednak základné rozdiely, ako aj spoločné znaky systémov sociálneho začleňovania OZP vybraných krajín vrátane Slovenska a tiež kľúčové inšpiratívne prvky z vybraných krajín pre systém aktívneho sociálneho začleňovania OZP v SR. Vychádzame pri tom z Prílohy č. 8, ktorá bola spracovaná v rámci štúdie.

2. 2. 1

Peer-to-peer prístup v slovenských podmienkach

Názov národného projektu SME SI ROVNÍ implementovaného Slovenským paralympijským výborom dokonale vystihuje hlavnú myšlienku a cieľ aktivít realizovaných v rámci projektu. Motivátori, ktorí si sami prešli obdobím vyrovnávania sa s hendikepom po úrazoch, nehodách či v dôsledku ochorenia, sa ako rovní s rovným stávajú partnerom svojich klientov – osôb so zdravotným postihnutím. Majú osobné skúsenosti s tým, aké to je, „ak na vás zrazu hľadia ako na iného človeka, ak pridete o istoty a komfort spoločenského postavenia“.⁴ Prístupom *peer-to-peer* vedia najlepšie pomôcť ľuďom, ktorí práve cítia bolesť, obávajú sa straty zamestnania a budúcnosti, netušia, ako ich zmenený zdravotný stav prijme rodina alebo priatelia, kam sa majú obrátiť s novými potrebami a otázkami.

Hlavné charakteristiky národného projektu SME SI ROVNÍ

Realizácia národného projektu začala v marci 2020. Jeho podstata spočíva v overení efektívnosti fungovania inovatívneho systému včasnej pomoci a podpory pre zdravotne postihnuté osoby (predovšetkým osoby po náhlejšej zmene zdravotného stavu následkom úrazu alebo choroby) prostredníctvom celoplošne zavádzanej siete regionálnych centier. Tieto majú skvalitniť a zlepšiť prístup (dostupnosť) k systému služieb pre OZP a zlepšiť tak možnosti pre ich aktívne začlenenie do spoločnosti.

Inklúzia a rovnaké príležitosti: Projekt sa zameriava na dosiahnutie inklúzie ľudí so zdravot-

⁴ Zdroj: www.smesirovni.sk (úvodná stránka)

ným postihnutím do rôznych oblastí spoločnosti, ako sú vzdelávanie, zamestnanie, kultúra, šport a ďalšie prostredníctvom *peer-to-peer support*. Cieľom je zabezpečiť, aby tieto osoby mali rovnaké príležitosti ako ostatní občania.

Senzibilizácia a osveta: Projekt sa snaží zvýšiť povedomie ľudí so zdravotným postihnutím o ich právach a možnostiach, jednak prostredníctvom individuálnej podpory poskytovanej motivátormi, ako aj prostredníctvom informačných, osvetových a motivačných skupinových aktivít organizovaných pre jeho účastníkov. Zároveň sa snaží zvýšiť aj povedomie širokej verejnosti o právach a potrebách ľudí so zdravotným postihnutím najmä prostredníctvom webovej stránky projektu či sociálnych sietí.

Legislatívna a politická podpora: SME SI ROVNÍ zahŕňa aj návrh odporúčaní na legislatívne úpravy, ktoré by zlepšili postavenie ľudí so zdravotným postihnutím na Slovensku.

Partnerstvá a spolupráca: V rámci projektu je nadviazaná spolupráca s rôznymi organizáciami, štátnymi a verejnými inštitúciami, zamestnávateľmi, občianskou spoločnosťou a inými aktérmi, aby sa dosiahli lepšie výsledky v oblasti inklúzie a rovnakých príležitostí pre ľudí so zdravotným postihnutím.

Podpora samostatnosti a sebaurčenia: Projekt sa zameriava na posilňovanie schopnosti ľudí so zdravotným postihnutím riadiť svoj život, robiť vlastné rozhodnutia a dosahovať svoje ciele.

Zlepšovanie životných podmienok: Projekt sa zameriava aj na poskytovanie informácií, ktoré môžu zlepšiť materiálne a sociálne podmienky ľudí so zdravotným postihnutím a prispieť k ich celkovej životnej spokojnosti.

Monitorovanie a hodnotenie: Projekt zahŕňa monitorovanie a hodnotenie pokroku v dosahovaní cieľov týkajúcich sa inklúzie osôb so zdravotným postihnutím.

2. 2. 2

Odbúravanie bariér v Dánsku

Pre účely komparácie s overovaným inovatívnym systémom v SR sme vybrali dve organizácie pôsobiace v Dánsku. Prvou bola SUMH. Ide o organizáciu, ktorá je zameraná na pomoc mladým ľuďom, ktorí po úraze alebo inou príčinou ostali s určitým hendikepom. Združuje mladých ľudí so zdravotným postihnutím a jej hlavným cieľom je zviditeľňovanie potrieb mladých ľudí so zdravotným postihnutím a posilnenie zdrojov, ktoré potrebujú, prostredníctvom politického zastrešenia a realizáciou rôznych projektov. SUMH vyvíja metódy a nástroje, ktoré riešia všetky aspekty prežívania mladosti, ako je vzdelávanie, voľný čas, pracovný život, priateľstvá a sexualita.

Druhou organizáciou, ktorú sme použili na účely komparácie, je RYK. RYK je dánska organizácia, ktorá sa orientuje na pomoc ľuďom s poranenou miechou. Jej hlavnou úlohou je pomoc pri liečbe a zabezpečení všestrannej pomoci po úraze či nutnej hospitalizácii. Pomoc a informácie sú klientom poskytované prostredníctvom mentoringu. Program mentoringu dáva hospitalizovaným pacientom príležitosť rozprávať sa so skúseným človekom s poranením miechy a vymeniť si skúsenosti. Rozhovory môžu vytvoriť úrodnú pôdu pre veľké zmeny.

Hlavnou úlohou organizácie je sprevádzať ľudí po zranení v ďalších (k)rokoch života. Snahou je poskytovať informácie zo sociálneho a právneho portfólia, ktoré dánsky systém poskytuje. Zároveň poskytuje priestor pre osobný rozvoj klienta a budovanie životnej spokojnosti pomocou vybavovania rôznych zdravotníckych pomôcok či organizovania spoločných aktivít.

SUMH – Dánska organizácia pre mladých s hendikepom

SUMH sa zameriava na vytvorenie budúcnosti, kde mladí ľudia so zdravotným postihnutím môžu žiť svoju mladosť bez ohľadu na ich postihnutie, diagnózu alebo chronické ochorenie.

Hlavné charakteristiky organizácie:

Zviditeľňovanie potrieb: SUMH identifikuje a zviditeľňuje potreby mladých ľudí so zdravotným postihnutím a posilňuje zdroje, ktoré potrebujú, prostredníctvom politického zastrešenia a realizácie projektov.

Odbúravanie bariér: Organizácia sa zameria-

va na odbúravanie fyzických a psychických bariér, ktoré bránia mládeži so zdravotným postihnutím v prístupe k vzdelaniu, práci, aktívnemu tráveniu voľného času a prírode.

Inklúzia a komunita: SUMH ponúka aktivity a podporu, ktoré zabezpečujú inklúziu a spoločenstvo pre mladých ľudí so zdravotným postihnutím. Taktiež sa snaží zapojiť ich do dobrovoľníckych aktivít.

Vzdelávanie: Organizácia spolupracuje na projektoch zameraných na sexualitu a poskytuje vzdelávacie materiály. Zameriava sa tiež na prístupnosť k vzdelaniu pre mladých ľudí so zdravotným postihnutím.

RYK – Dánska organizácia pre ľudí s poranenou miechou

RYK sa zameriava na zlepšenie životných podmienok ľudí s poranením miechy, pomáha im prežiť život spokojne a šťastne.

Hlavné charakteristiky organizácie:

Informácie a podpora: Organizácia poskytuje informácie o rôznych typoch poranenia miechy, rehabilitácii a praktických aspektoch. Poskytuje podporu aj pre rodiny a príbuzných.

Mentoring: RYK ponúka program mentoringu, kde skúsení jednotlivci s poranením miechy pomáhajú novým pacientom zvládnuť novú situáciu a rozhodnutia.

Praktická pomoc: Organizácia sa zaoberá rôznymi praktickými záležitosťami, ako je zariadenie bývania, kúpa pomôcok a vybavovanie úradných dokumentov.

Inklúzia a komunita: RYK sa snaží o inklúziu a budovanie komunity pre ľudí s poranením miechy, organizuje spoločenské podujatia a poskytuje priestor pre osobný rozvoj.

2. 2. 1

České neziskové organizácie pre osoby so zdravotným postihnutím

Z Českej republiky sme vybrali taktiež dve organizácie, ktoré sa venujú ľuďom so zdravotným znevýhodnením. Prvou organizáciou je ParaCENTRUM FENIX z. s. Jedným z hlavných cieľov tejto organizácie je združovať imobilných občanov s poranením miechy po úraze chrbtice či s iným získaným poškodením miechy, ich ošetrojúce osoby a ich priaznivcov. Považuje za dôležité vytvárať podmienky pre posilnenie kvalitného, nezávislého, zdravého a aktívneho života ľudí s hendikepom či riešenie samotnej integrácie týchto občanov. Dôležité je taktiež budovanie všeobecnej sociálnej mienky.

Druhou organizáciou je organizácia CZEPA, ktorá ponúka vodičom podporu skúsených osôb s poranením miechy (peer mentorov). Ide o českú asociáciu paraplegikov. Je to nezisková organizácia pomáhajúca ľuďom s poranením miechy či následkom úrazu chrbtice, alebo ochorením miechy. Hlavným poslaním je skvalitňovať život klientov vo všetkých oblastiach. Bojujú za ich práva na poli legislatívnom, poskytujú služby, pomoc a podporu. V neposlednom rade usilovne pracujú na zlepšení vnímania vodičárov širokou verejnosťou.

ParaCENTRUM FENIX, z. s.

ParaCENTRUM FENIX aktívne pôsobí na českom sociálnom trhu od roku 2004. Sústreď sa na pomoc osobám s poškodením miechy a inými získanými poškodeniami miechy.

Hlavné charakteristiky organizácie:

- združovanie osôb s poranením miechy, ich ošetrojúcich osôb a priaznivcov
- podporovanie nezávislého a aktívneho života týchto osôb cez rôzne spolkové činnosti
- integrovanie ľudí s poranením miechy späť do bežného života a spoločnosti
- zvyšovanie povedomia o živote týchto osôb cez osvetové aktivity
- zabezpečovanie rovnosti v právach, možnostiach a príležitostiach v spoločnosti

- poskytovanie rôznorodej podpory a pomoci v rôznych životných situáciách

Poskytované služby: sociálna rehabilitácia, osobná asistancia, fyzioterapia, ergoterapia, sociálne poradenstvo a ďalšie.

CZEPA – Česká asociace paraplegiků

CZEPA bola založená v roku 1990 a zaoberá sa pomocou ľuďom po poranení miechy s cieľom zlepšiť život týchto osôb, poskytovať rôzne služby, pomoc a podporu a pracovať na zlepšení ich vnímania vo verejnosti.

Hlavné charakteristiky organizácie:

- poskytovanie odborného sociálneho poradenstva osobám s poškodením miechy a ich rodinám
- poskytovanie právneho poradenstva týkajúceho sa sociálnych dávok a iných právnych záležitostí
- poskytovanie poradenstva spinálnej špecialistky pre tematické rady a podporu
- poskytovanie peer mentoringu prostredníctvom skúsených osôb s poraním miechy pre nových vozičkárov.

Ďalšie služby: Zapožičiavanie kompenzačných pomôcok, vybavovanie bývania, účasť na vzdelávacích aktivitách a podpora v rôznych oblastiach.

Obidve vybrané organizácie z ČR sa zameriavajú na integráciu a zlepšenie života osôb so zdravotným postihnutím. Poskytujú rozsiahlu škálu služieb, odborné poradenstvo a podporu a ich aktivity majú za cieľ zvýšiť povedomie o potrebách týchto osôb a zlepšiť ich postavenie v spoločnosti.

2. 2. 4

Nemecká podporná sieť EUTB pre osoby so zdravotným postihnutím

Z Nemecka sme ako príklad dobrej praxe vybrali inštitút doplnkového nezávislého poradenstva pre osoby so zdravotným postihnutím EUTB podporovaný federálnou vládou.

Cieľom tohto poradenstva je posilniť postavenie osôb so zdravotným postihnutím alebo hroziacim zdravotným postihnutím voči poskytovateľom služieb. Poradenská služba je určená na poskytovanie potrebných usmernení, plánovania a podpory rozhodovania pred podaním žiadosti o služby. Rady môžu využiť aj rodinní príslušníci a iné dotknuté osoby.

Poradenské centrá doplnkového nezávislého poradenstva sú rozmiestnené po celej krajine a v zásade pracujú na základe zásady „jeden pre všetkých“. To znamená, že poradenstvo zahŕňa všetku potrebnú pomoc pre OZP s cieľom maximalizácie ich účasti na pracovnom a spoločenskom živote a týka sa všetkých oblastí, ktoré OZP potrebujú za týmto účelom riešiť. Pri poskytovaní služieb poradenských centier sa kladie dôraz na peer poradenstvo.

Cieľom doplnkového nezávislého poradenstva

je zabezpečiť nezávislú podporu pre osoby so zdravotným postihnutím. Tento cieľ zahŕňa dosiahnutie nezávislosti, komplexných zručností a účasti v rôznych aspektoch života.

Hlavné charakteristiky EUTB:

Právo na účasť: Osoby so zdravotným postihnutím majú právo na sebaurčenie a plnú účasť vo všetkých oblastiach spoločnosti.

Legislatívny rámec: Nemecký federálny zákon o účasti osôb so zdravotným postihnutím vo všetkých základných oblastiach života je v súlade s Dohovorom OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím. Federálny zákon o účasti stanovuje práva a požiadavky na poradenstvo v oblasti rehabilitácie a účasti.

Prístupnosť poradenstva: Poradenstvo je dostupné pre všetkých, bez ohľadu na príslušnosť k poskytovateľom sociálnych služieb. Poskytovanie poradenstva je bezbariérové a nízkoprahové a je dostupné osobne, telefonicky, písomne a cez elektronickú komunikáciu bezplatne.

Obsah poradenstva: Poradenstvo sa zame-

riava na rôzne oblasti, ako je bývanie, zdravotná starostlivosť, práca, vzdelávanie, komunikácia, voľnočasové aktivity a ďalšie. Jeho cieľom je posilniť sebaurčenie osôb so zdravotným postihnutím.

Doplnkovosť: Poradenstvo dopĺňa existujúce povinnosti inštitúcií v oblasti právneho poradenstva a je komplementárnym zdrojom informácií a podpory.

Nezávislosť: Poradenstvo je nezávislé od záujmov tretích strán vrátane zákonom stanovených poskytovateľov sociálnych služieb a je orientované na potreby osoby, ktorá ho vyhľadáva.

Princíp partnerského poradenstva: Konzultačná metóda je založená na potrebách osoby vy-

hľadávajúcej poradenstvo a vyvíja riešenia, ktoré zohľadňujú jej kompetencie a situáciu.

Transparentnosť a prístup k informáciám: Osoby vyhľadávajúce poradenstvo majú právo na jasné informácie o postupe, možnostiach a dôsledkoch rozhodnutí.

Vytváranie sietí a spolupráca: EUTB sa snaží spolupracovať s existujúcimi organizáciami a poskytovateľmi služieb pre osoby so zdravotným postihnutím.

Výsledková orientácia: Cieľom poradenstva je posilniť postavenie osoby so zdravotným postihnutím, umožniť jej plnú účasť a zlepšiť jej životné podmienky.

2. 2. 5

Základné rozdiely medzi vybranými krajinami

Rozdiely medzi jednotlivými krajinami, Slovensko nevyvímajúc, v prístupe k pomoci osobám so zdravotným postihnutím v oblasti ich aktívneho sociálneho začleňovania sa prejavujú vo viacerých aspektoch:

- 1. Legislatívne opatrenia:** Každá krajina má odlišnú legislatívu týkajúcu sa práv a podpory osôb so zdravotným postihnutím, ktorá zahŕňa rôzne opatrenia zabezpečujúce ich inklúziu.
- 2. Dostupnosť služieb:** Dostupnosť rôznych služieb pre osoby so zdravotným postihnutím je v rôznych krajinách odlišná a vyznačuje sa rôznym stupňom pokrytia.
- 3. Osvetové aktivity:** Aktivity na zvyšovanie povedomia o potrebách osôb so zdravotným postihnutím a boji proti negatívnym predsudkom majú rôzny rozsah a intenzitu v jednotlivých krajinách.
- 4. Spolupráca medzi organizáciami:** Organizácie a iniciatívy zamerané na pomoc osobám so zdravotným postihnutím majú rôznu úroveň spolupráce s vládnymi inštitúciami, neziskovými organizáciami a inými aktérmi. To má vplyv na dostupnosť a kvalitu poskytovaných služieb.
- 5. Kultúrne a spoločenské faktory:** Rôzne kultúrne a spoločenské faktory majú vplyv na spôsob, akým je osobám so zdravotným postihnutím prístupná pomoc, ako aj na ich sociálne prijatie a inklúziu v spoločnosti.
- 6. Finančné zdroje:** Rôzne krajiny majú rôzne finančné zdroje a prioritizáciu rozpočtu pre oblasti týkajúce sa osôb so zdravotným postihnutím. To ovplyvňuje dostupnosť a kvalitu poskytovaných služieb podobne ako spolupráca medzi organizáciami. Aj keď sme sa v rámci štúdie nezaoberali finančnou podporou OZP, je zrejmé, že sa v jednotlivých krajinách líši. To sa týka sociálnych dávok, kompenzačných príspevkov, dotácií na kompenzačné pomôcky aj ďalších foriem finančnej podpory.

Je dôležité si uvedomiť, že tieto rozdiely sú spôsobené viacerými faktormi – historickými, kultúrnymi, politickými a ekonomickými. Aj keď existujú rozdiely medzi krajinami v miere podpory a využívaných nástrojoch aktívneho sociálneho začleňovania osôb so zdravotným postihnutím, cieľom v každej krajine je neustále zlepšovať túto podporu a zabezpečiť, aby osoby so zdravotným postihnutím mali rovnaké príležitosti a možnosti nezávisle na postihnutí a mieste pobytu.

2. 2. 6

Základné spoločné znaky vybraných krajín

Hoci medzi jednotlivými krajinami existujú rozdiely v ich prístupoch k pomoci osobám so zdravotným postihnutím, existujú aj určité spoločné znaky, ktoré sa môžu vzájomne prekrývať:

- 1. Inklúzia a rovnaké príležitosti:** Vo všetkých skúmaných krajinách existuje záujem o dosiahnutie inklúzie osôb so zdravotným postihnutím a zabezpečenie rovnakých príležitostí pre tieto osoby v rôznych oblastiach života, ako sú vzdelávanie, zamestnanie, kultúra, šport atď.
- 2. Legislatívna ochrana:** Všetky krajiny majú legislatívne opatrenia zamerané na ochranu práv a dôstojnosti osôb so zdravotným postihnutím a boj proti diskriminácii na základe postihnutia.
- 3. Osvetové aktivity:** Organizácie a inštitúcie v rôznych krajinách sa snažia zvyšovať povedomie spoločnosti o potrebách osôb so zdravotným postihnutím prostredníctvom osvetových aktivít, kampaní a vzdelávacích podujatí.
- 4. Podpora samostatnosti:** Všetky krajiny sa snažia podporovať samostatnosť a sebaurčenie hendikepovaných osôb, aby mohli riadiť svoj život a dosahovať svoje ciele.
- 5. Dôraz na uplatňovanie princípu peer-to-peer:** V každej z vybraných krajín sa uplatňuje princíp *peer-to-peer* v oblasti aktívneho sociálneho začleňovania osôb so zdravotným po-

stihnutím. Vďaka národnému projektu SME SI ROVNÍ v tejto oblasti za vybranými krajinami nezaostáva už ani Slovensko.

- 6. Partnerstvá a spolupráca:** Organizácie a inštitúcie často spolupracujú s rôznymi subjektmi, ako sú vládne inštitúcie, neziskové organizácie a občianska spoločnosť, aby dosiahli lepšie výsledky v oblasti inklúzie a podpory osôb so zdravotným postihnutím.
- 7. Zlepšovanie životných podmienok:** Snaha o zlepšenie materiálnych a sociálnych podmienok osôb so zdravotným postihnutím, aby dosiahli celkovú lepšiu kvalitu života.
- 8. Vzdelávanie a osvetové materiály:** Poskytovanie vzdelávania a osvetových materiálov pre hendikepované osoby aj pre širšiu verejnosť na tému inklúzie, práv a potrieb osôb so zdravotným postihnutím.
- 9. Monitorovanie a hodnotenie:** Všetky krajiny sledujú a hodnotia pokrok v dosahovaní cieľov týkajúcich sa inklúzie a rovnakých práv osôb so zdravotným postihnutím, čo sa následne prejavuje v ich legislatíve a strategických dokumentoch.

Aj keď sa konkrétne prístupy a praktická realizácia vyššie uvedených oblastí medzi krajinami líšia, spoločným cieľom je zabezpečiť, aby osoby so zdravotným postihnutím mali rovnaké príležitosti a mohli sa plne zapájať do pracovného a spoločenského života.

2. 2. 7

Kľúčové inšpiratívne prvky z vybraných krajín pre Slovensko

Jedným z dôvodov komparácie s Českom, Dánskom a Nemeckom bolo získanie inšpirácie pre zlepšenie kvality sociálneho začleňovania OZP na Slovensku. Kľúčové inšpiratívne prvky sme zhrnuli do nasledovných bodov:

1. Rozvoj sociálnej inklúzie

Vo všetkých troch krajinách je kladený dôraz na inklúziu a poskytovanie rovnakých príležitostí pre

osoby so zdravotným postihnutím. Táto téma by mohla byť posilnená na Slovensku, najmä v oblasti vzdelania a dostupnosti k vzdelaniu, zamestnanosti a kultúrneho života. Napríklad dánska organizácia SUMH, ktorá je zameraná hlavne na pomoc mladým ľuďom s hendikepom, kladie dôraz práve na vzdelanie mladých. Vyvíja úsilie na zabezpečenie väčšej flexibility vo vzdelávaní mládeže, aj vo vysokoškolskom vzdelávaní, so zameraním na posilnenie fyzickej, odbornej a sociálnej dostupnosti

ako v systémoch verejnej podpory, tak aj v jednotlivých školách a vzdelávacích inštitúciách, aby si mladí ľudia mohli dokončiť vzdelanie. Okrem toho SUMH usiluje o začlenenie mladých do spoločnosti v najširšom zmysle slova vrátane nájdania si vhodného pracovného uplatnenia. Keďže SUMH je dánske združenie mladých ľudí so zdravotným postihnutím, aktérmi tejto pomoci sú práve zdravotne znevýhodnení ľudia.

2. Odbúravanie bariér

Dánska organizácia SUMH a nemecká inštitúcia EUTB sa zameriavajú nielen na odstránenie psychických, ale aj fyzických bariér brániacich osobám so zdravotným znevýhodnením plnému zapojeniu do spoločnosti. Snažia sa uplatňovať svoj vplyv napríklad aj pri rozvoji miest a obcí, konkrétne pri výstavbe verejných budov tak, aby boli zohľadnené potreby ľudí s hendikepom a zabezpečený ich prístup do verejných priestorov, budov a k službám.

3. Budovanie voľnočasových aktivít pre klientov

Vo všetkých vybraných príkladoch je venovaná nemalá pozornosť rozvoju voľnočasových aktivít pre klientov so zdravotným postihnutím, nakoľko ľudská spokojnosť úzko súvisí aj so zmysluplným trávením voľného času a budovaním dobrých sociálnych vzťahov. Organizujú sa spoločné akcie, dovolenky a výlety, čo prispieva k psychickému rozvoju klientov.

4. Zameranie na ľudí s poškodením miechy

Špecifická pozornosť je vo vybraných krajinách zameraná na ľudí s poranením alebo poškodením miechy. Jednotlivé inštitúcie poskytujú pomoc od zranenia až po dlhodobé poradenstvo v oblasti poskytovania pomoci ľuďom s poškodenou miechou.

5. Silná (finančná) podpora zo strany vlády

Nemecká vláda vynakladá nemalé množstvo finančných prostriedkov na tzv. doplnkové poradenstvo pre ľudí so zdravotným postihnutím, ktoré je im následne poskytované bezplatne. Poradenské centrá pre doplnkové nezávislé poradenstvo sú rozmiestnené po celom Nemecku a ponúkajú svoje poradenské služby nezávisle od poskytovateľov sociálnych služieb, a to pre všetky OZP a ostatné dotknuté osoby, ktoré hľadajú poradenstvo v oblasti plnohodnotného začleňova-

nia OZP do pracovného a spoločenského života.

6. Peer-to-peer support

Uplatňovanie tohto princípu je zaužívanou formou vo všetkých vybraných krajinách. Vidieť ho v prípade z Nemecka, kde je pri poskytovaní doplnkových poradenských služieb poskytovaných v rámci siete EUTB kladený dôraz na peer poradenstvo. Rovnako je ho vidieť aj v príkladoch z Dánska a Česka. Napríklad RYK - Dánska organizácia pre ľudí s poranenou miechou poskytuje pomoc a poradenstvo klientom prostredníctvom mentoringu, ktorý dáva hospitalizovaným pacientom príležitosť komunikovať so skúseným človekom s poranením miechy a vymeniť si skúsenosti. V prípade záujmu o podporu po ukončení hospitalizácie je pridelený klientovi mentor, ktorý ho naďalej sprevádza a pomáha mu v rôznych životných situáciách, ako je sprostredkovanie dôležitých informácií pri zariaďovaní bývania, kúpa rôznych zdravotníckych pomôcok či vybavovanie úradných dokumentov.

7. Zdieľanie informácií inými inštitúciami

Informácie o poradenských centrách poskytujúcich doplnkové poradenské služby pôsobiacich v Nemecku v rámci siete EUTB sú zdieľané inými inštitúciami, ako sú úrady štátnej, verejnej správy, nemocnice a pod.

8. Orientácia poradenských služieb aj na osoby blízke OZP

Cieľovou skupinou nemeckej inštitúcie EUTB nie sú len OZP, ale aj ich príbuzní a partneri a iné súkromné osoby v kontakte s osobami so zdravotným postihnutím. Rovnaký prístup je vidieť napríklad aj v českom ParaCENTRE FENIX.

Uvedené inšpiratívne prvky zo systémov sociálneho začleňovania OZP vybraných krajín poukazujú jednak na rezervy v slovenskom systéme sociálneho začleňovania OZP, zároveň však potvrdzujú, že spôsob poskytovania pomoci a podpory OZP nastavený a overovaný v rámci národného projektu SME SI ROVNÍ sleduje novodobé trendy v oblasti aktívneho sociálneho začleňovania OZP v rozvinutých európskych krajinách a jeho začlenenie do bežnej praxe aj po ukončení národného projektu má reálne predpoklady na zvýšenie sociálneho začlenenia OZP v SR a skvalitnenie ich každodenného života.

3

NÁVRH OPATRENÍ NA ZABEZPEČENIE ÚČINNEJŠIEHO FUNGOVANIA OVERENÉHO INOVATÍVNEHO SYSTÉMU SOCIÁLNEHO ZAČLEŇOVANIA OZP

Vychádzajúc z výsledkov overovania inovatívneho systému sociálneho začleňovania OZP prezentovaných v predchádzajúcich častiach štúdie, berúc do úvahy aj výsledky komparácie s vybranými krajinami, v tejto kapitole sumarizujeme **navrhované opatrenia pre jeho účinnejšie budúce fungovanie v praxi.**

Keďže podstatou tohto systému je poskytova-

nie **včasnej pomoci OZP**, predovšetkým osobám po úraze, nehode, resp. inej náhlej zmene zdravotného stavu, vysoký podiel účastníkov projektu tvorili osoby s poškodením miechy (takmer 30 %). Z tohto dôvodu **v druhej časti kapitoly venujeme špecifickú pozornosť možnosti zaintegrovania služieb poskytovaných motivátormi do pripravovaných Spinálnych jednotiek.**

3.1

Navrhované opatrenia na zlepšenie fungovania inovatívneho systému sociálneho začleňovania OZP v praxi

Pre účinnejšie fungovanie inovatívneho systému sociálneho začleňovania OZP overeného v rámci národného projektu SME SI ROVNÍ odporúčame:

a) vytvoriť centrum včasnej pomoci motivátorov v každom kraji vrátane Bratislavského kraja

Pre zabezpečenie rovnakého prístupu k ponúkaným službám poskytovaným motivátormi pre OZP na celom území SR a dodržanie princípu, aby tieto osoby neboli diskriminované z hľadiska miesta bydliska, finančnej a rodinnej situácie OZP, je potrebné zabezpečiť poskytovanie služieb včasnej pomoci pre OZP v každom kraji SR formou zriadenia centra včasnej pomoci OZP napríklad v každom krajskom meste. S ohľadom na budúce kontinuálne (finančné) zabezpečenie fungovania centier odporúčame zriadiť ich na úradoch samosprávnych krajov. V záujme pokrytia celého Slovenska týmito službami odporúčame následne vytvoriť detašované pracoviská týchto centier v zariadeniach zdravotnej starostlivosti a sociálnej starostlivosti, aby boli čo najviac dostupné (potenciálnym) klientom.

Implementácia projektu SME SI ROVNÍ ukázala,

že existuje veľký dopyt po službách motivátorov aj v Bratislavskom kraji. Na tento dopyt bolo možné reagovať len čiastočne, pretože Bratislavský kraj bol v rámci projektu neoprávneným územím. To síce explicitne nevylučovalo obyvateľov tohto kraja z prijímania včasnej pomoci motivátorov, avšak táto pomoc nemohla byť poskytovaná na jeho území. Je možné predpokladať, že po tom, čo v roku 2021 bol schválený zákon 540/2021 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a vyhláška 316/2022 Z. z., sa zásadným spôsobom zmení organizácia zdravotnej starostlivosti aj z hľadiska regionálnej pôsobnosti. Najvyššie kategorizovaní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti (I. kategórie) sa budú nachádzať prevažne v Bratislave, čo ešte zvýši dopyt po službách poskytovaných motivátormi.

b) napojiť územnú pôsobnosť centier včasnej pomoci motivátorov na územie kraja

V rámci národného projektu SME SI ROVNÍ bolo vytvorených 5 regionálnych centier včasnej pomoci (v Kováčovej, Piešťanoch, Žiline, Košiciach a Prešove). Výsledky overovania ukázali, že je potrebné vytvoriť hustejšiu sieť centier. Motivátori aj cieľová

skupina sú osoby so zdravotným postihnutím, čo znamená, že nižšia hustota centier predstavuje bariéru k prístupnosti služieb z dôvodu nutnosti dlhšieho cestovania či už zo strany motivátora, alebo klienta. Za vhodné považujeme vytvárať aj detašované pracoviská centier priamo u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a sociálnej starostlivosti. Naviazanie územnej pôsobnosti centra na územie príslušného kraja zároveň umožní lepšie koordinovať intervencie u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a sociálnej starostlivosti a v budúcnosti umožní aj ľahšie napojenie na financovanie prostredníctvom rozpočtov vyšších územných celkov.

c) explicitne rozšíriť okruh OZP ako cieľovej skupiny o osoby s vrozeným a dlhodobým zdravotným postihnutím

Implementovaný národný projekt SME SI ROVNÍ definoval cieľovú skupinu ako osoby so zdravotným postihnutím (v zmysle Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím) s tým, že intervencie sú zamerané predovšetkým na včasnú pomoc, t. j. bezprostredne po úraze, nehode, náhlom zhoršení zdravotného stavu a pod. Ukázalo sa však, že toto obmedzenie pôsobí diskriminačne voči tým záujemcom, ktorí sú OZP s vrozeným alebo dlhodobým zdravotným postihnutím a intervencie poskytované v projekte by mali pozitívny vplyv na život záujemcu a jeho integráciu v spoločnosti. Do cieľovej skupiny odporúčame jednoznačne zahrnúť aj ľudí s vrozeným a dlhodobým zdravotným postihnutím. Pri vyhľadávaní klientov sa motivátori často stretávali s tým, že formu pomoci *peer-to-peer support* by veľmi potrebovali aj títo ľudia, nakoľko v čase, keď potrebovali tzv. včasnú pomoc, táto forma pomoci neexistovala a oni sa roky boria s nedostatkom informácií a relevantnej pomoci. Sme presvedčení, že v týchto prípadoch je slovné spojenie „včasná pomoc“ potrebné vnímať nie z časového hľadiska, ale z hľadiska potenciálneho úžitku a pozitívnej zmeny, ktoré môžu poskytnuté intervencie do života človeka s vrozeným a dlhodobým zdravotným postihnutím priniesť.

d) formalizovať prepojenie s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a sociálnej starostlivosti

Implementácia národného projektu SME SI ROVNÍ ukázala potrebu prepojenia centier včasnej pomoci s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a sociálnej starostlivosti (ďalej len ZS a SS). Úzka spolupráca s nimi umožňuje lepšie a efektívnej-

šie plánovať a realizovať intervencie, častokrát priamo u týchto poskytovateľov. Realizácia národného projektu prebiehala takmer celé obdobie počas pandémie COVID-19, čím bola vo veľkej miere ovplyvnená možnosť vykonávať intervencie v týchto zariadeniach. O to viac sa ukázalo, ako je potrebné aj formálne upraviť vzťahy s poskytovateľmi ZS a SS, minimálne formou podpísania memoranda o spolupráci, príp. formou uzatvorenia zmluvy o spolupráci, čo by pomohlo aj šíreniu informácií o poskytovanej včasnej pomoci medzi osobami, ktoré ju potrebujú, príp. ich rodinnými príslušníkmi.

e) realizovať systematické opatrenia užšie naviazané na trh práce a na posilnenie spolupráce s konkrétnymi zamestnávateľmi

Národný projekt SME SI ROVNÍ pomáhal zvýšeniu účasti OZP aj na trhu práce, no neboli v ňom alokované ani personálne, ani finančné zdroje, ktoré by boli špecificky zamerané na túto oblasť integrácie OZP. Motivátori boli síce zaškolení v oblasti základného pracovno-právneho poradenstva, v projekte boli tiež organizované skupinové aktivity zamerané na hľadanie pracovného uplatnenia po úraze/chorobe, okrem toho SPV počas implementácie projektu nadviazal spoluprácu s viacerými zamestnávateľmi, avšak chýbali systematické prvky zamerané na získanie či udržanie zamestnania, príp. zmenu pracovného uplatnenia OZP. Z tohto dôvodu odporúčame prijať a realizovať systematické opatrenia zamerané špecificky na túto oblasť integrácie OZP.

f) zabezpečovať tvorbu online obsahu a voľné šírenie informácií napr. formou webinárov, inštruktážnych či motivačných videí

Pandémia COVID-19, ako aj fakt, že tak cieľová skupina, ako aj motivátori sú osobami so zdravotným postihnutím, ukázali potrebu a vhodnosť riešiť mnohé problémy inak ako priamym fyzickým kontaktom. Realizácia projektu počas pandémie COVID-19 preukázala vhodnosť šírenia informácií v online priestore, napr. formou webinárov. Skúsenosti zo zahraničia ukazujú, že mnoho inštruktážnych, popularizačných a edukačných videí osloví nielen osoby so zdravotným postihnutím, ale aj zdravých spoluobčanov, čo pomáha búrať mýty a bariéry medzi osobami so zdravotným postihnutím a väčšinou spoločnosťou. Veľkú potrebu zbúrania týchto bariér v slovenskej spoločnos-

ti ukázali aj výsledky prieskumov realizovaných v rámci národného projektu SME SI ROVNÍ.

g) zacieliť pomoc poskytovanú osobe so zdravotným postihnutím aj na jej blízke osoby

Realizácia projektu ukázala, že pomoc so zvládáním neľahkej poúrazovej či chorobnej situácie a s tým súvisiace informácie potrebujú nielen hendikepované osoby, ale aj ich rodinní príslušníci, ktorí ich napríklad sprevádzali na osobné stretnutie s motivátorom alebo prezenčnú skupinovú aktivitu. Odporúčame preto rozšíriť cieľovú skupinu aj o osoby blízke OZP, resp. osoby, ktoré s nimi trávajú veľkú časť dňa. Zvyčajne sú to rodinní príslušníci, príp. partner/partnerka, niekedy to môže byť aj osobný asistent.

h) zabezpečiť akreditáciu vzdelávacieho programu a zapísanie novej pracovnej profesie do národnej sústavy povolání

Výsledky overovania podpory a pomoci OZP formou *peer-to-peer support* prostredníctvom motivátorov jednoznačne preukázali vhodnosť akreditácie vzdelávacieho programu na vykoná-

vanie pracovnej činnosti „Motivátor pre osoby so zdravotným postihnutím“, ako aj zapísania novej pracovnej profesie „Motivátor pre osoby so zdravotným postihnutím“ do národnej sústavy povolání v zmysle príslušnej legislatívy. Z tohto dôvodu odporúčame realizovať kroky vedúce k akreditácii vzdelávacieho programu, rovnako aj k zapísaniu novej pracovnej profesie.

i) vypracovať štandardy práce motivátora a metodiku zaškoľovania pre intervencie poskytované spinálnemu pacientovi

Výsledky overovania realizovaného v rámci národného projektu SME SI ROVNÍ ukázali, že takmer tretinu účastníkov projektu tvorili ľudia s poranením, resp. poškodením miechy. Aj v súvislosti s prípravou vytvorenia tzv. Spinálnych jednotiek v SR považujeme za vhodné vypracovať štandardy práce a metodiku zaškoľovania motivátora pre intervencie poskytované spinálnemu pacientovi.

V nasledujúcej časti kapitoly stručne predstavujeme pripravované Spinálne jednotky a činnosti prebiehajúce na Spinálnych jednotkách, na ktorých motivátori vedia participovať.

3. 2

Integrácia služieb poskytovaných motivátormi do pripravovaných Spinálnych jednotiek

Vzhľadom na cieľovú skupinu projektu SME SI ROVNÍ, nezanedbateľnú časť účastníkov projektu tvorili aj ľudia s poškodením miechy (takmer 30 %), preto bola v rámci projektu venovaná pozornosť aj chýbajúcim spinálnym jednotkám v SR. Na základe overenia funkčnosti inovatívneho systému služieb sociálneho začleňovania poskytovaných motivátormi sa javí ako veľmi užitočné zakomponovať ich služby aj do pripravovaných spinálnych jednotiek.

Pri spracovaní tejto časti vychádzame predovšetkým z dokumentu s názvom Komplexná starostlivosť o spinálneho pacienta (SJ), ktorý Ministerstvo zdravotníctva SR s účinnosťou od 15. novembra 2022 vydalo ako štandardný postup pri komplexnej starostlivosti o spinálneho pacienta.

Poškodenie miechy patrí medzi najviac de-

vastujúce zdravotné postihnutia. V rámci SR nie sú k dispozícii relevantné údaje o tzv. spinálnych pacientoch, kvôli neexistujúcej databáze. Podľa uvedeného dokumentu **pribudne každoročne na Slovensku 120 až 150 nových pacientov v potrebe subakútnej starostlivosti na spinálnej jednotke, ktorá u nás nebola stále vytvorená, ako v poslednej krajine EÚ.** Do Národného rehabilitačného centra Kováčová sa dostáva len určité percento pacientov s poškodením miechy rôznej etiológie. Niektorí ostávajú na oddeleniach anesteziológie a intenzívnej medicíny (OAIM), jednotkách intenzívnej starostlivosti a oddeleniach pre dlhodobu chorých v regióne.

Je potrebné uviesť, že väčšina poškodení miechy vzniká v dôsledku dopravných úrazov, pádov z výšky alebo pri športových aktivitách. Okrem toho môže vzniknúť poškodenie miechy v dôsled-

ku onkologického, infekčného, cievneho a degeneratívneho ochorenia chrbtice a miechy. Podľa pripravovanej Koncepcie komplexnej starostlivosti o spinálneho pacienta na Slovensku, v slovenských štatistikách sa údaje o úrazoch vrátane poranení chrbtice síce vyskytujú, ale samotný kód diagnózy pri prijatí pacienta do nemocnice nevytvorí o výslednom stave pacienta a miere závažnosti poranenia miechy. Trvalé poškodenia miechy môžu vzniknúť pri zlomeninách chrbtice, ale takú evidenciu Národné centrum zdravotníckych informácií (NCZI) nevedie.

Tabuľka č. 28: Hospitalizácie na úrazy a ich príčiny v SR v roku 2020

S12	Zlomenina krčnej chrbtice	318
S14	Poranenie krčných nervov a krčnej miechy	26
S22	Zlomenina rebra (rebrer), mostíka a hrudníkovej chrbtice	2 269
S24	Poranenie nervov a miechy na úrovni hrudníka	4
S32	Zlomenina drierkovej chrbtice a panvy	2 899
S33	Vykĺbenie, vyvrtnutie a natiahnutie kĺbov a väzov drierkovej chrbtice a panvy	105
S34	Poranenie nervov a miechy na úrovni brucha, drierku a panvy	3
T09	Iné poranenia chrbtice a trupu na bližšie neurčenej úrovni	3

Zdroj: Spracované podľa zdroja NCZI: Hospitalizácie na úrazy a ich príčiny v Slovenskej republike 2020, tabuľka T7.1

Podľa už spomenutej pripravovanej koncepcie, téme úrazovosti bola dokonca venovaná aj celá publikácia „Vývoj úrazovosti na Slovensku v rokoch 1999 – 2009“ z mája 2010 spracovaná kolektívom autorov z NCZI, odboru zdravotných registrov⁵, ale bez akejkoľvek zmienky o poškodení miechy či o počte spinálnych pacientov. Situácia je nepomerne lepšia v Českej republike, kde existujú spinálne centrá a celá komunita ľudí, ktorí sa starajú o spinálnych pacientov aj mimo zdravotníckych zariadení. Celkový počet akútne vzniknutých poškodení

miechy v Českej republike v rokoch 2005 – 2018 sa pohybuje medzi 250 až 300 jedincov ročne. Priemerný vek za sledované obdobie je 50,2 roka. Priemerná incidencia všetkých lézií je 25,2 prípadu na 1 milión obyvateľov, pričom incidencia traumatických lézií je 16 prípadov na 1 milión obyvateľov a netraumatických lézií 9,2 prípadu na 1 milión obyvateľov. Z celkového počtu lézií miechy každý rok zostane na vozíku v priemere 170 jedincov.⁶

Na Slovensku takáto štatistika neexistuje, vieme však, že **najpostihnutejšou skupinou sú ľudia v produktívnom veku**, pričom v skupine úrazových poškodení dominujú hlavne muži vo veku 20 – 40 rokov. Komplexná liečebná starostlivosť vrátane rehabilitácie poskytovaná od prvých hodín po vzniku závažného poškodenia miechy, umožňuje zabrániť vzniku akútnej aj neskorých komplikácií. Táto komplexná starostlivosť spolu s prebiehajúcou sociálnou, pedagogickou alebo pracovnou rehabilitáciou sleduje priblíženie hlavného spoločného cieľa – **rýchlejší a plnohodnotnejší návrat postihnutých do rodinného a spoločenského života**, ako aj do zamestnania.

Na Slovensku však **chýba dôležitý medzičlánok** medzi pracoviskami, ktoré v akútnej fáze liečia pacienta s poškodením miechy (oddelenie úrazovej chirurgie, neurochirurgické oddelenie, ortopedické oddelenie, neurologické oddelenie, JIS, OAIM apod.) a rehabilitačným centrom. Jedná sa o **spinálne jednotky, ktoré zastrešujú subakútnu fázu starostlivosti o pacienta**. Adekvátne pokrytie potrieb starostlivosti o nových dospelých spinálnych pacientov by si vyžadovalo kapacitu minimálne **30 – 36 lôžok rozložených na 3 – 4 pracoviskách v rôznych regiónoch**. Detským pacientom by mali byť zasa k dispozícii spinálne detské lôžka v Národnom ústave detských chorôb. Ide o pracoviská so špecifickým priestorovým, technickým, prístrojovým a personálnym vybavením, ktoré musia mať nastavené udržateľné financovanie.

Vzhľadom na cieľovú skupinu projektu SME SI ROVNÍ, služby motivátorov boli poskytované aj tzv. spinálnym pacientom. Cieľom tejto podkapitoly je poskytnúť základný koncepčný rámec fungovania Spinálnych jednotiek v SR, v ktorých by služby tzv. spinálnym pacientom v rozsahu svojich kompetencií poskytovali aj motivátori. V tejto časti štúdie

⁵ https://data.nczisk.sk/statisticke_vystupy/Urazy/vyvoj_uzarovosti.pdf

⁶ KRÍŽ J. 2019. Poranění míchy. Příčiny, důsledky, organizace péče. Praha. Galén, 2019. 532 s.

vysvetľujeme najskôr **základný systém a delenie starostlivosti o spinálneho pacienta** a popisujeme úlohu spinálnych jednotiek vrátane ich významu pri integrácii OZP.

Manažment starostlivosti o spinálneho pacienta

Komplexná liečebná starostlivosť o spinálneho pacienta umožňuje zabrániť vzniku akútnych aj neskorších komplikácií, čo výrazne zlepšuje vyhliadky pacientov, ako aj ich spoločenskú uplatniteľnosť po úraze. Komplexná starostlivosť o spinálneho pacienta sa dá rozdeliť do šiestich úzko previazaných fáz, z ktorých však na Slovensku **úplne absentuje tretia, t.j. subakútna fáza na spinálnych jednotkách.**

Úlohy jednotlivých fáz sú nasledovné:

I. fáza (urgentná): záchrana života a stabilizácia vitálnych funkcií pacienta

A. obdobie: 12 hodín od úrazu, vzniku ochorenia

B. umiestnenie pacienta:

- 1) pracovisko anestéziológie a intenzívnej medicíny (OAIM)
- 2) neurochirurgické oddelenie, oddelenie úrazovej chirurgie, ortopedické oddelenie, spondylochirurgické oddelenie, jednotka intenzívnej medicíny (JIS)

C. činnosti:

- 1) stabilizácia vitálnych funkcií, ev. ich prístrojová podpora
- 2) diagnostika – RTG, počítačová tomografia (CT), magnetická rezonancia (MR)
- 3) príprava pacienta na operačný výkon
- 4) v prípade známkov kompresie miechy urgentná dekompresia

II. fáza (akútna): od operácie, resp. zahájenia konzervatívnej liečby s cieľom stabilizovať pacienta

A. obdobie: 1. týždeň

B. umiestnenie pacienta:

- 1) pracovisko anestéziológie a intenzívnej medicíny

- 2) neurochirurgické oddelenie, oddelenie úrazovej chirurgie, ortopedické oddelenie, spondylochirurgické oddelenie, jednotka intenzívnej medicíny (JIS)

C. činnosti:

- 1) stabilizácia vitálnych funkcií, ev. ich prístrojová podpora
- 2) zvládnutie pooperačného stavu, zhojenie operačnej rany
- 3) prevencia dekubitov, polohovanie
- 4) rehabilitácia na lôžku

III. fáza (subakútna) fáza stabilizácie a rehabilitácie na spinálnej jednotke (ďalej aj ako „SJ“)

A. obdobie: 2. – 12. týždeň

B. umiestnenie pacienta:

- 1) spinálna jednotka

C. činnosti:

- 1) vstupná dokumentácia, stanovenie funkčnej poruchy
- 2) neurologická klasifikácia spinálneho poškodenia
- 3) vyšetrenie funkčnej nezávislosti
- 4) stabilizácia vitálnych funkcií, ev. ich prístrojová podpora
- 5) prevencia dekubitov, polohovanie
- 6) rehabilitácia na lôžku
- 7) zvládnutie závažných uroinfektov
- 8) prevencia respiračných problémov
- 9) uzavretie tracheostómie, pokiaľ pacient nevyžaduje dlhodobú UPV
- 10) vertikalizácia pacienta resp. posadenie do vozíka
- 11) nácvik vyprázdňovania moču a stolice
- 12) psychologická starostlivosť
- 13) výživové poradenstvo
- 14) edukácia ohľadom ďalšieho fungovania pacienta s poškodením miechy
- 15) príprava na riešenie životných situácií po opustení SJ

- 16) kompletizácia dokumentácie (vstupné a výstupné vyšetrenia) a návrh na ďalšiu rehabilitačnú liečbu
- 17) preklad na Spinálnu rehabilitačnú jednotku – špecializované rehabilitačné centrum (bez prerušenia terapie)

Subakúttna fáza je dôležitý medzičlánok medzi nemocničnými pracoviskami poskytujúcimi akútnu zdravotnú starostlivosť (neurochirurgia, úrazová chirurgia, traumatológia, neurológia, jednotka intenzívnej starostlivosti, resp. OAIM) **a špecializovaným rehabilitačným centrom** (napr. Národné rehabilitačné centrum Kováčová). Spinálne jednotky taktiež hrajú rolu v následnej dlhodobej zdravotno-sociálnej starostlivosti o pacienta prostredníctvom špecializovaných ambulantných vyšetrení. Tento krok v slovenskom systéme starostlivosti o spinálneho pacienta absolútne chýba. Pacienti sú v subakútnej fáze buď prepúšťaní do domácej liečby (pred nástupom rehabilitačnej IV. fázy), alebo prekladaní na dlhodobé lôžka nemocníc, ktoré však nemajú potrebné MTZ ani personálne kapacity na kvalitnú starostlivosť o spinálneho pacienta a nedokážu pokryť vyššie uvedený set mandatórnych činností.

IV. fáza (rehabilitačná fáza) je fáza rehabilitácie, reedukácie a reintegrácie v špecializovanom rehabilitačnom centre

A. obdobie: 12. – 34. (paraplegici – 5 mesiacov) resp. 12. – 38. týždeň (tetraplegici – 6 mesiacov)

B. umiestnenie pacienta

špecializované rehabilitačné centrum – spinálna rehabilitačná jednotka

C. činnosti:

- 1) dokumentácia, stanovenie funkčnej poruchy
- 2) stanovenie prognózy
- 3) vertikalizácia
- 4) funkčná elektrostimulácia
- 5) nácvik vyprázdňovania moču a stolice
- 6) nácvik intermitentného cievkovania
- 7) usmernenie v správnom používaní adjuvatív para a kvadruplegika
- 8) nácvik základných úkonov mobility – sebaobslužné úkony

- 9) nácvik sebaobsluhy a sebestačnosti
- 10) lokomócia na vozíku, nácvik sedu, presuny v interiéroch aj v exteriéroch
- 11) výroba individuálnych protetických pomôcok
- 12) chôdza v ortézach
- 13) robotická rehabilitácia
- 14) liečba spasticity
- 15) príprava potrebných zdravotných pomôcok vrátane výberu vozíka
- 16) preškolenie pacientov alebo získanie vodičského preukazu pre špeciálne upravené motorové vozidlo
- 17) poradenstvo pre pacienta a príbuzných o stave pacienta
- 18) poradenstvo v oblasti sociálnej pomoci, finančných podpôr
- 19) športové aktivity a rekreácia
- 20) modelovanie životných podmienok a nácvik zvládnutia rôznych situácií
- 21) nácvik pohybovej zostavy, individuálneho rehabilitačného programu
- 22) psychologická podpora s cieľom reintegrácie pacienta do spoločnosti
- 23) hodnotenie efektu terapeutických intervencií

V. fáza (fáza realizácie individuálneho rehabilitačného režimu) pozostáva z opakovanej ústavnej rehabilitačnej starostlivosti

A. obdobie: 6 týždňov prvé 2 roky po úraze, potom každé 2 roky 5 týždňov

B. umiestnenie pacienta

špecializované rehabilitačné centrum – spinálna rehabilitačná jednotka

C. činnosti:

u pacientov so zhoršenou sebaobsluhou a sebestačnosťou, resp. aktívne činní pacienti, aktívni športovci – reprezentanti

VI. fáza (fáza realizácie individuálneho rehabilitačného režimu a reintegrácie pacienta) je prakticky dlhodobá ambulantná starostlivosť

A. obdobie: po ukončení ostatných fáz v pravi-

delných intervaloch, celý život

B. umiestnenie pacienta

- 1) domáce prostredie
- 2) ambulantná starostlivosť
- 3) rehospitalizácia na Spinálnej jednotke v prípade sekundárnych komplikácií v ktoromkoľvek období starostlivosti
- 4) individuálny rehabilitačný program, resp. opakované terapeutické hospitalizácie (trvanie max. 49 dní) v špecializovanom rehabilitačnom centre – spinálnej rehabilitačnej jednotke

C. činnosti:

- 1) individuálny rehabilitačný program
- 2) športové aktivity, rekreácia
- 3) starostlivosť o kožu
- 4) starostlivosť o trávenie (vyprázdňovanie)
- 5) starostlivosť o funkcie močového mechúra
- 6) ošetrovanie dekubitov
- 7) riešenie sekundárnych komplikácií

Ambulantné zložky Spinálnej jednotky zabezpečujú:

- 1) poradenstvo v oblasti prevencie dekubitov
- 2) výživové poradenstvo
- 3) poradenstvo v oblasti sexuality, andrológie a fertility
- 4) liečbu spasticity – konzervatívnu, neuro-modulačnú
- 5) liečbu chronickej bolesti
- 6) liečbu komplikácií spojených s poškodením miechy – uroinfekty, dekubity, heterotopické osifikácie a pod.
- 7) psychologické poradenstvo

Charakteristika spinálnej jednotky a personálne zabezpečenie

Spinálna jednotka je intenzivisticko-rehabilitačné špecializované pracovisko. Úlohou spinálnej jednotky je starostlivosť o pacientov s poško-

dením miechy v subakútnej (III.) fáze liečenia. Po stabilizácii stavu pacientov po operačnom výkone bezprostredne nasleduje rehabilitačná liečba ako neoddeliteľná a veľmi dôležitá súčasť komplexnej liečby. Rehabilitačná liečba je zabezpečená rehabilitačnými pracovníkmi, ktorí sú špecializovaní na túto problematiku. Rehabilitácia je zabezpečená každodenne a prebieha v súlade s modernými trendmi starostlivosti o pacientov s poškodením miechy a prísne individuálne u každého pacienta podľa stupňa postihnutia.

Lekárska starostlivosť je zabezpečená 24 hodín denne a participujú na nej špecialisti z rôznych odborov – neurochirurgovia, úrazoví chirurgovia, intenzivisti, urológovia, plastickí chirurgovia, internisti, chirurgovia, gynekológovia a pod. **Okrem medicínskeho a ošetrovateľského personálu ako dôležitú súčasť profesionálneho tímu okrem psychológov, fyzioterapeutov a sociálnych pracovníkov vnímame aj motivátorov.** SJ ponúkajú celý rad služieb vrátane lekárskej starostlivosti, rehabilitácie a podporných služieb, ktoré môžu pomôcť pacientom prekonať fyzické, emočné a sociálne výzvy spojené s takýmto postihnutím.

Služby sociálneho začleňovania v spinálnych jednotkách

Jedným z hlavných cieľov SJ je pomôcť pacientom získať čo najväčšiu nezávislosť. SJ sú medzistupňom medzi nemocnicou a domovom spinálneho pacienta, preto tvoria prirodzene aj priestor, kde sa dokáže pacient pripravovať na integráciu do bežného života za výrazne zmenených podmienok. Popri zdravotníckych službách **je vhodné zabezpečiť aj služby sociálneho začleňovania formou peer-to-peer support špeciálne zaškolenými motivátormi,** ktorí sú schopní na základe vlastnej skúsenosti autenticky pripraviť OZP na vykonávanie každodenných činností a na čo možno najskorší návrat a opätovné fungovanie v spoločnosti, pokiaľ možno aj v pracovnom živote.

Motivátori poskytujú podporné služby, ktoré môžu pomôcť pacientom a ich rodinám prispôbiť sa zmenám, ktoré sú spojené s ich postihnutím. Sú silným príkladom pre pacienta, ktorý sa ocitol pred novou životnou situáciou, s ktorou si na začiatku nevie poradiť ani fyzicky, ani mentálne, ani emočne. Motivátori sa v rovnakej neľahkej situácii nachádzali a čelili rovnakým problémom, vedia

preto pacienta previesť touto fázou ľahšie a jednoduchšie a ušetriť mu množstvo času a zbytočne vynaloženej energie.

Z činností prebiehajúcich na SJ môžu motivátori:

- participovať pri poskytovaní psychologickkej starostlivosti,
- pripravovať spinálnych pacientov na riešenie životných situácií po opustení SJ.
- K ich ďalším aktivitám, ktorými vedia byť veľmi nápomocní, patrí poskytovanie poradenstva pri:
 - výbere vhodného pracovného zaradenia či ďalších odporúčaníach v oblasti pracovno-právnych vzťahov,
 - výbere vhodného športu či iných voľnočasových aktivít s ohľadom na druh a rozsah zdravotného postihnutia,
 - nastavení životného štýlu,
 - čerpaní kompenzácií zo systému sociálneho zabezpečenia,
 - výbere vhodných kompenzačných pomôcok,
 - úprave domáceho či pracovného prostredia vrátane debarierizácie.

Starostlivosť o spinálneho pacienta nevyžaduje významné kapitálové investície, ale bude skôr náročná na prevádzkové náklady. Aj na Slovensku by však bolo konečne možné poskytnúť špičkovú subakútnu starostlivosť podľa vzoru štandardných postupov západoeurópskych krajín a tým výrazne zlepšiť zdravotný stav spinálneho pacienta, jeho sociálne začlenenie a spoločenské uplatnenie. Slovensko má optimálnu potrebu 4 spinálnych jednotiek, pričom realizácia ich vybudovania by sa aj s rezervou stihla do doby čerpania zdrojov z Plánu obnovy a odolnosti. Inými slovami, projekt spinálnych jednotiek je ľahko realizovateľná iniciatíva s veľkou pridanou hodnotou (potvrdené aj metodikou hodnotenia investičných priorít) a plne v súlade so slovenskými či medzinárodnými štandardami a najlepšími praktikami v medicíne.

4

NÁVRH KROKOV SYSTÉMOVÝCH OPATRENÍ PRE ZAČLENENIE OVERENÉHO SYSTÉMU SOCIÁLNEHO ZAČLEŇOVANIA OZP DO EXISTUJÚCEJ ŠTRUKTÚRY SOCIÁLNYCH SLUŽIEB PRE OZP

Obsahom kapitoly 4 je **návrh odporúčaní na úpravu legislatívy a rozšírenie legislatívneho rámca poskytovaných sociálnych služieb o Službu včasnej intervencie motivátora zaslaný dňa 26.8.2022 na Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR (ďalej ministerstvo), odbor sociálnych služieb s požiadavkou o vyjadrenie k uvedenému návrhu. V čase dopracovania a zaslania návrhu na ministerstvo platila časová verzia zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov (ďalej len zákon o sociálnych službách) účinná od 7.6.2022 do 31.10.2022. Návrh je spracovaný komplexne tak, aby boli z neho zrejmé kroky systémových opatrení, ktoré je nevyhnutné urobiť pre začlenenie overeného inovatívneho systému sociálneho začleňovania OZP formou *peer-to-peer support* do existujúcej štruktúry sociálnych služieb pre OZP.**

Z terminologického hľadiska projekt používa termín „včasná pomoc“. V predloženej návrhu legislatívnej úpravy je tento termín zosúladený s termínom používaným v zákone č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov pre tento typ pomoci, ktorým je „včasná intervencia“.

Súčasťou kapitoly je aj zhrnutie stanoviska Odboru sociálnych služieb MPSVaR SR zo dňa 16.9.2022 k tomuto návrhu a tiež vyjadrenie odborného tímu národného projektu k záverom vyplývajúcim z tohto stanoviska, ktoré dopĺňa odôvodnenie navrhovaných odporúčaní na legislatívnu úpravu predloženú na MPSVaR v lete 2022 o ďalšie dôvody.

Pri spracovaní návrhu odporúčaní na úpravu legislatívy a rozšírenie legislatívneho rámca poskytovaných sociálnych služieb o Službu včasnej intervencie motivátora a jeho zdôvodnení bola vy-

užitá kombinácia viacerých metód - metóda brainstormingu, analýzy existujúcich sociálnych služieb, metóda analógie, ako aj konzultácie s odborníkmi (sociálna práca, psychológia, právo). Prihliadalo sa tiež na výsledky jednotlivých etáp výskumu realizovaného v rámci národného projektu, ktoré sú obsahom kap. 1.4.

Návrh odporúčaní na úpravu Zákona č. 448/2008 Z. Z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (Živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov so zapracovaním odporúčaných zmien

A. úprava v Druhej časti – Sociálne služby, Prvá hlava – Druh sociálnej služby, forma sociálnej služby a rozsah poskytovania sociálnej služby nasledovne:

doplnenie **bodu 9 do § 12 Druh sociálnej služby ods. 1 písm. c) sociálne služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku, ktorými sú:**

1. Poskytovanie sociálnej služby v zariadeniach pre fyzické osoby, ktoré sú odkázané na pomoc inej fyzickej osoby, a pre fyzické osoby, ktoré dovŕšili dôchodkový vek,
2. Domáca opatrovateľská služba,
3. Prepravná služba,
4. Sprievodcovská služba a predčitateľská služba,
5. Tlmočnická služba,

6. Sprostredkovanie tlmočnickej služby,
7. Sprostredkovanie osobnej asistencie,
8. Požičiavanie pomôcok.

Toto legislatívne znenie bude doplnené o bod 9, ktorý pojednáva o činnosti motivátora:

9. Služba včasnej intervencie motivátora

B. úprava v Druhej časti – Sociálne služby, Piata hlava – Sociálne služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku nasledovne:

Druhý diel

Vzhľadom k § 12 ods. 2, podľa ktorého sociálne služby podľa odseku 1 možno účelne a vhodne spájať, sa odporúča doplnenie ďalšieho § 41a). Znenie § je vzhľadom na oblasť a zameranie pôsobnosti či špecifikáciu poskytovaných sociálnych služieb podobné § 33 Služba včasnej intervencie, ktorá sa poskytuje dieťaťu do 7 rokov veku a rodine tohto dieťaťa, ak jeho vývin je ohrozený z dôvodu zdravotného postihnutia.

Odporúčané znenie doplneného § 41a)

§ 41a) Služba včasnej intervencie motivátora

- (1) Služba včasnej intervencie motivátora sa poskytuje fyzickej osobe od 7 rokov veku z dôvodu potreby riešenia nepriaznivej sociálnej situácie vzniknutej dôsledkom zdravotného postihnutia alebo nepriaznivého zdravotného stavu. V prípade nepľnoletej fyzickej osoby sa poskytuje aj rodine tohto dieťaťa.
- (2) V rámci služby včasnej intervencie motivátora sa:
 - a) poskytuje
 1. základné sociálne poradenstvo,
 2. špecializované sociálne poradenstvo,
 3. sociálna rehabilitácia.
 - b) vykonáva
 1. súbor odborných aktivít zameraných na aktivizovanie a sociálnu inklúziu občana so zdra-

votným postihnutím alebo s nepriaznivým zdravotným stavom,

2. pomoc pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov,
3. preventívna aktivita.

(3) V rámci služby včasnej intervencie motivátora sa realizuje komunitná rehabilitácia.

(4) Služba včasnej intervencie motivátora sa poskytuje najmä terénou formou sociálnej služby, možno ju poskytovať aj ambulatnou formou sociálnej služby. Poskytovanie terénnej formy sociálnej služby má prednosť pred ambulatnou sociálnou službou. Ak terénna forma sociálnej služby nie je vhodná, účelná alebo dostatočne nerieši nepriaznivú sociálnu situáciu, poskytuje sa ambulatná sociálna služba.

(5) Zdravotné postihnutie podľa odseku 1 fyzická osoba preukazuje potvrdením poskytovateľa zdravotnej starostlivosti podľa osobitného predpisu.

C. úprava v Tretej časti - Registrácia sociálnych služieb, Prvej hlave – Podmienky zápisu do registra

Poskytovanie sociálnej služby je možné na základe zápisu sociálnej služby do registra, ktorý vedie príslušný vyšší územný celok. Preto je potrebné upraviť aj odbornú spôsobilosť osoby, ktorá bude zodpovedná za poskytovanie sociálnej služby včasnej intervencie motivátora.

Odporúča sa úprava § 63:

Pôvodné znenie § 63 ods. 4 je: Za odbornú spôsobilosť podľa odsekov 1 a 3 sa považuje na účely poskytovania sociálnej služby uvedenej v § 24a) až 24d), 27 až 29, § 32, 32b) až 41, 53 až 55 a 57 získanie vysokoškolského vzdelania druhého stupňa a na účely poskytovania sociálnej služby uvedenej v § 25, 26, 31, 32a, 42 až 47, 52, 56, 58 až 60 získanie úplného stredného všeobecného vzdelania alebo úplného stredného odborného vzdelania. Splnenie kvalifikačného predpokladu sa posudzuje a preukazuje dokladmi podľa osobitného predpisu.

Odporúčaná úprava § 63 ods. 4 je: Za odbornú spôsobilosť podľa odsekov 1 a 3 sa považuje na účely poskytovania sociálnej služby uvedenej v § 24a) až 24d), 27 až 29, § 32, 32b) až 41a), 53 až 55

a 57 získanie vysokoškolského vzdelania druhého stupňa a na účely poskytovania sociálnej služby uvedenej v § 25, 26, 31, 32a, 42 až 47, 52, 56, 58 až 60 získanie úplného stredného všeobecného vzdelania alebo úplného stredného odborného vzdelania. Splnenie kvalifikačného predpokladu sa posudzuje a preukazuje dokladmi podľa osobitného predpisu.

D. úprava v Štvrtej časti: Financovanie sociálnych služieb, platba za poskytovanie sociálnych služieb a zmluva o poskytovaní sociálnej služby, Tretej hlave – Finančná podpora neverejného poskytovateľa sociálnej služby poskytujúceho sociálnu službu vo verejnom záujme

Vzhľadom k tomu, že služby včasnej intervencie motivátora sú obsahovo aj zameraním podobné službám včasnej intervencie podľa § 33, navrhujeme rovnaký systém financovania a preto odporúčame rozšíriť § 75 ods. 3 písm. b), ako aj § 77 doplniť o službu včasnej intervencie motivátora.

Odporúča sa úprava § 75:

Pôvodné znenie § 75 ods. 3 písm. b) je: Vyšší územný celok je povinný poskytovať finančný príspevok na prevádzku poskytovanej sociálnej služby neverejnemu poskytovateľovi sociálnej služby, ktorý neposkytuje sociálnu službu s cieľom dosiahnuť zisk a poskytuje

- a) Sociálnu službu v zariadení, ktorým je: útulok, domov na pol ceste, zariadenie núdzového bývania, zariadenie dočasnej starostlivosti o dieťa, zariadenie podporovaného bývania, rehabilitačné stredisko, domov sociálnych služieb, špecializované zariadenie,
- b) Službu včasnej intervencie,
- c) Tlmočnicku službu,
- d) Sociálnu službu v integračnom centre,
- e) Podporu samostatného bývania.

Odporúčaná úprava § 75 ods. 3 písm. b) je: Vyšší územný celok je povinný poskytovať finančný príspevok na prevádzku poskytovanej sociálnej služby neverejnemu poskytovateľovi sociálnej služby, ktorý neposkytuje sociálnu službu s cieľom dosiahnuť zisk a poskytuje

- a) Sociálnu službu v zariadení, ktorým je: útulok, domov na pol ceste, zariadenie núdzového

bývania, zariadenie dočasnej starostlivosti o dieťa, zariadenie podporovaného bývania, rehabilitačné stredisko, domov sociálnych služieb, špecializované zariadenie,

- b) Službu včasnej intervencie,
- c) Službu včasnej intervencie motivátora**
- d) Tlmočnicku službu,
- e) Sociálnu službu v integračnom centre,
- f) Podporu samostatného bývania.

Odporúča sa úprava § 77:

Pôvodné znenie § 77 ods. 1: Finančný príspevok na prevádzku poskytovanej sociálnej služby sa určí podľa druhu sociálnej služby, a ak ide o sociálnu službu poskytovanú v zariadení, aj podľa formy sociálnej služby a kapacity zariadenia, v prepočte na počet prijímateľov sociálnej služby, na počet hodín sociálneho poradenstva, na počet hodín služby včasnej intervencie, na počet kilometrov prepravnej služby, na počet hodín sprievodcovskej služby a predčitateľskej služby, na počet hodín tlmočenia alebo na inú jednotku výkonu.

Odporúčaná úprava § 77 ods.1: Finančný príspevok na prevádzku poskytovanej sociálnej služby sa určí podľa druhu sociálnej služby, a ak ide o sociálnu službu poskytovanú v zariadení, aj podľa formy sociálnej služby a kapacity zariadenia, v prepočte na počet prijímateľov sociálnej služby, na počet hodín sociálneho poradenstva, na počet hodín služby včasnej intervencie, **na počet hodín služby včasnej intervencie motivátora**, na počet kilometrov prepravnej služby, na počet hodín sprievodcovskej služby a predčitateľskej služby, na počet hodín tlmočenia alebo na inú jednotku výkonu.

E. úprava v Siedmej časti – Kvalifikačné predpoklady a ďalšie vzdelávanie

Výkon činnosti motivátora je vnímaný ako služba, ktorá vyžaduje určitý stupeň odbornosti, preto je potrebné odborné zaškolenie motivátora. Odporúčame doplniť **Kvalifikačné predpoklady a ďalšie vzdelávanie v § 84** nasledovne:

Odporúča sa doplniť do § 84 odsek 26).

(26) Službu včasnej intervencie motivátora vykonáva fyzická osoba so zdravotným postihnutím,

ktorá úspešne absolvovala akreditovanú prípravu motivátora na prácu s občanmi so zdravotným postihnutím alebo fyzická osoba, ktorá službu motivátora pre osoby so zdravotným postihnutím poskytovala minimálne 18 mesiacov na základe predchádzajúceho povinného zaškolenia na vykonávanie tejto služby.

F. úprava v Trinástej časti – Hodnotenie podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby

Sociálna služba poskytovaná motivátorom je poskytovaná odborne a kvalitne. Preto je vhodné, aby bola zaradená do systému hodnotenia podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby, ktorý je definovaný v § 104 a príslušnej prílohe č. 2 zákona. Preto sa odporúča medzi sociálne služby, u ktorých sa hodnotí kvalita poskytovanej sociálnej služby, zaradiť aj doplnený § 41a) Služba včasnej intervencie motivátora.

Odporúča sa úprava § 104:

Pôvodné znenie § 104 ods. 3) je: Podľa kritéria uvedeného v prílohe 2 písm. A časti II bode 2.5 sa hodnotia podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby uvedenej v § 26, § 27, § 33 až 40 a § 57, na účely vyhodnotenia plnenia podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby uvedenej v § 19, 21, § 24a) až 24d), § 25, 28 a 29, § 31, 32, 32a), 32b), § 41 až 47, § 52 až 56 a § 58 až 60 sa bodové hodnotenie indikátora pri tomto kritériu považuje za splnené úplne.

Odporúčaná úprava § 104 ods. 3) je: Podľa kritéria uvedeného v prílohe 2 písm. A časti II bode 2.5 sa hodnotia podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby uvedenej v § 26, § 27, § 33 až 40, § 41a) a § 57, na účely vyhodnotenia plnenia podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby uvedenej v § 19, 21, § 24a) až 24d), § 25, 28 a 29, § 31, 32, 32a), 32b), § 41 až 47, § 52 až 56 a § 58 až 60 sa bodové hodnotenie indikátora pri tomto kritériu považuje za splnené úplne.

Pôvodné znenie § 104 ods. 4) je: Podľa kritéria uvedeného v prílohe 2 časti III bode 3.4 sa hodnotia podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby uvedenej v § 19, 21, § 24a) až 24d), § 25 až 29, § 31, 32, § 33 až 41, 52 až 55 a § 57, na účely vyhodnotenia plnenia podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby uvedenej v § 32a), 32b), § 42 až 47, § 56 a § 58 až 60 sa bodové hodnotenie

indikátora pri tomto kritériu považuje za splnené úplne.

Odporúčaná úprava § 104 ods. 4) je: Podľa kritéria uvedeného v prílohe 2 časti III bode 3.4 sa hodnotia podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby uvedenej v § 19, 21, § 24a) až 24d), § 25 až 29, § 31, 32, § 33 až 41, 41a), 52 až 55 a § 57, na účely vyhodnotenia plnenia podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby uvedenej v § 32a), 32b), § 42 až 47, § 56 a § 58 až 60 sa bodové hodnotenie indikátora pri tomto kritériu považuje za splnené úplne.

G. úprava Prílohy 2 – Podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby, bod 2.5 a bod 4.4 nasledovne:

Bod 2.5 Kritérium: Určenie postupov a pravidiel na vypracovanie, realizovanie a hodnotenie individuálneho plánu prijímateľa sociálnej služby alebo určenie postupov a pravidiel práce s prijímateľom sociálnej služby

Pôvodné znenie Štandard: Sociálne služby (§ 26, §27, § 33 až 40 a § 57) sú poskytované na základe individuálneho plánu, ktorý vychádza z individuálnych potrieb, schopností a cieľov prijímateľa sociálnej služby. Individuálny plán je nástrojom na spoluprácu medzi prijímateľom sociálnej služby a zamestnancami poskytovateľa sociálnej služby.

Odporúčaná úprava Štandard: Sociálne služby (§ 26, §27, § 33 až 40, 41a) a § 57) sú poskytované na základe individuálneho plánu, ktorý vychádza z individuálnych potrieb, schopností a cieľov prijímateľa sociálnej služby. Individuálny plán je nástrojom na spoluprácu medzi prijímateľom sociálnej služby a zamestnancami poskytovateľa sociálnej služby.

Bod 4.4 Kritérium: Systém supervízie u poskytovateľa sociálnej služby

Pôvodné znenie Štandard: Poskytovateľ sociálnej služby uvedenej v § 19, 21, § 24a) až 24d), § 25 až 29, § 31, 32, § 33 až 41, § 52 až 55 a § 57 má vypracovaný systém supervízie poskytovania sociálnej služby, ktorý aktívne realizuje a pravidelne hodnotí. Supervízia je pravidelne poskytovaná na úrovni supervízie organizácie alebo riadiacej supervízie pre manažment a pre zamestnancov poskytovateľa sociálnej služby priameho kontaktu

s prijímateľom sociálnej služby skupinovú formou alebo individuálnou formou.

Odporúčaná úprava Štandard : Poskytovateľ sociálnej služby uvedenej v § 19, 21, § 24a) až 24d), § 25 až 29, § 31, 32, § 33 až 41a), § 52 až 55 a § 57 má vypracovaný systém supervízie poskytovania sociálnej služby, ktorý aktívne realizuje a pravidelne hodnotí. Supervízia ja pravidelne poskytovaná na úrovni supervízie organizácie alebo riadiacej supervízie pre manažment a pre zamestnancov poskytovateľa sociálnej služby priameho kontaktu s prijímateľom sociálnej služby skupinovú formou alebo individuálnou formou.

Odôvodnenie vyššie uvedených návrhov odporúčaní na zmenu legislatívy zaslané na MPSVaR SR spolu s návrhom odporúčaní:

Rozvoj včasnej intervencie na Slovensku rozbehla v 04/2014 nadácia SOCIA prostredníctvom grantového projektu. Postupne tak vznikli Centrá včasnej intervencie (CVI), ktorých cieľom je poskytovanie včasnej podpory rodinám s dieťaťom vo veku do 7 rokov, ak jeho vývin je ohrozený z dôvodu zdravotného postihnutia, formou komplexných služieb na báze dlhodobého sprevádzania. Vytvorených bolo 8 regionálnych Centier včasnej intervencie zastrešených organizáciou Asociácia poskytovateľov a podporovateľov včasnej intervencie, ktorej cieľom je podpora dostupnosti služieb rodinám, podpora kvality poskytovaných služieb vrátane odborného rastu. Centrá poskytujú pomoc ambulantnou aj terénnou sociálnou prácou.

Vzhľadom k tomu, že intervencia pre občana so zdravotným postihnutím je kľúčová v akomkoľvek veku, s prihliadnutím na špecifiká postihnutia, ako aj samotného individuálneho prístupu, SPV v rámci národného projektu „SME SI ROVNÍ“ rovnako vytvoril sieť regionálnych centier včasnej pomoci motivátorov, ktorá poskytuje včasnú pomoc, poradenstvo, zdieľanie vlastných skúseností a osobných odporúčaní, sprostredkovanie informácií, kontaktov motivátormi občanom so zdravotným postihnutím.

Motivátor poskytujúci včasnú intervenciu cieľne vyhľadáva a kontaktuje osobu so zdravotným znevýhodnením a zdieľa svoje osobné skúsenosti formou „peer-to-peer-support“. Je odborne vyškolený v oblasti legislatívy zameranej na občanov so zdravotným znevýhodnením – konkrétne v pracovno-právnej oblasti, v oblasti sociálnych služieb a kompenzácií, ako aj v oblasti terénnej sociálnej práce, psychológie práce so zdravotne znevýhodneným klientom, komunikačných zručností, fyzioterapie a ergoterapie, ako aj poradenstva v oblasti životného štýlu a výberu vhodného športu.

Služba včasnej intervencie motivátora obsahuje viacere činnosti a aktivity, ktoré sú v súlade so schváleným **Národným programom rozvoja životných podmienok osôb so zdravotným postihnutím na roky 2021 – 2030.**

Vychádzajúc z návrhu opatrení pre Ministerstvo práce sociálnych vecí a rodiny SR vyberáme tie, ktoré sa konkrétne dotýkajú práce včasnej intervencie motivátora:

4.2.3 Aktívna podpora prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť a podpora sociálneho začleňovania

Merateľný ukazovateľ: novela zákona o sociálnych službách podporujúca komunitnú starostlivosť

Služba včasnej intervencie motivátora: svojou službou pomáha vytvárať podmienky v prirodzenom domácom prostredí občana so zdravotným znevýhodnením, služba je poskytovaná terénnou formou a podporuje komunitnú integritu.

4.4.1 Implementovať nástroje podpory a pomoci zamerané na zvýšenie zamestnateľnosti a zamestnanosti občanov so zdravotným postihnutím

Merateľný ukazovateľ: počet podporených osôb so zdravotným postihnutím vo vzťahu k aktivizácii a začleneniu na trh práce

Služba včasnej intervencie motivátora: motivátor je vyškolený v oblasti pracovného práva pre zdravotne znevýhodnené osoby, čo zahŕňa nielen využitie aktuálnych nástrojov aktívnej politiky trhu práce zameraných pre osoby so zdravotným postihnutím, ale aj aktívnu pomoc pri uplatnení sa na trhu práce.

Opatrenia týkajúce sa vyšších územných celkov – Nezávislý spôsob života a začleňovanie do spoločnosti, osobná mobilita

11.1.1 Rozvinúť sociálne služby na komunitnej úrovni v zmysle odporúčania Výboru OSN pre práva osôb so zdravotným postihnutím

Merateľný ukazovateľ: počet poskytovateľov a prijímateľov sociálnych služieb pre deti a mládež so zdravotným postihnutím, prijatá legislatíva upravujúca financovanie sociálnych služieb

Služba včasnej intervencie motivátora: predstavuje poskytovanie širokospektrálnej služby pre občanov so zdravotným znevýhodnením od 7 rokov veku (toto vekové kritérium je z dôvodu existencie služby včasnej intervencie, ktorá je zameraná na deti do 7. roku veku) – služby motivátora môžu využiť aj staršie deti a mládež, ako aj rodičia zdravotne znevýhodnených detí.

Poskytovanie sociálnej služby včasnej intervencie motivátora bude vyžadovať zápis do registra. Každá registrácia bude zabezpečená odborne spôsobilou osobou v rámci podmienok zákona. Financovanie služby včasnej intervencie motivátora je pripravené ako viaczložkové. Vzhľadom k tomu, že sociálna služba bude poskytovaná neverejným poskytovateľom sociálnej služby zriadeným nie za účelom dosahovania zisku, predpokladá sa, že príjmy budú zložené z výnosov z vlastnej činnosti, prijatých darov, príspevkov od právnických a fyzických osôb, dotácií.

Kvalifikačné predpoklady pre výkon práce motivátora pri poskytovaní včasnej intervencie sú nastavené na vysoko odbornú úroveň. Zodpovedná odborne spôsobilá osoba musí mať vysokoškolské vzdelanie. Zároveň službu motivátora môže vykonávať len osoba, ktorá má ukončené minimálne úplné stredné všeobecné vzdelanie alebo úplné stredné odborné vzdelanie a absolvuje aspoň 160 hodín odborného akreditovaného vzdelávania, ktoré zahŕňa teoretickú aj praktickú časť. Následne motivátor pracuje 3 mesiace pod odborným vedením mentora. Výnimku tvoria iba motivátori, ktorí poskytovali pomoc, podporu a motiváciu zdravotne postihnutej osobe a získali prax minimálne v rozsahu 18 mesiacov. Súčasne s dôrazom na kvalitu poskytovanej sociálnej služby, je služba včasnej intervencie motivátora zaradená medzi služby podliehajúce hodnoteniu podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby. Preto bola rozšírená aj Príloha č. 2 zákona 448/2008. O význame supervízie v pomáhajúcich profesiách bol spracovaný a publikovaný odborný článok so zameraním

na motivátora: **Supervízia motivátora pracujúceho so zdravotne znevýhodneným klientom**, ktorý bol uverejnený vo vedecko-odbornom časopise Sociálno-zdravotnícke spektrum, ISSN 1339-2379, v roku 2022.

Systém odbornej prípravy motivátora včasnej intervencie je rozdelený na praktickú a teoretickú prípravu v rámci jednotlivých tém, celkom v trvaní 160 hodín v členení: 94 hod. teoretická časť, 66 hod. praktická časť.

1. Právne minimum pre motivátorov
2. Terénna sociálna práca pre motivátorov
3. Pracovno-právne poradenstvo ako nástroj motivácie
4. Psychológia pre prácu so zdravotne znevýhodnenými ako nástroj motivácie
5. Komunikačné zručnosti pri motivácii
6. Fyzioterapia pre motivátora
7. Ergoterapia pre motivátora
8. Poradenstvo životného štýlu a výber športu

Takto nastavený **vzdelávací program** zastrešený odborne spôsobilými osobami spĺňa zákonné podmienky pre získanie akreditácie vzdelávacieho programu podľa § 85 zákona č. 448/2008 Z. z. Jednotlivé moduly spĺňajú zákonnú podmienku minimálne 20 hodín.

Poskytovanie odbornej **sociálnej rehabilitácie** zo strany motivátora je podmienené splnením kvalifikačných predpokladov. Za účelom poskytovania služby inštruktora sociálnej rehabilitácie musí mať motivátor absolvovaný akreditovaný vzdelávací kurz v oblasti sociálnej rehabilitácie v zmysle § 84 ods. 16 zákona 448/2008 Z. z.

Opodstatnenie a záujem o takto nastavenú sociálnu službu zo strany občanov so zdravotným znevýhodnením je spracované v rámci **Kvantitatívnej analýzy** na vzorke realizovaných prieskumov z roku 2020 a 2021, ktoré sa uskutočnili v rámci realizácie projektu SME SI ROVNÍ. Vo všeobecnosti je možné povedať, že respondenti zúčastnení na prieskume vyjadrili potrebu viacerých zmien v oblasti fungovania sociálneho systému a podpory občanov so zdravotným znevýhodnením. Veľmi pozitívne je vnímané poskytovanie služby formou terénnej sociálnej práce. Účastní-

ci projektu SME SI ROVNÍ prejavili nadpriemernú spokojnosť s účasťou v projekte a s pomocou, ktorú im poskytol motivátor a služby motivátora by odporučili aj niekomu inému.

K návrhu odporúčaní na úpravu legislatívy a rozšírenie legislatívneho rámca poskytovaných sociálnych služieb o Službu včasnej intervencie motivátora, ktorý je predstavený vyššie, bolo od odboru sociálnych služieb MPSVaR SR doručené stanovisko zo dňa 16. 9. 2022.

Podľa doručeného stanoviska Odbor sociálnych služieb MPSVaR SR zastáva názor, že nie je potrebná úprava legislatívy, ani rozšírenie legislatívneho rámca poskytovaných služieb o Službu včasnej intervencie motivátora, pretože platná legislatíva umožňuje naplniť povahu a účel navrhovaného druhu sociálnej služby (Služby včasnej intervencie motivátora) vo vzťahu k cieľovej skupine osôb, pre ktorú má byť určená. Sociálna služba zodpovedajúca obsahom, cieľovou skupinou alebo ostatnými podmienkami navrhovanými v rámci novej Služby včasnej intervencie motivátora je podľa doručeného stanoviska sociálna služba podľa **§ 57 Zákona č. 448/2008 o sociálnych službách – Podpora samostatného bývania**. Podľa § 57 ods. 1 je to „sociálna služba na podporu samostatnosti, nezávislosti a sebestačnosti fyzickej osoby, zameraná najmä na pomoc pri prevádzke domácnosti, pomoc pri hospodárení s peniazmi, podporu pri organizovaní času, podporu pri zapojení sa do spoločenského a pracovného života, podporu rozvoja osobných záujmov, predchádzanie a riešenie krízových situácií, podporu spoločensky primeraného správania.“

V zmysle § 57 ods. 2 sa v rámci tejto služby okrem činností uvedených v ods. 1:

a) poskytuje:

1. sociálne poradenstvo,
2. pomoc pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov,

b) vykonáva:

1. preventívna aktivita,
2. sociálna rehabilitácia.

Ministerstvo vo svojom stanovisku objasňuje, že „označenie tejto sociálnej služby môže navodzovať dojem, že ide o sociálnu službu poskyto-

vanú v spojení s „bývaním“, v súlade so zmyslom a účelom jej právnej úpravy *ide o sociálnu službu na podporu samostatnosti, nezávislosti a sebestačnosti fyzickej osoby zameranú aj na podporu pri organizovaní času, podporu po zapojení sa do spoločenského a pracovného života, podporu rozvoja osobných záujmov, predchádzanie a riešenie krízových situácií, čo spolu s ďalšími odbornými činnosťami poskytovanými v rámci tejto sociálnej služby, v zásade obsahovo zodpovedá novonavrhovanej Službe včasnej intervencie motivátora“.*

Podľa stanoviska ministerstva „cieľová skupina pre poskytovanie tejto sociálnej služby nie je zákonom exaktne vymedzená, a teda ju možno poskytovať akejkoľvek osobe v nepriaznivej sociálnej situácii vymedzenej v § 2 ods. 2 zákona vrátane osoby v nepriaznivej sociálnej situácii pre ťažké zdravotné postihnutie alebo nepriaznivý zdravotný stav“.

Z uvedeného dôvodu je ministerstvo toho názoru, „že v prípade, že má akákoľvek osoba záujem poskytovať fyzickým osobám so zdravotným postihnutím pomoc/podporu v rozsahu navrhovanej Služby včasnej intervencie motivátora, môže túto pomoc realizovať prostredníctvom vzniku oprávnenia zápisom do registra sociálnych služieb a poskytovať druh sociálnej služby Podpora samostatného bývania“.

Odborný tím projektu sa dôkladne zaoberal doručeným stanoviskom MPSVaR SR a navrhuje ho prehodnotiť a prijať vyššie uvedený návrh odporúčaní na úpravu legislatívy, ktorých podstatou je rozšírenie aktuálnych druhov sociálnych služieb o novú sociálnu službu „Služba včasnej intervencie motivátora“ formou jej doplnenia do § 12 ods. 1 písm. c) zákona o sociálnych službách z nasledovných dôvodov:

- Podpora samostatného bývania vymedzená v § 57 zákona o sociálnych službách je ako nový druh sociálnej služby, konkrétne podporných sociálnych služieb, súčasťou predmetnej legislatívy už od začiatku roka 2014⁷. Domnievame sa, že ak by MPSVaR SR považovalo za postačujúci pre poskytovanie služieb motivátora existujúci § 57 zákona o sociál-

ných službách, neočakávalo by od **národného projektu SME SI ROVNÍ, schváleného začiatkom roka 2020**, ako jeden z jeho výsledkov „návrh na úpravu legislatívy a rozšírenie legislatívneho rámca poskytovaných sociálnych služieb o službu motivátorov“.

- Na webovej stránke MPSVaR SR sú stručne charakterizované jednotlivé druhy podporných služieb, pričom Podpora samostatného bývania je charakterizovaná nasledovne: „V rámci tejto sociálnej služby bude možné fyzickým osobám nachádzajúcim sa v rôznych nepriaznivých situáciách poskytovať rôzne druhy pomoci priamo **v ich prirodzenom prostredí** (napr. v byte).“⁷ Naproti tomu, miestom poskytovania Služby včasnej intervencie motivátora je v prvom rade zdravotnícke/rehabilitačné zariadenie, v ktorom sa fyzická osoba nachádza a ktoré nepredstavuje jej prirodzené prostredie, aj keď následné poskytovanie služby prebieha v prirodzenom prostredí klienta. Nie je nám známe, že by v súčasnosti boli pacientom v zdravotníckych/rehabilitačných zariadeniach na Slovensku poskytované služby podobné Službe včasnej intervencie motivátora mimo služieb SPV, ktoré im boli poskytované motivátormi vďaka národnému projektu SME SI ROVNÍ. Tiež nie je isté, či by služby motivátorov mohli byť v rámci § 57 zákona poskytované v zdravotníckom/rehabilitačnom zariadení, keďže v rámci Podpory samostatného bývania sa počíta s prirodzeným prostredím fyzickej osoby. V prípade, že by to možné nebolo, **bola by ohrozená jedna zo základných črt služieb poskytovaných motivátorom, ktorou je včasnosť pomoci.**
- Charakteristika služby Podpora samostatného bývania uvedená na webovej stránke MPSVaR SR pokračuje nasledovne: „Pôjde napr. o pomoc pri vedení domácnosti, pri hospodárení s finančnými prostriedkami, pri platení účtov, pri nadväzovaní kontaktov. Okrem uvedených aktivít sa klientom/tkám v rámci podpory samostatného bývania bude poskytovať sociálne poradenstvo, pomoc pri uplatňovaní práv

a právom chránených záujmov a vykonávať preventívna aktivita a sociálna rehabilitácia. Tento nástroj bude možné využiť aj pri podpore osôb s ťažkým zdravotným postihnutím, ktoré v rámci procesu deinštitucionalizácie budú prechádzať z celoročných pobytových zariadení sociálnych služieb do prirodzeného domáceho prostredia s cieľom podporiť ich nezávislosť a samostatnosť. Rovnako tento nástroj bude možné účinne využiť pri klientele, ktorá má problémy sa spoločensky začleniť a riešiť samostatne svoje problémy pre neprimerané životné návyky alebo pre spôsob života (napríklad pre klientov žijúcich v segregovaných komunitách).“ Z uvedeného popisu sa javí, že služba Podpora samostatného bývania je orientovaná na dospelú klientelu. **Hoci legislatívne vymedzenie tejto služby priamo nevylučuje osoby do 18 rokov veku ako potenciálnych prijímateľov tejto podpornej služby, nie je možné ani jednoznačne povedať, či je táto služba určená aj osobám do 18 rokov veku.** V prípade, že sa pri jej poskytovaní nepočíta s fyzickými osobami do 18 rokov veku, potom by z poskytovania včasnej pomoci motivátora v rámci § 57 Podpora samostatného bývania boli ako prijímatelia tejto pomoci vylúčené osoby vo veku do 18 rokov. To by zároveň znamenalo absenciu služieb charakteru včasnej pomoci pre osoby od 7 do 18 rokov veku po ukončení národného projektu SME SI ROVNÍ.

- **Základnou črtou Služby včasnej intervencie motivátora je, že je to služba poskytovaná formou peer-to-peer, čo v tomto prípade znamená, že osobe so zdravotným postihnutím sú poskytované služby inou osobou so zdravotným postihnutím na komunitnom princípe.** Podporná služba Podpora samostatného bývania toto síce nevylučuje. Je však nutné upriamiť pozornosť na to, že **prístup k OZP formou peer-to-peer support je črtou, ktorá Službu včasnej intervencie motivátora robí výnimočnou oproti v súčasnosti poskytovaným sociálnym službám. To je ďalší dôvod, prečo si táto služba zasluhuje sa-**

⁷ na základe novely zákona č. 485/2013 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zмене a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov, ktorý nadobudol účinnosť od 1.1.2014

⁸ <https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/ponuka-socialnych-sluzieb/podporne-sluzby.html>

mostatné postavenie v zákone o sociálnych službách ako nový druh sociálnej služby.

- Služba včasnej intervencie je v zmysle § 33 zákona o sociálnych službách formalizovaná pomoc poskytovaná dieťaťu do 7 rokov jeho veku, ak je jeho vývin ohrozený z dôvodu zdravotného postihnutia a rodine tohto dieťaťa. Toto obmedzenie veku vyznieva ako diskriminujúce pre klientelu vo veku 7 a viac rokov. Zákon č. 365/2004 Z. z. o rovnakom zaobchádzaní v niektorých oblastiach a o ochrane pred diskrimináciou a o zmene a doplnení niektorých zákonov (antidiskriminačný zákon) hovorí v § 2 o dodržiavaní zásady rovnakého zaobchádzania a o zákaze diskriminácie, okrem iného, aj z dôvodu veku. Podľa § 2a odsek 3 antidiskriminačného zákona „Nepriama diskriminácia je navonok neutrálny predpis, rozhodnutie, pokyn alebo prax, ktoré znevýhodňujú alebo by mohli znevýhodňovať osobu v porovnaní s inou osobou; nepriama diskriminácia nie je, ak takéto predpis, rozhodnutie, pokyn alebo prax sú objektívne odôvodnené sledovaním oprávneného záujmu a sú primerané a nevyhnutné na dosiahnutie takéhoto záujmu.“

Je zrejmé, že uvedené vekové obmedzenie má svoje opodstatnenie a je objektívne odôvodnené sledovaním oprávneného záujmu a je tiež primerané a nevyhnutné na jeho dosiahnutie. **Máme však za to, že tak, ako má svoje špecifické vymedzenie a postavenie v legislatívnej úprave súčasnej Služba včasnej intervencie, rovnakého zreteľa a postavenia v legislatíve je hodná aj Služba včasnej intervencie motivátora určená osobám od 7 rokov veku vyššie bez ďalšieho vekového obmedzenia. Doplnenie tejto služby ako novej služby do § 12 ods. 1 písm. c) sociálne služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku zákona o sociálnych službách by bolo nielen logické, ale aj prehľadné, jednoznačné a zrozumiteľné tak odbornej, ako aj laickej verejnosti.**

ZÁVER

Hlavným zámerom projektu SME SI ROVNÍ bolo overiť funkčnosť nastavenia inovatívneho systému sociálneho začleňovania OZP zavedeného v rámci projektu a jeho dopad na cieľovú skupinu. Nezastupiteľnú úlohu v rámci overovania mali tri podrobne rozpracované etapy výskumu (r. 2020 – 2022) medzi OZP, ktoré boli, ale aj ktoré neboli účastníkmi projektu, medzi vybranými inštitúciami poskytujúcimi služby aktívneho sociálneho začleňovania a v poslednom roku realizácie projektu (2023) aj medzi účastníkmi projektu, ktorí sa zúčastňovali doplnkovej formy pomoci poskytovanej formou skupinových aktivít. Z procesu overovania vyberáme kľúčové zistenia, ktoré potvrdzujú nezastupiteľný význam činnosti motivátorov v oblasti aktívneho sociálneho začleňovania OZP v SR.

Hlavným cieľom prvej, pilotnej etapy výskumu realizovanej v roku 2020 bolo zmapovať jednotlivé aspekty poskytovania podpory pre OZP z pohľadu jej prijímateľov, ako aj vybraných poskytovateľov služieb sociálneho začleňovania. Potvrdilo sa, že poskytovanie podpory má svoje medzery, kde projekt nachádza svoje uplatnenie.

V rámci následného medziročného porovnávania (r. 2021 a 2022) sa práca motivátorov ukázala ako veľmi efektívna a žiadaná, čo dokumentujú viaceré výsledky výskumu. Respondenti, ktorí boli účastníkmi projektu, napríklad vykazovali významne lepšie výsledky životnej spokojnosti ako respondenti, ktorí neboli zapojení do projektu. Zároveň vo všetkých čiastkových otázkach sa ukázala funkcia projektu ako efektívna podpora pre OZP. Peer poradenstvo vyšlo z výsledkov výskumu ako vysoko oceňovaný nástroj pomoci OZP, pričom hodnotenia *peer-to-peer* poradenstva zo strany respondentov prieskumu zapojených do projektu boli výrazne pozitívnejšie než hodnotenia respondentov nezapojených do projektu. Toto zistenie ukazuje, že respondenti, ktorí boli zároveň účastníkmi projektu, nadobudli v projekte pozitívnu skúsenosť s touto formou poradenstva, podpory a motivácie.

V oblasti prepájania ľudí s podobnou životnou situáciou sa vo výskume realizovanom v rámci projektu potvrdila dôležitosť *peer-to-peer* kontaktu, ktorý zdôrazňujú viacerí zahraniční autori, napr. Saxton (1981). Výskum realizovaný v projekte ukázal, že podporovaný kontakt týchto ľudí

znamená veľký potenciál pre rozvoj kvality ich života. V oboch kolách výskumu sme identifikovali veľmi vysoké priemery v oblasti zisťovanej miery zlepšenia kvality života OZP účasťou v projekte SME SI ROVNÍ z rôznych aspektov života OZP (8,47 v druhom kole, 8,75 v treťom kole), pričom nárast skóre medzi kolami sa potvrdil ako štatisticky signifikantný. Projektom overovaný inovatívny systém sociálneho začleňovania OZP teda preukázateľne zlepšuje kvalitu života u svojich účastníkov, pričom tieto výsledky boli potvrdené dvoma nezávislými, opakovanými meraniami v roku 2021 a 2022. Medzi najvyššie hodnotené aspekty patrilo napr. aj získanie nových sociálnych kontaktov či získanie informácií o vhodných voľnočasových aktivitách. Nájdenie uplatnenia na trhu práce síce dosiahlo najnižšie priemerné skóre, to však predstavuje hodnotu 7,03 v roku 2022. Tu je potrebné poznamenať, že zlepšenie v oblasti uplatnenia na trhu práce je dlhodobý proces a je pravdepodobné, že dlhodobým pôsobením projektu by sa aj pozitívny efekt na pracovné pôsobenie ukázal ako výraznejší.

Efektívnosť prístupu *peer-to-peer* v kontexte podpory osôb so zdravotným postihnutím, ktorý aplikuje projekt SME SI ROVNÍ, nachádza podporu aj v dlhodobom výskume (Iemmi, Gibson, Blanchet et al., 2015; Beaudoin, Best, Routhier, 2020; Marks et al., 2019, Meltzer et al., 2021), ktorý identifikoval celú škálu ďalších benefitov, ako napríklad efektívnejšie riešenia každodenných problémov, zvýšenie motivácie a sebavedomia či celkový nárast psychickej odolnosti a životnej spokojnosti.

Výskum realizovaný v projekte okrem iného ukázal napríklad aj to, že terénna forma sociálnej práce je hodnotená OZP výrazne pozitívnejšie než ambulatná a tiež, že informovanosť o komunitách alebo kluboch určených pre OZP u respondentov zapojených do projektu je omnoho vyššia ako u respondentov nezapojených do projektu, čo je z hľadiska aktívneho sociálneho začleňovania OZP dôležitý faktor.

V mnohých ukazovateľoch realizovaný výskum potvrdil, že inovatívny systém sociálneho začleňovania OZP nastavený a overovaný v rámci projektu dokáže svojim účastníkom poskytnúť účinnú podporu a pomoc, pričom táto pomoc je stabilná, systematická a celistvo zahŕňa mnohé, navzájom

prepojené oblasti života človeka so zdravotným postihnutím. Prínos zavedeného a overovaného inovatívneho systému sociálneho začleňovania OZP potvrdzuje aj ochota respondentov odporučiť projekt SME SI ROVNÍ svojomu okoliu. Priemerné skóre roku 2022 dosiahlo hodnotu 9,79 z maximálnej hodnoty 10, pričom 73,3 % účastníkov vyjadrilo maximálnu ochotu odporučiť účasť v projekte niekomu inému. Možnosti 8 až 10 označilo až 95,9 % respondentov. Inými slovami, takmer každý účastník výskumu, ktorý bol zároveň účastníkom projektu, vyjadril maximálnu možnú mieru ochoty odporučiť projekt ostatným. Takéto odporúčanie pravdepodobne zahŕňa silné presvedčenie, že účasť v projekte môže rovnako pomôcť aj ostatným ľuďom s podobným životným osudom.

Ukazuje sa preto ako potrebné, aby motivátori nielen pokračovali v poskytovaní poradenstva,

podpory a motivácie, ale zároveň naďalej slúžili ako spájajúci prvok medzi OZP, ktoré sa izolujú. Na základe výsledkov zo všetkých etáp výskumu môžeme konštatovať, že činnosť motivátorov má významné uplatnenie v oblasti aktívneho sociálneho začleňovania OZP a ich práca je overeným prínosom pre osoby so zdravotným znevýhodnením pri ich aktívnom sociálnom začleňovaní. Túto skutočnosť potvrdzujú aj vybrané príklady dobrej praxe z Dánska, Nemecka a Českej republiky, ktoré v poskytovaní podobnej formy pomoci osobám so zdravotným postihnutím jednoznačne predstihli Slovensko, keďže tento typ pomoci OZP je súčasťou ich bežnej praxe v sociálnej oblasti. V prípade, že by sa nami overovaný systém sociálneho začleňovania OZP stal súčasťou bežnej praxe aj v SR, znamenalo by to, že Slovenská republika by v tejto oblasti viac nezaostávala za vyspelou západnou Európou ani susediacou Českou republikou.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- BARÁKOVÁ, A., DUDOVÁ, M., KUČTOVÁ, Z. 2010. *Vývoj úrazovosti na Slovensku v rokoch 1999 – 2009* [online]. Bratislava: Národné centrum zdravotníckych informácií, 2010. 85 s. ISBN 978-80-89292-19-6. Dostupné na internete: https://data.nczisk.sk/statisticke_vystupy/Urazy/vyvoj_urazovosti.pdf
- BEAUDOIN, M., BEST, K. L., ROUTHIER, F. 2020. Influence of peer-based rehabilitation interventions for improving mobility and participation among adults with mobility disabilities: a systematic review. In: *Disability and Rehabilitation* [online]. 2020, Vol. 42, Issue 13, pp. 1785 - 1796. ISSN 1464-5165. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1537380>
- BENDÍKOVÁ, E. 2014. Lifestyle, physical and sports education and health benefits of physical activity. In: *European Researcher*, 2014, Vol. 69, Nos. 2-2, pp. 343 -348. ISSN 2224-0136.
- CARTA, M. G. et al. 2008. Improving physical quality of life with group physical activity in the adjunctive treatment of major depressive disorder. In: *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* [online]. 2008, Vol. 4, No. 1. ISSN 1745-0179. Dostupné na internete: https://www.researchgate.net/publication/5629376_Improving_physical_quality_of_life_with_group_physical_activity_in_the_adjunctive_treatment_of_major_depressive_disorder
- ČESKÁ ASOCIACE PARAPLEGIKŮ – CZEPA [online]. Dostupné na internete: <https://czepa.cz>
- ERGÄNZENDE UNABHÄNGIGE TEILHABEBERATUNG [online]. Dostupné na: <https://www.teilhabeberatung.de>
- ESS ERIC: *Európska sociálna sonda* [online]. 2020. Dostupné na internete: <https://www.europeansocial-survey.org/>
- EUROPEAN COMMISSION. 2010. *European Disability Strategy 2010-2020 : A Renewed Commitment to a Barrier-Free Europe* [online]. Brussels, 2010. 11 s. Dostupné na internete: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM%3A2010%3A0636%3AFIN%3Aen%3APDF>
- EUROPEAN COMMISSION. 2021. *Union of Equality : Strategy for the Rights of Persons with Disabilities 2021–2030* [online]. 2021. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2021. 32 s. ISBN 978-92-76-30867-6. Dostupné na internete: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8376&furtherPubs=yes>
- EUROSTAT. 2016. *EU SILC* [online]. Dostupné na internete: <https://ec.europa.eu/social/>
- EUROSTAT. 2021. *EU SILC* [online]. Dostupné na internete: <https://ec.europa.eu/social/>
- EUROSTAT. 2022. *EU SILC* [online]. Dostupné na internete: <https://ec.europa.eu/social/>
- EUROSTAT. 2017. *Final report of the expert group on quality of life indicators : statistical reports* [online]. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2017. 115 s. ISSN 2529-3222. Dostupné na internete: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-statistical-reports/-/ks-ft-17-004>
- EURÓPSKA KOMISIA. *Európa 2020 : Stratégia na zabezpečenie inteligentného, udržateľného a inkluzívneho rastu* [online]. Brusel: Európska komisia, (2010) 2020 v konečnom znení. 35 s. Dostupné na internete: https://ec.europa.eu/eu2020/pdf/1_SK_ACT_part1_v1.pdf

in Low-and Middle-income Countries : A Systematic Review. In: *Campbell Systematic Reviews* [online]. 2015, Vol. 11, Issue 1, pp. 1 – 177. ISSN 1891-1803. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.4073/csr.2015.15>

KŘÍŽ J. 2019. *Poranění míchy - Příčiny, důsledky, organizace péče*. Praha: Galén, 2019. 532 s. ISBN 978-80-7492-424-8.

LEE, R. 2003. The Demographic Transition: Three Centuries of Fundamental Change. In: *Journal of economic perspectives* [online]. 2003, Vol. 17, No. 4, pp. 167 - 190. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1257/089533003772034943>

MARKS, B. et al. 2019. Effectiveness of a HealthMessages Peer-to-Peer Program for People With Intellectual and Developmental Disabilities. In: *Intellectual and Developmental Disabilities* [online]. 2019, Vol. 57, No. 3, pp. 242 - 258. ISSN 1934-9556. Dostupné z: <https://doi.org/10.1352/1934-9556-57.3.242>

MELTZER, A. et al. 2021. A framework for interconnected benefits of peer support for family members of people with disability. In: *Australian Journal Of Social Issues* [online]. 2021, Vol. 56, Issue 4, pp. 579 - 595. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/ajs4.130>

MEYS, E., HERMANS, K., MAES, B. 2021. The role of professionals in strengthening social relations of adults with a disability in independent supported living: Practices and influencing factors. In: *Journal Of Intellectual & Developmental Disability* [online]. 2021, Vol. 46, Issue 2, pp. 150 - 163. Dostupné z: <https://doi.org/10.3109/13668250.2020.1786963>

MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY SR. *Podporné služby* [online]. 2023. Dostupné na internete: <https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/ponuka-socialnych-sluzieb/podporne-sluzby.html>

NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ. *Hospitalizácie na úrazy a ich príčiny v Slovenskej republike v roku 2022* [online]. Dostupné na internete: <https://www.nczisk.sk/Aktuality/Pages/Hospitalizacie-na-urazy-a-ich-priciny-v-Slovenskej-republike-v-roku-2022.aspx>

NEMČEK, D. 2013. *Life satisfaction of people with disabilities. Theory and practice in adapted physical activity*. Olsztyn: Olsztyńska szkoła wyższa Im. Józefa Rusieckiego, 2013.

ParaCENTRUM Fenix [online]. Dostupné na internete: <https://pcfenix.cz>

RUDINSKÝ, B., MALÝ, M., KŘÍŽ, J. et al. 2022. *Komplexná starostlivosť o pacienta na spinálnej jednotke (SJ)*. Bratislava: Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov ako štandardný postup s účinnosťou od 15. 11. 2022. 47 s.

RYK – Rygmarvsskadede i Danmark [online]. Dostupné na internete: <https://ryk.dk>

SAXTON, M. 1981. A Peer Counseling Training Program For Disabled Women: A Tool for Social and Individual Change. In: *The Journal of Sociology & Social Welfare* [online]. 1981, Vol. 8, Issue 2, Article 9. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.15453/0191-5096.1462>

SME SI ROVNÍ [online]. Dostupné na internete: <https://smesirovni.sk>

SUMH, ungdomsliv – med handicap [online]. Dostupné na internete: <https://sumh.dk>

van ASSELT-GOVERTS, A., E., EMBREGTS, P.J.C.M., HENDRIKS, A.H.C. 2013. Structural and functional characteristics of the social networks of people with mild intellectual disabilities. In: *Research in Developmental Disabilities* [online]. 2013, Vol. 34, Issue 4, pp. 1280-1288, ISSN 1873-3379. Dostupné na internete: https://www.researchgate.net/publication/235649318_Structural_and_functional_characteristics_of_the_social_networks_of_people_with_mild_intellectual_disabilities

VREŠTIAKOVÁ, L., FEJEŠ, M., ZIMANOVÁ, J., 2022. *Metodika poskytovania služieb sociálneho začleňovania v centrách individuálnou formou a skupinovú formou, v. 3.0.* Slovenský paralympijský výbor v rámci národného projektu SME SI ROVNÍ.

Vyhlásenie európskeho piliera sociálnych práv [online]. 2017. In: Úradný vestník Európskej únie. Dostupné na internete:

[https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SK/TXT/HTML/?uri=CELEX:32017C1213\(01\)&qid=1694985472145](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SK/TXT/HTML/?uri=CELEX:32017C1213(01)&qid=1694985472145)

WORLD HEALTH ORGANIZATION & WORLD BANK: *World report on disability* [online]. 2011. [s. l.]: World Health Organization & World Bank, 2011. 325 s. ISBN 978-92-4-156418-2. Dostupné na internete: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564182>.

Zákon č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 112/2018 Z. z. o sociálnej ekonomike a sociálnych podnikoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 131/2002 Z. z. o vysokých školách a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 176/2015 Z. z. o komisárovi pre deti a o komisárovi pre osoby so zdravotným postihnutím a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 219/2014 Z. z. o sociálnej práci a o podmienkach na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 311/2001 Z. z. Zákonník práce v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 485/2013 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 601/2003 Z. z. o životnom minime a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Ženy, ktoré nás inšpirujú 2 [online]. Dostupné na internete: <https://mojetesco.sk/colleague/public-article/zeny-ktore-nas-inspiruju-1>

PRÍLOHY

- Príloha č. 1 Vyhodnotenie dotazníkového prieskumu z roku 2020 medzi osobami so zdravotným postihnutím
- Príloha č. 2 Vyhodnotenie dotazníkového prieskumu z roku 2021 medzi osobami so zdravotným postihnutím
- Príloha č. 3 Vyhodnotenie dotazníkového prieskumu z roku 2022 medzi osobami so zdravotným postihnutím
- Príloha č. 4 Vyhodnotenie dotazníkového prieskumu z roku 2020 medzi zástupcami inštitúcií systému podpory sociálneho začleňovania osôb so zdravotným postihnutím (vrátane trhu práce)
- Príloha č. 5 Vyhodnotenie dotazníkového prieskumu z roku 2021 medzi zástupcami inštitúcií systému podpory sociálneho začleňovania osôb so zdravotným postihnutím (vrátane trhu práce)
- Príloha č. 6 Vyhodnotenie dotazníkového prieskumu z roku 2022 medzi zástupcami inštitúcií systému podpory sociálneho začleňovania osôb so zdravotným postihnutím (vrátane trhu práce)
- Príloha č. 7 Dotazník pre účastníkov skupinových aktivít
- Príloha č. 8 Podpora osôb so zdravotným postihnutím vo vybraných krajinách s dôrazom na nástroje aktívneho sociálneho začleňovania

Názov: Inovatívny systém sociálneho začleňovania osôb so zdravotným postihnutím vzájomnou včasnou pomocou od motivátorov OZP najmä pri odchode zo zdravotníckych/rehabilitačných zariadení

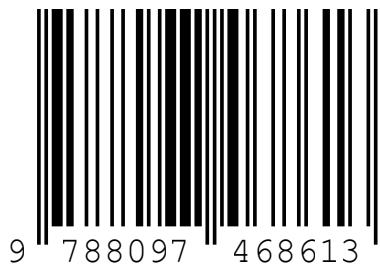
Vydal: Slovenský paralympijský výbor
Benediktiho 5
811 05 Bratislava

Rok vydania: 2023

ISBN: 978 - 80 - 974686 - 1 - 3

Zmeň uhob pohľadu

ISBN 978 - 80 - 974686 - 1 - 3



www.smesirovni.sk