

Lucia LUDVIGH CINTULOVÁ

Szilvia BUZALOVÁ

SOCIÁLNE SLUŽBY V SÚČASNOSTI

VYSOKOŠKOLSKÁ UČEBNICA

Bratislava 2022

Citovanie:

Ludvigh Cintulová, L., Buzalová, S. 2022. Sociálne služby v súčasnosti. Vysokoškolská učebnica. Bratislava: Vysoká škola ZaSP sv. Alžbety, 2022. 180 s. ISBN 978-80-8132-249-5.

SOCIÁLNE SLUŽBY V SÚČASNOSTI

Publikácia: Vysokoškolská učebnica

Autorky:

Lucia LUDVIGH CINTULOVÁ

ORCID <https://orcid.org/0000-0002-6448-0547>

Szilvia BUZALOVÁ

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4770-1448>

Recenzenti:

Prof. doc. Michal Oláh, PhD.

Prof. Ing. Libuša Radková, PhD.

PhDr. Jerzy Rottermund, PhD.

Vydavateľstvo:

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o. Bratislava, Palackého 1, 811 01 Bratislava

Prvé vydanie; náklad 200 ks

Počet strán: 184

Autorské hárky:

Lucia Ludvigh Cintulová, AH: 4,6

Szilvia Buzalová, AH: 4,6

© 2022 mim.prof. doc. Mgr. Lucia LUDVIGH CINTULOVÁ, PhD.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6448-0547>

© 2022 PhDr. Szilvia BUZALOVÁ, PhD.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4770-1448>

ISBN 978-80-8132-249-5

EAN: 9788081322495

PREDHOVOR

Vysokoškolská učebnica obsahuje súbor teoretických poznatkov, praktických skúseností a legislatívnych úprav vysvetľujúcich problematiku vývoja sociálnych služieb a poskytovanie starostlivosti o odkázaných ľudí vzhľadom na vek, starobu, zdravotné postihnutie alebo inú nepriaznivú životnú situáciu, pre ktorú nedokážu zabezpečiť starostlivosť o vlastnú osobu a svoju domácnosť vo svojom prirodzenom prostredí. Skladá sa z piatich hlavných kapitol, ktoré prehľadným spôsobom oboznamujú študentov a čitateľov o základnej terminológii, ktorú musia ovládať ako základ všeobecného prehľadu pri práci s klientmi sociálnej práce, druhá kapitola oboznamuje študentov s vývojom sociálnych služieb v kontexte spôsobov ich financovania, ďalej v predkladanej učebnici študenti nájdu popis konkrétnych terapií, ktoré sa poskytujú v rámci zariadení sociálnych služieb.

Vysokoškolská učebnica slúži ako študijný materiál pre študentov sociálnej práce v rámci prípravy na výkon povolania sociálneho pracovníka v zmysle Zákona č. 219/2014 Z. z. o sociálnej práci a o podmienkach na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny. Vychádza z vývoja sociálnych služieb a analyzuje aktuálny stav sociálnych služieb v zmysle platnej legislatívy, v rámci ktorej definuje formy, druhy a cieľové skupiny, ktorým sú komplexne sociálne služby poskytované.

Zároveň dostatočne pripravuje budúcich sociálnych pracovníkov, aby boli schopní vykonávať jednotlivé terapie pre rôznu typológiu klientov v sociálnych služieb, poznali bližšie problematiku starnutia a staroby a dokázali implementovať vybrané nástroje pri práci so seniormi tak, aby zvyšovali ich kvalitu života a uspokojovali ich bio-psycho-sociálne potreby.

OBSAH

ÚVOD	1
1 AKTUÁLNY STAV SOCIÁLNYCH SLUŽIEB	3
1.1 Vymedzenie základných pojmov	3
1.2 Rola sociálneho pracovníka pri práci so seniormi	21
1.3 Sociálna práca a sociálne služby	29
2 SOCIÁLNE SLUŽBY A ICH VÝVOJ	31
2.1 Historický vývoj sociálnych služieb	31
2.2 Transformácia sociálnych služieb	35
2.3 Financovanie sociálnych služieb	46
3 DEINŠTITUCIONALIZÁCIA A KOMUNITNÉ SLUŽBY	55
3.1 Predpoklady úspešnosti deinštitucionalizácie	65
3.1.1 Výhody, nevýhody a riziká deinštitucionalizácie	67
4 SYSTÉM SOCIÁLNYCH SLUŽIEB AKTUÁLNE	70
4.1 Definovanie sociálnych služieb	70
4.2 Formy sociálnych služieb	74
4.3 Druhy sociálnych služieb	76
4.4 Práva a povinnosti	78
4.5 Poskytovanie sociálnych služieb	82
4.6 Systém pomoci a jeho piliere	87
4.7 Sociálne služby na podporu rodiny s deťmi	103
4.8 Poskytovanie sociálnej služby v seniorských zariadeniach	106
4.9 Podporné služby	119
4.10 Opatrenia a odporúčania v sociálnych službách v súvislosti s COVID-19	122
5 PROCES STARNUTIA A STAROBY	138
5.1 Individuálny proces starnutia	140
5.2 Zmeny v starobe a jej typy	143
5.3 Postoje seniora k starnutiu	151
5.4 Terapie využívané pri práci s prijímateľmi ZSS	158
Záver	166
Použitá literatúra	167

ÚVOD

Vysokoškolská učebnica charakterizuje vybrané problémy sociálnych služieb v kontexte ich historického vývoja s hlavným zameraním sa na právnu úpravu poskytovania sociálnych služieb na Slovensku, porovnaním minulého obdobia s aktuálnou právnou úpravou.

V prvej kapitole sa venujeme stručnému výkladu základných pojmov a vývoju sociálnych služieb od prvých foriem organizovanej starostlivosti o občanov v staroveku, cez vznik prvých inštitucionalizovaných služieb v stredoeurópskom priestore a na Slovensku až do obdobia, kedy dochádzalo k zmenám v poskytovaní sociálnych služieb najvýznamnejšie, venujeme sa problematike transformácie a deinštitucionalizácie. Štvrtá kapitola detailne popisuje systém druhov sociálnych služieb podľa legislatívneho ukotvenia ako aj charakterizuje vplyv pandémie koronavírusu na kvalitu poskytovaných služieb. Piata kapitola sa zameriava na proces starnutia a staroby.

Spoločnosť je považovaná za rozvinutú vtedy, keď dokáže sa postarať o svojich najslabších členov (deti, starých a chorých, ľudí so zdravotným postihnutím, ľudí odkázaných na pomoc., ktorých životná úroveň klesla pod spoločensky únosnú hranicu. Prechodom spoločnosti na trhovú ekonomiku dochádza k zmene životných podmienok jednotlivcov, k narastaniu sociálnych rizík. Preto je nevyhnutné nielen zisťovať najcitlivejšie najohrozenejšie skupiny občanov ale vytvárať sociálny systém istôt realizovaný prostredníctvom sociálnej ochrany, pomoci, sociálnych služieb pre ľudí spoločensky znevýhodnených, s cieľom zlepšiť kvalitu ich života prípadne v maximálnej možnej miere začleniť ich do spoločnosti, alebo chrániť pred rizikami, ktorými sú títo ľudia nositeľmi.

Sociálne služby sa stali významným pilierom sociálnej pomoci. Transformačné procesy v celej svojej šírke, ktoré sa premietali aj do oblasti sociálnych služieb boli následne legislatívne upravené zákonom č. 195/1998 Z.z., ktorý sa stal základnou právnou úpravou poskytovania sociálnych služieb na ďalších 10 rokov. Ďalším faktorom, ktorý ovplyvnil oblasť sociálnych služieb bol vstup Slovenskej republiky do Európskej únie. Slovensko, ako členský štát prevzalo záväzky vyplývajúce z členstva v Európskej únii aj v tejto oblasti. Tieto, ale aj ďalšie skutočnosti viedli k zatiaľ poslednej právnej úprave zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách. Uvedená právna úprava, účinná od 1.1.2009 platila necelé dva roky a už sa ukázala potreba novelizovať tento zákon. Koncom roku 2010 bola prijatá Novela zákona o sociálnych službách č. 551/2010 Z.z., ktorou sa mení a dopĺňa zákon č.

448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene zákona č. 445/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní 46 v znení neskorších predpisov a ktorou sa mení zákon č. 447/2008 Z.z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia. Okrem niektorých legislatívno-technických úprav, odstránenia duplicit a nejednoznačností niektorých ustanovení je hlavnou podstatou tejto novely zabezpečenie uplatňovania práva fyzickej osoby na výber poskytovateľa sociálnej služby v plnom rozsahu bez akýchkoľvek obmedzení a následkov s tým spojených, tzn. slobodný výber poskytovateľa sociálnej služby. Súčasne sa tým zosúladiť ustanovenie § 8 ods. 2 a 3 v nadväznosti na nález Ústavného súdu Slovenskej republiky č. 332/2010 Z.z. s Ústavou Slovenskej republiky.

Ďalšou závažnou zmenou je snaha o dosiahnutie zníženia a zefektívnenia výdavkov obce alebo samosprávneho kraja na lekársku posudkovú činnosť, ako aj úprava osobitného spôsobu uhrádzania ekonomicky oprávnených nákladov pre obce a mestá, zohľadňujúc ich nepriaznivú finančnú situáciu v dôsledku finančnej a hospodárskej krízy, tak, aby neboli povinné uhrádzať tieto náklady v tých prípadoch, ak zabezpečujú sociálne služby u poskytovateľa, ktorého zriadil vyšší územný celok, v ktorého územnom obvode sa obec nachádza. Tieto zmeny sú spojené s procesom transformácie sociálnych služieb označovaným tiež ako deinštitucionalizácia, ktorá vychádza zo základnej ľudskej potreby každého teda aj sociálne odkázaných, rodinných, rovesníckych a komunitných sociálnych vzťahoch. V súčasnej modernej dobe môžeme povedať, že sociálne služby prechádzajú krízou udržateľnosti finančnej i personálnej, ako aj krízou spojenou so šírením infekčných ochorení.

1 AKTUÁLNY STAV SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

Vysokoškolská učebnica vysvetľuje študentom bakalárskeho stupňa základné pojmy, ktoré sa viažu nielen k sociálnym službám, ale aj k sociálnej práci, v rámci ktorej sa uskutočňuje súbor aktivít a činnosť na riešenie nepriaznivej životnej situácie a problémov prostredia, v ktorom sa klienti pohybujú.

1.1 VYMEDZENIE ZÁKLADNÝCH POJMOV

Pojem sociálna práca je možné sledovať komplexne jedno storočie, avšak ak by sme sa zamerali na riešenie sociálnych problémov v minulosti, zistili by sme, že aktivity vykonávané na zmiernenie sociálnych problémov by sme v súčasnosti charakterizovali ako poskytovanie sociálnej práce (Matoušek a kol., 2001). Hovoríme o prosociálnych činnostiach, ktoré ľudia vykonávali už od nepamäti a teda, najprv ako spontánnu pomoc ľuďom v ťažkej situácii a neskôr ako uvedomelý čin pomoci ľuďom v núdzi (Žilová, 2000). Sociálna práca sa formovala v priebehu niekoľko storočí. Najprv išlo o spontánnu pomoc ľuďom v chorobe a starobe a neskôr sa sociálna práca stala vedným odborom, pretože vznikla potreba profesionálnej pomoci ľuďom v núdzi. Profesionalizácia vychádza z odbornej prípravy sociálnych pracovníkov.

Sociálny pracovník

Sociálnu prácu vykonáva sociálny pracovník, od ktorého sa očakáva svedomitú plnenie povinností prostredníctvom sociálnej pomoci, ktorou zasahuje do života klientov (Matoušek a kol., 2003). Chytil sa zameral na definíciu sociálneho pracovníka prostredníctvom činností, ktoré vykonáva. Sociálni pracovníci sú ľudia, ktorí sa zameriavajú na riešenie sociálnych problémov ľudí, ktorí sa ocitli v nepriaznivej sociálnej situácii, v prípade, ak oni sami nedokážu vyriešiť problém, sprostredkovávajú pomoc od iných profesionálov a hlavne, snažia sa predchádzať vzniku a prehĺbovaniu sociálnych problémov (Chytil, 2002 in Levická, 2007). Z uvedeného vyplýva, že ide o človeka, ktorý prichádza do kontaktu s ľuďmi v nepriaznivej sociálnej situácii, ktorú bez pomoci druhých ľudí nedokážu vyriešiť. Sociálny pracovník je kľúčový človek, ktorý dokáže poznávať, vidieť a interpretovať osudy ľudí, resp. klientov, s ktorými prichádza do kontaktu a zároveň môže

byť jedinou osobou, ktorá pozná osud klienta, ktorí ostatní profesionáli nemajú možnosť poznať (Navrátil, 2008).

Matoušek hovorí o tom, že sociálny pracovník zasahuje do života klientov, ale len do tej miery, pokiaľ to dovoľujú práva a povinnosti, ktoré sú definované právnym systémom, či už zamestnávateľa alebo profesionálnymi štandardmi (Matoušek a kol., 2003). Sociálnych pracovníkov je možné rozlíšiť podľa prístupu k praxi na nasledovné štyri typy, ktoré spracovala Banksová (Banksová 1995, 1998 in Matoušek a kol. 2003):

1. *Angažovaný sociálny pracovník* – pristupuje k práci spolu s osobnými morálnymi hodnotami, klientov vníma ako ľudské bytosti, v práci je empatický a rešpektujúci. Riadi sa tým, že sociálny pracovník by sa mal starať o svojich klientov a pristupovať k nim ako k priateľom.

2. *Radikálny sociálny pracovník* – má spoločnú charakteristiku s angažovaným sociálnym pracovníkom a to, že do praxe vkladá osobné morálne hodnoty ako nástroj na dosiahnutie vyššieho cieľa, ako je zmena zákonov, ktoré považuje za nespravodlivé.

3. *Byrokratický sociálny pracovník* – tento typ sociálneho pracovníka manipuluje s ľuďmi v záujme ich zmeny a v určitých prípadoch pôsobí ako „normalizátor“ klienta. 4. *Profesionálny pracovník* – jeho hlavné charakteristiky sú vzdelanosť, autonómnosť, členstvo v profesii sociálna práca a riadi sa etickým kódexom. Prioritné sú pre neho práva klienta, dáva dôraz na vzťah s klientom (Banksová 1995, 1998 in Matoušek a kol. 2003).

Sociálna práca

Sociálna práca je spoločenskovedná disciplína, ale aj praktická činnosť. Odhaľuje, vysvetľuje, rieši a zmiernuje sociálne problémy, opiera sa o spoločenskú solidaritu a o ideál naplánovania ľudského potenciálu. Sociálna práca pomáha vytvárať priaznivé spoločenské podmienky a dôstojný spôsob života. (Matoušek, 2003).

„Sociálna práca, ako profesionálna a akademická disciplína, si za cieľ vytýčila zlepšenie kvality života a dosiahnutie subjektívneho blaha svojich klientov. Vychádzajúc z toho, potom jej misiou je snaha o sociálnu spravodlivosť a blahobyť najmä pre utláčaných a marginalizovaných jedincov a komunity.“ (Levická a kol., 2015, s.50)

Sociálna práca ako vedný odbor má svoju históriu. Je dôležité pochopiť všetky jej súvislosti, faktory, ktoré ju ovplyvnili a ich dôsledky, pretože sa podpísali na jej formovaní. Dnes zahŕňa veľa aktuálnych problémov či javov, ktoré nám otvárajú široké spektrum

informácií, poznatkov a rôznych teórií. Sociálna práca sa formovala postupne, jej historický priebeh vývoja nebol všade rovnaký. Veľmi dlhé obdobie sa uplatňovala hlavne neuvedomelá podoba, až pri výskyte sociálnych problémov a zvyšovania počtu sociálne slabších chudobných sa začala organizovať. Malo to za následok vytváranie rôznych humanitárnych teórií a samozrejme to ovplyvnilo vznik teórie samotnej sociálnej práce. Môžeme podotknúť, že sociálna práca bola prvé desaťročia považovaná ako charita, až úplne neskôr, keď prišla tzv. priemyselná revolúcia a pribudli prvé sociálne potreby a problémy. Začalo sa na ňu pozeráť ako na humanitárnu vedu, ktorá je schopná riešiť sociálne problémy. (Oláh, Schavel, Ondrušová, Navrátil, 2009).

Slovo charita pochádza z gréckeho slova charis a znamená milosť, priazeň, omilostenie. Označuje tiež inštitúciu Cirkvi na vykonávanie charitatívnej práci alebo samostatnú charitatívnu činnosť ľudí. Charitatívna činnosť sa často krát uplatňuje v misijnej práci pri pomoci núdzným a sociálne odkázaným. Jej činnosť stojí v službe celostného oslobodenia a pozdvihnutia človeka, je to hlavne znakom záujmu o človeka a o jeho konkrétnu ťažkú situáciu. Je to úsilie o to, aby človek nadobudol svoju dôstojnosť, ktorá mu patrí. Cieľom takej to činnosti je zakladať, upevňovať a privádzať nové cirkevné spoločenstvá. Zodpovedným za uskutočňovanie charitatívnych činností v miestnej či komunitnej cirkvi bol hlavne biskup. Kresťanská komunita mala najmä za cieľ posilniť ducha spoločenstva medzi kresťanmi, ktorí pochádzali z rôznych spoločenských vrstiev. Umožňovali aj materiálnu pomoc núdzným a chudobným členom kresťanskej komunity. (Bučko, 2009)

Silvia Staub-Bernasconi (In: Levická J. a Levická K., 2015) hovorí, že medzi základné hodnoty sociálnej práce patri hlavne zdravie, učenie, sloboda, kultúrna primeranosť, sociálna spravodlivosť, nenásilnosť, sociálna hospodárnosť alebo telesná neporušenosť. Neuvedomelej forme začala vytvárať etapa budovania organizovanej formy sociálnej pomoci. Ako bolo spomenuté, vznikajúce kláštory, cirkevné spoločenstvá ponúkali svoju pomoc nielen svojim potrebným, ale svoju starostlivosťou ponúkali povereným, cudzincom, obetiam vojen, hladomoru, epidémií. So starostlivosťou sa snažili poskytnúť aj výchovno-vzdelávacie aktivity, hlavne pre chudobné deti a siroty.

Kresťanské učenie formovalo pomoc bližnému ako cnosť, ktorá bola vpísaná do pravidiel správania, kedy mohol človek dosiahnuť spasenie a večnú blaženosť. Základy sociálneho učenia rozvíjala pomoc a sociálnu starostlivosť a poskytlo učenie cirkvi v náboženských textoch, ktoré uložili základy filantropie. (Tokárová, 2003).

Sociálna práca a diakonická práca

Sociálna práca je praktická profesia a vedecký odbor, podporuje sociálnu zmenu, sociálnu súdržnosť, práva a slobodu ľudí. Definícia sociálnej práce bude mať význam iba vtedy keď sa sociálni pracovníci aktívne pripoja k jej hodnotám a k jej vízií. Sociálna práca súčasnosti má mnoho podôb. Dôraz sa kladie na participáciu a emancipáciu ľudí. Sociálna práca pôsobí predovšetkým s ľuďmi a pre ľudí (Hetteš, 2014).

Sociálna práca pokrýva prvú, druhú a tretiu generáciu ľudských práv. Prvá generácia sa týka občianskych a politických práv ako je sloboda vyjadrovania, sloboda presvedčenia, ochrana pred mučením a svojvoľným zadržaním. Druhá generácia sa týka sociálnych, ekonomických a kultúrnych práv, ktoré zahŕňajú práva na primeranú úroveň vzdelania, zdravotnej starostlivosti, bývania a práva jazyka menšín. Tretia generácia ľudských práv je zameraná na prírodný svet, na právo na biodiverzitu živočíšnych druhov a medzigeneračnú rovnosť. Tieto práva sú podporujúce navzájom a závislé (Hetteš, 2014).

Diakonická práca

Diakonická práca sa od sociálnej práce odlišuje, avšak majú spoločný cieľ obohacovať duchovný a spirituálny rozmer tých, ktorí sú trpiaci.

V prvom rade diakonická práca nie je prácou v tom pravom slova zmysle, ide tu o niečo hlbšie, ide hlavne o povolanie, o službu ľuďom, ktorí to potrebujú. Diakonická práca alebo služba sa nevyvíja od ľudskej schopnosti, aj keď ľudský faktor je pri nej tiež veľmi dôležitý, ale ide hlavne o Božie konanie, o Božiu prácu a riadenie o Božie skutky lásky, pretože človek ako egocentrická bytosť sama ťažko dokáže seba postaviť do úzadia, aby mohol vnímať potreby druhých. Je potrebné preto nechať pracovať Pána Boha, aby to mohlo priniesť svoje ovocie.

Klient sociálnej práce

Pojem sociálny klient definuje Š. Strieženec (1996, 2006) ako osobu, ktorá prichádza, alebo je v starostlivosti sociálneho pracovníka. Klientom sú jednotlivci, členovia rôznych skupín, ktorí vyžadujú sociálnu starostlivosť, sociálnu pomoc a ocitli sa v sociálnej kolíznej situácii, majú určitý sociálny problém, ktorý je potrebné odstrániť alebo prekonať. Zákon o sociálnych službách č. 448 z roku 2008 vyobrazuje klienta ako účastníka právnych vzťahov pojmom prijímateľ sociálnej služby, podľa tohto zákona, v znení: „prijímateľ sociálnej

služby je fyzická osoba, ktorá je: a) občan Slovenskej republiky, ktorý má na území Slovenskej republiky trvalý pobyt alebo prechodný pobyt hlásený podľa osobitného predpisu, b) cudzinec, ktorý je občan členského štátu Európskej únie, štátu,

Sociálny pracovník by sa mal usilovať o zmocňovanie klienta a uplatňovať koncept sociálnej práce zameranej na silné stránky. Ak tieto podmienky splní, je možné očakávať zmenu myslenia u klienta na situáciu vďaka uplatneného prístupu orientovaného na silné stránky. Klient sa bude cítiť rešpektovaný a prijímaný. Rozoznať, identifikovať silné stránky je prvým krokom, pre niekoho môže byť naozaj náročným krokom. Z toho dôvodu je potrebné vedieť o sociálnej práci zameranej na silné stránky čo najviac informácií, ktoré sú nevyhnutné pri práci s klientom.

Pri prvom kontakte s klientom by mal sociálny pracovník zvážiť akým spôsobom klient za ním prichádza, teda či ide o klienta (Levická, 2007):

- dobrovoľného – v tomto prípade má klient pravdepodobne záujem o spoluprácu, má záujem a motiváciu riešiť svoju situáciu, má záujem o poskytovanie sprevádzania či poradenstvo.

- klienta odberateľa – klient má záujem o získanie nejakej formy sociálnej služby alebo pomoci, ale nemá záujem o riešenie svojho problému, v niektorých prípadoch môže ísť aj o tzv. manipulatívnych klientov,

- nedobrovoľného klienta – v takom prípade nás zaujíma na čí podnet klient prichádza, čo je predmetom životnej situácie klienta, napr. riešenie odkázanosti na sociálnu službu alebo komunikácia s rodinou o životnej situácii klienta.

Pri práci s klientom sa vo všeobecnosti orientovanie na zisťovanie jeho životnej situácie v procese diagnostikovania používame najčastejšie otázky zamerané na konkrétne oblasti. Otázky zisťujú (Zastrow In Matoušek a kol., 2003):

- čo je problém,
- ako problém vidí klient,
- aké má problém príčiny,
- koho zahŕňa tzv. problémový systém,
- v akom prostredí, kedy, ako často a s akou intenzitou sa problémové správanie vyskytuje,
- aký má problémové správanie vývoj,

- či sa klient pokúša problém riešiť,
- aké má klient potreby,
- aké zručnosti potrebuje k zvládnutiu problému,
- aké vonkajšie a vnútorné zdroje sú potrebné k tomu, aby problém zvládol.

Ciele sociálnej práce

Cieľom sociálnej práce, ale aj charitatívnej činnosti je účinne pomáhať každému človeku v núdzi. Oslobodzovať ľudí závislých na cudzej pomoci a pomáhať im vrátiť sa k dôstojnému životu a tým, ktorí sú na sklonku života, zabezpečovať dôstojnú smrť a starostlivosť pri zomieraní. Táto starostlivosť a pomoc musí byť založená na:

- a) Spájanie svedectva a lásky v duchu evanjeliového odkazu so starostlivosťou o núdznych;
- b) Povzbudzovanie starostlivosti citlivej na problémy ľudí a spoločenské otázky;
- c) Podpora hodnôt pomoci druhým, zvyšovať schopnosť pomáhať;
- d) Poskytnutie pomoci tam, kde sa „roztrhla“ štátna sociálna sieť,
- e) Presadzovanie zákonodarstva v prospech sociálne slabých skupín,
- f) Podpora rozvoja neziskového sektora,
- g) Oživovanie dnešného spôsobu života duchom spolupatričnosti a úprimnej lásky,
- h) Holistický (komplexný) prístup v starostlivosti o človeka v núdzi.

„Súčasná formy starostlivosti o starých ľudí sa realizujú v rodine a v rezortoch zdravotníctva a sociálnych služieb. Významne stúpa úloha občianskych združení, cirkevných iniciatív a dobrovoľníctvo.“ (Haškovcová, 2006, s. 42).

Sociálne poradenstvo

Sociálne poradenstvo je odborná činnosť zameraná na pomoc fyzickej osobe v nepriaznivej sociálnej situácii. Sociálne poradenstvo sa vykonáva na úrovni základného sociálneho poradenstva a špecializovaného sociálneho poradenstva.

Základné sociálne poradenstvo je posúdenie povahy problému fyzickej osoby, rodiny alebo komunity, poskytnutie základných informácií o možnostiach riešenia problému a podľa potreby aj odporúčanie a sprostredkovanie ďalšej odbornej pomoci. Základné sociálne poradenstvo je súčasťou každej sociálnej služby poskytovanej podľa tohto zákona.

Špecializované sociálne poradenstvo je zistenie príčin vzniku, charakteru a rozsahu problémov fyzickej osoby, rodiny alebo komunity a poskytnutie im konkrétnej odbornej pomoci.

Sociálne poradenstvo možno vykonávať ambulantnou formou prostredníctvom poradní sociálneho poradenstva zriadených na tento účel a terénnou formou prostredníctvom terénnych programov (v zmysle zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách).

Sociálna rehabilitácia

Sociálna rehabilitácia je odborná činnosť na podporu samostatnosti, nezávislosti, sebestačnosti fyzickej osoby rozvojom a nácvikom zručností alebo aktivizovaním schopností a posilňovaním návykov pri sebaobsluhe, pri úkonoch starostlivosti o domácnosť a pri základných sociálnych aktivitách s maximálnym využitím prirodzených zdrojov v rodine a komunitě. (v zmysle zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách).

Sociálna adaptácia

Strieženec (1996) vymedzuje pojem sociálnej adaptácie ako „*prispôsobovanie sa pod vplyvom meniacich sa vonkajších podmienok, prispôsobenie sa organizmu, jedinca a ľudí zmeneným sociálnym podmienkam alebo situáciám*“. V sociálnom kontexte predstavuje akt správania a prispôsobovania sa trvalým alebo meniacim sa podmienkam, prostrediu, ako celku alebo požiadavkám spoločnosti v ktorej jednotlivec žije. Sociálna adaptácia predpokladá rozlišovanie medzi subjektívnymi predstavami (fantázia) a vonkajšími vnemami (percepcia). Je to vlastne nachádzanie si miesta v skupine či komunitě v zmenených podmienkach.

Vzťah sociálne služby a sociálna politika

Sociálne služby by nemohli existovať bez podpory zo strany štátu. Rovnako tak, „ako koruna stromu nevyrastie bez kmeňa“, tak sociálne služby nemôžu pôsobiť bez sociálnej politiky štátu. Sociálna politika v štáte zaručuje svojim občanom určitú nádej na pomoc v ťažkých životných situáciách. Zámerne uvádzame pojem nádeje na pomoc, a to z toho dôvodu, že sa dnešná politika štátu obmieňa a sami občania si nemôžu byť istí, čo ich v budúcnosti čaká. Neistotu v sociálnej politike považujeme predovšetkým v otázkach nástupu a výšky výpočtu výmeru starobného dôchodku, inovácie rámcového vzdelávacieho

programu, poskytovania podpory v nezamestnanosti, zmien v posudzovaní nároku na invalidný dôchodok, integrácii migrantov, narastajúcich ekonomických rozdielov medzi obyvateľmi, a pod.

Matoušek (2011) rozlišuje sociálnu politiku na tú, ktorú zastáva štát - vláda, ale aj na ďalšie formy, ktoré sa líšia podľa cieľov každých právnych subjektov v štáte. Môžeme teda hovoriť o sociálnej politike napríklad politických strán, odborov, záujmových a iných neštátnych organizácií. Sociálne záujmy týchto právnych neštátnych subjektov sa môžu so štátom stotožňovať alebo aj rozchádzať, súperiť. Svoje sociálne záujmy môžu neštátne organizácie realizovať vlastnou činnosťou alebo nútiť štát k určitým činnostiam. Svoje vlastné aktivity môžu neštátne subjekty buď hradiť z vlastných a darovaných zdrojov, alebo, za určitých okolností, aj zo zdrojov štátnych. Naopak, štát výkon svojej sociálnej politiky môže zveriť aj neštátnym organizáciám či na ich činnosť prispieť (Matoušek, 2001).

Sociálne služby sú jedným z nástrojov sociálnej politiky. Ďalším nástrojom sociálnej politiky a zároveň nástrojom sociálnych služieb je sociálna práca. Realizácia sociálnej práce prebieha prostredníctvom sociálnych služieb. Sociálni pracovníci pôsobiaci v sociálnych službách naplňujú svojou činnosťou potreby klientov a zároveň sa snažia zamedziť repetíciami potrieb.

Odkázanosť na sociálne služby môžeme deliť z viacerých hľadísk a to nasledovne:

- časová a vecná dostupnosť potrebnej pomoci - vyjadruje, že odkázanosť vzniká postupne: odkázaným človekom, resp. prijímateľom sociálnych služieb sa môže jednotlivec stať postupne (zhoršovaním zdravotného stavu, starnutím) a to z dôvodu dlhodobu zníženej adaptability, mobility alebo schopnosti zvládať vlastnú životnú situáciu.

Seniori sú minimálne pripravovaní na postupnú odkázanosť, tá nastupuje naozaj postupne a je dôležité, aby si senior postupne zvykla na zmeny, ktoré starobu sprevádzajú, v jednej tretine seniorov ide o náhlu odkázanosť z dôvodu náhleho zhoršenia zdravotného stavu napríklad v dôsledku úrazu, operačného zákroku alebo špecifického ochorenia. V tomto prípade nemá senior možnosť dostatočne sa pripraviť a často jeho umiestnenie do zariadenia nastáva bez prípravy, na druhej strane ani rodina nemá dostatok informácií a je nedostatočne pripravená na to, akým spôsobom prejsť celým procesom posudzovania odkázanosti a žiadosti o prijatie do zariadenia, či sa nedokážu rozhodnúť, čo je pre seniora správne.

Plánovanie života seniora je dôležité, aj keď si to mnohí neuvedomujú, avšak i zariadenia majú svoje kapacity a z tohto dôvodu je dôležité zvážiť, kedy začať riešiť situáciu seniora dlhodobou pobytovou starostlivosťou v zariadení, alebo uprednostniť dožitie v prirodzenom sociálnom prostredí. Pre toto musí byť v danej lokalite vytvorený systém evidencie a sledovania potencionálnych príjemcov pomoci a súčasne dostatočná štruktúra a kapacita poskytovania novej pomoci doma a následne plynulý prechod do pobytového zariadenia (Levayová, 2019).

- ak odkázanosť vznikne náhle, zväčša ide o situáciu po náhlom zdravotnom zhoršení či poškodení zdravia alebo zhoršení chronického ochorenia osoby vo vyššom veku, takáto udalosť sa nedá predvídať, nevie sa na ňu pripraviť jednotlivec ani rodina a nie je možné dostatočne plánovať ani potrebnú pomoc.

V týchto prípadoch rodina nie je dostatočne pripravená na náhlu odkázanosť seniora, nemá v domácom prostredí potrebné zdravotné pomôcky a vybavenie ako napríklad polohovaciu posteľ, zdvihák, invalidný vozík či toaletné pomôcky, preto nastáva boj s časom, kedy sa všetci musia adaptovať na nové podmienky. Príprava domáceho prostredia pre prechod do 24-hodinovej domácej starostlivosti si vyžaduje podporu ADOS či terénnych opatrovateliek.

Dostupnosť sociálnych služieb

Základnou podmienkou, aby fungoval systém starostlivosti o odkázaných seniorov, je dostupnosť sociálnych služieb, ktorá zaručuje, že pomoc sa dostane tam, kde je potrebná a seniori majú rovnaké šance na dožitie života v kvalitných podmienkach, a podľa možností aktívne na programoch zariadenia alebo v kruhu svojho rodinného prostredia pomocou terénnej opatrovateľskej služby.

Základným cieľom je riešiť situáciu občana odkázaného na dlhodobú sociálno-zdravotnú starostlivosť, pre ktorého sú najdôležitejšie faktory (Levayová, 2019):

- Čas (časová a vecná dostupnosť potrebnej pomoci)
- Cena (finančná dostupnosť potrebnej pomoci) - Zabezpečovanie potrebnej pomoci včas a v potrebnej kvalite je finančne náročné. Klienti sa stávajú samoplatci v súkromných zariadeniach, alebo spolupodieľajú sa na financovaní sociálnych služieb.

- Kvalita (kvalita života ovplyvnená kvalitou a komplexnosťou starostlivosti prispôsobujúcou sa zdravotným a sociálnym potrebám jednotlivca) - súčasťou vytvorenia dostatočných kapacít na poskytovanie týchto služieb je podpora všetkých foriem komplexnej a integrovanej zdravotnej a sociálnej starostlivosti, budovanie dostatočných personálnych kapacít a ich finančné a spoločenské ocenenie.
- Udržateľnosť – dostupnosť sociálnych služieb úzko súvisí s potrebou vytvárania systému jeho udržateľnosti na viacerých úrovniach vrátane budovania kapacít technických i ľudských. Z podpore udržateľnosti môžu podľa Levayovej (2019) prispieť tieto nástroje:
 - zavedenie povinného poistenia na dlhodobú odkázanosť – tento systém funguje v zahraničí buď formou systému zdravotného a sociálneho poistenia alebo zavedením daňového zvýhodnenia pre tento typ poistenia,
 - zavedenie jedného štátneho príspevku na odkázanosť podľa stupňa odkázanosti priamo odkázanému človeku vo forme poukazu na službu, ktorý môže následne čerpať na základe zmluvy s poskytovateľom tejto služby (rodina, poskytovateľ služby doma, poskytovateľ pobytovej služby) obdobne spôsobu financovania v Rakúsku alebo Českej republike.
- Posudková činnosť - okrem zmeny spôsobu financovania systém vyžaduje súčasne zásadnú zmenu organizácie posudkovej činnosti - jej zjednotenie a sprehľadnenie, vytvorenie jednotného posudkového systému zohľadňujúceho Medzinárodnú klasifikáciu funkčnosti, disability a zdravia a jeho implementáciu do praxe.
- Zavedenie a zvýšenie potrebných štandardov kvality poskytovaných služieb - zdravotných, ošetrovateľských, sociálnych - nie je možné bez zlepšenia financovania.
- Vytvorenie systému kontroly dodržiavania napĺňania štandardov sociálnych služieb v praxi na základe posudzovania interných a externých zdrojov v rámci ich implementácie.

Princíp rovnakého zaobchádzania v sociálnych službách

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) v znení neskorších predpisov + úprava práv a povinností pri poskytovaní sociálnych služieb (§ 6-10).

Práva pri poskytovaní sociálnych služieb pre fyzické osoby:

- právo výberu sociálnej služby a formy jej poskytovania a právo výberu poskytovateľa sociálnej služby.

Fyzická osoba má právo § 6 zákona č. 448/2008 Z.z.:

a) na poskytovanie sociálnej služby, ktorá svojím rozsahom, formou a spôsobom poskytovania umožňuje realizovať jej základné ľudské práva a slobody, zachováva jej ľudskú dôstojnosť, aktivizuje ju k posilneniu sebestačnosti, zabraňuje jej sociálnemu vylúčeniu a podporuje jej začlenenie do spoločnosti,

b) na zabezpečenie dostupnosti informácií v jej zrozumiteľnej forme o druhu, mieste, cieľoch a spôsobe poskytovania sociálnej služby, o úhrade za sociálnu službu a o cieľovej skupine, ktorej je poskytovaná.

(3) Prijímateľ sociálnej služby v zariadení sociálnych služieb (ďalej len „zariadenie“) má právo aj

a) na utvorenie podmienok na zabezpečenie osobného kontaktu, telefonického kontaktu, písomného kontaktu alebo elektronického kontaktu s osobou, ktorú si sám určí, najmä na účel ochrany jeho práv a právom chránených záujmov, nadväzovania a udržiavania sociálnych väzieb s rodinou a komunitou a udržiavania partnerských vzťahov,

b) na nenarušovanie svojho osobného priestoru okrem situácie, ktorá neznesie odklad a vstup je nevyhnutný na ochranu jeho života, zdravia alebo majetku, na ochranu práv a slobôd iných fyzických osôb alebo ochranu majetku zariadenia,

c) podieľať sa na určovaní životných podmienok v zariadení uvedenom v § 34 až 39 prostredníctvom zvolených zástupcov prijímateľov sociálnej služby pri úprave domáceho poriadku, pri riešení vecí súvisiacich s podmienkami a kvalitou poskytovania sociálnych služieb a výbere aktivít vykonávaných vo voľnom čase; ak je prijímateľom sociálnej služby dieťa, má právo podieľať sa na určovaní životných podmienok v zariadení samo alebo prostredníctvom svojho zákonného zástupcu alebo fyzickej osoby, ktorá má dieťa zverené do osobnej starostlivosti na základe rozhodnutia súdu,

d) na určenie dôverníka; dôverníkom sa môže stať fyzická osoba, ktorá s určením za dôverníka písomne súhlasí a je spôsobilá na právne úkony; na určenie dôverníka sa nevyžaduje súhlas opatrovníka.

(4) Prijímateľ sociálnej služby má právo na náhradu škody spôsobenej poskytovateľom sociálnej služby pri poskytovaní sociálnej služby alebo v priamej súvislosti s ňou.

(5) Práva ustanovené v odseku 3 sa nevzťahujú na prijímateľa sociálnej služby, ktorému sa poskytuje ambulantná sociálna služba.

(6) Prijímateľ sociálnej služby je povinný poskytovateľovi sociálnej služby bezodkladne

a) po určení dôverníka oznámiť osobné údaje dôverníka v rozsahu

1. meno, priezvisko a titul,
2. adresa trvalého alebo prechodného pobytu,
3. rodné číslo, ak je pridelené, a dátum narodenia,
4. telefónne číslo a elektronická adresa,

b) po určení dôverníka doručiť kópiu písomného súhlasu fyzickej osoby s určením za dôverníka,

c) oznámiť zmeny údajov a skutočností uvedených v písmenách a) a b).

§ 7 Povinnosti poskytovateľa sociálnej služby

Poskytovateľ sociálnej služby je povinný

a) prihliadať na individuálne potreby prijímateľa sociálnej služby,

b) aktivizovať prijímateľa sociálnej služby podľa jeho schopností a možností,

c) poskytovať sociálnu službu na odbornej úrovni,

d) spolupracovať s rodinou, obcou a komunitou pri utváraní podmienok na návrat prijímateľa sociálnej služby poskytovanej v zariadení s celoročnou pobytovou formou do prirodzeného rodinného prostredia alebo komunitného prostredia s prednostným poskytovaním sociálnej služby terénnou formou, ambulantnou formou alebo týždennou pobytovou formou, a to so súhlasom prijímateľa sociálnej služby a pri rešpektovaní jeho osobných cieľov, potrieb, schopností a zdravotného stavu,

e) spolupracovať pred začatím poskytovania pobytovej formy sociálnej služby (ďalej len „pobytová sociálna služba“) v zariadení s centrom pre deti a rodiny a fyzickou osobou so zdravotným postihnutím, pre ktorú sa nadobudnutím jej plnoletosti skončilo vykonávanie opatrenia pobytovou formou na základe rozhodnutia súdu v tomto centre pre deti a rodiny, ak je odkázaná na poskytovanie sociálnej služby v zariadení, na účel uľahčenia jej prechodu z centra pre deti a rodiny do zariadenia.

§ 8 OBEC a VÚC

(1) Obec a vyšší územný celok v rozsahu svojej pôsobnosti zabezpečuje dostupnosť sociálnej služby pre fyzickú osobu, ktorá je odkázaná na sociálnu službu, a právo výberu sociálnej služby za podmienok ustanovených týmto zákonom. Ak má táto fyzická osoba záujem o poskytovanie sociálnej služby alebo zabezpečenie poskytovania sociálnej služby uvedenej v § 34 až 41 s finančnou podporou poskytovania tejto sociálnej služby z verejných prostriedkov za podmienok ustanovených týmto zákonom, doručí obci alebo vyššiemu územnému celku v rozsahu ich pôsobnosti písomnú žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby; pri posudzovaní žiadosti o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby sa na skutočnosť, že sa fyzickej osobe poskytuje sociálna služba uvedená v § 34 až 41 bez finančnej podpory poskytovania tejto sociálnej služby z verejných prostriedkov za podmienok ustanovených týmto zákonom, neprihliada.

(2) Písomná žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby obsahuje

- a) meno a priezvisko fyzickej osoby, ktorej sa má poskytovať sociálna služba, dátum narodenia a adresu jej pobytu,
- b) názov poskytovateľa sociálnej služby a miesto poskytovania sociálnej služby, ktoré si fyzická osoba uvedená v písmene a) vybrala,
- c) druh sociálnej služby a formu sociálnej služby,
- d) predpokladaný deň začatia poskytovania sociálnej služby a čas poskytovania sociálnej služby a
- e) právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu a posudok o odkázanosti na sociálnu službu, ktorý bol podkladom na vydanie tohto rozhodnutia, ak boli vydané.

Úrovne odkázanosti

Kalvach a Rychlý (In Kalvach a kol., 2004) popisujú 6 úrovni funkčnej mobility a schopností pre posúdenie odkázanosti:

- skupinu tvoria elitní seniori – ide o seniorov, ktorí dokážu napriek svojmu vysokému veku realizovať mnohé aktivity, sú dokonca aktívnejší ako mladšie seniorské skupiny. Sú príkladom pre ostatných, že aj v dôchodkovom veku človek dokáže byť v dobrej psychickej i fyzickej kondícii.

- Skupinu tvoria zdatní seniori – senior, ktorý je v dobrej kondícii, ktorý dokáže zastat' väčšinu práce a venuje sa voľnočasovým aktivitám na základe dobrej fyzickej kondície.
- Skupinu tvoria nezávislí seniori – zvláda bežné úkony bez väčších problémov, nepotrebuje dlhodobú starostlivosť zo strany rodiny ani nevyhľadáva možnosti inštitucionálnej starostlivosti, ich fyzická kondícia je pomerne slabá v porovnaní so zdatným seniorom, s náročnejšími aktivitami okolo domácnosti potrebuje pomôcť.
- Skupinu tvoria seniori so slabou sebestačnosťou – ide o seniorov, ktorí majú problémy so zvládaním náročnejších činností bežného života ako napríklad nákupy, varenie, upratovanie či vychádzky. Pre týchto seniorov je typické oslabenie zdravotného a funkčného stavu, potrebujú spravidla rodinnú, susedskú či opatrovateľskú pomoc.
- Skupinu tvoria závislí seniori – seniori sa ocitávajú vo fáze života, kedy potrebujú pravidelnú pomoc rodiny, najmä pri varení, prípadne požiadajú mesto/obec o službu donášky obedov do domácnosti, ich odkázanosť na pomoc druhých sa prehĺbuje až môže viesť k potrebe inštitucionálnej starostlivosti, hranica medzi závislosťou a úplnou závislosťou je veľmi tenká, preto poslednú skupinu tvoria tí seniori, ktorých stupeň odkázanosti je vysoký a existuje dôvod na žiadosť o pobytové sociálne služby.

Sociálna starostlivosť a posudzovanie odkázanosti

Sociálne služby sú významné pre lepšiu a dôstojnejšiu život osôb, ktoré by bez ich poskytnutia mali vážne problémy či prehľbovala by sa ich sociálna odkázanosť či izolácia (Holmerová, 2012).

Na roztrieštenosť a komplikovanosť súčasného zabezpečenia starostlivosti o seniora jednoznačne poukazujú aj procesy posudzovania zdravotno-sociálneho profilu odkázaných osôb. Posudzovanie prebieha u jednej osoby zvyčajne viackrát, tj. vykonáva sa na základe niekoľkých podobných, ale nie identických zákonov (preto sa napríklad môže stať, že fyzická osoba je posúdená ako osoba s ŤZP, ale nie je invalidná a naopak) a na rôznych úrovniach, tj. vo viacerých inštitúciách (ako napr. samospráva, úrad práce, sociálnych vecí a rodiny, Sociálna poisťovňa). (Levayová, 2019).

Ak fyzická osoba z dôvodu ŤZP, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku chce využívať sociálne služby v zariadeniach sociálnych služieb, ktorými sú - zariadenie podporovaného bývania, zariadenie pre seniorov, zariadenie opatrovateľskej služby, rehabilitačné stredisko, domov sociálnych služieb, špecializované

zariadenie, denný stacionár alebo chce využívať opatrovateľskú službu (v zmysle zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách), musí mať v rámci konania o odkázanosti na príslušnú sociálnu službu, na základe zdravotnej posudkovej činnosti a sociálnej posudkovej činnosti, vypracovaný posudok o odkázanosti na sociálnu službu. (Levayová, 2019).

Túto posudkovú činnosť vykonávajú vyššie územné celky a obce ako svoju kompetenciu podľa zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a procesne sa riadi zákonom č. 71/1967 Z. z. o správnom konaní, ktorý určuje procesné úkony a lehoty. VÚC a obce si pre účely zdravotnej posudkovej činnosti objednávajú alebo zamestnávajú lekárov, ktorí vykonávajú lekársku posudkovú činnosť.

Zdravotná posudková činnosť

Zdravotná posudková činnosť na účely posúdenia odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby je hodnotenie a posudzovanie zdravotného stavu fyzickej osoby a zmien zdravotného stavu fyzickej osoby, ktoré vykonáva zdravotnícky pracovník, ktorý spĺňa kvalifikačné predpoklady podľa § 84 ods. 21 a 22 na základe zmluvy s obcou alebo vyšším územným celkom (ďalej len „posudzujúci zdravotnícky pracovník“).

Výsledkom takéhoto posúdenia je zdravotný posudok, ktorý obsahuje stupeň odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby a termín opätovného posúdenia zdravotného stavu žiadateľa. Odkázanosť žiadateľa na pomoc inej osoby sa určuje podľa počtu dosiahnutých bodov (podľa Prílohy č. 3 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách). Počet bodov sa zráta a určí sa priemerný rozsah odkázanosti žiadateľa na pomoc v hodinách.

Sociálna posudková činnosť

Sociálnu posudkovú činnosť vykonávajú sociálni pracovníci, ktorí sú spravidla zamestnancami samosprávy. Zdravotná posudková činnosť sa vykonáva bez účasti žiadateľa a vychádza z lekárskeho nálezu, posudku, správy o priebehu a vývoji choroby a zdravotného postihnutia alebo výpisu zo zdravotnej dokumentácie nie staršieho ako šesť mesiacov. Ak posudzujúci lekár usúdi, že z predložených podkladov nie je možné správne určiť poškodenie zdravia, ktoré žiadateľ oprávňuje žiadať o daný druh sociálnej služby, posudzovanie je zastavené do doby dodania požadovaných lekárskeho podkladov (Levayová, 2019).

Takto sa predlžuje doba, prijímateľ sa dostáva na čakaciu listinu, minimálne mesiac trvá, kým sa proces rozhodovania spustí a ukončí, teda starý človek dostane posudok odkázanosti, ktorý mu otvára dvere k sociálnym službám.

Sociálnu posudkovú činnosť vykonáva sociálny pracovník na základe priameho kontaktu s posudzovanou osobou, alebo s rodinným príslušníkom, ktorý sa o žiadateľa stará. Hodnotí a posudzuje individuálne schopnosti a úsilie žiadateľa riešiť svoju nepriaznivú sociálnu situáciu vlastným pričinením. Hodnotí a posudzuje schopnosti a rozsah pomoci, ktorú mu poskytuje rodina (manžel alebo manželka, rodičia a deti). Hodnotí a posudzuje tiež podmienky bývania vrátane dostupnosti verejných služieb a prístupnosti stavieb občianskeho vybavenia. V súlade so zákonom o sociálnych službách, posudzovanie odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby podľa prílohy č. 3 vykonávajú okrem lekárov uvedených v §86 ods. 21 písm. a) až d) aj sestry, za predpoklady splnenia kvalifikačných podmienok podľa § 86 ods. 21 písm. e). (Levayová, 2019).

Pri posudzovaní odkázanosti je nutné dodržiavať tieto základné princípy (Levayová, 2019):

- a) **Objektívnosť** – posudkový lekár musí objektívne zhodnotiť potreby seniora, mapovať jeho aktuálnu životnú situáciu reálne, nielen na základe priložených „papierov“, čo senior chce a čo naopak nechce, aký zostatkový potenciál má a do akej miery sú pre neho sociálne služby nevyhnutné.
- b) **Aktívna spolupráca a komunikácia so seniorom** – samotný proces posudzovania odkázanosti a systém sociálnych služieb sa týka seniora, preto by tieto záležitosti mali byť riešené v spolupráci s ním, ak je to možné a senior dokáže rozhodovať sám za seba, minimálne si vyžaduje rešpekt a úctu k tomu, ako on sám vidí svoju vlastnú situáciu. Pri vhodnej komunikácii je pravdepodobné, že senior sám zhodnotí, že jeho zdravotný stav a nepriaznivá životná situácia si vyžadujú sociálne služby v zariadení.
- c) **Schopnosť zabezpečovať si vlastné potreby** – senior častokrát sám nedokáže zhodnotiť, čo reálne sám dokáže a čo nedokáže ako predtým, mnohí seniori, ktorí boli predtým aktívni, si nechcú pripustiť, že im sily ubúdajú a častokrát svoje problémy pred rodinou taja zo strachu pred umiestnením do zariadenia. Druhým extrémom je to, ak samotná rodina sa snaží zo seniora urobiť bezvládneho, aby presunula podiel starostlivosti na personál zariadenia.
- d) **Komplexnosť** – pri posudzovaní musíme brať do úvahy komplexný stav a situáciu seniora, najmä z hľadiska jeho základných potrieb, ale aj životnej situácie, prežívania

a slobodného rozhodnutia, zaujímame sa o minulosť, súčasnosť, budúcnosť ale venujeme pozornosť tiež jednotlivým oblastiam života človeka (fyzická, sociálna, psychická a duchovná). Na tieto potreby dokáže adekvátne odpovedať systém sociálnych služieb, ktorý musí prepájať viaceré zložky starostlivosti o seniora, nielen opatrovateľskú a sociálnu, ale aj duchovnú a spirituálnu.

- e) **Koordinácia** – služby sociálne, zdravotné a ďalšie by mali byť seniorovi poskytované koordinovane a v súlade s jeho potrebami, z tohto dôvodu potom nedochádza k disharmónii a pocitu menejcennosti u seniora, má pocit, že sa niekto o neho zaujíma a sú rešpektované jeho potreby. Koordinácia služieb vnáša systematickosť do poskytovania sociálnych služieb ako takých.
- f) **Zdroje** – je dôležité hľadať prostriedky a cesty k napĺňaniu všetkých definovaných potrieb. Súčasťou individuálnej starostlivosti je napr. aj ošetrovateľský plán, plán rehabilitačný, špeciálno-pedagogický, plán pracovnej rehabilitácie, rizikový plán (jeho súčasťou môže byť plán riešenia krízových situácií a register obmedzení) a pod.
- g) **Legislatívne prostredie** – v slovenských podmienkach môžeme poskytovať služby a starostlivosť len v rozsahu, akom nám to dovoľuje platná legislatíva, preto sú snahy a vznikajú rôzne iniciatívy, ktoré upozorňujú na zúfalý finančný stav sociálnych služieb.
- h) **Podporná sieť** – podporná sieť je dôležitá na strane seniora, ktorá ho povzbudzuje k tomu, aby sa snažil žiť život naplno, ale dôležité miesto má aj v systéme sociálnej starostlivosti, nakoľko priaznivci sociálnych služieb tvrdia, že bez pomoci dobrovoľníkov, charitatívnych darov a finančnej nezištnej pomoci by nedokázali zabezpečovať svoje služby na požadovanej úrovni.
- i) **Flexibilita** – individuálna starostlivosť sa musí prispôbovať aktuálnemu stavu osoby odkázanej na sociálne služby tak, aby napĺňala prístupovo k seniorom holisticky, to znamená, aby seniori neboli príťažou sociálneho systému, ale aby boli vnímaní ako hodnotné ľudské bytosti, ktorí priniesli spoločnosti určité hodnoty a v období staroby nedokážu byť sami.

Transformácia sociálnych služieb

Sociálne služby – predstavujú základný nástroj na riešenie odkázanosti, sociálnej núdzy a sociálno-zdravotnej starostlivosti o ľudí v seniorskom veku, ktorých zdravotný stav, postihnutie alebo dôchodkový vek prispeli k potrebe pomoci druhých. Dominantné postavenie pri zabezpečovaní starostlivosti o seniorov predstavuje verejný sektor, na

rozdiely medzi neverejnými a verejnými subjektmi poukážeme v nasledujúcich častiach. Transformácie priniesla zmenu v kvalite, druhoch sociálnych služieb a typológii prijímateľov.

Deinštitucionalizácia

Proces deinštitucionalizácie zariadení sociálnych služieb, podľa skúseností západoeurópskych krajín, prebieha približne 15 rokov. Reálna situácia je však taká, že vzhľadom na historické súvislosti bola, a stále je, v Slovenskej republike v zariadeniach sociálnych služieb „inštitucionalizovaná“ drvivá väčšina z prijímateľov sociálnych služieb (cca. 40.000 ľudí), potvrdil Krupa (2000).

Deinštitucionalizácia /DI/ je proces prechodu od inštitucionálnej starostlivosti ku komunitným službám, ktoré zabezpečujú jednotlivcovi nezávislý život, aktivitu a sociálnu participáciu. Ide o jeden zo základných prostriedkov transformácie sociálnych služieb.

Decentralizácia

Decentralizácia je proces, v ktorom centrálna vláda presúva kompetenciu samostatne rozhodovať o istých záležitostiach alebo sa dokonca vzdáva určitých kompetencií v prospech nižších úrovní riadenia (Klimovský, 2008). K nižším úrovniam riadenia patria regionálne, mieste, kvázi nezávislé štátom zriadené organizácie alebo súkromné organizácie. Podľa Rozvojového programu OSN je decentralizácia reorganizácia kompetencií, moci, authority tak, že existuje systém spoločnej zodpovednosti medzi orgánmi verejnej moci na centrálnej, regionálnej a lokálnej úrovni na základe princípu subsidiarity, čo zvyšuje celkovú kvalitu a efektívnosť systému riadenia a zároveň zvyšuje kompetencie a kapacity regionálnej a lokálnej úrovne riadenia. (Transparency International Slovensko, 2004). Nevyhnutnou podmienkou pre proces decentralizácie je existencia viac ako jednej úrovne verejnej správy. Predpokladom existencie ďalších úrovní verejnej správy je potreba relevantných politicko-administratívnych aktérov na týchto úrovniach, ktorí majú určité množstvo právomocí. Aby mali aktéri na nižších úrovniach verejnej správy určité právomoci, musí centrálna úroveň na nich presunúť alebo sa určitých právomocí musí v prospech nich vzdať

Reziliencia

Reziliencia je pojem, ktorý je možno charakterizovať ako označenie odolnosti človeka (Štefková, Dolejš, 2016), ďalej ako húževnatosť, nezlomnosť, schopnosť rýchlo reagovať na vzniknutú situáciu (Punová in Punová, Navrátilová, 2014a). Myšlienkou reziliencie je, že

ak človek prekoná nepriaznivú situáciu, ktorá prišla náhle a nečakane, vyjde z nej posilnenejší a pripravený na podobné situácie. Nie je to niečo externé, je to súčasť ľudskej prirodzenosti (Punová in Punová, Navrátilová, 2014a).

1.2 Rola sociálneho pracovníka pri práci so seniormi

Podľa zákona č. 219/2014 §2 ods.3 : *„Sociálny pracovník a asistent sociálnej práce uplatňujú prístupy zodpovedajúce cieľu vykonávanej sociálnej práce a poznatkom odboru sociálna práca s využitím odborných metód práce v závislosti od zamerania sociálnej práce. Sociálna práca je sociálnym pracovníkom a asistentom sociálnej práce vykonávaná vo vzájomnej súvislosti s inými odbornými činnosťami z oblasti psychológie, práva, medicíny, pedagogiky, sociológie a z ďalších oblastí.“*

Podľa Mátela (2011, s. 17) *„sociálna práca sa ako profesia zameriava na pomoc, podporu, sprevádzanie, posilnenie a zmocnenie sociálnych klientov, ktorými môžu byť jednotlivci, rodina, skupina, komunita a inštitúcia, a to prostredníctvom profesionálnej činnosti kvalifikovaných sociálnych pracovníkov. Cieľom ich činností je zlepšenie alebo obnovenie psycho-sociálneho fungovania sociálnych klientov a utváranie priaznivých životných podmienok na tohto cieľa.“*

Malíková (2011) vo svojej knihe rozvádza činnosti sociálneho pracovníka viac do detailov. Sociálny pracovník, ktorý pracuje v pobytovom zariadení pre seniorov, by sa mal, pokiaľ je to možné, osobne zúčastniť prijímania nového klienta do zariadenia, prerokovať s ním všetky potrebné náležitosti, predstaviť mu jeho kľúčového pracovníka a jeho prípadného spolubývajúceho. V priebehu poskytovania služby má dbať o spokojnosť klienta. Prerokovať s ním jeho prania a potreby. Dohliada na prácu kľúčového pracovníka. V prípade skonu klienta má ponúknuť sociálne poradenstvo a tiež psychickú podporu pozostalým. Ak klient ukončuje pobyt v zariadení, má na starosti vypracovanie správy (Malíková, 2011).

Podľa Šebestovej (2011) z hľadiska systematickej sociálnej práce sa sociálni pracovníci musia snažiť využívať a hľadať také metódy a techniky v sociálnej práci a vytvárať takú terminológiu sociálnej práce, ktoré budú jej teoretickú a metodologickú základňu zdokonaľovať a rozvíjať a nie spochybňovať. Sociálny pracovník by mal brať druhého vážne, nemal by nič vopred predpokladať. Dôležité je dať klientovi možnosť vyjadriť svoje pocity, prežívanie a správanie (teda svoj vnútorný svet) vlastnými slovami. Rovnako je chybou, ak sa porozumenie nahrádza hodnotením. Je nebezpečné činiť závery

na základe vlastných hodnotiacich schém než na základe znalosti vnútorného sveta klienta. Hodnotiace šablóny sa v sociálnej práci používajú žiaľ stále veľmi často. Úskalím v sociálnej práci je stanovenie hraníc medzi klientom a pracovníkom. Príliš angažovaný pracovník sa obetuje pre klientov až príliš aj na úkor seba samého. Neangažovaný pracovník je voči klientom ľahostajný. Každý sociálny pracovník by rád pracoval len s mladým, atraktívnym a zaujímavým človekom. Vžívať sa do pocitov starého, chorého, veľmi často inkontinentného človeka, sociálny pracovník nepotrebuje. Paradoxom potom je, že prvá skupina oproti tej druhej ich pomoc nepotrebuje (Kopřiva, 2006).

Dvořáčková (2012) upozorňuje, že práca sociálneho pracovníka sa nedá zredukovať len na úlohy administratívneho a sociálno-právneho charakteru, ale že k identite sociálnej práce patrí tiež práca zameraná na vzťahy. Preto k úlohám sociálneho pracovníka patrí aj práca so životnými stratami, ktoré vyžadujú odbornú pomoc (Dvořáčková, 2012).

Sociálny pracovník si môže svoju kvalifikáciu rozširovať a upevňovať pomocou ďalšieho vzdelania, ktoré mu musí zaistiť jeho zamestnávateľ, a to v rozsahu minimálne 24 hodín za daný kalendárny rok (Dvořáčková, 2013). Vo svojej činnosti je sociálny pracovník podriadený vedúcemu danej inštitúcie (Malíková, 2011).

Gulová (2011) uvádza, že sociálny pracovník musí každého jedinca prijať bez predsudkov, čo nemusí byť u niektorých skupín príliš jednoduché. Ďalšími významnými vlastnosťami sociálneho pracovníka je aj diskretnosť a mlčanlivosť. Autorka konštatuje, že práca sociálneho pracovníka je veľmi náročná a dôležitú oblasť tvorí etika a morálne hodnoty.

Sociálny pracovník sa pri práci v zariadeniach sociálnych služieb dostáva do niekoľkých rolí, v ktorých sa odrážajú zároveň jeho úlohy a zodpovednosti pri výkone pracovných povinností (upravené podľa Levická, 2004):

- **Rola informátora** – zvyšuje informovanosť klientov o chode zariadenia, poskytuje informácie v širokom spektre, spravuje agendu sociálnych služieb, vytvára spisovú dokumentáciu, zaznamenáva sled udalostí v zariadení.
- **Plánovač** – vytváraním sociálnych anamnéz prijímateľov a tvorbou individuálnych plánov stanovuje ciele, ktoré sa majú dosiahnuť pri práci s klientmi tak, aby sa zachovala a podporila ich miera aktivizácie, samostatnosti a rozhodovania.
- **Rola poradcu** – poskytuje základné i odborné sociálne poradenstvo nielen prijímateľom, ale aj ich rodinným príslušníkom. Poskytuje rady odborné i životné na základe svojich doterajších skúseností a dĺžky praxe v zariadení.

- **Mysliteľ** - od sociálneho pracovníka sa očakáva, že bude mať široký záber vedomostí, schopností a zručností, ktoré prispievajú k riešeniu životnej situácie klienta, musí mať veľký záber vedomostí nielen zo sociálnej oblasti, ale aj iných vedných disciplín, ako napr. právo, sociálne zabezpečenie, psychológia či edukácia seniorov, ktoré mu pomôžu získať nadhľad na problém, flexibilitu pri riešení konfliktov a nepriaznivých životných situácií či otvorenosť v myslení.
- **Rola terapeuta** – sociálny pracovník sa podieľa na realizácii širokého spektra terapeutických činností, ktoré sú zamerané na podporu individuálneho rozvoja prijímateľov a udržanie ich zbytkového potenciálu, najčastejšie ide o arteterapiu, pracovnú terapiu, biblioterapiu či armoterapiu.
- **Rola sprievodcu** – sprevádza klientov v priebehu celej doby umiestnenia klienta v zariadení od jeho príchodu, cez proces adaptácie až samotný koniec v poskytovaní služieb, pričom musí disponovať schopnosťou prejavovať pochopenie, motivovať, povzbudiť alebo pochváliť, ako aj musí vedieť sprevádzať klienta v terminálnom štádiu.
- **Tímový hráč** – má schopnosť pracovať v tíme, spolupracuje s ďalšími pracovníkmi v sociálnych službách, podieľa sa na multidisciplinárnom a holistickom prístupe.
- **Budovateľ** – podieľa sa na budovaní empatických, priateľských a ľudských vzťahov medzi klientmi navzájom, medzi pracovníkmi a klientom vrátane vytvárania pozitívneho prostredia v zariadení, kde sa klienti cítia akceptovaní.

Podľa Pavlovičovej (2008) **komunikácia** v rámci práce s klientom je dôležitou dimenziou, okrem komunikácie sem zaraďuje aj interakciu a percepciu. Interakcia je vzájomné pôsobenie, organizovanie spoločnej činnosti, spolupráca, kooperácia, prípadne obojstranná pomoc alebo ochota k nej. Percepcia zahŕňa zase vzájomné vnímanie, poznávanie a pochopenie účastníkov vzťahu. Čím bohatšie je poznanie seba samého, tým bohatšie je poznanie iných a naopak. Sociálny pracovník:

- zúčastňuje sa na rozhodovacom procese v zariadení, na procese prijímania klientov do zariadenia a následne komplexnej práce s nimi,
- vykonáva sociálne šetrenie v domácom prostredí žiadateľa o umiestnenie do zariadenia pre seniorov,
- spracúva sociálnu agendu, záznamy, správy, sociálne anamnézy, riadi sa internými a externými smernicami vrátane poznania etického kódexu,
- podieľa sa na organizovaní kultúrno – spoločenských akcií pre obyvateľov,
- realizuje individuálnu a skupinovú prácu s prijímateľmi SS,

- zisťuje individuálne schopnosti, možnosti, potreby a záujmy každého klienta a na základe týchto informácií stanovuje individuálny plán rozvoja, plán pracovnej terapie, sociálnej rehabilitácie a harmonogram terapeutickej činnosti,
- prispôsobuje podmienky a aktivity v zariadení podľa stupňa odkázanosti, zdravotného postihnutia, zdravotného stavu a motivácie prijímateľov, pričom berie do úvahy implementáciu inovatívnych a sociálnych terapií.

Príklady otázok, ktorými je možné silné stránky u klienta rozoznať:

- otázky súvisiace s prežitím ťažkej situácie – Zvládli ste náročnú situáciu, aké kroky ste pre to urobili?
- podporné otázky – Kto bol pre Vás oporou v ťažkej situácii a kto Vám ju pomohol prekonať?
- výnimočné otázky – Čo je vo Vašom živote iné, keď sa Vám darí?
- na možnosti zamerané otázky – Aké možnosti máte a ako ich viete využiť, aby ste prekonali náročnú situáciu?
- otázky zamerané na vnímanie seba samých – Akú vlastnosť si na sebe najviac vážite?
- otázky na náhľad na súčasnosť – Čo pozitívne sa vo Vašom živote aktuálne deje?
- na zmenu zamerané otázky - Čo treba zmeniť, aby Vaša situácia bola iná? Čo všetko pre to viete urobiť? (Punová in Punová, Navrátilová a kol., 2014, b).

Sociálny pracovník v zariadení je súčasťou tímu, musí mať preto otvorené myslenie, schopnosť robiť kompromisy, prispôbiť sa meniacim sa podmienkam (nová legislatíva, zmeny v rámci chodu zariadenia, pracovné prostredie a kolegovia, zmena riaditeľa a pod.), či vedieť akceptovať náladovosť klientov alebo zmeny v ich zdravotnom stave. Sociálny pracovník by mal mať kritické myslenie pri posudzovaní životnej situácie klienta, aby mu dokázal pomôcť bez nutnosti zastávať pozíciu rozhodcu o tom, ako bude staroba seniora vyzerat'. Sociálny pracovník má byť schopný vytvárať si „rezervy“ vo vlastných zdrojoch a energiách, aby nepodľahol syndrómu vyhorenia a dokázal rozvíjať vlastný potenciál pri práci s prijímateľmi SS.

Matoušek (2005) uvádza príklady aktivít, ktorými sa sociálny pracovník v domove pre seniorov zaoberá:

- a) administratívne práce - kontakt s úradmi, dokumentácie, predkladanie žiadostí o obmedzení alebo pozbavení svojprávnosti, a pod.;
- b) plánovanie príchodu do zariadenia, vykonávanie sociálneho prieskumu v mieste bydlisku klienta, prijímanie seniora do zariadenia, zmluva s klientom a jeho rodinou;
- c) informovanie verejnosti a žiadateľov o danom domove pre seniorov, sprostredkovanie skúšobných pobytov pre potencionálnych klientov;
- d) individuálne plánovanie - spracovanie plánu, prepájanie nových klientov a ich podpora; e) aktivizačné a vzdelávacie programy, kultúrne a spoločenské podujatia;
- e) spolupráca s rodinou klienta - snaha zapojiť rodinu do starostlivosti o klienta;
- f) dobrovoľnícky program - prijímanie, podporovanie a vzdelávanie dobrovoľníkov;
- g) sociálne služby pre klientov - vybavovanie listov, zabezpečovanie nákupov;
- h) manažérska činnosť - zástupca riaditeľa alebo vedúceho zariadení (účasť na tvorbe strategického plánu, podieľanie sa na ovplyvňovaní vízie organizácie, a pod.);
- i) dohliadanie na dodržiavanie ľudských práv klientov, etického kódexu sociálnej práce, riešenie sťažností klientov.

Náplňou práce sociálneho pracovníka je udržiavanie plynulého chodu zariadenia tým, že sa stará o klientov a o ich okolie - pomáha klientovi so sebaobsluhou, stará sa aj o ďalšie priestory zariadenia. Mimo tieto povinnosti plní úlohu kľúčového pracovníka, ktorý so svojimi zverencami prerokúva tvorbu individuálnych plánov a zabezpečuje ich plnenie. Priebežne sleduje efekt vykonávania činností a v dohodnutých termínoch činnosti spoločne s klientom hodnotí (Malíková, 2011).

Pracovník vykonávajúci opatrovateľskú činnosť má okrem dohodnutých úkonov podporovať kvalitu života klientov vo vyššej vekovej kategórii, so závažnejšími problémami a so značne obmedzenou schopnosťou sebaobsluhy, ktorých potreby prestávajú byť zrozumiteľné pre laickú životnú skúsenosť. Očakáva sa preto od týchto osôb, že vykonajú komplexné sociálno-zdravotné posúdenie situácie klienta, realizujú a vyhodnocujú jednotlivé intervencie. Práca so zameraním na osobu znamená, že sociálny pracovník k ľuďom pristupuje vážne, že vníma ich jedinečnosť, snaží sa porozumieť osobitému štýlu vyjadrovania a podporuje ich k tomu, aby nachádzali svoje vlastné cesty riešenia problémov. Pracovník vychádza z toho, akí ľudia sú a aké majú reálne možnosti, a nie z toho, akí by

podľa neho mali byť. Prístup zameraný na osobu sa týka aj samotných pracovníkov, ktorí s klientom pracujú. Pracovníci sa majú snažiť naučiť využívať svoju jedinečnú osobnosť a svoje zdroje. Majú sa snažiť byť pre klientov prístupní ako osoba a byť schopní postaviť sa tvárou v tvár svojmu podielu na situáciu klienta, pretože aj používateľské prostredie služieb ich ovplyvňuje. Je potrebné rešpektovať rámec práce, ktorý je daný inštitúciou, ale je potrebné sa tiež snažiť uvoľňovať vnútorné zdroje a schopnosti účastníkov - pracovníka i klienta (Portner, 2009).

Pre subjektívne vnímanie napĺňanie potrieb každého jedinca je veľmi podstatné, ako k nemu pristupuje okolie. V sociálnej práci, kde sa stretáva profesionálny pracovník sa zraniteľným človekom to platí dvojnásobne. Každá ľudská bytosť prežíva dianie okolo seba individuálne a subjektívne. Pre sociálneho pracovníka by z toho malo plynúť jednoznačné pravidlo v komunikácii - vnútorný svet pracovníka by nemal byť v sociálnej práci zovšeobecňovaný a to vrátane jeho obrazu o klientovi, lebo aj ten je len subjektívnym pohľadom pracovníka. Ak sa chce sociálny pracovník o klienta skutočne zaujímať, v popredí jeho záujmu by mala byť snaha o pochopenie, ako veci vidí a prežíva klient. Každý sociálny pracovník by si mal dať pozor na hodnotenie klienta podľa nejakého vopred určeného „kľúča“ (Kopřiva, 2006).

Vágnerová (2014) uvádza najdôležitejšie potreby ako potrebu stimulácie a otvorenosť novým skúsenostiam, potrebu sociálneho kontaktu, potrebu citovej istoty a bezpečia, potrebu seberealizácie, potrebu otvorenej budúcnosti a nádeje. Vzhľadom na to, že každý človek má inú hranicu únosnosti záťaže je kľúčovou úlohou sociálneho pracovníka, aby reflektoval:

- a) seniorove hodnotenie situácie, jeho interpretáciu, význam aký kladie danej situácii,
- b) emočné reakcie na záťaž ako je strach, úzkosť, pocit bezmocnosti, optimizmus, nádej na zlepšenie,
- c) či si dokáže udržať kontrolu nad situáciou a verí, že ju dokáže zvládnuť,
- d) či ho záťaž podnecuje k hľadaniu riešenia (pozitívny prístup),
- e) či je flexibilný,
- f) či udržia sociálne kontakty a priamu dobre ponúkanú pomoc (Vágnerová in Hauke, 2014).

V rámci profesionálnej sociálnej práce je nesmierne dôležitá sociálna podpora v záťažových situáciách. Pokiaľ jedinec záťaž nezvládne dostatočne dobre, reaguje

niekoľkými spôsobmi. Negatívne emócie hnev či útok môžu byť zamerané na ostatných, na spolubývajúceho, ošetrovateľa ale aj rodinných príslušníkov. Úlohou sociálneho pracovníka v domovoch pre seniorov a obdobných zariadeniach je pomôcť jedincovi prijať stratu svojho domova a doterajšieho spôsobu života ako realitu, sprevádzať ho v prežívaní smútku, byť mu nápomocný v adaptácii na nové podmienky a pomôcť seniorovi citovo sa odpútať od doterajších zvyklostí a vložiť energiu do nových činností a vzťahov (Šrajer, Musil, 2008).

Sociálni pracovníci by sa podľa Raya, Bernarda a Phillipsa (in Kubalčíková, 2015) k seniorom mali zmeniť v oblastiach hodnotových východísk pracovníkov; rozvoja adekvátnych zručností; ako aj rozvoja bázy potrebných znalostí. Z hľadiska hodnotových východísk by sa mal sociálny pracovník vyvarovať používaniu stereotypov, mýtov a mal by dokázať zabrániť diskriminácie, s tým je spojená tiež nutnosť sociálnej spravodlivosti a mal by byť medzičlánkom medzigeneračnej zhody. Sociálny pracovník by mal pristupovať k problematike staroby a seniorov z hľadiska viacerých uhlov a s tým je spojené tiež interdisciplinárne sebavzdelávanie. A najmä by mal zabráňovať utláčaniu seniorov, a to najmä na základe ich etnického pôvodu, veku, pohlavia, postihnutia a pod. Okrem teoretickej prípravy by mal sociálny pracovník dbať na úzky kontakt so seniormi, kedy na základe zistených faktov, či už prostredníctvom rozhovorov, či dotazníkov, by sa mal zoznamovať so širokou škálou potrieb a prání seniorov a aktívne sa podieľať na vytváraní celospoločenského prístupu k seniorom (Kubalčíková, 2015).

V rámci rozvíjania adekvátnych zručností by sa mal klient snažiť o nastolenie pozitívneho vzťahu medzi ním a seniorom, s tým je tiež spojené plnohodnotné využívanie možností sociálnej práce a ich nástrojov na uspokojenie seniora. Ponuka možností, s akými by mohol senior pracovať, by mala byť adekvátna a mala by ju sprevádzať dostatočná informovanosť seniora, aby sa mohol vhodne rozhodnúť pre neho, najužitočnejšiu možnosť, a tým, ako už bolo vyššie povedané, ho aktivizovať s dôrazom na zachovanie samostatnosti a nezávislosti seniora.

Na základe uvedeného sociálny pracovník by mal dokázať udržať pocit pohody (well-being) u seniora. S tým je tiež spojená nutnosť uvedomiť si a ďalej sa snažiť o posilňovanie silných stránok a zdrojov seniora a snažiť sa o elimináciu nevhodných stránok seniora. Sociálny pracovník by mal byť schopný poznať hodnotový rebríček seniora a chápať jeho subjektívne pohľady do života, ktoré sú spojené so životnými skúsenosťami seniorov. Z hľadiska rozvoja bázy potrebných znalostí, tak to úzko súvisí s predošlými dvoma oblasťami a je to najmä pomocou dokumentov, kedy samotní seniori vyjadrujú svoje názory a svoje

potreby a najmä predstavy, akými vhodnými prostriedkami ich dosiahnuť, či naplniť (Kubalčíková, 2015).

V zariadeniach pre seniorov sociálni pracovníci často vykonávajú priamu obslužnú prácu. Aj keď je dôležité nadviazať vzťah so seniorom, sociálni pracovníci si pri práci so starnúcimi ľuďmi v zariadeniach pre seniorov uvedomujú, že naviazaný vzťah skončí smrťou klienta, obrana jedinca môže byť potom tá, že sa prestane emočne angažovať, potom ale trpí seniori, ktorí sa často v ústavných zariadeniach cítia osamelí. Pracovníci môžu tiež byť konfrontovaní s predstavou rodín klientov, že prevezmú všetky úkony za klienta. Sociálny pracovník však v snahe o profesionalitu sa naopak snaží, aby si senior zachoval čo najviac samostatnosti (Venglářová, 2007).

Staroba je prirodzenou súčasťou života každého človeka na tejto planéte. Staroba však nie je len otázkou starnúceho jedinca a jeho najbližších, ale je celospoločenským problémom. Ľudská spoločnosť totiž určuje pravidlá, podmienky a možnosti pre život seniorov. V kontexte súčasnej teórie je seniorom človek starší veku 65 rokov a môžeme konštatovať, že počet seniorov aj v našom štáte trvalo narastá. Seniori sú pritom osoby nielen s bohatou životnou skúsenosťou, ktorí si zaslúžia rešpekt a úctu, ale zároveň sú často ľuďmi so špecifickými zdravotnými, sociálnymi a spirituálnymi potrebami prameniáciami z charakteristík životného obdobia, v ktorom sa nachádzajú. Na kvalitu života v seniorskom veku majú vplyv rôzne faktory.

Je možné konštatovať, že vplyvom rozvoja moderných technológií aj lekárskej vedy získavajú seniori kvalitnú zdravotnú starostlivosť a služby a môžu tak aj v dôchodkovom veku aktívne pracovať. Kvalita života je tiež závislá na zdravotnom stave, sociálnom a rodinnom zázemí seniora, ale tiež aj na jeho finančných možnostiach. Niektorí seniori sa však bohužiaľ dostávajú do stavu chudoby a majú tak problémy v ekonomickej oblasti života, k najčastejším z nich patrí napríklad neschopnosť z vyplácaného dôchodku uhradiť nájom, služby a nákup potravín, s čím úzko súvisí hrozba dlhu a následné exekúcie a pod. S narastajúcim vekom a najmä zdravotnými problémami sa u seniorov objavujú určité špecifické obmedzenia, ktoré je možné vhodne riešiť za spoluúčasti rodiny v domácom prostredí napríklad prostredníctvom spolupráce so sociálnymi službami a osobnou asistenciou. Sociálna práca má pomáhať ľuďom zlepšiť alebo obnoviť ich schopnosť sociálneho fungovania a sociálne služby majú vytvárať spoločensky vhodné podmienky pre takéto fungovanie alebo podporovať čo najdôstojnejší spôsob života človeka.

1.3 SOCIÁLNA PRÁCA A SOCIÁLNE SLUŽBY

Sociálne služby sú všeobecne vnímané ako služby poskytované verejnosti a sú definované legislatívne. Služby sociálnej starostlivosti majú napomáhať osobám v zaistení fyzickej a psychickej sebestačnosti, s cieľom umožniť im zapojenie do bežného života spoločnosti. Sociálne služby sú koncipované tak, napomáhali jedincovi riešiť jeho aktuálnu nepriaznivú situáciu. **Cieľom sociálnych služieb** je podporovať rozvoj alebo aspoň zachovanie existujúcu sebestačnosť svojich užívateľov, ich vrátenie do vlastného domáceho prostredia, prípadne obnovenie alebo zachovanie pôvodného životného štýlu. Ďalším cieľom je rozvíjať schopnosti užívateľov služieb a umožniť im, ak toho môžu byť schopní a viesť samostatný život. Snahou sociálnych služieb je tiež znížiť sociálne a zdravotné riziká súvisiace so spôsobom života užívateľov (Hauke, 2011).

*„Sociálna práca sa odohráva v rôznych úrovniach. Od práce s jedným klientom až po zmeny v oblasti sociálnej politiky a zákonodarstva. **Mikroúroveň** zahŕňa predovšetkým podporu klienta, najčastejšie sa užívajú metódy prípadovej práce, poradenstvo, koordinácia a mediácia. Stredná úroveň predpokladá prácu s rodinou alebo so skupinou; jedná sa teda o prácu, ktorá pôsobí na jedinca v kontexte jeho rodiny a skupiny, do ktorej prináleží. **Makroúroveň** je potom najširším komplexom sociálnej práce, kedy sa jedná najmä o prácu s komunitou, vytvára sa koncepcia a stratégia smerujúca k potrebným, jedná sa o prácu so spoločenstvom, v zmysle riadenia, supervízie a konzultácie.“* (Gulova, 2011, s. 30).

Aby sociálna služba bola poskytovaná klientovi v čo najvyššom štandarde, je potrebné, aby sociálny pracovník s klientom vykonal komplexné preverenie jeho problému, zistil, aké má klient potreby a ciele a spoločne našli možné riešenie, ktoré vyjadrí v individuálnom pláne. V takýchto situáciách sa sociálny pracovník stáva kľúčovým pracovníkom, ktorý v častom kontakte s klientom sleduje priebeh poskytovanej sociálnej služby a dohliada na úspešnosť sociálnej služby. Musí vedieť reagovať, ak klient so sociálnou službou nie je spokojný alebo by služba potrebovala zmenu. Cieľom sociálnej práce je predovšetkým podporiť klienta v ťažkej sociálnej situácii. Ukázať klientovi cestu, ktorá ho vyvedie z problému. Motivovať klienta k sebarealizácii, dodávať mu potrebnú vzpruhu, aktivizovať ho. Sociálna práca pomáha klientom pochopiť samotný problém a pracovať s ním. Medzi **metódy práce** sociálneho pracovníka patrí napríklad prípadová štúdia, krízová intervencia, práca so skupinou, komunitná práca, práca s rodinou, a ďalšie (Gulova, 2011).

Jedným z cieľom sociálnej práce zameranej na silné stránky je zmocnenie klienta, ktoré prostredníctvom zamerania sa na silné stránky podporujú klienta k aktivite a tým klient získava kontrolu nad svojim životom. Podporou a vyzdvihovaním silných stránok klienta má možnosť klient vidieť príležitosti, ďalšie možnosti riešenia situácie.

Využívanie silných stránok klienta je dôležité pri práci s klientom, pretože každý človek bez rozdielu má silné stránky, zdroje a potenciály. Celkovo je možné zhrnúť, že respondenti si uvedomujú pozitívny vplyv využívania silných stránok klienta pri práci pomocou techník, v ktorých sa cítia isto. Uvedomenie si prínosu využívania silných stránok je prvým krokom na ceste za aktívnym využívaním silných stránok. Sociálni pracovníci by neustále mali dávať priestor klientovi pre zmenu vlastnej situácie a to je možné aj formou pozitívne orientovanej sociálnej práce. Aj napriek tomu, že sociálni pracovníci si uvedomujú výhody, na silné stránky sa zameriavajú, až keď klienta dlhšie poznajú a sú si istí silnou stránkou. Tu vidíme priestor pre zváženie, či sa práve na začiatku poradenského procesu nezameriavať na tie silné stránky, pretože potom sociálny pracovník má obraz o klientovi, pozná tie zdroje, ktoré klient má a častokrát vedia prekvapiť a uľahčiť tak nasledujúci poradenský proces. Podporovaním zdrojov klienta, o ktorých sociálny pracovník vie už od začiatku stretávania sa s klientom, zmocňuje klienta a klient zostáva kľúčovým človekom vo svojej situácii, závisí len od toho, akým smerom sa chce vybrať. Taktiež vedomým zameriavaním na identifikáciu zdrojov a silných stránok klienta a ich následné využitie v praxi by intervencie sociálnych pracovníkov stali odlišnejšími oproti tomu, aké boli doteraz a v niektorých prípadoch by mali pozitívny dopad na život človeka.

Otázky na opakovanie:

Aký je vzťah medzi sociálnou prácou a sociálnymi službami?

Čo znamená pojem deinštitucionalizácia a decentralizácia?

Aké role môže zastávať sociálny pracovník?

Čo je cieľom sociálnej práce a sociálnych služieb?

Aké sú práva a povinnosti prijímateľa a poskytovateľa sociálnych služieb?

V akom prostredí sa realizuje sociálna práca na mikro a makroúrovni?

2 SOCIÁLNE SLUŽBY A ICH VÝVOJ

2.1 Historický vývoj sociálnych služieb

Sociálne služby sú rôznorodou ponukou opatrení na pomoc ohrozeným osobám či skupinám osôb z dôvodu neschopnosti postarať sa o svoje základné životné potreby. Vývoj sociálnych služieb prechádzal rôznymi vývojovými fázami a môžeme povedať, že tento vývoj sa deje i dnes. Istým spôsobom ho môžeme opísať ako vývoj do kruhu, keď starostlivosť o núdznych bola spočiatku v rukách ich najbližších, postupne prešla do rúk cirkvi a jej organizácii, v čase socializmu sa preferovala kolektívna starostlivosť, o ktorej sme už začiatkom 90-tych rokov 20.storočia vedeli, že nie je celkom v poriadku a opäť sa smerovanie sociálnych služieb vrátilo k starostlivosti o znevýhodnených do domáceho a komunitného prostredia a tiež naspäť k cirkevným organizáciám. Už dnes však môžeme vo svete badať opätovné budovanie veľkokapacitných zariadení sociálnych služieb. Zrelá spoločnosť sa z dejín učí, ak dokáže objektívne hodnotiť prítomnosť ako potenciál minulosti a budúcnosť realizovať ako jej možnú korekciu. (Krupa, 2006).

Dôležité je poučiť sa z chýb a sledovať čo najväčší prospech tých, ktorí sú do sociálnej starostlivosti zverení, ale dnes sa ukazuje, že sa musíme dobre naučiť postarať aj o tých, čo starostlivosť poskytujú a realizujú (Krupa, 2008).

Z historických prameňov vieme, že o svojich sociálne znevýhodnených a ohrozených ľuďoch sa spočiatku starali rodiny čo vyplývalo z paternalizmu, keď otec bol hlavou rodiny a jeho úlohou bolo postarať sa o všetkých svojich členov. Podľa Matuška (2003, str. 31) *rodina je v stredoveku inštitúciou, bez ktorej mohol jednotlivec existovať len ťažko. Bez príslušnosti k feudálnemu pánovi a bez poslušnosti k rodine nemal v spoločnosti miesto.*

Prvým impulzom inštitucionalizovanej starostlivosti bola práca cirkvi a jej organizácií s rôznymi cieľovými skupinami a to v čase epidémií, vojen či pod vplyvom iných udalostí. Politicky a hospodársky najorganizovanejšou silou bola cirkev, ktorej duchovná (náboženská) činnosť vtláčala pečať stredovekému štátu. (Polonský, 1998).

Cirkev budovala filantropiu opierajúcu sa o Božie slovo, ktoré napomínalo v milovanie bližneho, poskytovaniu milosrdenstva a dávaniu darov na túto činnosť. Kláštory a iné cirkevné spoločenstvá začínajú utvárať etapu budovania sociálnej pomoci z úrovne náhodnej nevedomelej formy na formu organizovanú. (Ondrušová, 2010).

To, že sa kresťanská charita mohla verejne a intenzívnejšie prejavovať, je zásluha vydania Milánskeho ediktu v roku 313. (Matoušek, 2001).

V novoveku sa k nim pridávajú mestá a obce, nakoniec i samotný štát. „Cirkev postupne prenecháva správu a vedenie starých charitatívnych štruktúr obecným laickým autoritám.“ (Brnula, 2013, s. 19).

Kľúčovým bolo tzv. domovské právo, podľa ktorého sa mestá a obce museli postarať o všetkých členov svojej komunity. Domovské právo na našom území platilo v rokoch 1849-1949, keď bolo po sto rokoch zrušené. (Peterka, 2006).

Spolu s inštitucionalizáciou dochádza i k právnemu posunu v oblasti poskytovania pomoci núdzným. Po prijatí Deklarácie ľudských práv a občianskych práv v 18. storočí, po prijatí prvých sociálnych zákonov sa starostlivosť o starých, chorých, nevládných posúva z bázy niečoho negarantovaného a dobrovoľného na bázu zákonom danú a garantovanú. Dobročinnosť sa mení na povinnosť, a náhodná a nevedomelá forma starostlivosti je vystriedaná zákonom danou formou. V roku 1793 sa vo Francúzsku prijala tzv. jakobínska ústava, kde sa hovorí o prvkoch sociálnej ochrany a to v práve na prácu, na vzdelanie a podporu v núdzi. (Straka-Straková, 2010)

Cirkev bola kľúčovým poskytovateľom prvých inštitucionalizovaných sociálnych služieb i na našom území. Rády Benediktínov, Antonitov, Františkánov, Piaristov, Uršulíniek, Vincentiek či Jezuitov zakladali útulky, opatrovne, nemocnice, starobince. (Matoušek, 2001).

Z protestantského prostredia na našom území bola dôležitá činnosť sestier Royových zo Starej Turej. Z nich najzapálenejšia bola Kristína Royová, spisovateľka i hudobná skladateľka. Založila spolok Modrý kríž v Starej Turej, ktorej sa stala vedúcou a taktiež založila Diakonický ústav. V Starej Turej so svojou sestrou založila spolok evanjelickej diakonie Vierošlava. (Uhorskai a kol., 1997).

„Spolky môžeme z pohľadu histórie charakterizovať ako súkromné, dobrovoľné a trvalé združenia ľudí, ktoré chcú dosiahnuť spoločný cieľ. Členstvo v spolku je dobrovoľné. Hospodárske záujmy nie sú prvoradé. Práca v spolkoch umožňuje realizovať a znásobiť konkrétnu túžbu pomáhať, premeniť ju na zmysluplnú pomoc tým, ktorí to potrebujú.“ (Radková, 2003, s. 19).

V Starej Turej vďaka sestrám Royovým vyrástli štyri sociálno-charitatívne domovy, a to Útulňa, Nemocnica, Chalúpka a Domov bielych hláv. Útulňa bola otvorená v roku 1901 kde našli dočasnú starostlivosť detí rodičov, ktorí išli predávať svoje výrobky i na celých

desať mesiacov do Rakúska. I napriek tomu, že toto zariadenie bolo určené deťom, našli tu svoje útočisko i ľudia, ktorí sa z rôznych príčin dostali na svoje osobné dno. Útulňa bola financovaná z príspevkov rodičov, z milodarov a z knižnej tvorby Kristíny Royovej. V roku 1926 vznikla Chalúpka pre starostlivosť o úplne siroty. Kristíne Royovej na srdci ležala i starostlivosť o chorých, ktorá prebiehala v priestoroch Útulne avšak bez čakárne. A tak chorí ľudia privázaní z kopianíc museli čakať na vyšetrenie vonku pod holým nebom za každého počasia. V roku 1911 teda do prevádzky bola odovzdaná jednoposchodová budova Nemocnice, s ordináciou, čakárňou i izbami pre personál i pacientov. Keďže Nemocnica nemala žiadne zariadenie, obrátila sa Royová na Evu von Tiele Wincklerovú, matku diakonie v Hornom Sliezsku v Miechoviciach. Historickým dňom sa stal 12. máj 1912, keď bola založená prvá slovenská evanjelická diakonia. V roku 1933 sa otvára Domov bielych hláv, kde starostlivosť nachádzajú starci a starený. (Kaczmarczyk, 2005).

Sestry Royové boli i najväčšími propagátorkami Modrého kríža na Slovensku, ktorý vznikol v roku 1877 v Ženeve a jeho úlohou malo byť riešiť situáciu ohľadne nadmerného užívania alkoholu. Modrý kríž mal svoje centrum v Starej Turej, ale pôsobil i v Tisovci, Mengusovciach, v Novom meste nad Váhom, Bratislave, vo Vrútkach či v Málinci, Kalinkove a v Hrabovom. (Katuščák a kol. 1994). Spolok Modrý kríž bol na Slovensku činný od roku 1897 do roku 1952, kedy ho komunistický režim zrušil. (www.integra.fost.sk). Významný posun zaznamenala sociálna starostlivosť o človeka založením Česko-Slovenského kríža, za ktorým stála dcéra T. G. Masaryka, Alice Masaryková. Okrem Červeného kríža na našom území zakladala a budovala sirotince, chudobince, stravovacie zariadenia a sanatória. V tom čo robila, však nevidela len charitatívnu dobročinnosť, ale cieľavedomú, sústavnú, obtiažnu, svedomitú prácu, ktorá si vyžaduje celého človeka, odhodlaného pomáhať. Tým položila základy sociálnej práce na našom území a to aj tým, že v roku 1918 spolu s Annou Berkovcovou založila *Vyšší školu sociálnej práce pre mladé ženy v Prahe, ktorá sa neskôr premenovala na Vyšší školu sociálneho zabezpečenia. Dievčatá a ženy, ktoré ukončili vzdelanie na tejto škole získali profesiu sociálno-zdravotnícka pracovníčka.* (Tokárová, 2007). *A.G.Masaryková bola v riadiacom výbore Spolku akademicky vzdelaných žien, v ktorom založila sociologickú sekciu. Organizovali hygienické a jazykové kurzy, rôzne odborné prednášky, otvorili knižnicu zameranú na problematiku ženského vzdelávania.* (Lovči, 2008).

Významným medzníkom v koncipovaní sociálnej politiky a práce v demokratických štátoch bolo prijatie Všeobecnej deklarácie ľudských práv Organizáciou spojených národov. (Tkáč, 2013) prijatá 10.12.1948 v Paríži.

Od roku 1948 všetky detské domovy, výchovné ústavy zriadené cirkvou preberá štát. Pri závodoch vznikajú odbory, ktoré preberajú sociálnu starostlivosť o pracujúcich. Vtedajšie zariadenia sociálnych služieb sa budujú na okraji miest, často i niekoľko kilometrov za mestom, aby chorých a postihnutých nebolo medzi socialistickým ľudom vidieť. Mnohí postihnutí jedinci však tým, že odišli bývať do ústavu, začali žiť v lepších podmienkach ako žili dovtedy. Po roku 1945 sú v rámci Československa zriaďované mnohé veľkokapacitné zariadenia pre postihnutých jedincov. Postihnuté deti boli selektované od zdravých detí a ich vzdelávanie bolo súčasťou ďalších služieb spojených s výchovou, sociálnou a zdravotnou starostlivosťou.

Podľa vtedajších zákonov o sociálnom zabezpečení sa sociálna starostlivosť vzťahuje i na občanov ťažko poškodených na zdraví. O tých sa starajú v ústavoch sociálnej starostlivosti pre dospelé osoby duševne chybné, v ústavoch sociálnej starostlivosti pre telesne chybnú mládež a pre duševne chybnú mládež. O starých dôchodcov sa postarajú v ústavoch sociálnej starostlivosti pre starých občanov (domovoch dôchodcov), ale starí občania môžu využívať aj spoločné stravovanie a v prípade potreby i opatrovateľskú službu v ich byte. Už v roku 1964 sa hovorí aj o zariadeniach s dennou starostlivosťou. Štátny úrad sociálneho zabezpečenia ako ústredný orgán štátnej správy zriaďoval okresné a krajské národné výbory, ktoré zriaďovali posudkové komisie sociálneho zabezpečenia a tie rozhodovali o tom, či zdravotný stav alebo pracovná schopnosť posudzovaného odôvodňuje poskytnutie dávky alebo služby sociálneho zabezpečenia. (Zákon č. 101/1964 Zb. o sociálnom zabezpečení).

Po roku 1975 je sociálna starostlivosť určená pre tých, ktorí sa dostali do nepriaznivých životných pomerov a nedokážu ich prekonať bez pomoci spoločnosti alebo ju potrebujú vzhľadom na svoju mimoriadnu životnú situáciu. Čiastočne sa humanizujú názvy zariadení sociálnej starostlivosti a to na ústavy sociálnej starostlivosti pre mentálne postihnutých dospelých občanov, telesne postihnutú mládež a pre mentálne postihnutú mládež. (Zákon č. 121/1975 Zb. o sociálnom zabezpečení).

Stav a úroveň sociálnych služieb je charakterizovaná minimálnou participáciou občanov na riešení svojej sociálnej situácie, centrálnym rozhodovaním štátu a segregáciou občanov so špecifickými problémami. (Krupa, 2006).

Posledným známym zákonom o sociálnom zabezpečení je zákon č. 100/1988 Zb., ktorý upravoval poskytovanie starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb až do roku 1998.

2.2 TRANSFORMÁCIA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

Poskytovaním sociálnych služieb v transformovaných zariadeniach je a musí byť sociálnymi pracovníkmi považované za zmenu filozofie sociálnych služieb, keďže klient musí byť vnímaný nielen ako objekt poskytovania starostlivosti a pomoci, ale aj ako človek s individuálnymi potrebami, vnímaním, prežívaním a hodnotami. Klient musí byť vnímaný nielen ako člen daného zariadenia ale aj ako člen väčšej komunity, ktorá je spolupatričná v spoločnosti a v komunite v ktorej žije.

Celý proces transformácie sociálnych služieb však musí byť postavený na dôstojnosti človeka, ktorá musí byť na prvom mieste. Dôstojnosť človeka musí byť zabezpečovaná nielen pedagogickými, sociálnymi, zdravotníckymi službami, ale aj vzťahom k vonkajšiemu a vnútornému svetu jednotlivca.

Zmena pre klienta v transformovaných sociálnych službách spočíva v tom, že klient je tým, kto začína rozhodovať o svojom živote, tým kto má možnosti naplňať svoje potreby. Je to aj o bežných a malých veciach. Klient sa učí pracovať samostatne, žiť, chodiť do kina, divadla, vie plniť svoje základné životné potreby, ktoré sú veľmi individuálne na základe jeho fyzického a psychického stavu.

Ako uvádza Krupa (2007 p. 30) argumenty pre transformáciu sú najmä:

- „vývoj sociálnych služieb,
- teória a metódy sociálnej práce,
- práva ľudí so špeciálnymi potrebami,
- politická vôľa,
- neprimeraná veľkosť zariadení sociálnych služieb z hľadiska počtu obyvateľov,
- kvalita sociálnych služieb,
- sociálno-ekonomické kritériá (napríklad životná úroveň obyvateľstva),
- sociálne potreby prijímateľov sociálnych služieb,
- individuálne programy osobnostného rozvoja,
- zahraničné skúsenosti“.

Obdobie rokov po roku 1989 je charakterizované celkovými politickými, ekonomickými a spoločenskými zmenami. Transformácia ekonomiky súčasne prinášala aj zmeny v sociálnej oblasti. Ekonomická prax najmä začiatkom 90.rokov často bagatelizovala význam sociálnych aspektov ekonomickej reformy. (Staňek, 1999).

V tomto období sa prechádzalo najmä od systému štátneho paternalizmu k systému, kde každý občan má predovšetkým osobnú zodpovednosť za svoj život.

„Československo malo relatívne dobré postavenie, ktoré sa prejavovalo:

- relatívne vysoký hrubý domáci produkt na hlavu,
- vyrovnaný štátny rozpočet s porovnateľne malým zostatkom platobného deficit
- veľmi vyrovnaná príjmová štruktúra.

Keďže neexistoval veľký rozdiel medzi bohatými a chudobnými, vytvoril sa tak pevný odrazový mostík pre spoločenské reformy. Celá krajina zažila pokles ekonomickej produkcie a nárast inflácie, na základe čoho sa znížila disponibilita ekonomických zdrojov na sociálne účely.“ (Potúček-Radičová, 1998, s. 13)

Transformácia sociálnych služieb mala sledovať „pozitívne zmeny podmienok života prijímateľov sociálnych služieb v interakcii s ich prijímateľom. Zmeny, ktoré proces transformácie prináša, majú výrazne prosociálny kontext, vedú k zmene kvality života, sú pre človeka, nie proti nemu.“ (Cangár a kol. 2015, s. 26). Transformácia v širšom poňatí predstavuje proces permanentného vylad'ovania potrieb ľudí v oblasti podpory pri naplňaní ich osobných životných plánov s možnosťami poskytovateľov. V užšom poňatí je transformácia proces cielenej zásadnejšej zmeny vyvolanej neschopnosťou tradične fungujúcej organizácie riešiť sociálne problémy ľudí v zmenených sociálno-ekonomických podmienkach. (Repková, 2016).

Princípy a ciele transformácie sociálnej sféry, ktoré boli na Slovensku stanovené nachádzajú svoju oporu aj v Encyklike pápeža Jána Pavla II. Centesimus Annus 1991, kde je úloha starať sa o druhých tak, „*aby sa poskytovala biednemu človeku materiálna podpora tak, aby ho neponižovala, ani neredukovala na objekt starostlivosti, ale pomáhala mu dostať sa z nepriaznivého polozenia pozdvihnutím jeho ľudskej dôstojnosti.*“ (Tkáč, 1996).

Obdobie rokov 1989 – 1997

V roku 1990 už existoval scenár sociálnej reformy, vypracovaný a schválený na úrovni federálnej československej vlády. „Scenár sa chápal ako ochranný, ktorý mal umožniť a podporiť realizáciu ekonomickej reformy.“ (Staňek, 1999, s. 13).

Bol obmedzený v tom, že systémovo nereformoval celý sociálny systém, ale riešil len akútne problémy, vyplývajúce z ekonomickej reformy (Cangár, 2018).

V spoločnosti došlo k výrazným zmenám a výnimkou nebola ani verejná správa. Od 1. januára 1991 vznikli okresné a obvodné úrady, od roku 1996 krajské úrady ako orgány štátnej správy v oblasti sociálnej pomoci na úseku sociálnych služieb.

„Základ sociálnej reformy bol definovaný ako aktívna politika zamestnanosti, liberalizácia a pluralizácia štátu verejných sociálnych služieb s jadrom Bismarckovského typu poisťného systému a rozvojom záchranej sociálnej siete pre ľudí v núdzi.“ (Potúček-Radičová, 1998, s. 16).

Koncept tzv. záchranej sociálnej siete bol systémom podpory minimálnych príjmov ľudí, na odstránenie či aspoň zmiernenie negatívnych sociálnych dôsledkov celkovej transformácie spoločnosti. Záchranná sociálna sieť mala prispieť k vytváraniu nových pracovných príležitostí, zabezpečiť rekvalifikáciu pracovnej sily na meniace sa podmienky ekonomiky, poskytnúť sociálne poistenie starým a invalidným občanom. Boli prijaté zákony o životnom minime. Garantom záchranej sociálnej siete bol štát, ktorý ju finančne dotoval, alebo ak to bolo pre občana výhodnejšie tak poskytoval ambulantnú službu namiesto peňazí, mal bezprostredne reagovať na sociálne oslabenie svojich občanov. Do záchranej sociálnej siete bolo zahrnuté i poskytovanie ústavnej sociálnej starostlivosti, kedy i sociálne služby sa začali budovať na nových princípoch.

Prebehla demonopolizácia sociálnych služieb, čo znamenalo, že štát prestáva mať monopol na sociálnu starostlivosť a časť zodpovednosti a právomocí preberajú obce, neziskové organizácie a cirkvi.

Sociálnu starostlivosť do roku 1990 organizoval, financoval, realizoval aj kontroloval výlučne štát. Sociálna starostlivosť bola menej adresnou, strácala charakter individuálneho riešenia a neponúkala alternatívne možnosti riešenia stavu núdze. (Tkáč, 1996, s. 26).

Po roku 1989 vznikajú mnohé neštátne, neziskové organizácie, ktoré si do svojich stanov deklarujú poskytovať služby v sociálnej starostlivosti. V tomto období vzniká väčšina z nich ako občianske združenia v zmysle zákona č. 83/1990 Zb. o združovaní

občanov. „Charakteristickými črtami týchto organizácií je samoorganizácia, participácia, dobrovoľnosť, neziskovosť, sebauvedomenie a solidarita. Ide o záujmové, verejnoprospešné alebo svojpomocné organizácie. V spoločnosti nadobúdajú úlohu tretieho piliera demokracie popri parlamentnom pluralizme a slobodnom trhu.“ (Stanek, 1999, s. 42).

Nerozlišovali sa však subjekty poskytujúce služby verejnosti od subjektov združujúcich ľudí so spoločným záujmom, ktoré slúžili len im. Nie pozitívne pre rozvoj sociálnych služieb bolo, že napriek tomu, že združenia poskytovali služby náročné na kvalifikáciu, zákon im nenariad'oval plniť potrebné kvalifikačné predpoklady, združenia nepracovali podľa žiadnej metodiky a nezaväzovali sa ani k žiadnej kvalite svojich služieb. (Krajňáková, 2009).

Potúček-Radičová (1998, s. 21) uvádzajú, že „podľa Štatistického úradu SR v roku 1993 bolo na Slovensku zaregistrovaných takmer 6000 nadácií a iných neziskových organizácií, v roku 1994 už 9000. Tieto organizácie zamestnávali 2568 pracovníkov na plný úväzok a 1502 pracovníkov na čiastočný úväzok.“

Neštátne subjekty patria k novej politickej kultúre, k novovznikajúcemu demokratickému systému. (Stanek, 1999, s. 42). Podľa zamerania neštátnych subjektov, charakteru a spôsobu poskytovania služieb môžeme rozlišovať charitatívne organizácie, dobrovoľné spoločenské a záujmové združenia a humanitárne organizácie, neštátne subjekty v zriaďovateľskej pôsobnosti mesta a obce na regionálnom základe.

Stanek (1999) uvádza aj hospodárske subjekty poskytujúce sociálne služby, neštátne subjekty, vznikajúce dočasným prenájmom existujúcich zariadení sociálnej starostlivosti. Sociálne služby však poskytovali aj fyzické osoby a to za účelom dosiahnutia zisku. Charitatívnymi organizáciami s celorepublikovou pôsobnosťou bola Slovenská katolícka charita, Slovenský červený kríž, Evanjelická diakonia či Slovenské misijné hnutie. V tomto období si začínajú vytvárať vlastné pobytové služby. Podľa Krajňákovvej (2009, s. 122) „*cirkvi, ktoré po roku 1989 zriaďovali organizácie špecializované na poskytovanie sociálnych služieb, prevádzkovali domovy dôchodcov, azylové domy pre bezdomovcov a pre matky s deťmi, hospice. Mali však určitú výhodu v tom, že im cirkevní partneri zo zahraničia poskytovali metodické postupy aj materiálnu podporu.*“

Medzi združeniami fungujúce na základe spoločného záujmu či orientácii na konkrétnu cieľovú skupinu v tomto období patrili Slovenský zväz sluchovo postihnutých, Slovenský zväz telesne postihnutých, Združenie pre pomoc priateľom mentálne postihnutých v SR či Únia nevidiacich s slabozrakých Slovenska. Poskytovali najmä

sociálne poradenstvo, svojpomocné a klubové aktivity. *Tretí sektor je a má byť protiváhou, prirodzenou bariérou proti rozpínavosti štátnych a nadnárodných štruktúr a „kompenzáciou“ dravosti sektoru súkromného. Má byť kritikom, doplnkom a súčasne aj akousi konkurenciou štátu v oblasti realizácie záujmov občanov v sociálnych službách.* (Šiklová, 1999. s.11-18).

Hudecová a kol. (2010) uvádzajú, že na Slovensku je evidovaných vyše 20 000 mimovládnych organizácií, z ktorých viac ako 20 % sa hlási k sociálnej práci. Decentralizácia štátnej sociálnej správy a ich demokratizácia boli ďalším novodobým princípom, ktorým sa správa vecí verejných uberala. Nižšie orgány verejnej správy získali relatívnu nezávislosť od ústredných orgánov. Rozvíjali sa samosprávy, ktorých rola v sociálnej oblasti sa posilňovala. Obec sa stala inštitúciou, ktorá hneď po rodine bola ďalšou pomocnou rukou pri riešení nepriaznivej životnej situácie svojho občana. *„Cieľom decentralizácie v oblasti sociálnych služieb bolo posilniť samosprávnú pôsobnosť a zodpovednosť obcí a samosprávnych krajov a zabezpečiť, aby sa decentralizované úlohy samosprávnych orgánov realizovali v súlade s prijatými princípmi, ktorými sú efektívnosť, hospodárnosť, dostupnosť sociálnych služieb občanom a poskytovanie sociálnych služieb v záujme a podľa potrieb obyvateľov daného územného obvodu obce alebo vyššieho územného celku.“* (Repková-Brichtová, 2009, s. 40).

Na to, aby mohlo dôjsť k plynulému prechodu pôsobností zo štátu na samosprávu v oblasti sociálnych služieb, bola orgánom miestnej a regionálnej samosprávy poskytnutá tzv. decentralizačná dotácia zo štátneho rozpočtu. Demokratizácia zase znamenala, že všetky procesy v sociálnej oblasti sa mali diať podľa zásad demokracie, mali byť transparentné, mali mať vopred známe pravidlá a určené zákonné podmienky. *„Ministerstvo zdravotníctva a sociálnych vecí vypracovalo v máji 1990 správu o stave starostlivosti o mentálne postihnutých v ústavoch sociálnej starostlivosti a návrh opatrení.“* (Cangár, 2018, s. 36)

Cangár (2018) ďalej uvádza, že autori správy prišli k týmto zisteniam: chýba prevencia a včasná diagnostika, spoločnosť má predsudky voči tejto populácii, nedostatok kvalifikovaných pracovníkov, nevhodné priestory. V období transformácie sociálnych služieb dochádza k zmene terminológie a obsahu pojmov. Mení sa prístup k tým, ktorí sú na služby odkázaní. Ten, kto sociálnu službu poskytuje už nie je len pasívnym objektom, na ktorom sa starostlivosť vykonáva, ale aktívnym subjektom, ktorý sa sám podieľa na riešení svojej životnej situácie. Kým v inštitucionálnej starostlivosti predchádzajúceho obdobia sme

odkázaného na pomoc označovali ako pacient, chovanec či zverenec, v období po roku 1989 ho pomenúvame ako klient, obyvateľ, občan či v súčasnosti prijímateľ sociálnej služby. Už len z posunu oslovenia a označenia ľudí, odkázaných na pomoc inej osoby je zjavná celková humanizácia starostlivosti v zariadeniach. Označenie chovanec a zverenec evokuje akúsi nadvládu toho, kto sa stará. V zariadeniach sa prechádza od tykania klientov k vykaniu, čo výrazne mení celkovú klímu v sociálnych službách. Navzdory nespokojnosti najmä služobne starších zamestnancov sa buduje starostlivosť na báze rešpektu, rovnocennosti, dôstojnosti a partnerstva. Toto je i dôvod zmeny personálneho obsadenia služieb, niekde vo väčšom inde v menšom rozsahu. Mení sa i spôsob poskytovania sociálnych služieb i tu v zmysle humanizácie. Prijímajú sa opatrenia na zlepšovanie a skvalitňovanie životných podmienok obyvateľov zariadení, znižuje sa veľkokapacita zariadení, znižuje sa počet obyvateľov na izbách. *„Vysoký počet obyvateľov v jednom zariadení znemožňuje ich sociálnu integráciu, je prekážkou v presadzovaní individuálneho prístupu a posilňovaní ich občianskej dôstojnosti.“* (Rozvoj komunitných sociálnych služieb, s. 24).

Zariadenia sa celkovo estetizujú. Vybavenie zariadení začína byť vkusným, účelným, prispôsobený cieľom, ktoré sa v zariadeniach v práci s ľuďmi sledujú. Cieľom je vytvoriť také sociálne prostredie, ktoré by umožňovalo individuálny osobnostný rozvoj klientov s cieľom ich sociálnej integrácie na základe rovnosti práv a rovnosti príležitostí. (Rozvoj komunitných sociálnych služieb).

Posilňuje sa personál zariadení kvalifikovanými sociálnymi pracovníkmi. Veľmi významnou zmenou v spoločnosti ohľadne sociálnych služieb je aj ich zmena vnímania u majoritnej spoločnosti. Téma postihnutých jedincov už nie je tabuizovaná, klienti zariadení sociálnych služieb začínajú vychádzať na verejnosť a začínajú byť súčasťou širšej komunity. Humanizácia a normalizácia sociálnych služieb úzko súvisela s decentralizáciou štátnej správy na regióny.

Obdobie rokov 1998 – 2007

Národná rada Slovenskej republiky sa 19.5.1998 uzniesla na zákone o sociálnej pomoci. Ide o právnu úpravu vzťahov pri poskytovaní sociálnej pomoci, ktorej cieľom má byť zmiernenie alebo prekonanie hmotnej či sociálnej núdze osoby a to za jej aktívnej účasti. Sociálna pomoc má zabezpečiť základné životné podmienky občana v prirodzenom prostredí a odstraňovať príčiny vedúce k vzniku, prehlbovaniu alebo opakovaniu porúch

človeka v jeho bio-psycho-sociálnom rozmere. Prioritným cieľom je i integrácia občana do spoločnosti (§1 zákona č. 195/1998 Z. z. o sociálnej pomoci).

Sociálna pomoc bola definovaná ako sociálna prevencia a riešenie hmotnej a sociálnej núdze občana. Za základné životné podmienky bolo považované jedno teplé jedlo denne, nevyhnutné ošatenie a prístrešie.

Sociálna pomoc sa uskutočňovala prostredníctvom sociálnej práce. Toto obdobie bolo práve časom formovania sociálnej práce ako profesie. *Sociálna práca na Slovensku sa v tomto období začínala formovať na vedeckých princípoch (prvý krát od čias Prvej československej republiky) a na vysokých školách sa začali až od roku 1990 otvárať odbory sociálnej práce.* (Potúček-Radičová, 1998). Do tohto obdobia boli sociálnymi pracovníkmi tí, ktorí mali ukončené nadstavbové štúdium sociálno-právna činnosť, alebo obhájili svoju špecializáciu v metodickom centre v Poprade. Sociálna práca sa snažila a dodnes snaží „o svoje profesionálne vyhranenie voči hlavno-prúdovým disciplínam (najmä medicíne, právu, či sociológii) a o hľadanie mediátorskej pozície v multidisciplinárnych tímoch zameraných na služby.“ (Repková a kol. 2011, s. 24).

Jednou z foriem riešenia hmotnej a sociálnej núdze, tak ako to ustanovoval zákon o sociálnej pomoci, boli i sociálne služby. Sociálne služby sa ponímali ako špecializované činnosti, ktorými sú opatrovateľská služba, organizovanie spoločného stravovania, prepravná služba, starostlivosť v zariadeniach sociálnej služby a sociálna pôžička. (§ 14 zákona č. 195/1998 Z. z. o sociálnej pomoci).

Ako zariadenia sociálnych služieb zákon o sociálnej pomoci z roku 1998 vymenováva domov sociálnych služieb, domov dôchodcov, zariadenie chráneného bývania, detský domov, domov pre osamelých rodičov, stanica opatrovateľskej služby, zariadenie pestúnskej starostlivosti, útulok, krízové stredisko, resocializačné stredisko, rehabilitačné stredisko, zariadenie opatrovateľskej služby. Okrem nich obec ešte zriaďovala klub dôchodcov, jedáleň pre dôchodcov, stredisko osobnej hygieny a práčovňu.

Zariadenia sociálnych služieb mali rôznych zriaďovateľov a vznikali ako rozpočtové, príspevkové organizácie alebo ako iné právnické osoby. Sociálna služba sa v nich poskytovala celoročne, týždenne alebo denne. Neštátne subjekty, ktoré chceli poskytovať sociálnu službu museli byť zapísané v registri na krajskom úrade, museli mať vyhovujúce priestorové, personálne, materiálne a finančné podmienky na jej poskytovanie. „*Museli preukázať odbornú spôsobilosť, t.j. súhrn vedomostí a prax zodpovedajúcu obsahu sociálnej služby.*“ (Stanek, 1999, s. 170). Neštátne subjekty mohli poskytovať opatrovateľskú službu,

organizovanie spoločného stravovania, prepravnú službu a starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb.

V § 18, ods. 9 zákona o sociálnej pomoci z roku 1998 sa uvádza, že v zariadení sociálnych služieb nemožno poskytovať starostlivosť občanovi, ktorého zdravotný stav vyžaduje ústavnú starostlivosť v zdravotníckom zariadení. V § 19 zas hovorí o tzv. vedľajšom hospodárstve, ktoré zariadenie sociálnej služby môže prevádzkovať a prácu na ňom využívať ako jeden zo spôsobov pracovnej terapie.

Obdobie od roku 2008 po súčasnosť

V prvom znení zákona o sociálnych službách 448/2008 Z.z.sa rozlišovali dve základné skupiny poskytovateľov sociálnych služieb. Verejným poskytovateľom sa tak stala obec, právnická osoba zriadená alebo založená obcou alebo samosprávnym krajom. *„Zákon o sociálnych službách teda obciam a vyšším územným krajom určil nové úlohy a dal im nové kompetencie a to aj pod vplyvom konsolidovaných verejných financií a uspokojivému hospodárskemu rastu v roku 2008, dňa 13. februára podpísala Vláda SR a ZMOS Memorandum o spolupráci pri riešení dopadov finančnej a hospodárskej krízy na slovenskú spoločnosť.“* (Repková-Brichtová, 2011, s. 10).

Vláda sa zaviazala, že bude monitorovať a raz za štvrt'rok vyhodnocovať, aký je finančný dopad na samosprávu v súvislosti so zavedením nových úloh v sociálnych službách. V roku 2009 boli urobené štyri monitoringy, ktorých sa však zúčastnilo menej ako jedna tretina miest a obcí. Monitoring ukázal, že až 85 % žiadostí o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu bolo vykonaných pre poskytovanie tradičných sociálnych služieb, tj. pre opatrovateľskú službu a sociálnu službu v zariadení pre seniorov. Ukázalo sa, že regionálna samospráva má silnejšiu pozíciu pri zabezpečovaní sociálnych služieb než miestna samospráva. Za neverejného poskytovateľa boli od 1.januára 2009 označené ďalšie právnické a fyzické osoby poskytujúce sociálne služby, ktoré boli zapísané do registra. Registračným miestom bol príslušný vyšší územný celok. *„Významnou a zásadnou zmenou je, že registrácia sa stáva základným predpokladom poskytovania sociálnych služieb nielen pre neverejných poskytovateľov sociálnej služby, ale aj pre verejných poskytovateľov.“* (Repková-Brichtová, 2009, s. 277).

Zámerom bolo vytvoriť rovnaké podmienky pre všetkých poskytovateľov sociálnych služieb. Vyššie spomínaný monitoring tiež vyhodnotil, že napriek tomu stále dominovali verejní poskytovatelia, i keď v období roka 2009 a prvej polovice roku 2010 došlo

k pomerne prudkému nárastu neverejných poskytovateľov, ktorí boli podporený z verejných zdrojov. Repková, Brichtová, (2011, s. 15) uvádzajú, že „*pokiaľ v roku 2009 bolo finančne podporených 69 neverejných poskytovateľov zabezpečujúcich služby pre 714 klientov a klientiek, v 1. polroku 2010 to bolo 190 neverejných poskytovateľov so službami pre takmer 3600 klientov a klientiek.*“

Najzásadnejšou zmenou v rámci novely zákona č.448/2008 Z. z., o sociálnych službách novelizovaný zákonom č.551/2010 Z. z., s účinnosťou od 1.3.2011, je § 8. odsek 2 a 3, ktorým sa mení postavenie klienta v procese poskytnutia alebo zabezpečenia sociálnej služby. Dostáva „reálny priestor pre vykonateľnosť jeho práva na výber poskytovateľa sociálnej služby.“ (Repková-Brichtová, 2011, s. 33).

Podľa predchádzajúcej reformy nebolo možné, aby z verejných zdrojov bol financovaný neverejný poskytovateľ, ak si ho prijímateľ sociálnej služby vybral a to napriek tomu, že mu bola ponúknutá sociálna služba u poskytovateľom ktorého zriadila obec alebo samosprávny kraj alebo ak si ho klient zvolil bez zabezpečenia obcou či vyšším územným krajom. Neverejný poskytovateľ v tom prípade nedostal finančný príspevok z verejných zdrojov a klient platil vysokú úhradu, ak mal nízky príjem nevzťahovala sa na neho ochrana príjmu a tak musela náklady spojené so sociálnou službou hradiť i rodina klienta (Repková-Brichtová, 2011).

Nález Ústavného súdu Slovenskej republiky č.332/2010 Z. z. poukázal na to, že pôvodné znenie zákona „*vyčleňuje neverejných poskytovateľov sociálnych služieb v súvislosti s výkonom ich práva na podnikanie alebo zárobkovú činnosť oproti verejným poskytovateľom sociálnych služieb len na základe ich zriaďovateľa.*“ (Repková-Brichtová, 2011, s. 33).

Najdôležitejšie zmeny ktoré priniesol zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách z pohľadu sociálnych služieb môžeme rozdeliť do niekoľkých kategórií:

Nový zákon o sociálnych službách, ktorý nahradil predchádzajúci Zákon č. 195/1998 Z.z. o sociálnej pomoci po desiatich rokoch, prináša niektoré zásadné zmeny, s ktorými sa musia sociálne služby vysporiadať. Najdôležitejšie zmeny sú nasledovné (Repková, 2015):

- Zmena terminológie
- Zmena postavenia občana ako jedného zo subjektov zákona;
- Zmena v zabezpečení práv klienta a povinností poskytovateľa sociálnej služby;
- Zmena niektorých druhov služieb a ich foriem poskytovania;
- Zmena postavenia verejných a neverejných poskytovateľov sociálnych služieb;

- Zmena v podmienkach kvalifikovanosti personálu;
- Zmena v prístupe k výkonu sociálnej služby;
- Zmena vo financovaní sociálnych služieb;
- Zmena v preukazovaní kvality poskytovaných sociálnych služieb;
- Zmena v posudzovaní odkázanosti na sociálne služby.

Ďalší významný posun nastal v presnejšom definovaní práv prijímateľa sociálnej služby a povinností poskytovateľa sociálnej služby. Dôležité sú ustanovenia o obmedzujúcich prostriedkoch. Ešte významnejšou zmenou, ktorá sa dotkne väčšiny prevádzkovaných sociálnych služieb, je požiadavka na zavedenie individuálneho prístupu ku prijímateľovi sociálnej služby v definovaných sociálnych službách. Táto požiadavka zavádza zároveň aj plánovanie sociálnej služby a teda aj monitorovanie, meranie a vyhodnocovanie výsledkov sociálnej služby.

Väčšina doterajších sociálnych služieb pre seniorov síce aplikovala individuálny prístup, avšak tento prístup bol skôr neformálny, osobný a predovšetkým nedokumentovaný. Dikcia zákona si vyžiada úplnú zmenu prístupu, ako aj nutnosť vyškoliť príslušný personál v individuálnom prístupe ku klientovi a vo vedení príslušnej dokumentácie. Pôvodne voluntaristický a altruistický princíp sa bude nevyhnutne meniť na profesionálny. Môžeme očakávať obdobné riziká, aké priniesol tento prístup napríklad v sociálnych službách Diakonického diela v Nemecku. Profesionalizácia postupne začala vytláčať nielen kresťanský, ale vôbec altruistický charakter prístupu personálu ku klientovi a po niekoľkých desaťročiach existencie v súčasnej dobe Diakonické diela v Nemecku zápasia o svoju diakonickú a kresťanskú identitu.

Zákon o sociálnych službách 448/2008 Z.z. zavádza aj nové, progresívne druhy služieb, ktoré majú potenciál posilňovať občana v jeho sebestačnosti a zabraňovať jeho sociálnemu vylučovaniu, resp. podporovať jeho začlenenie do spoločnosti. Sú to predovšetkým domovy na pol ceste, nízkoprahové denné centrá, služby zamerané na rodiny s deťmi, opatrovateľská služba, prepravná služba, sprievodcovská a predčítateľská služba, tlmočnická služba, sprostredkovanie osobnej asistencie, požičiavanie pomôcok, sociálne služby s použitím telekomunikačných technológií, podporné služby.

Okrem toho zákon stanovuje povinnosť komunitného plánovania a stratégie poskytovania sociálnych služieb pre obce a vyššie územné celky. Tým otvára možnosť priamej účasti obyvateľstva v obciach a regiónoch na riešení sociálnych problémov. Zákon

prináša aj nové podmienky na kvalifikáciu odborného personálu. Túto požiadavku uvádza nepriamo na začiatku vymedzením odborných činností. Potvrďuje ju potom nepriamo ďalšími ustanoveniami až po priame dikcie. Osobitné ustanovenia sa týkajú kvality sociálnych služieb. Zákon kladie požiadavky na kvalitu procesu, personálu a prevádzky a v Prílohe č.2 upresňuje niektoré „štandardy“.

Za posledných desať rokov sa však v praxi sociálnych služieb už začali presadzovať požiadavky na sledovanie a zaisťovanie kvality. Doteraz si prevádzkovatelia sociálnych služieb mohli vybrať medzi dvoma základnými konceptami v zaisťovaní kvality.

Pre sociálnu prácu a sociálne služby nie je nič nebezpečnejšie ako skutočnosť, že zriaďovatelia a poskytovatelia sociálnych služieb sa pomaly, ale iste začínajú riadiť zásadou - najskôr biznis, potom služby. Veď už aj názov zákona o sociálnych službách v znení zákona o živnostenskom podnikaní, nám tento smer naznačuje. Preto je namieste položiť si tú povestnú kresťanskú otázku „kam kráčate? - sociálne služby? Sociálne služby by nemali byť závislé od trhového mechanizmu i napriek tomu, že patria medzi verejné služby, ktoré predstavujú terciárny sektor národného hospodárstva (Šebestová, 2013).

Intenzívnu snahu o komercializáciu niektorých sociálnych služieb si všimame najmä zo strany nevládných neziskových organizácií. Táto ich snaha môže zapríčiniť, že obchod zvíťazí nad starostlivosťou o klienta. Je tu určitý skrytý tlak urobiť podnikanie z odborných sociálnych činností, ktorými sú napr. sociálna rehabilitácia (pojmem skrýva v sebe množstvo rôznych činností) ošetrovatelstvo. Neziskovo, sa začína podnikať nielen v odborných činnostiach, ale aj v jednotlivých druhoch sociálnych služieb. Keď hovoríme o neziskovosti, tak máme na mysli predovšetkým poskytovanie služieb, kde akýkoľvek zisk musí byť použitý na skvalitnenie tej služby, ktorá sa poskytuje. Zo skúseností vieme, že to tak nie je - za posledné obdobie nám prax priniesla niekoľko zaujímavých káuz, ktoré mali aj súdnu dohru, alebo boli pre nedostatok dôkazov „zamietnuté pod koberec“. (Šebestová, 2013).

Neziskové organizácie sa stali súčasťou poskytovania tých sociálnych služieb, ktoré boli v spoločnosti nedostatočne rozvíjané, začali realizovať projekty priamo v prirodzenom prostredí klienta, poskytovať harm reduction a zabezpečovať streetwork.

V súčasnej dobe, keď morálne hodnoty spoločnosti sa odvíjajú od materiálnych statkov, a žiaľ dotýka sa to aj sociálnych služieb, ktoré sa stávajú predmetom podnikania, nie predmetom pomoci ľuďom v ťažkej životnej situácii, starostlivosť o sociálne blaho sa stáva zdrojom blaha tých, ktorí majú záujem o zisk. Práca v oblasti sociálnych služieb nie je

lukratívna, o čom svedčí aj veľká fluktuácia zamestnancov na nižšie pozíciách, nie však riaditeľov zariadení. Zamestnanci odchádzajú najmä z dôvodu nízkeho finančného ohodnotenia a taktiež z dôvodu neúmerného psychického a fyzického vyťaženia.

2.3 FINANCOVANIE SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

Jedným z dôležitých princípov budovania novej sociálnej oblasti bola pluralizácia financovania sociálnych služieb. Sociálne služby sa začali financovať z viacerých zdrojov. Sociálne služby sa financovali *zo štátneho rozpočtu, z rozpočtu obce a v príspevkových organizáciách a v neštátnych subjektoch aj z úhrad za poskytnuté sociálne služby od občanov a od osôb, ktoré majú voči týmto občanom vyživovaciu povinnosť.* (§ 89, ods. 1, zákona č. 195/1998 Z. z o sociálnej pomoci).

Finančný prostriedok sa poskytoval len, ak táto služba bola poskytovaná naozaj len osobe, ktorá bola na službu odkázaná. Tu sa sčasti uplatňoval princíp primeranosti sociálnej pomoci sociálnej potrebe. Keďže sa výška finančného príspevku určovala na základe štandardu prevádzkových nákladov na jedno miesto na jeden rozpočtový rok, mnohým neverejným poskytovateľom a obciam to spôsobovalo oprávnený pocit neistoty a strachu z udržateľnosti sociálnej služby.. Finančný príspevok sa poskytoval neštátnemu subjektu alebo obci na úhradu nákladov spojených s poskytovaním sociálnej služby, čo takmer vždy znamenalo, že im neboli pokryté všetky reálne náklady. Zákon č. 195/1998 Z. z. o sociálnej pomoci však dával možnosť čerpať aj jednorazový účelový finančný prostriedok a to na úhradu nákladov spojených so začatím poskytovania sociálnej služby alebo na ich rozšírenie. Mohli sa z neho financovať opravy, údržby a obnova technologického vybavenia objektu zariadenia sociálnych služieb, ak tento objekt bol majetkom štátu. Sociálne služby sa mohli financovať aj z darov právnických a fyzických osôb, ale peniaze sa mohli použiť len na financovanie sociálnych služieb, alebo na účel, ktorý zafinancoval darca. Ďalšou možnosťou financovania bolo aj použitie zisku po zdanení z podnikateľskej činnosti zariadení sociálnych služieb.

„Do systému financovania sociálnej pomoci sa tak zavádza princíp plurality zdrojov. Znamená to, že štát prestáva byť výlučným subjektom poskytujúcim finančné prostriedky na sociálnu pomoc.“ (Tkáč, 1996, s. 33).

Zákon o sociálnych službách č. 448/2008 z 1.1.2009 ustanovuje, z akých zdrojov môžu byť financované sociálne služby verejných a neverejných poskytovateľov sociálnych služieb. Neverejným poskytovateľom zákon umožňoval financovať svoju sociálnu službu

z finančného príspevku, z úhrad za poskytovanú sociálnu službu, z vlastných zdrojov, z darov, z podnikateľskej činnosti a to na základe živnosti po zdanení daňou z príjmov, zo zisku zo sociálneho podniku, z prostriedkov verejného zdravotného poistenia a z iných zdrojov. (§71, zákona č. 448/2008 Z. z.).

Zákon teda stanovil významné zdroje finančných prostriedkov na financovanie sociálnych služieb:

- Poskytovatelia mohli založiť sociálny podnik zapísaný v registri sociálnych podnikov a „až 70% z finančných prostriedkov získaných z predmetu činnosti môže použiť aj na rozvoj sociálnych služieb.“ (Repková-Brichtová, 2009, s. 282).
- Tretinu príjmov museli však použiť na vytváranie nových pracovných miest alebo na zlepšovanie pracovných podmienok. (Zákon č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti).
- Financovanie sociálnych služieb nie je možné oddeliť od ich zabezpečenia, garantovania kvality poskytovania a udržateľnosti. Táto otázka je nielen na úrovni MÚS pre ich existenciu a rozvoj nevyhnutná, od nej sa odvíja samotné poskytovanie, rozvoj a dostupnosť. Financovanie sociálnych služieb na Slovensku je jednou z najdiskutovanejších tém celého systému sociálnych služieb. Aplikačná prax financovania sociálnych služieb bola častým argumentom novelizácie zákona č. 448/2008 Z. z o sociálnych službách.

Vo verejných službách, podobne aj sociálnych službách, hovoríme o tzv. verejno-súkromnom mixe financovania, pričom ide o (Korimová a kol., 2017):

- obligatórne (povinné) zdroje
- fakultatívne (nezáväzné, dobrovoľné) dotácie z verejných zdrojov (štát, VÚC, MÚS),
- súkromné zdroje poskytovateľa a
- spolufinancovanie prijímateľa sociálnej služby(a jeho rodiny)
- a iné zdroje.

Financovanie verejných a neverejných poskytovateľov má určité odlišnosti v štruktúre zdrojov, ktoré majú k dispozícii na financovanie služieb, a preto ich v nasledujúcej schéme stručne prezentujeme.

Tabuľka: Rozdiely v spôsobe financovania medzi verejným a neverejným subjektom

Financovanie	Verejný poskytovateľ	Neverejný poskytovateľ
Rozpočet štátny	- odkázanosť osoby na pomoc inej osoby pri úkonoch sebaobsluhy (MPSVR, VÚC, MÚS), - prevádzkové náklady za podmienok ustanovených zákonom (VÚC, MÚS),	- odkázanosť osoby na pomoc inej osoby pri úkonoch sebaobsluhy (obligatórne z MPSVR, VÚC), - prevádzkové náklady za podmienok ustanovených zákonom (fakultatívne z VÚC),
Z úhrad prijímateľa SS	-na základe úhrad prijímateľa alebo rodiny na základe zmluvy o ich poskytovaní, - z úhrad samoplatcu	z úhrad prijímateľa (prípadne aj rodinných príslušníkov – rodičia, deti) na základe zmluvy o ich poskytovaní, - z úhrad prijímateľa – samoplatcu
Darovacie zmluvy, sponzorské dary	Akceptované	Akceptované
Vlastné zdroje	z prostriedkov združenia obcí, združenia vyšších územných celkov a združenia osôb,	vlastné zdroje neverejného zriaďovateľa
Hospodárenie z vedľajšej činnosti	z výsledku hospodárenia z vedľajšej činnosti, ktorú vykonávajú zariadenia v zriaďovateľskej pôsobnosti alebo zakladateľskej pôsobnosti MÚS alebo VÚC,	výsledku hospodárenia z podnikateľskej činnosti, ktorú vykonáva neverejný zriaďovateľ a/alebo poskytovateľ sociálnej služby, po zdanení daňou z príjmov,
Iné	z príjmu zo sociálneho podniku iné zdroje	zo zisku zo sociálneho podniku (podielovo až do 100%), z asignácií 20 a iné zdroje

Zdroj: Korimová a kol., 2017

Ekonomicky oprávnené náklady (EON) sa aktuálne skladajú z troch pilierov (finančných normatífov):

1. pilier: finančný príspevok pri odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby pri úkonoch sebaobsluhy (FPO); je to obligatórny príspevok štátu poskytovateľom na všetky druhy a formy sociálnych služieb,
2. pilier: finančný príspevok na prevádzku (FPP), uhrádza sa poskytovateľom sociálnych služieb z rozpočtov VÚC alebo miest a obcí podľa druhu sociálnej služby; vypočíta sa z údajov VÚC/MÚS za predchádzajúci rozpočtový rok a druh sociálnej služby; je to fakultatívny príspevok,
3. pilier: finančný príspevok od prijímateľa (klienta) konkrétnej sociálnej služby (FPK) alebo jeho rodiny; jeho výška je predmetom písomnej zmluvy medzi prijímateľom a poskytovateľom; po podpise písomnej zmluvy sa stáva obligatórnym (povinným) príspevkom prijímateľa počas trvania a poskytovania sociálnej služby (Korimová a kol., 2017).

Finančné príspevky, ktoré poskytuje MPSVR SR na poskytovanie sociálnej služby:

Finančný príspevok na poskytovanie sociálnej služby v zariadeniach podmienených odkázanosťou podľa § 71 ods. 6 a § 78a zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní sa poskytuje podľa formy sociálnej služby, štruktúry prijímateľov SS, podľa stupňa odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby a počtu miest v zariadení zapísaného v registri poskytovateľov SS a je účelovo určený na pokrytie časti nákladov na mzdy a odvody zamestnancov v tomto konkrétnom zariadení.

Reforma financovania dlhodobej starostlivosti počíta so zavedením nového fondu odkázanosti či nesebestačnosti, ktorý bude komplexne financovať dlhodobú starostlivosť a zabezpečí udržateľnosť verejných financií. Z fondu odkázanosti bude čerpať individuálny senior/zdravotne odkázaný svoj individuálny „príspevok na odkázanosť“, ktorý bude môcť využiť podľa vlastného rozhodnutia na domácu ošetrovateľskú starostlivosť, komunitné denné centrá, stacionáre, ústavnú starostlivosť a ďalšie služby. Zároveň by sa v rámci povinných odvodov zaviedol nový odvod na nesebestačnosť vo výške 1,5 % z hrubej mzdy (Inštitút zamestnanosti, 2020).

V sociálnych službách ide o verejno-súkromný mix financovania. Financovanie sociálnych služieb na Slovensku sa riadi týmito princípmi:

- „kombinácia verejných (štátnych, regionálnych, miestnych) zdrojov so zdrojmi (príjmom a majetkom) užívateľa (prijímateľa) sociálnej služby a jeho rodiny,
- vyživovacia povinnosť členov rodiny pri spolufinancovaní sociálnych služieb,
- ochrana príjmu užívateľa (prijímateľa) a jeho rodiny pre neprimerane vysokou úhradou za sociálnu službu
- preferencia vybraných druhov sociálnych služieb na miestnej úrovni pre financovanie kofinancovania (spolufinancovanie),
- možnosť samoplatcovstva v sociálnych službách a využívanie iných zdrojov.“ (Repková 2012, s. 50)

Na Slovensku sú sociálne služby financované z:

- verejných zdrojov (Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny poskytuje finančné príspevky obciam na poskytovanie napríklad služieb nocľahárne, útulku...),
- z úhrad za poskytovanie sociálnej služby od prijímateľa na základe zmluvy o poskytovaní sociálnej služby,
- z prostriedkov od zdravotných poisťovní,
- z prostriedkov prijatých na základe písomnej darovacej zmluvy,
- z výsledkov hospodárenia poskytovateľov sociálnych služieb,
- z príjmu zo sociálneho podniku (par. 50 b, zákona č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 139/2008 Z. z.).

Prijímateľ sociálnej služby (mimo par. 31 a 34 až 41 zákona 448/2008 Z. z.) je povinný platiť úhradu za poskytovanú sociálnu službu podľa svojho príjmu a majetku. Zákon presne vymedzuje ako je príjem a majetok „chránený“ v prípade, že sú nízke a nedostatočné príjmy na platenie plnej výšky úhrady. V prípade, že sa v obci/meste, alebo vo vyššom územnom celku nenachádza, alebo nie je zriadená sociálna služba ktorú sú povinní svojim obyvateľom poskytovať, alebo si túto službu občania sami vybrali u neverejného poskytovateľa potom im na uvedený účel poskytnú finančné príspevky: „(1) finančný príspevok pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby pri úkonoch sebaobsluhy, (2) finančný príspevok na prevádzku a (3) finančný príspevok na zabezpečenie poskytovania sociálnej služby neverejným poskytovateľom. (Repková, 2012, p.50)

V prípade samoplatcovstva kedy si úhradu za poskytovanú sociálnu službu realizuje prijímateľ sám sa zjednodušuje proces začatia poskytovania sociálnej služby tým, že žiadateľ o sociálnu službu nie je povinný podstúpiť procedúru komplexného a sociálneho posudzovania. Ako uvádza Repková (2012), spĺňa všetky kritériá služby poskytované vo verejnom záujme.

Podľa § 72 je prijímateľ sociálnej služby povinný platiť úhradu za sociálnu službu v sume určenej poskytovateľom sociálnej služby ak to zákon o sociálnych službách neustanovuje inak.

Verejní a neverejní poskytovatelia určujú sumu úhrady za sociálnu službu, spôsob jej určenia a platenia úhrady zmluvou o poskytovaní sociálnej služby v súlade so všeobecne záväzným nariadením obce alebo vyššieho územného celku najviac vo výške ekonomicky oprávnených nákladov. novela zákona 50/2012 stanovila minimálnu výšku úhrady za sociálne služby dlhodobej starostlivosti, a to v sume minimálne 50 % ekonomicky oprávnených nákladov na sociálnu službu obcami a vyššími územnými celkami v ich všeobecne záväzných nariadeniach. Zavedenie spoluúčasti klienta zariadenia sociálnych služieb na financovanie nákladov vo výške 50 % by nemalo nepoškodiť penzistov s nízkym dôchodkom. Nadalej totiž platí pravidlo ochrany príjmu, podľa ktorého musí klientovi zostať príjem 38 eur mesačne. Nedotkne sa to teda tých dôchodcov, ktorí majú nízke dôchodky, ale len tých dôchodcov, ktorí majú dôchodky vyššie.

Podľa § 72 ods. 11 zákona 448/2008 Z. z. o sociálnych službách sa za majetok na účely platenia úhrady za poskytovanú sociálnu službu považujú nehnuteľné veci a hnutel'né veci vrátane peňažných úspor, a ak to ich povaha pripúšťa aj práva a iné majetkové hodnoty, ktorých súčet hodnoty je vyšší ako suma 10 000 eur, ktorý vlastní žiadateľ v čase podania žiadosti o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby a počas poskytovania sociálnej služby.

Pri posudzovaní sa neprihliada na majetok, ktorý žiadateľ používa na vlastnú potrebu, napríklad nehnuteľnosť, ktorú užíva na trvalé bývanie, nehnuteľnosť ktorú využívajú na trvalé bývanie manžel, manželka, deti, rodičia prijímateľa sociálnej služby, alebo iná fyzická osoba na základe práva zodpovedajúceho vecnému bremenu, poľnohospodársku pôdu a lesnú pôdu ktorú prijímateľ sociálnej služby využíva pre svoju potrebu, garáž, hnutel'né veci, ktoré tvoria nevyhnutné vybavenie domácnosti, ošatenie, obuv a hnutel'né veci, na ktoré bola poskytnutá jednorázová dávka v hmotnej núdzi, alebo peňažný príspevok na kompenzáciu

sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia, alebo osobné motorové vozidlo, ktoré sa využíva na individuálnu prepravu z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia.

Výnimkou sú prijímatelia sociálnych služieb v zariadení pre seniorov zariadení podporovaného bývania, domova sociálnych služieb a v špecializovanom zariadení, ktorým sa na účely platenia úhrady za celoročnú pobytovú sociálnu službu prihliada aj na nehnuteľnosť, ktorú prijímateľ sociálnej služby využíva na trvalé bývanie pred začatím poskytovania sociálnej služby, pričom sa pri posudzovaní nehnuteľného majetku prihliada aj na predaj tohto nehnuteľného majetku prijímateľom sociálnej služby alebo na iný právny úkon (napr. darovanie) za obdobie piatich po sebe nasledujúcich kalendárnych rokov, ktoré predchádzajú kalendárnemu roku, v ktorom sa príjem a majetok na účely platenia úhrady posudzujú. Toto opatrenie vzniklo ako odozva na špekulatívne zaobchádzanie s majetkom žiadateľov o sociálnu službu.

Repkova (2011) sa v Monitoringu implementácie zákona o sociálnych službách vo výskumnej štúdii „Spolufinancovanie sociálnych služieb z privátnych zdrojov“ venovala skúmaniu ako verejnosť vníma povinnosti osôb, ktoré prijímateľ sociálnej služby obdaroval pred odchodom do zariadenia sociálnych služieb nehnuteľným majetkom za poskytovanú sociálnu službu. Realizovaný prieskum priniesol v tomto smere viacero zaujímavých zistení, z ktorých je zaujímavé najmä to, že „viac ako dve tretiny (65 – 70 % respondentov) považovali za úplne alebo skôr správne, aby sa pri úhrade nákladov sociálnej služby zohľadňoval darovaný majetok, približne jedna štvrtina to považovala skôr alebo za úplne nesprávne.“ (Repková, 2011, p. 56)

Zákon č. 544/2010 o dotáciách v pôsobnosti Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky stanovuje podmienky poskytovania rôznych dotácií na podporu rozvoja sociálnej oblasti. Do okruhu oprávnených žiadateľov patria aj poskytovatelia sociálnych služieb a tak o dotáciu na podporu rozvoja sociálnych služieb môže požiadať v súlade so zákonom:

- obec, pričom obec je žiadateľom aj za právnickú osobu zriadenú alebo založenú obcou
- združenie obcí,
- vyšší územný celok a neverejný poskytovateľ sociálnej služby, ktorý poskytuje sociálne služby a je zapísaný do registra poskytovateľov sociálnych služieb.

Neverejný poskytovateľ sociálnej služby môže požiadať o dotáciu na:

- mzdu, alebo plat zamestnanca, ktorý priamo vykonáva špecializované sociálne poradenstvo alebo sociálnu rehabilitáciu ako samostatnú odbornú činnosť, ktorý

poskytuje pomoc pri osobnej starostlivosti o dieťa, poskytuje podporu zosúlad'ovania rodinného života a pracovného života

- odmenu zamestnanca, ktorý priamo vykonáva špecializované sociálne poradenstvo, alebo sociálnu rehabilitáciu ako samostatnú odbornú činnosť, ktorý poskytuje pomoc pri osobnej starostlivosti o dieťa, poskytuje podporu zosúlad'ovania rodinného života a pracovného života, pokiaľ vykonáva túto činnosť na základe dohody o vykonaní práce alebo dohody o pracovnej činnosti,
- preddavok na poistné na povinné verejné zdravotné poistenie platené zamestnávateľom, poistné na sociálne poistenie a na príspevky na starobné dôchodkové sporenie platené zamestnávateľom,
- zabezpečenie rekreačnej činnosti (podľa § 18 ods. 4 zákona č. 448/2008 Z. z.) pre dieťa, ktorému sa poskytuje sociálna služba v domove sociálnych služieb, alebo v špecializovanom zariadení.

Oproti neverejným poskytovateľom môže obec, združenie obcí a vyšší územný celok požiadať okrem hore uvedených účelov tiež o dotáciu na:

- nákup materiálno-technického vybavenia priestorov na výkon odborných metód práce, odborných činností pracovnej terapie, výchovno-vzdelávacej činnosti, rehabilitačnej činnosti, voľnočasových aktivít, na výkon odborných metód práce v prirodzenom rodinnom prostredí a v otvorenom prostredí, nákup materiálno-technického vybavenia obytných miestností v zariadeniach sociálnych služieb a vykurovacích zariadení a inej techniky (ak je preukázaný havarijný stav) v zariadeniach sociálnych služieb,
- vytváranie bezbariérového prostredia a na nákup technických zariadení na zlepšenie manipulácie s fyzickými osobami s obmedzenou schopnosťou pohybu,
- rekonštrukciu a stavebné úpravy zariadení sociálnych služieb, na zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb zariadenia, dočasnej starostlivosti o deti, nízkoprahového denného centra pre deti a rodinu, zariadení sociálnych služieb poskytujúcich podporné služby, krízového strediska alebo resocializačného strediska pre drogovu závislých a inak závislých,
- kúpu osobného motorového vozidla na podporu poskytovania terénnej formy sociálnej služby alebo opatrovateľskej služby,
- kúpu špeciálneho osobného motorového vozidla so zdvíhacou plošinou na poskytovanie sociálnych služieb v domove sociálnych služieb v špecializovanom zariadení sociálnych služieb alebo na prepravnú službu.

Finančné príspevky na prevádzku a pri odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby pri úkonoch sebaobsluhy sú obec a vyšší územný celok povinné poskytovať na základe predloženej zmluvy o poskytovaní sociálnej služby, alebo zoznamu osôb s uvedením osobných údajov osôb, ktorým neverejný poskytovateľ poskytuje alebo poskytol sociálnu službu.

Podľa paragrafu 75 ods. 12 zákona 448/2008 Z. z. o sociálnych službách neverejný poskytovateľ sociálnej služby podáva písomnú žiadosť o poskytnutie finančného príspevku pri odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby pri úkonoch sebaobsluhy a finančného príspevku na prevádzku poskytovanej sociálnej služby na príslušnú obec, alebo vyšší územný celok. Oba príspevky sú poskytované na základe písomnej zmluvy uzatvorenej medzi neverejným poskytovateľom a obcou, alebo vyšším územným celkom.

Otázky na opakovanie:

Čo bolo prvým impulzom inštitucionalizovanej starostlivosti?

Aké boli najvýznamnejšie zmeny v procese transformácie?

Charakterizujte najdôležitejšie míľniky vo vývoji sociálnych služieb

Akú úlohu plnili sestry Royové?

V čom spočívala transformácia sociálnych služieb? Aké boli jej ciele a princípy?

V čom bolo charakteristické obdobie po roku 1989?

Aké sú zdroje financovania sociálnych služieb?

Čo znamenal koncept záchranej siete?

3 DEINŠTITUCIONALIZÁCIA A KOMUNITNÉ SLUŽBY

Transformáciu sociálnych služieb môžeme chápať ako procesy ktoré sa týkajú zmeny financovania vzdelávania riadenia miesta a formy poskytovania sociálnych služieb. Výsledkom celej transformácie má byť podpora pomoc a poskytovanie základných atribútov v sociálnych službách v prirodzenom prostredí. Môžeme tak povedať a teda tvrdiť že ide o proces zmeny z veľkokapacitných zariadení na málo kapacitné zmena pre klienta v zmysle zachovania prirodzeného a veľakrát dôverne známeho prostredia a individuálny prístup k jeho problémom a osobe ako takej.

Poskytovaním sociálnych služieb v transformovaných zariadeniach je a musí byť sociálnymi pracovníkmi považované za zmenu filozofie sociálnych služieb, keďže klient musí byť vnímaný nielen ako objekt poskytovania starostlivosti a pomoci, ale aj ako človek s individuálnymi potrebami, vnímaním, prežívaním a hodnotami. Klient musí byť vnímaný nielen ako člen daného zariadeniam ale aj ako člen väčšej komunity, ktorá je spolupatričná v spoločnosti a v komunite v ktorej žije.

Celý proces transformácie sociálnych služieb však musí byť postavený na dôstojnosti človeka, ktorá musí byť na prvom mieste. Dôstojnosť človeka musí byť zabezpečovaná nielen pedagogickými, sociálnymi, zdravotníckymi službami, ale aj vzťahom k vonkajšiemu a vnútornému svetu jednotlivca.

Zmena pre klienta v transformovaných sociálnych služieb službách spočíva v tom, že klient je tým, kto začína rozhodovať o svojom živote, tým kto má možnosti naplňovať svoje potreby. Je to aj o bežných a malých veciach. Klient sa učí pracovať samostatne, žiť, chodiť do kina, divadla, vie plniť svoje základné životné potreby, ktoré sú veľmi individuálne na základe jeho fyzického a psychického stavu.

Ako uvádza Krupa (2007 p. 30) argumenty pre transformáciu sú najmä:

- „vývoj sociálnych služieb,
- teória a metódy sociálnej práce,
- práva ľudí so špeciálnymi potrebami,
- politická vôľa,
- neprimeraná veľkosť zariadení sociálnych služieb z hľadiska počtu obyvateľov,
- kvalita sociálnych služieb,
- sociálno-ekonomické kritériá (napríklad životná úroveň obyvateľstva),
- sociálne potreby prijímateľov sociálnych služieb,

- individuálne programy osobnostného rozvoja,
- zahraničné skúsenosti“.

Sociálne služby a verejný sektor sú oblasti, ktoré najčastejšie prechádzajú procesom transformácie a legislatívnych zmien, najmä zákon o sociálnych službách prešiel niekoľkými novelizáciami po roku 2008, kedy sa vytvorila nová sociálna politika v zabezpečovaní sociálnych služieb pre zraniteľné skupiny obyvateľov.

Transformácia v širšom poňatí predstavuje proces permanentného vylad'ovania potrieb ľudí v oblasti podpory pri napĺňaní ich osobných životných plánov s možnosťami poskytovateľov. V užšom poňatí je transformácia proces cielenej zásadnejšej zmeny vyvolanej neschopnosťou tradične fungujúcej organizácie riešiť sociálne problémy ľudí v zmenených sociálno-ekonomických podmienkach. (Repková, 2016).

Transformácia sociálnych služieb mala sledovať „pozitívne zmeny podmienok života prijímateľov sociálnych služieb v interakcii s ich prijímateľom. Zmeny, ktoré proces transformácie prináša, majú výrazne prosociálny kontext, vedú k zmene kvality života“ (Cangár a kol. 2015, s. 26).

Starostlivosť o seniorov a jej náročnosť sa zvyšuje, čo súvisí aj s nárastom počtu zariadení pre seniorov, ktoré nahrádzajú domácu opatrovateľskú starostlivosť, z tohto dôvodu je ich nárast prirodzený, hoci ich financovanie a personálne kapacity sú značne poddimenzované, čo potvrdzujú aj štatistické údaje, v priemere ide o pokles príjmov o viac ako 50%. Zariadenia pre seniorov v súčasnosti zápasia s existenčnými problémami, nedostatočným personálom a jeho odlivom do zahraničia, s nestabilným financovaním a podmienkami pri rozvoji sociálnych služieb, nakoľko najčastejšie novelizovaným zákonom je práve Zákon 448/2008 Z.z o sociálnych službách spomedzi všetkých právnych úprav.

Zhrnutie počtu zariadení sociálnych služieb poskytovaných cirkevnými organizáciami prezentuje tabuľka 5 za sledované obdobie 2002 – 2018, pričom sme vybrali roky, v ktorých dochádzalo k výraznejším zmenám a procesu deinštitucionalizácie a transformácie sociálnych služieb. Z výsledkov vyplýva, že najväčší rozdiel v počte denných stacionárov, pri ktorých došlo k poklesu v priemere o 48,5%. Naopak, došlo k nárastu zariadení pre seniorov v priemere o 27,5%. Terénna opatrovateľská služba zaznamenala pokles v priemere o 32,3%. Domovy sociálnych služieb získali v priemere o 30% percent menej financovania, čo spôsobilo ich pokles v priemere o 21,4%.

Väčšina prevádzkovateľov denných stacionárov, ktorí patria do kompetencie obce, nedostali v roku 2017 od obce žiadny príspevok, vzhľadom na to, že v roku 2017 obce túto povinnosť pre službu Denný stacionár nemali stanovenú zákonom; hoci dochádza k poddimenzovaniu financovania sociálnych služieb vo všeobecnosti. Neverejní poskytovatelia sú znevýhodňovaní v súčasne nastavenom procese financovania, nakoľko často musia hľadať viaczdrojové financovanie na úkor znižovania kapacity zariadení alebo mzdových odmien.

Vtedajší zákon o sociálnom zabezpečení č. 100/1988 upravoval podmienky podpory občanov, ktorý nedokázali zabezpečiť životné potreby pre nedostatočne zabezpečené príjmy z pracovnej činnosti. V oblasti sociálnej starostlivosti podľa tohto zákona štát zabezpečoval poradenskú a výchovnú činnosť, najmä výchovu k zodpovednému rodičovstvu, k upevňovaniu rodinných vzťahov a k vzájomnej pomoci medzi občanmi. Z definície zákona vyplýva, že starostlivosť poskytovaná občanom, stavala prijímateľa, klienta do role čakaťa, na to, čo mu bude poskytnuté a nebol vedený žiadnym motivačným prvkom k tomu, aby sa rozhodol a vyvíjal vlastnú aktivitu. (Mihalik, et al., 1995, s. 319). Rozsah sociálnych služieb bol orientovaný na ústavnú starostlivosť. Dôraz sa kládol predovšetkým na ústavnú starostlivosť, opatrovateľskú službu a na poradenstvo.

Hlavnou prioritou transformácie bolo, aby existujúce sociálne služby zmenili pôsobenie smerom k vyššej aktivizácii užívateľov týchto služieb ako tých, ktorým majú byť poskytované podporné a aktivizačné služby a zároveň znižovať ich mieru odkázanosti, aby dokázali využiť svoj potenciál na spoločenskú integráciu a svojpomoc. Hlavnou podobou transformácie je systematické uskutočňovanie obsahových zmien v poskytovaní sociálnych služieb cieľovej skupine, v zmene financovania, komunitnom plánovaní a sieťovaní verejných a neverejných poskytovateľov sociálnych služieb.

V roku 2003 Vláda SR taktiež prijala dokument Národné priority rozvoja sociálnych služieb, v rámci ktorého si stanovili tieto základné priority, v ktorých pokračuje aj v sledujúcich rokoch:

1. zavedenie komunitného plánovania rozvoja sociálnych služieb,
2. transformáciu existujúcich sociálnych zariadení s nízkou kvalitou služieb,
3. dôslednú implementáciu štandardov kvality sociálnych služieb a kontroly štátu nad ich dodržiavaním,
4. zabezpečenie systematického vzdelávania zamestnancov sociálnych služieb a profesionalizáciu pomocou supervízie a poradenstva.

Zaujímavé je porovnanie počtu zariadení v rámci procesu transformácie a decentralizácie, kde chceme poukázať na počet zariadení sociálnych služieb podľa jednotlivých zriaďovateľov v roku 2001 pred decentralizáciou a v roku 2004 po decentralizácii.

Na základe Národných priorít rozvoja sociálnych služieb 2015-2020 sa identifikovali nové skupiny užívateľov, pričom sa dôraz kladie na komunitnú sociálnu prácu a včasnú krízovú intervenciu zameranú na riešenie problémov v segregovaných komunitách, ktoré nemali doteraz legislatívnu oporu. Medzi ďalšie nové druhy sociálnych služieb a odborných činností patrí služba včasnej intervencie, špecifikuje sa poskytovanie sociálnej služby v zariadení podporovaného bývania v byte alebo rodinnom dome a stanovuje sa veková hranica pre pobyt v tomto zariadení a v zariadení pre seniorov, obmedzuje sa možnosť celoročného pobytu v domove sociálnych služieb. Podrobne sa upravujú podmienky kvality sociálnych služieb a systém ich hodnotenia v rámci Národných priorít (Národné priority rozvoja SS 2015-2020). Na základe demografických prognóz sa ukazuje, že bude potreba vytvárať podmienky pre rozvoj sociálnych služieb na Slovensku na základe princípov efektívnosti, účelnosti a transparentnosti, pretože dochádza k výraznému starnutiu populácie a zvyšuje sa nárast počtu osôb odkázaných na pomoc druhej osoby. Do roku 2030 sa predpokladá nárast ľudí v seniorskom veku v porovnaní s populáciou detí.

Zariadenia sociálnych služieb mali ku koncu roku 2013 spolu 43 845 obyvateľov. Z celkového počtu obyvateľov zariadení bolo 30 002 zdravotne postihnutých (68,4 %) a 24 910 osôb v dôchodkovom veku (56,8 %). Celkový počet miest v domovoch sociálnych služieb (20 429) prevyšoval celkový počet obyvateľov (19 401) v týchto zariadeniach o 5,03% (Šprocha, 2013).

Druhy sociálnych služieb

Zákonom o sociálnych službách sa ustanovujú mnohé nové druhy sociálnych služieb, niektoré sociálne služby poskytované podľa zákona o sociálnej pomoci sa transformujú na sociálne služby podľa tohto zákona a niektoré sociálne služby, ktoré sa poskytovali podľa zákona o sociálnej pomoci sa rušia (organizovanie spoločného stravovania, sociálna pôžička. Druh sociálnej služby, forma sociálnej služby a rozsah poskytovania sociálnej služby sa určia podľa nepriaznivej sociálnej situácie a pri sociálnej službe uvedenej Zákonom o sociálnych službách č. 448/2008 Z. z v § 34 až 41 aj podľa stupňa odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby.

Paragraf 12 Zákona č. 448/2008 o sociálnych službách Z. z špecifikuje **druhy sociálnych služieb** v týchto základných oblastiach:

sociálne služby krízovej intervencie:

1. terénna sociálna služba krízovej intervencie,
2. poskytovanie sociálnej služby v zariadeniach,
3. nízkoprahová sociálna služba pre deti a rodinu,
4. sociálne služby na podporu rodiny s deťmi vrátane služby včasnej intervencie;
5. sociálne služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku;
6. sociálne služby s použitím telekomunikačných technológií;
7. podporné služby.

V zmysle § 82 ods. 5 Zákona č. 448/2008 Z. z o sociálnych službách Komunitný plán sociálnych služieb a koncepcia rozvoja sociálnych služieb obsahujú najmä a) analýzu poskytovaných sociálnych služieb podľa jednotlivých druhov sociálnych služieb, jej foriem a poskytovateľov SS v obvode obce alebo územnom obvode VÚC a b) analýzu požiadaviek prijímateľov sociálnych služieb a ďalších obyvateľov v územnom obvode obce alebo VÚC na rozvoj sociálnych služieb podľa jednotlivých druhov sociálnych služieb, foriem sociálnych služieb a cieľových skupín, ako aj ďalšie demografické prognózy, časový plán realizácie komunitného plánu či určenie cieľov a priorít rozvoja sociálnych služieb v danom území. Veľmi dôležitý je aj spôsob každoročného vyhodnocovania plnenia komunitného plánu a zavádzanie podmienok a zmien v prípade aktualizácie komunitného plánu sociálnych služieb alebo koncepcie rozvoja sociálnych služieb.

Sociálne služby boli decentralizované z orgánov štátu do samosprávnej pôsobnosti vyšších územných celkov a obcí. Sociálne služby v súčasnosti predstavujú veľmi širokú oblasť pomoci klientom v rôznych životných situáciách. Dopyt po sociálnych službách na našom území v posledných rokoch rapídne stúpa, čo pravdepodobne súvisí aj s celkovým demografickým vývojom obyvateľstva. Ako hovorí autor Pavelek (2011) „Je nutné tento proces vnímať ako faktor, ktorý môže napomôcť vzniku nových sociálnych rizík a kríz.“ Preto by problematike sociálnych služieb a predovšetkým ich kvalite mala byť venovaná dostatočná pozornosť, predovšetkým zo strany ich poskytovateľov, čo výrazne uľahčí situáciu a prehľad prijímateľom týchto služieb, teda samotným klientom, občanom nášho štátu. (In Hromková, 2013).

Dostupnosť sociálnych služieb bola limitovaná najmä kapacitou zariadení sociálnych služieb. Podľa registra poskytovateľov sociálnych služieb, vedeného VÚC, bola kapacita zariadení pre seniorov k 31. decembru 2017 v počte 19 068 miest. V porovnaní s rovnakým obdobím roku 2015 vzrástla o 953 miest (index 1,05). Na náraste kapacity sa podieľali najmä neverejní poskytovatelia zvýšením kapacity spolu o 914 miest. Počet žiadateľov o uzatvorenie zmluvy na poskytovanie sociálnej služby za rovnaké obdobie zaznamenal dynamickejší nárast, a to o 2 098 žiadostí (index 1,61). V roku 2017 bol v porovnaní s rokom 2015 nárast o 803 miest (index 1,13) v rámci početnosti špecializovaných zariadení. (Mistrík, 2018).

Moderné trendy v sociálnych službách ukazujú, že rola občana ako prijímateľa sociálnych služieb sa postupne môže zmeniť na rolu zákazníka. V tom prípade by to znamenalo nový systém financovania služieb a naopak pre poskytovateľov by vyplynuli nové povinnosti spojené predovšetkým so snahou o získavanie čo najvyššieho počtu klientov. Otázne však je, či by sa stále zachoval charakter sociálnej práce ako pomáhajúcej disciplíny a či by nový systém financovania spojený s občanmi ako zákazníkmi priniesol zmenu v kvalite služieb. (Hromková, 2013).

Hlavnou zmenou dvoch komparovaných zákonov je odčlenenie peňažných príspevkov na kompezáciu ŤZP a zavedenie pojmu sociálne služby, ktoré nahradili systém sociálnej pomoci založenej na prevencii a riešení nepriaznej sociálnej alebo hmotnej núdze, ktorú v súčasnosti upravuje osobitý právny predpis. Zákon 448/2008 Z.z o sociálnych službách priniesol zmeny v podobe zadefinovania nepriaznivej sociálnej situácie, sociálnej rehabilitácie a odrzkadľuje pozitívny aspekt definovaný v § 22 - Ošetrovateľská starostlivosť v zariadení. Je nutné zareagovať na situáciu, keď do zariadenia sociálnych služieb prichádzajú klienti s vysokým stupňom odkázanosti, ktorí skôr ako sociálne terapie, potrebujú ošetrovateľskú a opatrovateľskú starostlivosť. Tie však musia byť doplnené o spirituálnu, duchovnú starostlivosť užívateľa sociálnych služieb, ktorú potrebujú povzbudenie a motiváciu. Cirkevní zriaďovatelia sociálnych služieb si uvedomujú dôležitosť tohto trojuholníka a aplikujú ju vo svojich zariadeniach.

Zavedenie posudzovania stupňa odkázanosti na sociálnu službu v praxi spôsobilo to, čo na jednej strane sa klientom umelo zdvíha stupeň odkázanosti pre vyššie finančné zdroje na klienta a na strane druhej rastie počet klientov s najvyšším stupňom odkázanosti, ktorí vyžadujú vysoký stupeň zdravotníckej a ošetrovateľskej starostlivosti, na čo nie sú zariadenia vybavené, pripravené a nemajú na to ani personálne kapacity. Samozrejme,

rodina užívateľa sa bráni proti posudku, ktorí stanovuje vyšší stupeň odkázanosti, pretože to znamená vyššie doplatky za poskytnuté sociálne služby.

Typológia klientov sociálnych služieb je široká, pri ktorej sa uplatňuje princíp rovnoprávnosti, rovnosti príležitostí, dodržiava sa zásada rovnakého zaobchádzania, ako aj individuálny prístup pri nastanovaní plánov práce s klientom. V súčasnosti vznikajú špecializované zariadenia a zariadenia pre seniorov so špecifickými ochoreniami, ako napríklad Alzheimerova choroba a iné. Poskytovateľ sociálnej služby má mať vypracované postupy a stratégie podpory prijímateľa sociálnej služby zamerané na jeho plné a účinné zapojenie sa a začlenenie sa do spoločnosti a aktívne ich realizuje, pričom v plnej miere rešpektuje jeho prirodzené vzťahy v rámci jeho rodiny a komunity.

Ďalším problémom je skutočnosť, že aktivity, ktoré sa rozbehnú na rozvoj nejakej oblasti sociálnych služieb sa po skončení dotačných schém z eurofondov zastavia a neexistuje kontinuita, to bolo výsledkom aj rapidného znižovania počtu denných stacionárov či zánik mnohých terénnych opatrovateľských služieb v obciach, pre tieto skutočnosti je reálna udržateľnosť sociálnych služieb problematická. Hlavnými zdrojmi financovania sú: a) z rozpočtu verejného poskytovateľa, b) z úhrad za sociálne služby od prijímateľa sociálnej služby na základe zmluvy c) zo štátneho rozpočtu a d) z úhrady ekonomicky oprávnených nákladov spojených s poskytovaním sociálnej služby.

Neverejní poskytovatelia či cirkevné organizácie musia zabezpečiť financovanie z viacerých zdrojov, na základe výpovedí riaditeľov zariadení sme zistili, že najčastejšími doplnkovými zdrojmi sú:

- Projekty a granty spracované nadáciami,
- Darcovstvo a sponzorstvo od fyzických či právnických osôb,
- Verejné zbierky či zbierky potravinové,
- Dotácie na základe zahraničnej spolupráce,
- Iné zdroje.

Deinštitucionalizácia systému sociálnych služieb je proces prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť, ktorý v rámci viacerých spojených procesov chce docieľiť úplné zatvorenie a zrušenie inštitucionálnych služieb starostlivosti. Súčasne sa zameriava na vytvorenie, rozvoj a podporu efektívnej siete nových, alebo existujúcich alternatívnych komunitných služieb pre obyvateľov daného územného spoločenstva. Tento

prechod zabezpečuje jednotlivcovi nezávislý život, aktivitu a sociálnu participáciu. (MPSVR, 2020)

Holúbková, Ďurana (2013) **definuje deinštitucionalizáciu** vo viacerých bodoch:

- ako sociálny a politický proces postupnej zmeny od inštitucionálnej starostlivosti a segregácie k nezávislému životu v komunite, kde sú poskytované podporné služby,
- prijímatelia sociálnych služieb odchádzajú po cielenej príprave z domovov sociálnych služieb a segregovaných pobytových zariadení, pričom sa podporuje poskytovanie individualizovaných sociálnych služieb v komunite tak, aby boli na dostatočnej kvalitatívnej úrovni, zameriava sa pritom aj na efektívnosť poskytovania takýchto služieb a individualitu klientov, ktorí takúto pomoc potrebujú,
- služby sú určené nielen občanom, ktorí v predchádzajúcom období žili v pobytovom zariadení, ale aj tým, ktorí nemali v mieste bydliska sociálne služby, avšak vzhľadom na ich ťažkosti im na ne vzniká nárok,
- užívatelia sociálnych služieb majú nárok na bývanie v komunite a tiež prístup k verejným službám aj k osobnej asistencii pri splnení potrebných podmienok.

Deinštitucionalizácia má i preventívny účinok, pretože zabraňuje inštitucionalizácii v budúcnosti a zároveň dáva právo užívateľom sociálnych služieb na začlenenie sa, vyrastanie a žitie v rodine či komunite, pre ich fyzický a psychický rozvoj je to veľmi dôležité. (Holúbková 2013, s. 12)

Východiská procesu deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb stanovujú ciele, ktorých úspešné naplnenie sa stáva aktuálnou požiadavkou pre našu spoločnosť. Ide o nasledovné ciele:

- zastaviť inštitucionalizovaný ďalších osôb s postihnutím a v starobe,
- zrušiť ústavnú starostlivosť,
- zaistiť dostupnú podporu v rámci komunity. (Hradilková, 2013)

Pojem inštitucionálna starostlivosť označuje taký typ sociálnej starostlivosti, kde sú prijímatelia sociálnych služieb oddelení od širšieho spoločenstva a/alebo sú nedobrovoľne donucovaní k spoločnému spolunažívaniu. Neovplyvňujú svoj život a jednotlivé rozhodnutia ktoré s nimi súvisia. Svoje potreby musia väčšinou podriadiť potrebám samotnej organizácie.

Pod pojmom komunitné služby môžeme chápať služby podporovaného zamestnávania, podporovaného bývania a nezávislý tréning životných zručností, ako

napríklad varenie, nakladanie s peniazmi, používanie verejnej dopravy a rôzne sebaobslužné úkony potrebné k zvládnutiu základných životných situácií.

Komunitné služby majú byť alternatívou ústavnej starostlivosti a predchádzať sociálnemu vylúčeniu ľudí s mentálnym postihnutím a v starobe. (Adams 2008)

Podľa Stratégie deinštitucionalizácie je základnou výhodou a cieľom v Slovenskej republike vytvorenie a zabezpečenie podmienok pre „nezávislý a slobodný život všetkých občanov odkázaných na pomoc spoločnosti, v prirodzenom prostredí komunity, s dostupnou a koordinovanú sieťou verejných služieb rešpektujúc princípy ľudských práv a rovnosť príležitostí v kontexte individuálnych potrieb prijímateľov.“ (Cangár 2015, s. 40)

V oblasti sociálnych služieb stanovuje Stratégia deinštitucionalizácie SR (2011) štyri základné opatrenia:

- príprava Národného akčného plánu prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012 – 2015, ktorého cieľom je podpora zmeny tradičného modelu sociálnych služieb na systém služieb komunitnej starostlivosti pomocou realizovania pilotných projektov konkrétnych zariadení,
- zriadenie výboru expertov ako poradného orgánu, kde sú zastúpené medzirezortné orgány štátnej správy, samosprávy a obce, verejní a neverejní poskytovatelia sociálnych služieb a organizácie zastupujúce občanov so zdravotným postihnutím a seniorov. Úlohou tejto expertnej skupiny je najmä:
 - monitorovanie hodnotenie a koordinácia procesov deinštitucionalizácie,
 - koordinácia subjektov deinštitucionalizácie,
 - navrhovanie opatrení na zvýšenie podpory a efektívnosti deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti a synergie medzi oboma systémami,
 - navrhovanie opatrení na podporu procesov v oblastiach súvisiacich so systémom sociálnych služieb,
 - identifikácia rizika prekážok a navrhovanie legislatívnych koncepčných riešení na podporu procesu deinštitucionalizácie,
 - prerokovanie a schválenie návrhu správy o plnení stratégie deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike,
 - otvorenie právnych podmienok na podporu deinštitucionalizácie
- realizácia Národného projektu podpory deinštitucionalizácie a transformácie sociálnych služieb.

Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2021-2030

„Pre zabezpečenie podmienok rozvojovej trajektórie sociálnych služieb pre obdobie rokov 2021-2030 bude nevyhnutné naplniť nasledovné predpoklady, ktoré predstavujú pre napĺňanie NPRSS nevyhnutné vstupy:

Vytvorenie strategického rámca sociálnych služieb do roku 2030 v Slovenskej republike – keďže potreba spracovania Strategického rámca rozvoja sociálnych služieb do roku 2030 v Slovenskej republike bola identifikovaná už Národnými prioritami rozvoja sociálnych služieb na roky 2015- 2020, avšak najmä vzhľadom na nedostupnosť spoľahlivých informácií a dátových údajov, ktoré sú pre strategické plánovanie rozvoja sociálnych služieb na rozličných úrovniach potrebné, nebol doposiaľ takýto rámec pripravený. Jeho príprava nadväzuje na potrebu komplexného analyzovania stavu sociálnych služieb na Slovensku v ich jednotlivých štrukturálnych parametroch, na základe čoho sa posilní legitimita východísk pre ustanovené národné priority z aspektu udržateľnosti rozvoja sociálnych služieb (finančnej, personálnej a inej zdrojovej).

Zabezpečenie finančnej a personálnej udržateľnosti rozvoja sociálnych služieb – keďže otázky udržateľnosti sa vzťahujú k predpokladu vývoja potrebnosti sociálnych služieb odvodzované od vývoja kľúčových faktorov podmieňujúcich potrebnosť (demografický vývoj, vývoj zamestnanosti a nezamestnanosti na trhu práce, odstraňovanie, resp. pretrvávanie regionálnych rozdielov, zmeny v pripravenosti rodín k zdieľanej starostlivosti, atď.). Reaguje sa na nevyhnutnosť zabezpečenia udržateľnosti sociálnych služieb cez podporu jej kľúčovej dimenzie – personálne zabezpečenie kvalitných sociálnych služieb v súlade s potrebami cieľových skupín jednotlivých druhov a foriem sociálnych služieb, zákonom vymedzenými kvalifikačnými požiadavkami, štruktúrou a počtom zamestnancov sociálnych služieb.

Prepájanie sociálnych služieb s inými verejnými službami v rámci podpory sociálnej inklúzie zraniteľných jednotlivcov, rodín, skupín a komunít, keďže doposiaľ neboli jednotlivé druhy verejných politík a intervencií vzájomne koordinované a prepájané, aj keď to niektoré politiky vo svojich strategických dokumentoch predpokladali. Dôsledkom atomizácie verejných politík bolo oslabovanie účinnosti jednotlivo uplatňovaných opatrení na podporu sociálnej inklúzie jednotlivcov, rodín, skupín či komunít.“ (Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2021-2030, 2021, s. 12-13)

Proces deinštitucionalizácie sociálnych služieb je zameraný na osoby, ktoré sú prijímateľmi sociálnych služieb. Medzi hlavné ciele patrí zmena postoja a myslenia

zdravých intaktných ľudí k osobám, ktoré majú problematickú situáciu a sú tak prijímateľmi sociálnych služieb. Hlavným podnetom ktorý vedie k tejto zmene je hlavne proces naplnenia medzinárodných, svetových a európskych dokumentov. Slovenská republika sa ich ratifikovaním zaviazala k ich dodržiavaniu, ale samozrejme aj uplatňovaniu hlavných východísk, tém, a vízií týchto dokumentov. Hlavnými dokumentami sú Všeobecná deklarácia ľudských práv a Dohovor o ľudských právach. V našom spoločenskom systéme je hlavným, základným zákonom vyjadrujúcim sa k dodržiavaniu ľudských práv Ústava Slovenskej republiky.

V roku 1961 bola prijatá Európska sociálna charta ktorá ako medzinárodná zmluva o ľudských právach konkrétne poukazuje na ľudí starších v článkoch 11,14,23,30,31.

V zákone o sociálnych službách sa kladie dôraz na uspokojovanie individuálnych potrieb prijímateľov sociálnych služieb, poskytovanie sociálnych služieb na základe individuálneho rozvojového plánu a preferenciu prirodzeného domáceho prostredia pri poskytovaní sociálnych služieb. (MPSVaR 2015 s. 6)

Spomínaný zákon o sociálnych službách jasne deklaruje že „poskytovanie sociálnych služieb má základ vo vyššie uvedených dohovoroch, medzinárodných zmluvách, ale aj ďalších Slovenskou republikou ratifikovaných dokumentoch. V paragrafe 6 ods. 2, písm. a) sa uvádza že „fyzická osoba má právo na poskytovanie sociálnej služby, ktorá svojím rozsahom, formou, a spôsobom poskytovania umožňuje realizovať jej základné ľudské práva a slobody, zachováva jej ľudskú dôstojnosť, aktivizuje ju k posilneniu sebestačnosti, zabraňuje jej sociálnemu vylúčeniu a podporuje jej začlenenie do spoločnosti.“ (Zákon o sociálnych službách)

3.1 PREDPOKLADY ÚSPEŠNOSTI DEINŠTITUCIONALIZÁCIE

Proces deinštitucionalizácie veľmi zdĺhavým procesom a záleží od mnohých aspektov V akej forme A s akými možnosťami sa môže proces realizovať čo najväčšej možnej miere. Je nesmierne dôležité zistiť analyzovať myslenie verejnosti ktoré môže byť mnoho krát ovplyvňované neznalosťou a nízkym množstvom informácií. Verejnosť v mnohých prípadoch nie je zvyknutá na život z ľuďmi ktorej sú v nepriaznivej životnej situácii.

Repková a Valentovič (2014) uvádzajú medzi dôležité aspekty deinštitucionalizácie:

- Bývanie ako najnáročnejší predpoklad a súčasne aj finančne najnáročnejší je vymyslenie alternatívy k inštitucionálnym zariadeniam a teda ako integrovať

inštitucionalizovaných klientov do podmienok komunitného bývania. Ako uvádza Repková, 2014) vzhľadom na charakter komunitných zariadení je kapacita týchto zariadení nízka a ani zďaleka nepokrýva kapacitu, aká je potrebná na integráciu inštitucionalizovaných klientov.

- Alternatívne služby, ktoré by mali byť dostupné - napríklad domov na pol ceste, denné stacionáre, centrá alebo služby osobných asistentov, rôzne špecializované agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ale aj agentúry podporovaného zamestnávania a podobne. Práve pri vytváraní týchto zariadení je potrebné myslieť a podporovať myšlienku debarierizácie verejných budov.
- Centrá včasnej intervencie ktorých počet a sieť je v súčasnej dobe nedostatočná. Centrá poskytujú služby rodičom detí so zdravotným znevýhodnením, osobám so zdravotným znevýhodnením poskytujú pomoc, podporu, ale cenné sú i poskytovania informácií a rôzne stimulačné programy.
- Legislatívna podpora ktorá je veľmi dôležitá na zabezpečenie potrebnej legislatívy a zdrojov na zabezpečenie investičných nákladov. Vzhľadom na náročnosť, rozsah a dôležitosť procesu, ako aj pre zabezpečenie nevyhnutnej transparentnosti v legislatíve by bolo vhodné, aby sa deinštitucionalizácie venoval samostatný zákon. Samostatný zákon by mohol znamenať zvýšenú viditeľnosť problematiky na verejnosti.
- Podpora obyvateľov v samotnom meste, obci, územnom celku je veľmi dôležitou súčasťou, aby negatívna spätná väzba obyvateľov ktorá bola namierená proti integrácii klientov bola včas monitorovaná, analyzovaná, vysvetlená, a aby osvetou získala nielen pochopenie, ale aj podporu samotných obyvateľov a tak súčinnosť celej komunity. (Repková 2014).

3.1.1 Výhody, nevýhody a riziká deinštitucionalizácie

Podľa sociálneho modelu starostlivosti má každý človek právo žiť v komunite a spoločnosti a spoločnosť je teda tá, ktorá sa musí prispôbiť osobám v ťažkostiach aby sa mohli v plnej miere zúčastňovať všetkých životných aspektov. Podľa Brichtovej (2015) v obciach a mestách nemáme vytvorené adekvátne podmienky na to, aby ľudia zostali v domácom alebo komunitnom prostredí a pritom narastá počet starších ľudí odkázaných na dlhodobú sociálnu zdravotnú starostlivosť.

Medzi hlavné výhody a prínosy deinštitucionalizácie môžeme uviesť to, že rozvoj siete sociálnych služieb v miestnych komunitách bude vytvárať priaznivé podmienky pre

uplatňovanie práv občanov na podporu rodinného života v ich prirodzenom prostredí. Takýmto spôsobom sa tak umožní ostať starším ľuďom vo svojej biologickej, príbuzenskej, alebo inej im priateľskej rodine a tak sa zníži tlak na vytváranie stresových faktorov vyvolávajúcich psychické alebo fyzické obtiaže.

Premiestnením a rozvojom siete sociálnych služieb v miestnych komunitách sa zníži počet ubytovaných klientov v zariadeniach, ktoré poskytujú sociálne služby veľkokapacitne. Je samozrejme namieste otázka, koľko komunitných centier sa v miestnej územnej samospráve vytvorí na to, aby mohlo poskytnúť sociálne služby väčšiemu množstvu klientov. Môžeme však predpokladať, že vytvorením zariadenia s menšou ubytovacou kapacitou sa zabezpečia nielen potrebné služby, ale aj rozmanitejšie, kvalitnejšie a na klienta zameranejšie vybavenie a pomoc.

Brichtová (2015) uvádza, že ak sú sociálne služby dobre naplánované a zosieťované prináša to prínosy pre všetkých. Ide najmä o možnosť spájať ľudí a rôzne subjekty na rôznych úrovniach a z rôznych oblastí (laici, rodina, priatelia, profesionáli, formálne a neformálne subjekty a podnikatelia) na princípe partnerstva a možnosti pomáhať si z hľadiska zdrojov informácií, vedomostí a zručností. Toto všetko sa tak deje na základe dosiahnutia spoločného záujmu a cieľa. Prínosom je aj podpora sociálneho začleňovania a eliminácia sociálneho vylúčenia jednotlivcov a skupín, ako aj možnosť skvalitnenia, vrátane zvýšenia dostupnosti a prepojenia služieb v komunite v prospech občanov s rôznym postihnutím, ktorí vystupujú v procese plánovania aktívne, pričom sa znižuje závislosť klientov od jedného poskytovateľa, vznikajú nové nápady a riešenia, ktoré sú lepšie akceptované.

Z finančného hľadiska uvádza Brichtová (2015), že nový systém služieb môže byť v porovnaní s predošlým systémom nákladnejší, ale stále môže byť efektívnejší, pretože bude mať lepšie výsledky pre prijímateľov a ich rodiny. Aj keď dôjde k zníženiu počtu klientov v štátnych zariadeniach sociálnych služieb, budú ekonomické náklady vysoké, pretože klienti, ktorí zostanú alebo budú prijatí, majú vysoký stupeň sociálnej odkázanosti.

V procese uzatvárania veľkokapacitných štátnych inštitúcií by mal štát predvídať niektoré dočasne vyššie náklady a to z dôvodu nevyhnutnosti priebežného prevádzkovania dvoch systémov v určitom čase. Je nutné a potrebné zabezpečiť prevádzku pôvodného zariadenia a zároveň aj nového transformovaného zariadenia. (Brichtová 2015)

Náročnosť procesu deinštitucionalizácie si vyžaduje viacdrojové financovanie a to najmä s využitím štátneho rozpočtu SR, rozpočtov vyšších územných celkov a územnej

samosprávy (v rámci limitov rozpočtu verejnej správy) ako aj využitím doplnkových zdrojov zo štrukturálnych fondov Európskej únie, finančných a dotačných mechanizmov (napr. dotačný mechanizmus MPSVaR SR) a darov od fyzických a právnických osôb. (Stratégia deinštitucionalizácie sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike, MPSVaR, 2011)

Jednotným princípom a zameraním projektu deinštitucionalizácie je úplná reštrukturalizácia zariadení sociálnych služieb, ktorá nesie v sebe niekoľko rizík, ktoré sú uvedené aj v projekte Podpory procesu deinštitucionalizácie a transformácie systému sociálnych služieb:

- Riziko odmietnutia v novom prostredí komunity obce, keďže sa u občanov môže prejavovať strach, obava z neznámych, nepoznaných, predsudky, mýty, verejná mienka môže byť ovplyvnená rôznymi dezinformáciami. Preto správne podávané informácie a otvorený proces komunikácie závisí od zapájania občanov, zamestnávateľov, združení, škôl, nadácii, ale aj cirkvi do jednotlivých fáz projektu.
- Riziko komplikácie pri koordinácii vzdelávacích činností, ktoré sú kľúčové pre úspešnú realizáciu projektu a sú špecifické nielen svojím obsahom, ale aj spôsobom realizácie. Je preto potrebné dbať na odbornosť a dostatok skúseností v danom odbore.
- Riziko meškania finančných prostriedkov, keďže väčšina finančných prostriedkov bude využitá na úhrady miezd pracovníkom v pracovnom pomere a len časť financií bude určená pre externých dodávateľov. Z tohto hľadiska môžeme definovať riziko platobnej neschopnosti alebo i meškanie platieb.
- Riziko nedodržania časového harmonogramu a možnosť ohrozenia synergie s regionálnym operačným programom, keďže môže dôjsť ku komplikáciám v čerpaní finančných prostriedkov z fondov Európskej únie.
- Riziko odporu manažmentu a zamestnancov, keďže tí budú musieť tiež absolvovať vzdelávacie aktivity a budú na nich kladené zvýšené nároky na pracovné nasadenie a flexibilitu. Je nutné predpokladať aj zvýšenie záťaže a stresových situácií u pracovníkov, ktorí pracujú nielen v manažérskych pozíciách, ale aj priamo s klientmi.
- Riziko odporu klientov zariadení, keďže zvýšené nároky budú kladené aj na týchto klientov. Okrem účasti na vzdelávacích aktivitách pôjde predovšetkým o zhoršenú adaptáciu, asimiláciu a akceptovanie zmeny prostredia a lokality. Z veľkých inštitúcií budú postupne premiestňovaní do malých komunitných zariadení s menšou kapacitou, odlišnými službami, s novým prostredím, pracovníkmi a mnohokrát aj novým postupom pri práci so samotnými klientmi.

Otázky na opakovanie:

Aké boli pozitíva a negatíva transformácie?

Čo bolo zámerom a cieľom deinštitucionalizácie?

Aké sa vyskytli úskalia pri zavádzaní zmien?

Ako sa rozvíjali druhy sociálnych služieb?

Čo bolo hlavnou zmenou dvoch komparovaných zákonov o sociálnej pomoci a o sociálnych službách?

Aké sú znaky deinštitucionalizácie?

Kto je cieľová skupina v sociálnych službách?

Čo obsahuje dokument Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2021-2030?

V čom spočíva riziko nespolupráce prijímateľa?

4 SYSTÉM SOCIÁLNYCH SLUŽIEB AKTUÁLNE

4.1 DEFINOVANIE SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

O sociálnych službách hovoríme ako o špecializovaných činnostiach, ktoré pomáhajú človeku riešiť nepriaznivú sociálnu situáciu, ku ktorým v priebehu ľudského života dochádza. Podľa zákona o sociálnych službách sú sociálne služby *odbornou činnosťou, obslužnou činnosťou alebo ďalšou činnosťou alebo súborom týchto činností, ktoré sú zamerané na:*

- a) prevenciu vzniku nepriaznivej sociálnej situácie, riešenie nepriaznivej sociálnej situácie alebo zmiernenie nepriaznivej sociálnej situácie fyzickej osoby, rodiny alebo komunity,
- b) zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopnosti fyzickej osoby viesť samostatný život a na podporu jej začlenenia do spoločnosti,
- c) zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb fyzickej osoby,
- d) riešenie krízovej sociálnej situácie fyzickej osoby a rodiny,
- e) prevenciu sociálneho vylúčenia fyzickej osoby a rodiny,
- f) zabezpečenie starostlivosti o dieťa z dôvodu situácie v rodine, ktorá vyžaduje pomoc pri starostlivosti o dieťa. (Zákon č. 448/2008 Z. z o sociálnych službách v znení neskorších predpisov, § 2, ods. 1).

Nepriaznivé sociálne situácie majú rôzne príčiny vzniku. Môže to byť sociálne vylúčenie osoby, jej neschopnosť sa spoločensky začleniť či samostatne riešiť svoje problémy. Nepriaznivou sociálnou situáciou je i to, keď človek nemá podmienky na to, aby uspokojil svoje základné životné podmienky, a to často tie najzákladnejšie ako je jedlo, pitný režim, bývanie, hygienu. Dôvod neschopnosti uspokojiť si základné životné podmienky je najmä staroba, osamotenosť seniorov, závislosť osôb od návykových látok, strata zamestnania, ťažké zdravotné postihnutie či celkový nepriaznivý zdravotný stav. Príčinami tiež môže byť strata bývania, ohrozenie správaním sa iných fyzických osôb či segregácia osôb. Do nepriaznivej sociálnej situácie sa človek môže dostať i tým, že opatruje blízku

osobu s ťažkým zdravotným postihnutím (§ 2 ods. 2 Zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách.

Dôvody nepriaznivej životnej situácie môžu byť:

► pre **ohrozenie správaním iných fyzických osôb** alebo, **ak sa stala obeťou správania iných fyzických osôb** (čím sa rozumie domáce násilie, rodovo podmienené násilie, alebo násilný trestný čin);

► **pre zotrvávanie v priestorovo segregovanej lokalite s prítomnosťou koncentrovanej a generačne reprodukovanej chudoby;**

(485/2013 Z. Z. od 1. januára 2014)

► Z dôvodu straty bývania alebo ohrozenia stratou bývania.

► **Priestorovo segregovaná lokalita** ⇒ zotrvávanie v priestore vymedzenom bytovým domom, ulicou, mestskou časťou, obcou, alebo zotrvávanie v lokalite mimo územia obce bez základnej občianskej vybavenosti.

► **Koncentrovaná a generačne reprodukovaná chudoba** ⇒ **dlhodobo pretrvávajúca** nepriaznivá sociálna situácia skupiny FO z dôvodu výskytu viacerých negatívnych javov **súčasne**: ✖ vysoká miera dlhodobej nezamestnanosti ✖ hmotná núdza ✖ nízka úroveň vzdelanosti ✖ nedostatočné hygienické návyky ✖ nedostupnosť tovarov a služieb ✖ výskyt sociálno-patologických javov s vysokou toleranciou k nim.

Zabezpečením nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb FO (na účely tohto zákona o sociálnych službách) rozumieme:

- » **zabezpečenie ubytovania,**
- » **stravy,**
- » **nevyhnutného ošatenia,**
- » **obuvi,**
- » **nevyhnutnej základnej hygieny.**

Krízová sociálna situácia : ohrozenie života alebo zdravia fyzickej osoby a rodiny, ktoré vyžaduje **bezodkladné** riešenie sociálnou službou.

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách podľa § 3, ods. 1 rozoznáva **účastníkov právnych vzťahov** pri poskytovaní sociálnych služieb:

- a) prijímateľ sociálnej služby,
- b) poskytovateľ sociálnej služby,
- c) Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR,
- d) obec,
- e) vyšší územný celok,
- f) partnerstvo,

g) iná osoba, ktorej vznikajú práva a povinnosti pri poskytovaní sociálnej služby. (§3, ods. 1 Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách)

Podľa §6, ods. 1 Zákona č. 448/2008 Z. z. má fyzická osoba právo výberu sociálnej služby a formy jej poskytovania, ako aj právo výberu poskytovateľa sociálnej služby. Podľa toho istého paragrafu, ods. 2 má **fyzická osoba právo**:

- a) „na poskytovanie sociálnej služby, ktorá svojím rozsahom, formou a spôsobom poskytovania umožňuje realizovať jej základné ľudské práva a slobody, zachováva jej ľudskú dôstojnosť, aktivizuje ju k posilneniu sebestačnosti, zabraňuje jej sociálnemu vylúčeniu a podporuje jej začlenenie do spoločnosti,
- b) na zabezpečenie dostupnosti informácií v jej zrozumiteľnej forme o druhu, mieste, cieľoch a spôsobe poskytovania sociálnej služby, o úhrade za sociálnu službu a o cieľovej skupine, ktorej je poskytovaná.“ (§6, ods. 2 Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách).

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách delí poskytovateľov sociálnych služieb na poskytovateľov **verejných** (založených obcou, mestom či samosprávnym krajom) a **neverejných** (založených neziskovou organizáciou, občianskymi združeniami, živnostníkmi či cirkvou a náboženskou spoločnosťou).

Podľa Staneka (1999, s. 42) „*pod neštátnymi sociálnymi subjektami rozumieme združenia, hnutia (nadácie, neziskové organizácie, neinvestičné fondy), ktoré sú od vlády nezávislé, pôsobia na neziskovom základe a ich poslaním je obhajovať, rozvíjať humanitné a sociálne záujmy.*“

Prijímateľmi sociálnych služieb sú osoby rôzneho veku, ktorý sú ohrození v uspokojovaní svojich základných životných potrieb a to z rôznych príčin. Sú to rôzne cieľové skupiny, od detí do troch rokov, ktorých rodičia si plnia pracovné povinnosti či

študujú, cez osoby zdravotne postihnuté, segregované, závislé až po osoby seniorského veku so špeciálnymi či bez špeciálnych potrieb (Zákon č. 448/2008 Z.z.).

Prijímateľ sociálnej služby je fyzická osoba, ktorej sa za podmienok ustanovených týmto zákonom poskytuje sociálna služba, a ktorou je

a) občan Slovenskej republiky, ktorý má na území Slovenskej republiky trvalý pobyt alebo prechodný pobyt hlásený podľa osobitného predpisu,²⁾

b) cudzinec, ktorý je občan členského štátu Európskej únie, štátu, ktorý je zmluvnou stranou dohody o Európskom hospodárskom priestore a Švajčiarskej konfederácie (ďalej len „Európsky hospodársky priestor“), má registrovaný trvalý pobyt na území Slovenskej republiky podľa osobitného predpisu a je zamestnaný alebo študuje na štátom uznanej škole na území Slovenskej republiky,

c) cudzinec, ktorý je občanom štátu Európskeho hospodárskeho priestoru a má registrovaný trvalý pobyt na neobmedzený čas na území Slovenskej republiky podľa osobitného predpisu,⁴⁾

d) rodinný príslušník cudzinca uvedeného v písmene b), ktorý má povolenie na trvalý pobyt na území Slovenskej republiky podľa osobitného predpisu,⁵⁾

e) cudzinec, ktorý je rodinný príslušník občana Slovenskej republiky s trvalým pobytom na území Slovenskej republiky a ktorý má povolenie na trvalý pobyt na území Slovenskej republiky podľa osobitného predpisu,⁶⁾

f) cudzinec, ktorý nie je občanom štátu Európskeho hospodárskeho priestoru a ktorého práva vyplývajúce podľa tohto zákona zaručuje medzinárodná zmluva, ktorou je Slovenská republika viazaná a ktorá bola uverejnená v Zbierke zákonov,

g) cudzinec, ktorému bol udelený azyl podľa osobitného predpisu,⁷⁾

h) cudzinec, ktorý je občanom štátu Európskeho hospodárskeho priestoru a ktorý má registrovaný trvalý pobyt na území Slovenskej republiky podľa osobitného predpisu,⁸⁾

i) cudzinec, ktorý nie je občanom štátu Európskeho hospodárskeho priestoru, má povolenie na prechodný pobyt alebo trvalý pobyt na území Slovenskej republiky podľa osobitného predpisu a ktorého práva podľa tohto zákona nie sú upravené medzinárodnou zmluvou,

j) cudzinec, ktorému sa poskytla doplnková ochrana podľa osobitného predpisu,⁷⁾

k) cudzinec, ktorému sa poskytlo dočasné útočisko podľa osobitného predpisu,⁷⁾

l) Slovák žijúci v zahraničí, ktorý sa zdržiava na území Slovenskej republiky v priebehu jedného kalendárneho roka nepretržite aspoň 180 dní; splnenie tejto podmienky je Slovák žijúci v zahraničí povinný preukázať na účely trvania nárokov získaných podľa tohto zákona každý kalendárny rok.

4.2 FORMY SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

Podľa §13, ods. 1 zákona č. 448/2008 Z. z. sociálna služba sa poskytuje ambulantom formou, terénnou formou, pobytovou formou alebo inou formou podľa nepriaznivej sociálnej situácie a prostredia, v ktorom sa fyzická osoba zdržiava. Podľa toho istého paragrafu ods. 2 :

„**Ambulantná forma sociálnej služby** (ďalej len „ambulantná sociálna služba“) sa poskytuje fyzickej osobe, ktorá dochádza, je sprevádzaná alebo je dopravovaná do miesta poskytovania sociálnej služby. Miestom poskytovania ambulantnej sociálnej služby môže byť aj zariadenie. Pri ambulantnej sociálnej službe sa neposkytuje pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva. Ambulantná sociálna služba v zariadeniach uvedených v § 32b, 35, 36 a § 38 až 40 sa poskytuje najmenej v rozsahu ôsmich hodín ambulantnej prevádzky počas pracovného dňa; menší rozsah poskytovania tejto sociálnej služby možno dohodnúť v zmluve o poskytovaní sociálnej služby na návrh prijímateľa sociálnej služby“

„**Terénna forma sociálnej služby** sa poskytuje fyzickej osobe v jej prirodzenom sociálnom prostredí alebo v jej domácom prostredí.“

„Terénnu formu sociálnej služby možno poskytovať aj prostredníctvom terénnych programov, ktorých cieľom je predchádzať sociálnemu vylúčeniu fyzickej osoby, rodiny a komunity, ktoré sú v nepriaznivej sociálnej situácii. Terénne programy sa vykonávajú odbornými činnosťami alebo ďalšími činnosťami podľa tohto zákona.“

„**Pobytová forma sociálnej služby** v zariadení (ďalej len „pobytová sociálna služba“) sa poskytuje, ak súčasťou sociálnej služby je ubytovanie. Pobytová sociálna služba sa poskytuje ako celoročná sociálna služba alebo týždenná sociálna služba. Týždenná sociálna služba sa neposkytuje počas sobôt a nedeľ, štátnych sviatkov a ďalších dní pracovného pokoja; ak štátny sviatok alebo ďalší deň pracovného pokoja prípadne na pracovný deň, možno týždennú sociálnu službu poskytovať aj počas týchto dní. Pobytovú sociálnu službu možno maloletému dieťaťu poskytnúť len s písomným súhlasom zákonného zástupcu, osobe pozbavenej spôsobilosti na právne úkony len s písomným súhlasom fyzickej osoby, ktorú súd ustanovil za opatrovníka.

„Poskytovanie terénnej formy sociálnej služby alebo ambulantnej sociálnej služby **má prednosť pred** pobytovou sociálnou službou. Ak terénna forma sociálnej služby alebo ambulantná sociálna služba nie je vhodná, účelná alebo dostatočne nerieši nepriaznivú sociálnu situáciu fyzickej osoby, poskytuje sa pobytová sociálna služba. Pri pobytovej sociálnej službe má prednosť týždenná pobytová sociálna služba pred celoročnou pobytovou sociálnou službou“ (§13, ods. 1 č.448/2008 Z.z o sociálnych službách)

Autorky Králová a Ražová tvrdia, že *„úlohou sociálnych služieb je napomáhať osobám riešiť ich nepriaznivú sociálnu situáciu, do ktorej sa dostali z dôvodu veku alebo nepriaznivého zdravotného stavu, pre krízovú sociálnu situáciu, životné návyky a spôsob života vedúceho ku konfliktu so spoločnosťou, sociálne znevýhodňujúce prostredie, ohrozenie práv a záujmov trestnou činnosťou inej osoby alebo z iných vážnych dôvodov.“* (Králová, Ražová, 2012, s. 13)

Delenie sociálnych služieb je rozmanité, podľa uhla pohľadu autora ich môžeme deliť z hľadiska formy, z hľadiska zriaďovateľa, prípadne z hľadiska obsahu. Ako príklad delenia sociálnych služieb sme použili nižšie uvedené zdroje. Sociálne služby môžeme vo všeobecnej rovine chápať ako poskytovanie pomoci tým, kto pomoc potrebujú / vyžadujú. Jedná sa o služby, ktoré zahŕňajú širokú škálu možnosti pôsobenia. Rozlišujeme tri formy sociálnych služieb: pobytové, ambulantné alebo terénne. Pobytové služby sú spojené s ubytovaním v zariadeniach sociálnych služieb. Ambulantnú službu klient navštevuje bez možnosti ubytovania. Terénna služba je poskytovaná klientovi v jeho prirodzenom sociálnom prostredí (Králová, 2012).

Sociálne služby môžeme ďalej deliť podľa **zamerania na cieľovú skupinu**. Pre najmladších užívateľov existujú pracoviská ranej starostlivosti, nízkoprahové zariadenia pre deti a mladých, krízové centrá, intervenčné centrá. Dospievajúci, mladí dospelí, dospelí alebo matky s deťmi môžu využiť centrá denných služieb, azylové domy, sociálne poradne, terapeutické komunity, intervenčné centrá, domovy pre osoby so zdravotným postihnutím, nízkoprahové denné centrá, centrá sociálno-rehabilitačných služieb, domovy na pol ceste, nocľahárne, zariadenia pre krízovú pomoc, kontaktné centrá. Seniori, ľudia v postproduktívnom veku, osoby so zdravotným postihnutím alebo ľudia s ochorením môžu využiť denné stacionáre, týždenné stacionáre, domovy pre osoby so zdravotným postihnutím, domovy pre seniorov, zariadenia následnej starostlivosti, sociálno-terapeutické dielne, terapeutické komunity, tlmočnicke služby, domovy so zvláštnym režimom, centrá denných služieb (Králová, 2012).

Súčasná právna úprava sociálnej starostlivosti (od roku 2008 do novembra 2020) používa pojem „sociálne služby”, na rozdiel od predošlej právnej úpravy používanej v rokoch 1998-2007 sa v zmysle zákona č. 195/1998 Z. z. o sociálnej pomoci používal pojem „sociálna pomoc” zameraný prioritne na riešenie sociálnej a hmotnej núdze.

4.3 DRUHY SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

Druh sociálnej služby, forma sociálnej služby a rozsah poskytovania sociálnej služby sa určia podľa nepriaznivej sociálnej situácie a pri sociálnej službe uvedenej v § 34 až 41 aj podľa stupňa odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby. Sociálne služby podľa odseku 1 možno účelne a vhodne spájať (Zákon č. 448/2008 Z.z.).

(1) Sociálne služby podľa druhu sú:

a) sociálne služby krízovej intervencie, ktorými sú:

1. terénna sociálna služba krízovej intervencie,
2. poskytovanie sociálnej služby v zariadeniach, ktorými sú:
 - 2.1. nízkoprahové denné centrum,
 - 2.2. integračné centrum,
 - 2.3. komunitné centrum,
 - 2.4. nocľaháreň,
 - 2.5. útulok,
 - 2.6. domov na polceste,
 - 2.7. zariadenie núdzového bývania,

3. nízkoprahová sociálna služba pre deti a rodinu,

b) sociálne služby na podporu rodiny s deťmi, ktorými sú:

1. pomoc pri osobnej starostlivosti o dieťa,
2. pomoc pri osobnej starostlivosti o dieťa v zariadení dočasnej starostlivosti o deti,
3. služba na podporu zosúlad'ovania rodinného života a pracovného života,
4. služba na podporu zosúlad'ovania rodinného života a pracovného života v zariadení starostlivosti o deti do troch rokov veku dieťaťa,
5. služba včasnej intervencie,

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**, ktorými sú:

1.1. zariadenie podporovaného bývania,

1.2. zariadenie pre seniorov,

1.3. zariadenie opatrovateľskej služby,

1.4. rehabilitačné stredisko,

1.5. domov sociálnych služieb,

1.6. špecializované zariadenie,

1.7. denný stacionár,

2. domáca opatrovateľská služba (ďalej len „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,

d) sociálne služby s použitím telekomunikačných technológií, ktorými sú

1. monitorovanie a signalizácia potreby pomoci,

2. krízová pomoc poskytovaná prostredníctvom telekomunikačných technológií,

e) **podporné služby**, ktorými sú

1. odľahčovacia služba,

2. pomoc pri zabezpečení opatrovníckych práv a povinností,

3. poskytovanie sociálnej služby v dennom centre,

4. podpora samostatného bývania,

5. poskytovanie sociálnej služby v jedálni,
6. poskytovanie sociálnej služby v práčovni,
7. poskytovanie sociálnej služby v stredisku osobnej hygieny.

4.4 PRÁVA A POVINNOSTI

Právo prijímateľa sociálnej služby v zariadení sociálnej služby

Nevzťahuje sa na prijímateľa soc. služby ambulantnou formou - § 6 ods. 5.

► Na umožnenie spoločenského kontaktu:

» zabezpečenie osobného, telefonického, priameho alebo elektronického kontaktu s osobou, ktorú si klient sám určí.

⇒ Je to dôležité z hľadiska zabezpečenia jeho práva na ochranu jeho záujmov: nadväzovanie, udržiavanie sociálnych väzieb s rodinou, komunitou, udržiavanie partnerských vzťahov.

Na ochranu súkromia, na nenarušovanie osobného priestoru FO.

» Zákon zabezpečuje právo klienta na nenarušovanie jeho osobného priestoru.

⇒ Výnimka = neodkladná situácia = vstup je nevyhnutný:

- život a zdravie ohrozujúca situácia,
- ochrana jeho majetku a majetku zariadenia,
- ochrana jeho práv a slobôd a práv a slobôd iných FO.

Podieľať sa na určovaní životných podmienok v zariadení (§34-39)

» Ide o zariadenia:

- podporovaného bývania
- zariadenie pre seniorov
- zariadenie opatrovateľskej služby
- rehabilitačné stredisko
- DSS (Domov sociálnych služieb)
- špecializované zariadenie.

⇒ Klient ma právo podieľať sa prostredníctvom zvolených zástupcov prijímateľov sociálnej služby:

- ✗ pri úprave domáceho poriadku v zariadení,
- ✗ pri riešení vecí súvisiacich s podmienkami a kvalitou SS
- ✗ pri výbere voľnočasových aktivít.

Dieťa ako prijímateľ soc. služby - má právo podieľať sa na určovaní podmienok života v zariadení:

- samo,
- prostredníctvom zákonného zástupcu,
- inej FO ktorej je zverené do osobnej starostlivosti na základe právoplatného rozhodnutia súdu.

(Zákon č. 36/2005 Z.z. o rodine + § 75 Obč. súd. poriadku.)

- **Na garanciu zostatku z príjmu po zaplatení úhrady za poskytnutú sociálnu službu!**
- **Na úhradu škody spôsobenej poskytovateľom pri alebo v priamej súvislosti s poskytovanou sociálnou službou.**

➤ POVINNOSTI POSKYTOVATEĽA SOCIÁLNEJ SLUŽBY (§7-10)

Okrem iného:

- chrániť život, zdravie a dôstojnosť klienta (§10),
- prihliadať na individuálne potreby prijímateľa,
- aktivizovať prijímateľa podľa jeho schopnosti a možností,
- poskytovať sociálnu službu na profesionálnej úrovni,
- utvárať podmienky pre deinštitucionalizáciu/ návrat prijímateľa do prirodzeného rodinného prostredia, v spolupráci s rodinou, obcou a komunitou,
- plánovať priebeh (§9) poskytovania sociálnej služby podľa cieľov, potrieb a schopností prijímateľa (individuálny plán)

➤ Chrániť život, zdravie a dôstojnosť klienta (§10)

Prostriedky netelesného a telesného obmedzenia prijímateľa sociálnej služby:

- » len v prípade **priameho ohrozenia** života, zdravia,
- » na nevyhnutný krátky čas, ktorý je potrebný na odstránenie priameho ohrozenia.

⇒ Prostriedky netelesného obmedzenia:

- zvládnutie situácie verbálnou komunikáciou,
- odvrátenie pozornosti,
- aktívne počúvanie.

➤ **Register obmedzení (§10 ods. 5)**

Vedie ho **povinne poskytovateľ** sociálnej služby!

➤ Musia byť zaznamenané **všetky obmedzenia klienta!**

» **Obsahuje:**

- ⇒ zápis každého obmedzenia klienta,
- ⇒ meno, priezvisko, dátum narodenia,
- ⇒ spôsob a dôvody obmedzenia,
- ⇒ dátum a čas trvania obmedzenia,
- ⇒ opis okolností vedúcich k obmedzeniu,
- ⇒ príčiny nevyhnutného obmedzenia,
- ⇒ opatrenia na zamedzenie opakovania situácie, k použitiu obmedzenia.
- ⇒ meno lekára v odbore psychiatria, ktorý obmedzenie nariadil a schválil,
- ⇒ meno sociálneho pracovníka, ktorý sa k použitiu obmedzenia vyjadril,
- ⇒ popis zranení, ktoré zúčastnené FO utrpeli.

➤ **Poskytovateľ má povinnosť:**

» každý zápis v registri obmedzení bezodkladne oznámiť MPSVaR SR,

» informovať zákonného zástupcu klienta, súdom stanoveného opatrovníka a v prípade súdom stanoveného zariadenia blízku osobu klienta.

➤ **Povinnosť utvárať podmienky pre návrat do prirodzeného prostredia**

➤ Poskytovateľ ma povinnosť utvárať podmienky pre deinštitucionalizáciu / návrat prijímateľa do prirodzeného rodinného prostredia, v spolupráci s rodinou, obcou a komunitou.

Cieľom je: urýchlenie a bezproblémovjší návrat klienta zo zariadenia s celoročnou pobytovou formou do domáceho - prirodzeného rodinného / komunitného prostredia.

Uprednostňuje sa:

- » terénna
- » ambulantná
- » týždenná pobytová forma poskytovanej sociálnej služby. (§ 7 ods. d.)

§ 9 INDIVIDUÁLNY PLÁN

(1) Poskytovateľ sociálnej služby uvedenej v § 26, § 27, § 33 až 40 je povinný plánovať poskytovanie sociálnej služby podľa individuálnych potrieb, schopností a cieľov prijímateľa sociálnej služby, viesť písomné individuálne záznamy o priebehu poskytovania sociálnej služby a hodnotiť priebeh poskytovania sociálnej služby za účasti prijímateľa sociálnej služby (ďalej len „individuálny plán“).

Ak je prijímateľ sociálnej služby fyzická osoba s ťažkým zdravotným postihnutím alebo fyzická osoba odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby, súčasťou individuálneho plánu **je aj program sociálnej rehabilitácie.**

(2) Individuálny plán podľa **je komplexný, flexibilný a koordinovaný nástroj** na aktívnu spoluprácu poskytovateľa sociálnej služby, prijímateľa sociálnej služby, jeho rodiny a komunity. Ciele individuálneho plánu vychádzajú z *individuálnych potrieb* prijímateľa sociálnej služby a *spolupráce* prijímateľa sociálnej služby a poskytovateľa sociálnej služby. Individuálny plán je koordinovaný pracovníkom, ktorý podporuje a sprevádza prijímateľa sociálnej služby v procese individuálneho plánovania (ďalej len „kľúčový pracovník“).

Proces individuálneho plánovania zahŕňa:

- identifikáciu individuálnych potrieb,
- voľbu cieľov individuálneho plánu,
- voľbu metód dosahovania cieľov individuálneho plánu,
- plán činností a aktivít naplňovania individuálneho plánu a
- hodnotenie individuálneho plánu.

➤ Ďalšie povinnosti poskytovateľa sociálnych služieb

- Dodržiavať maximálny počet klientov na jedného zamestnanca.
 - Dodržiavať minimálny percentuálny podiel odborných zamestnancov na celkovom počte zamestnancov.
- do 31. decembra 2017

⇒ Za odborného zamestnanca sa považuje:

soc. pracovník, vychovávateľ, pracovný terapeut, špeciálny, liečebný a sociálny pedagóg, psychológ, opatrovateľ fyzioterapeut asistent liečebnej výživy, sestra poskytujúca odborné ošetr. úkony, inštruktor sociálnej rehabilitácie.

► Zabezpečiť dostupnosť a debarierizáciu stavieb využívaných na poskytovanie sociálnych služieb splnením požiadavky na výstavbu a budovy zariadení sociálnych služieb, ustanovené týmto zákonom.

- do 31.12.2017

► **Plniť procedurálne, materiálne - technické a personálne podmienky poskytovania sociálnej služby. 1.1.2011**

=> čiže podmienky kvality poskytovanej soc. služby = štandardy

⇒ Poskytovateľ musí:

» zrozumiteľne oboznámiť s týmito pravidlami a podmienkami pracovníkov + klientov + umožniť vykonanie hodnotenia podmienok kvality sociálnych služieb v súčinnosti s nimi.

» Vypracovať a uskutočňovať program supervízie.

⇒ Program supervízie: zvýšenie odbornej úrovne + kvality SS.

Program supervízie sa nevzťahuje na tieto služby:

- * prepravná * sprievodcovská * predčitateľská
- * tlmočnická * sprostredkovanie tlmočnickej služby
- * sprostredkovanie osobnej asistencie
- * požičiavanie pomôcok
- * denné centrum * jedáleň * pracovňa * stredisko osobnej hygieny

4.5 POSKYTOVANIE SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

Poskytovateľ sociálnej služby je povinný vykonávať odborné činnosti, obslužné činnosti a ďalšie činnosti, zabezpečovať vykonávanie týchto činností alebo utvárať podmienky na ich vykonávanie v rozsahu ustanovenom týmto zákonom, pre druh sociálnej služby, ktorý poskytuje.

Poskytovateľ sociálnej služby popri činnostiach, ktoré je povinný vykonávať, zabezpečovať ich vykonávanie alebo utvárať podmienky na ich vykonávanie pre druh

sociálnej služby, ktorý poskytuje, môže vykonávať, zabezpečovať vykonávanie alebo utvárať podmienky na vykonávanie aj iných činností uvedených v zákone č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách, ktoré pre druh sociálnej služby, ktorý poskytuje, nie je povinný vykonávať, zabezpečovať ich vykonávanie alebo utvárať podmienky na ich vykonávanie.

Poskytovateľ sociálnej služby môže vykonávať, zabezpečovať alebo utvárať podmienky na vykonávanie iných činností, ktoré tento zákon neupravuje a zvyšujú kvalitu sociálnej služby.

Dobrovoľník môže pri poskytovaní sociálnej služby vykonávať činnosť:

- a) samostatne, ak spĺňa kvalifikačné predpoklady potrebné na jej vykonávanie podľa § 84,
- b) pod dohľadom alebo pod dozorom zamestnanca poskytovateľa sociálnej služby, ktorý spĺňa kvalifikačné predpoklady potrebné na jej vykonávanie podľa § 84, ak absolvoval zaškolenie na jej vykonávanie poskytnuté poskytovateľom tejto sociálnej služby.

Odborné činnosti

Odborné činnosti sú najmä

- a) základné sociálne poradenstvo,
- b) špecializované sociálne poradenstvo,
- c) pomoc pri odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby
- d) pomoc pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov,
- e) sociálna rehabilitácia,
- f) ošetrovateľská starostlivosť v zariadení,
- g) rozvoj pracovných zručností,
- h) tlmočenie,
- i) sprostredkovanie
 - 1. tlmočenia,
 - 2. osobnej asistencie,
- j) pomoc pri výkone opatrovníckych práv a povinností.
- k) výchova,
- l) preventívna aktivita,

- m) pomoc pri pracovnom uplatnení,
- n) pomoc pri príprave na školské vyučovanie a sprevádzanie dieťaťa do a zo školy a školského zariadenia,
- o) stimulácia komplexného vývinu dieťaťa so zdravotným postihnutím,
- p) pomoc pri prevádzke domácnosti, pomoc pri hospodárení s peniazmi, podpora pri organizovaní času, podpora pri zapojení sa do spoločenského a pracovného života, podpora rozvoja osobných záujmov, predchádzanie a riešenie krízových situácií a podpora spoločensky primeraného správania v rámci podpory samostatného bývania,
- q) bežné úkony starostlivosti o dieťa v rozsahu podľa prílohy č. 4.

(2) **Odbornú činnosť** možno vykonávať ako samostatnú odbornú činnosť na základe zápisu do registra podľa § 65; špecializované sociálne poradenstvo ako samostatnú odbornú činnosť možno poskytovať za podmienok ustanovených týmto zákonom aj výkonom samostatnej praxe sociálneho pracovníka. Odborná činnosť vykonávaná podľa prvej vety sa považuje za druh sociálnej služby.

(3) Poskytovateľ sociálnej služby nemôže zabezpečovať odborné činnosti, okrem ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení, prostredníctvom inej osoby na základe občianskoprávneho vzťahu alebo obchodnoprávneho vzťahu; to sa nevzťahuje na výkon dobrovoľníckej činnosti.

Obslužné činnosti

Obslužné činnosti sú ubytovanie, stravovanie, upratovanie, pranie, žehlenie, údržba bielizne a šatstva a poskytovanie vecných plnení spojených s poskytovaním ambulantnej sociálnej služby v spoločných priestoroch.

Ubytovanie je poskytovanie bývania v obytnej miestnosti alebo v jej časti s príslušenstvom, užívanie spoločných priestorov a poskytovanie vecných plnení spojených s ubytovaním alebo poskytnutie prístrešia na účel prenocovania.

Stravovanie je poskytovanie stravy v súlade so zásadami zdravej výživy a s prihliadnutím na vek a zdravotný stav fyzických osôb podľa stravných jednotiek. Za stravnú jednotku sa považujú náklady na suroviny. Za celkovú hodnotu stravy sa považujú náklady na suroviny a režijné náklady na prípravu stravy.

Pri poskytovaní sociálnej služby v zariadení s celoročnou pobytovou sociálnou službou alebo týždennou pobytovou sociálnou službou s poskytovaním stravovania je poskytovateľ sociálnej služby povinný poskytovať celodenné stravovanie, za ktoré sa považujú raňajky, obed, večera a dve vedľajšie jedlá; pri diabetickej diéte, pri bielkovinovej diéte a pri výživnej diéte tri vedľajšie jedlá. Prijímateľ sociálnej služby v zariadení s celoročnou pobytovou sociálnou službou alebo týždennou pobytovou sociálnou službou s poskytovaním stravovania je povinný odobrať v rámci tejto sociálnej služby aspoň dve jedlá denne, z ktorých jedno musí byť obed alebo večera. Pri poskytovaní sociálnej služby v zariadení s ambulantnou sociálnou službou s poskytovaním stravovania je poskytovateľ sociálnej služby povinný poskytovať stravovanie, ktoré zahŕňa raňajky, desiatu, obed a olovrant. Prijímateľ sociálnej služby v zariadení s ambulantnou sociálnou službou s poskytovaním stravovania je povinný odobrať v rámci tejto sociálnej služby aspoň jedno jedlo denne.

Povinnosť prijímateľa sociálnej služby v zariadení s poskytovaním stravovania odobrať v rámci tejto sociálnej služby jedlo ustanovená v odseku 4 sa nevzťahuje na prijímateľa sociálnej služby, ktorý nie je odkázaný na pomoc inej fyzickej osoby pri úkonoch sebaobsluhy podľa prílohy č. 3 prvého bodu a pri úkonoch starostlivosti o svoju domácnosť podľa prílohy č. 4, nie je nezaopatreným dieťaťom, nebol pozbavený spôsobilosti na právne úkony a jeho spôsobilosť na právne úkony nebola obmedzená, ak má toto zariadenie vytvorené priestorové podmienky, materiálne podmienky a hygienické podmienky na prípravu stravy týmto prijímateľom sociálnej služby alebo tento prijímateľ sociálnej služby si stravovanie zabezpečí inak.

Ďalšie činnosti

(1) Ďalšie činnosti sú

a) utváranie podmienok na

1. prípravu stravy, výdaj stravy a výdaj potravín,
2. vykonávanie nevyhnutnej základnej osobnej hygieny,
3. poskytovanie nevyhnutného ošatenia a obuvi,
4. upratovanie,
5. pranie, žehlenie a údržbu bielizne a šatstva,

6. úschovu cenných vecí,
7. vzdelávanie,
8. záujmovú činnosť,

b) poskytovanie

1. osobného vybavenia,
 2. nevyhnutného ošatenia a obuvi,
 3. prepravy,
- c) donáška stravy,
- d) požičiavanie pomôcok,
- e) zabezpečenie záujmovej činnosti.

4.5.1 NOVÁ FILOZOFIA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

S novelizáciou právnej úpravy týkajúcej sa sociálnych služieb prišli aj nové prístupy a holistický smer pri zlepšovaní životných podmienok odkázaných občanov, ktoré sa nazývajú aj nová filozofia sociálnych služieb, ktorá je postavená na týchto skutočnostiach:

- ▶ Väčšia variabilita sociálnych služieb (možnosť poskytovať aj iné činnosti a kombinovať rôzne sociálne služby).
- ▶ Aktivizácia klienta prostredníctvom individuálneho rozvojového plánu poskytovania sociálnych služieb (sociálne služby "šité na mieru" klienta).
- ▶ Nové druhy sociálnych služieb a odborných činností.
- ▶ Komunitné plánovanie.
- ▶ Zvyšovanie kvality a odbornosti pri poskytovaní sociálnych služieb a akreditácia vzdelávacích programov.
- ▶ Previazanosť zdravotnej a sociálnej starostlivosti pri poskytovaní sociálnych služieb.
- ▶ Dohľad nad poskytovaním sociálnych služieb.
- ▶ Zvýšenie objektivity posudzovania odkázanosti na opatrovateľskú službu a odkázanosti na pomoc inej osoby. (The Barthel Index of Activities of Daily Living - Barthelovej test pri stanovení funkčnej úrovne a miery nezávislosti a sebestačnosti v činnostiach denného, bežného života - príjem stravy, osobná hygiena, obliekanie, chôdza po schodoch atď.)

► Ak obec alebo VÚC požiada neverejného poskytovateľa o zabezpečenie sociálnej služby, neverejný poskytovateľ má garantovaný prístup k finančnému príspevku pri vybraných druhoch sociálnych služieb.

4.6 SYSTÉM POMOCI A JEHO PILIERE

Sociálne služby pre seniorov rozlišujeme na *terénne, ambulantné a pobytové*. Ak je závislosť seniora v základných činnostiach na starostlivosť druhej osoby zvýšená, je potrebné voliť medzi terénnymi službami, ako je napríklad opatrovateľská služba, ambulantnými, čo sú najmä denné stacionáre, alebo pobytovými, rezidenčnou starostlivosťou, poskytovanou zariadením pre seniorov. Pri tejto voľbe je základom spolupráca s rodinou a blízkymi osobami seniora. Rodinní príslušníci sa buď chcú starať 34 o svojho staršieho člena, môžu sa o neho starať a vedia to, majú potrebné informácie a zručnosti. Opačnou situáciou je to, ak nenaplnia niektorú z týchto podmienok, prípadne všetky. V každom prípade je veľmi dôležitá morálna kvalita rodiny, jej mravná výchova, ale aj možnosti.

Podľa Klevetovej (2008) je úlohou spoločnosti zostaviť dostatočné spektrum sociálnych služieb, napomáhajúcich rodinám, ktoré z rôznych dôvodov nemôžu starostlivosť zaistiť. V prípade pobytových služieb sa rozumejú rôzne služby, ktoré sú spojené s ubytovaním v zariadení sociálnych služieb, napr. odľahčovacie služby, týždenné stacionáre, zariadenia pre seniorov, domy s opatrovateľskou službou. Za ambulantné služby sú považované také služby, za ktorými užívatelia služieb dochádzajú a nie sú tu ubytovaní, napr. centrá denných služieb, denné stacionáre atď. Terénne sociálne služby sú služby poskytované užívateľom v ich prirodzenom prostredí, napr. opatrovateľská služba, osobná asistencia, centrum denných služieb, telefonická krízová pomoc a podobne (Holmerová, 2014).

Zariadenie pre seniorov má poskytovať pomoc osobám, ktoré majú predovšetkým zníženú sebestačnosť z dôvodu veku a ktorých životné situácie si vyžaduje pravidelnú pomoc inej fyzickej osoby. Zariadenia pre seniorov bývajú obvykle rozdelené na viac častí podľa sebestačnosti užívateľov služieb (Holmerová, 2014).

Dôvodom pre voľbu bývania v zariadení pre seniorov môže byť napríklad ťaživá sociálna situácia jedinca, ktorý nemá kvalitné bývanie, dosiahol vysoký vek alebo je osamelý. Ďalším dôvodom môže byť zhoršenie zdravotného stavu seniora - je menej

mobilný alebo vyžaduje pomerne vysoké nároky na starostlivosť, ktoré mu rodina či terénna služba nemôže zabezpečiť (Janečková in Matoušek, 2013).

V prípade pobytových služieb je veľmi nutné uvedomiť si, že sem seniori prichádzajú s myšlienkou, že tu dožijú svoj život. Na druhej strane to však neznamená, že seniori nechcú plnohodnotne a uspokojivo prežiť poslednú časť svojho života. Vysoký vek a návyky môžu sťažiť ich adaptáciu na zariadení, do ktorého prichádzajú. Je preto nevyhnutné vytvoriť taký program adaptácie, aby senior mohol ľahšie prekonať všetky problémy, s ktorými sa tu stretne. Úspešný prechod z domáceho prostredia do domova je veľmi podstatný pre následný život v tomto prostredí. Senior môže na začiatku pociťovať úzkosť a strach z nového prostredia. Je preto dôležité, aby mal každý nový člen spoločenstva možnosť vybudovať si svoje súkromie (Mačkinová, Musilová, 2013).

Potančoková (2019) uvádza v publikácii Starnutie populácie Slovenska, že popri dôsledkoch starnutia v demografii sa stretávame s dôsledkami starnutia vo viacerých oblastiach – ekonomických, sociálnych či psychologických. Zdôvodňuje to tým, že s nárastom poproduktívnej zložky v populácii úzko súvisí zvyšovanie nákladov na sociálne služby a znamená zaťaženie sociálneho zabezpečenia. Občania tieto dopady pociťujú v oblasti ekonomickej a to zvyšovaním veku odchodu do dôchodku, problematická zostáva dĺžka dožitia u ľudí s najvyššou hranicou, čo vytvára nápor na sociálne služby.

Sociálni pracovníci podľa Mojtovej (2008) zaisťujú v zariadení sociálnych služieb vykonávajú:

- Úkony súvisiace s evidenciou žiadosti o prijatie do zariadenia, evidujú čakacie listiny.
- Príchod a adaptačný proces prijímateľa sociálnych služieb.
- Administratívne práce – evidencia pokladne, dôchodková agenda
- Komunikácia a spolupráca s úradmi práce, nemocnicami, neziskovým sektorom a verejnou správou.
- Spolupráca s rodinou klienta pri riešení platieb za sociálne služby i všetkých ostatných záležitostí vo vzťahu k aktuálnej situácii prijímateľa.
- Príchod a adaptačný proces prijímateľa sociálnych služieb.
- Realizácia metód práce so seniormi, zabezpečovanie terapií a organizovanie voľného času.
- Informačnú, poradenskú, sociálnu a psychosociálnu pomoc seniorom.
- Zabezpečovanie štandardov kvality sociálnych služieb a etických noriem.

- Zásadným problémom je nestabilita podmienok sociálnej služby a časté zmeny zákonov, ktoré sú pre cirkevných poskytovateľov sociálnej služby nebezpečné, až ohrozujúce. Nakoľko za nimi nestoja samosprávy či silné finančné skupiny, ktoré by v prípade potreby vedeli pomôcť, každá nečakaná zmena zákona je ohrozením poskytovania sociálnej služby. (Ďurana, 2017, s. 2).

Z dlhodobého hľadiska je frustrujúce, keď sa poskytovateľ pár dní po registrácii novej sociálnej služby dozvie, že vyhláška, podľa ktorej upravoval prostredie sociálnej služby už neplatí a musí znova riešiť nové podmienky. A nie je vôbec zriedkavé, že vzápätí dôjde k ďalšej zmene zákona, opäť ohrozujúcej sociálnu službu. (Ďurana, 2017).

Pre prevádzkovateľov sociálnych služieb, ktorými sú cirkvi, sú typické tieto charakteristiky (Ďurana, 2017):

- Zariadenia majú menšiu kapacitu užívateľova prevláda individualizácia služieb pre nižší počet klientov v zariadeniach,
- Priemerné finančné zaťaženie klientov samofinancovaním v porovnaní so štátnymi subjektmi,
- Odlišné odmeňovanie zamestnancov v zariadeniach neverejných poskytovateľov, ako aj tiež častá fluktuácia pracovníkov v tejto oblasti,
- Nestabilné financovanie a nedostatok kapacít na zabezpečenie udržateľnosti, využívajú individuálne dary ľudí, ktorí cítia potrebu podporiť sociálnu službu práve cirkevných poskytovateľov,
- Nerovnomerné postavenie verejných a neverejných poskytovateľov sociálnych služieb v systéme financovania, pričom sa znemožňuje právo výberu zariadenia pre potenciálnych užívateľov, čím sa podporuje dominancia verejného sektora,
- Orientácia na špecifický typ klientely, prevažne na ošetrovateľskú, opatrovateľskú starostlivosť a humanitárnu pomoc,
- Vytváranie nástrojov na zvyšovanie konkurencieschopnosti a uplatňovanie štandardov kvality pri poskytovaní sociálnych služieb.
- Zastávanie kresťanských hodnôt a spájanie sociálnej starostlivosti s duchovnou.

Sociálny pracovník je súčasťou komplexných sociálnych služieb pre seniorov, ktoré môžeme rozdeliť na tieto základné oblasti, v ktorých sociálny pracovník zastáva rôzne úlohy:

- Dlhodobá sociálno-zdravotná starostlivosť – sociálna starostlivosť je pomoc často kombinovaná so základnými zdravotníckymi činnosťami, akými sú napr. ošetrovanie, podávanie liekov, zdravotný screening, úlohou sociálneho pracovníka je dbať na prevenciu, vybavovanie dokumentov potrebných na rehabilitáciu či kúpeľnú starostlivosť, v prípade že tak nekoná rodina. Zabezpečuje a sprostredkováva požičiavanie zdravotníckych pomôcok, v čase mimoriadne situácie pre šírenie pandémie Covid-19 to boli najmä hygienicko-bezpečnostné opatrenia ako súčasť agendy sociálneho pracovníka a ďalších pracovníkov zariadenia.
- Bežné denné činnosti – agenda sociálneho pracovníka pri bežných úkonoch spočíva vo vybavovaní sociálnych záležitostí, ktoré sa týkajú riešenia prijatia, adaptácie a vedenia spisov klientov vrátane stanovenia procesu pracovnej rehabilitácie, individuálneho a skupinového poradenstva a individuálneho rozvoja.
- Formálna starostlivosť – je starostlivosť poskytovaná profesionálnymi poskytovateľmi zdravotnej a/alebo sociálnej starostlivosti podľa platnej legislatívy v zmysle zákona č. 448/2008 Z.z, v ktorom sociálny pracovník zohráva hlavnú úlohu. Súčasťou jeho činnosti je aj realizácia vybraných terapií a odborných metód práce so seniormi, medzi základné môžeme zaradiť: rozhovor, poradenstvo, arteterapiu, bibliografiu, stimuláciu, bazálnu terapiu či ďalšie.
- Neformálna starostlivosť – je starostlivosť poskytovaná neformálnymi skupinami zloženými z dobrovoľníkov, podporovateľov, blízkych príbuzných, ktorá si nevyžaduje osobitnú kvalifikáciu opatrujúcich osôb.
- Komunitné služby - predstavujú sieť vzájomne koordinovaných sociálno-zdravotných služieb starostlivosti poskytovaných v prirodzenom prostredí komunity (obce, regiónu) – zväčša je tu prepojenie, pretože z domáceho prostredia senior prichádza do zariadenia sociálnych služieb a nastáva tu komunikácia a nutná spolupráca mesta, obce s pracovníkmi zariadenia.

Systém pomoci odkázaným na pomoc druhej fyzickej osoby môžeme rozdeliť na tieto základné piliere:

Neformálna starostlivosť, tá je podporovaná dvoma základnými nástrojmi v zmysle 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:

- Peňažný príspevok na opatrovanie - stupeň odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby je V. alebo VI. podľa osobitného predpisu.
- Peňažný príspevok na osobnú asistenciu – najviac do 65 roku života.

Formálna starostlivosť - v systéme sociálnych služieb ju zabezpečujú poskytovatelia sociálnych služieb, ktorí sú zapísaní v Registri poskytovateľov sociálnych služieb. Register vedie vždy územne príslušný vyšší územný celok (ďalej len „VÚC“). Na Slovensku fungujú verejní a neverejní poskytovatelia sociálnych služieb. Sociálne služby sa poskytujú:

- a) formou ambulantnou (prijímateľ sociálnej služby navštevuje denne zariadenie, ale vracia sa do svojho rodinného prostredia, napríklad denné stacionáre),
- b) terénnou (prijímateľovi je poskytovaná služba v prirodzenom prostredí),
- c) pobytovou (zväčša ide o dlhodobú sociálnu a zdravotnú starostlivosť, ktorú poskytuje sociálne zariadenie mimo domova prijímateľa na dobu neurčitú) alebo
- d) formou inou podľa nepriaznivej sociálnej situácie a prostredia, v ktorom sa fyzická osoba zdržiava (napríklad tlmočenie, sprostredkovanie, telekomunikačné služby).

Peňažné príspevky na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia – poskytujú so zámerom kompenzovať širokú škálu dôsledkov, ktoré prináša zdravotné postihnutie a zároveň majú za cieľ podporiť nezávislosť a samostatnosť takéhoto prijímateľa.

Tabuľka: Prehľad peňažných príspevkov (PP) na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia

Peňažné príspevky na kompenzáciu ŤZP
PP na osobnú asistenciu
PP na kúpu pomôcky a PP na úpravu pomôcky
PP na výcvik používania pomôcky
PP na opravu pomôcky
PP na kúpu zdvíhacieho zariadenia
PP na kúpu OMV
PP na prepravu
PP na úpravu bytu - rodinného domu a úpravu garáže
PP na kompenzáciu zvýšených výdavkov: – diéta Hygiena alebo opotrebenie Prevádzka OMV Pes
PP na opatrovanie

Zdroj: Výročná správa UPSVR, OMIS

Peňažný príspevok na opatrovanie v zmysle zákona č. 447/2008 Z.z. sa poskytuje mesačne pri opatrovaní jednej fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím a mesačne pri opatrovaní dvoch alebo viacerých fyzických osôb s ťažkým zdravotným postihnutím, ak tento zákon neustanovuje inak.

4.6.1 Zdravotno-sociálna starostlivosť o seniorov a druhy sociálnych služieb

Hrozenková a Dvořáčková (2013), ktoré upozorňujú na prepojenie zdravotnej a sociálnej starostlivosti u starých ľudí. Spoločným cieľom je vytvoriť podmienky, ktoré udržiavajú dobré duševné a telesné zdravie a prežíva aktívnu starobu.

Seniori môžu využívať tieto služby, upravené zákonom č. 448/20008 Z. z. a 447/2008 Z.z.:

- **Sociálne poradenstvo** (§19) – odborná činnosť zameraná na pomoc fyzickej osobe v nepriaznivej sociálnej situácii. Sociálne poradenstvo sa vykonáva na úrovni základného sociálneho poradenstva a špecializovaného sociálneho poradenstva.

➤ **základné:**

- + posúdenie povahy problému FO, rodiny, komunity,
- + poskytnutie základných informácií o možnostiach riešenia problému
- + odporúčanie a sprostredkovanie ďalšej odbornej pomoci.
- + je súčasťou každej poskytovanej SS

➤ **špecializované**

- + zistenie príčiny vzniku, charakteru a rozsahu probl.
- + poskytnutie konkrétnej odbornej pomoci

Vykonáva sa:

- a) **ambulantnou** formou (poradne soc. poradenstva)
- b) **terénnou** formou (terénne programy)

- **Pomoc pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov** (§20) - odborná činnosť, so súhlasom plnoletej FO zameraná na : a) **poradenstvo** pri vybavovaní úradných záležitostí, b) **pomoc pri:**

- vybavovanie osobných dokladov
- spisovanie, podávanie písomných podaní
- vypisovanie tlačív
- písomnej komunikácii v úradom styku
- vybavovanie iných vecí v záujme klienta

- **Sociálna rehabilitácia** (§21) - odborná činnosť zameraná na podporu:

✱ samostatnosti ✱ nezávislosti ✱ sebastačnosti

➤ **A to najmä:** • rozvojom a nácvikom zručností

• aktivizovaním schopností • posilňovaním návykov

➤ **potrebných pri:** » samoobsluhy » úkonoch starostlivosti o domácnosť » základných sociálnych aktivitách

➤ **FO odkázaná na pomoc inej FO:** ■ nácvik používania pomôcky ■ nácvik prác v domácnosti ■ nácvik priestorovej orientácie a samostatného pohybu, ■ výučba písania a čítania Braillovoho písma, ■ sociálna komunikácia

➔ s maximálnym využitím prirodzených zdrojov v rodine a komunite

- **Osobná asistencia** (§46) – je sociálna služba poskytovaná fyzickej osobe s ťažkým zdravotným postihnutím do 65 rokov, ktorej sa poskytuje peňažný príspevok na osobnú asistenciu alebo fyzickej osobe s ťažkým zdravotným postihnutím, ktorá je odkázaná na osobnú asistenciu,
- **Opatrovateľská služba** (§36; §41) – je sociálna služba poskytovaná fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby, pri úkonoch sebaobsluhy, úkonoch starostlivosti o svoju domácnosť a základných sociálnych aktivitách,
- **Odlahčovacia služba** (§54) - je sociálna služba poskytovaná fyzickej osobe, ktorá opatruje fyzickú osobu s ťažkým zdravotným postihnutím, ktorou sa poskytuje alebo zabezpečuje fyzickej osobe s ťažkým zdravotným postihnutím sociálna služba počas obdobia, v ktorom fyzická osoba, ktorá opatruje, nemôže opatrovanie vykonávať, jej cieľom je umožniť fyzickej osobe, ktorá opatruje, nevyhnutný odpočinok na účel udržania jej fyzického zdravia a duševného zdravia a prevencie jeho zhoršenia.

- **Ošetrovateľská starostlivosť v zariadení (§22)**
 - **Zariadenia:**
 - pre seniorov
 - opatrovateľskej služby
 - domov SS
 - špecializované
 - Zariadenia sociálnych služieb môžu poskytovať **zdravotnú starostlivosť** v rozsahu **ošetrovateľskej starostlivosti**.
(zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti...)
- **Rozvoj pracovných zručností (§23)** - odborná činnosť na osvojenie pracovných návykov a zručností pri vykonávaní pracovných aktivít pod odborným vedením

Účel:

- obnova
 - udržanie
 - rozvoj fyzických, mentálnych,
 - pracovných schopností FO
 - začlenenie do spoločnosti
- **Denné centrum (§56)** - v dennom centre sa poskytuje sociálna služba počas dňa fyzickej osobe, ktorá dovŕšila dôchodkový vek, fyzickej osobe s ťažkým zdravotným postihnutím alebo nepriaznivým zdravotným stavom, rodičovi s dieťaťom alebo starému rodičovi s vnukom alebo vnučkou, poskytuje sa tam najmä sociálne poradenstvo a záujmová činnosť
 - **Zariadenie pre seniorov (§35)** – v zariadení pre seniorov sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe, ktorá dovŕšila dôchodkový vek a je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby fyzickej osobe, ktorá dovŕšila dôchodkový vek a poskytovanie sociálnej služby v tomto zariadení potrebuje z iných vážnych dôvodov. V zariadení pre seniorov sa poskytuje: pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby, sociálne poradenstvo, sociálna rehabilitácia, ubytovanie, stravovanie, upratovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva, osobné vybavenie, utvárajú podmienky na úschovu cenných vecí, zabezpečuje záujmová činnosť

- **Špecializované zariadenie (§39)** – v tomto zariadení sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby, jej stupeň odkázanosti je najmenej V a má zdravotné postihnutie, ktorým je najmä Parkinsonova choroba, Alzheimerova choroba, pervazívna vývinová porucha, skleróza multiplex, schizofrénia, demencia rôzneho typu etiológie, hluchoslepota, AIDS alebo organický psychosyndróm ťažkého stupňa.
- **Denný stacionár (§ 40)** - v dennom stacionári sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby ak jej stupeň odkázanosti je najmenej III a je odkázaná na sociálnu službu v zariadení len na určitý čas počas dňa.

Sociálna starostlivosť musí byť poskytovaná kvalitne a prekážkou nesmú byť ani dôsledky nepriaznivého zdravotného stavu (napríklad komunikačné bariéry), vytváranie pocitu istoty. Pri poskytovaní služieb sociálny pracovník musí často komunikovať s rodinnými príslušníkmi, ktorí majú nedostatok informácií o nárokoch a podmienkach prijímanie do zariadenia sociálnych služieb, z tohto hľadiska potrebujú podporu. (Matoušek a kol., 2005).

Zariadenie podľa § 10a ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. poskytuje ošetrovateľská starostlivosť osobe umiestnenej v zariadení sociálnej pomoci, ktorá spĺňa indikačné kritériá na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti. Splnenie indikačných kritérií v súlade so štandardnými diagnostickými postupmi a terapeutickými postupmi (ďalej len „ŠDTP“) posudzuje zodpovedná osoba a indikuje všeobecný lekár na základe návrhu zodpovednej osoby o potrebe poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. ŠDTP Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v zariadení sociálnej pomoci je legislatívne účinný od 1.1.2019 a vzťahuje na ošetrovanie tých pacientov umiestnených v ZSS, ktorí sú indikovaní pre poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti. Indikácia pre komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v zariadení sociálnej pomoci je určená a prehodnocovaná podľa potreby priebežne, najmenej však jedenkrát za 6 mesiacov prostredníctvom kontrolného listu, ktorý je špeciálnym doplnkom štandardu. (Levayová, 2019).

Zákon o sociálnych službách č. 448/2008 Z. z. sa zameriava na všetky kategórie ľudí, občanov, ktorí sú v nepriaznivej životnej situácii z dôvodu fyzického, alebo psychického stavu z dôvodu choroby alebo dovŕšenia dôchodkového veku. Zákon reaguje na potreby týchto ľudí z dôvodu zlyhania alebo nemožnosti ďalšej starostlivosti o týchto občanov svojou najbližšou rodinou.

Na základe zákona môžeme tieto služby deliť podľa toho kde sú poskytované na:

- služby poskytované ambulantnou formou, kedy fyzická osoba dochádza, alebo je dopravovaná na miesto poskytovania sociálnej služby,
- služby poskytované terénnou formou, ktoré sa poskytujú v prirodzenom prostredí človeka, vykonávajú ju terénni pracovníci prostredníctvom terénnych programov,
- služby poskytované pobytovou formou, ktorá môže byť týždenná, alebo celoročná.

Poskytovanie ambulantnej a terénnej sociálnej služby má prednosť pred pobytovou sociálnou službou a pri pobytovej sociálnej službe má prednosť týždenná forma pred celoročnou formou.

Nepobytové sociálne služby: k nim patrí napríklad Opatrovateľská služba (§ 41 zákona 448/2008 Z. z.), je určená odkázanej fyzickej osobe odkázanej na pomoc pri úkonoch sebaobsluhy, starostlivosti o svoju domácnosť a základných sociálnych aktivitách.

Repková a kol. (2010) opatrovanie rozlišuje podľa toho kto ho vykonáva:

formálna starostlivosť vykonávaná vyškolenými a kvalifikovanými odborníkmi z licenciou. Tieto služby kontroluje štát, alebo iná organizácia, opatrovatelia majú zmluvy, ktoré špecifikujú ich opatrovateľské povinnosti, sú platení a majú rozvrh a nárok na čas „mimo povinnosti“.

Neformálna starostlivosť ktorá sa poskytuje blízkymi príbuznými, rodinou, priateľmi, alebo susedmi. Opatrovatelia nie sú profesionáli a nie sú vyškolení v poskytovaní starostlivosti, ale v niektorých prípadoch môžu mať realizovaný výcvik. Nemajú žiadnu zmluvu, nie sú platení aj keď môžu dostávať rôzne príspevky.

Ak je odkázaná staršia osoba v domácej starostlivosti a potrebuje ošetrovateľskú starostlivosť napríklad po prepustení z nemocnice je možné takúto službu objednať u svojho ošetrojúceho všeobecného lekára. Tieto služby zabezpečujú Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS) a Terénna opatrovateľská služba (TOS). Ich hlavnými činnosťami sú ošetrovateľské zdravotnícke úkony, ale i pomoc pri všetkom čo potrebujú klienti pri bežnom živote. (Bušová et al. 2011)

Prepravná služba (§ 42 zákona 448/2008 Z. z.) je určená pre občanov odkázaných na individuálnu prepravu osobným motorovým vozidlom, alebo osoby s nepriaznivým zdravotným stavom, alebo s obmedzenou schopnosťou orientácie

K sociálnym nepobytovým službám patrí aj **požičiavanie pomôcok (§ 47 zákona 448/2008 Z. z.)** ktoré sú určené pre osoby s nepriaznivým zdravotným stavom odkázaným na zdravotnú pomôcku.

Sociálne služby s použitím telekomunikačných technológií:

Monitorovanie a signalizácia pomoci (§ 52 zákona 448/2008 Z. z.), pričom hlavným účelom je zabrániť vzniku krízovej situácie alebo zabezpečiť jej riešenie. Je realizovaná prostredníctvom nepretržitej dištančnej, hlasovej, písomnej (krátka textová správa), alebo elektronickej komunikácie napojenej na centrálny dispečing ktorý zabezpečí potrebnú pomoc na základe vysielaného signálu pomoci. Hlavné využitie je v nemocničných domácich programoch, domáce monitorovanie pacienta v dlhodobej starostlivosti.

Krízová pomoc (§ 53 zákona 448/2008 Z. z.) poskytovaná prostredníctvom telekomunikačných technológií. Poskytovaná v krízovej sociálnej situácii, alebo inej obtiažnej životnej situácii, ktorú nemôže riešiť klient vlastnými silami, zabezpečuje sa najmä poskytnutím sociálneho poradenstva

Podporné služby

Odl'ahčovacia služba (§ 54 zákona 448/2008 Z. z.) je určená fyzickej osobe, ktorá opatruje osobu s ťažkým zdravotným postihnutím. Hlavným cieľom je umožniť opatrovateľovi čas nevyhnutný na odpočinok, na udržanie jeho fyzického a duševného zdravia a prevencie jeho zhoršenia. Poskytuje sa na celé dni, najviac však na 30 dní v roku. Počas tohto času je obec povinná zabezpečiť pre osobu s postihnutím službu podľa jej výberu v rozsahu najmenej 12 hodín denne. Podľa niektorých výskumov (EUROFAMCARE 2006) opatrovatelia využívajú túto službu vtedy, ak sú presvedčení, že poskytované služby sa hodia na potreby staršieho človeka a sú dobré zariadené a vykonávajú ich odborníci s licenciou. Ako uvádza Repková (2011, s. 135; Repková 2016) „ak chýbajú podmienky, ktoré zaručujú ich kvalitu, tak tieto služby sa vôbec nevyužívajú.“

Pomoc pri výkone opatrovateľských práv a povinnosti (§ 55 zákona 448/2008 Z. z.) kedy sa jedná o zastupovanie fyzickej osoby v konaní o pozbavení spôsobilosti na právne úkony alebo vrátenie spôsobilosti na právne úkony. Je to služba určená opatrovníkovi, ktorý má záujem vykonávať funkciu opatrovníka a fyzickej osobe, ktorá si sama nedokáže uplatňovať a chrániť práva a právom chránené záujmy.

Denné centrum (§ 56 zákona 448/2008 Z. z.) , v ktorom sa poskytuje služba fyzickej osobe, ktorá dovŕšila dôchodkový vek a osobám s ťažkým zdravotným postihnutím, rodičovi s dieťaťom alebo starému rodičovi s vnukom, vnučkou, zabezpečuje sa záujmová činnosť a poskytuje sociálne poradenstvo.

Jedáleň (§ 58 zákona 448/2008 Z. z.) poskytuje sa stravovanie fyzickej osobe, ktorá nemá zabezpečené nevyhnutné podmienky na uspokojovanie základných životných potrieb, aj pre osoby ktoré dovŕšili dôchodkový vek.

Práčovňa (§ 59 zákona 448/2008 Z. z.) v ktorej sú vytvorené podmienky na pranie, žehlenie a údržbu bielizne osobám ktoré nemajú vytvorené podmienky alebo dovŕšili dôchodkový vek.

Stredisko osobnej hygieny (§ 60 zákona 448/2008 Z. z.) ktoré vytvára podmienky na vykonávanie nevyhnutnej osobnej hygieny.

Rozvoj nástrojov pre urýchlenie, zjednotenie a zjednodušenie procesov zabezpečenia adekvátnej ošetrovateľskej starostlivosti všetkým indikovaným osobám by mal byť súčasťou stratégie dlhodobej starostlivosti. Jedným z kľúčových nástrojov pre definovanie efektívneho procesu zabezpečenia je pritom rozvoj štandardov. V zariadeniach, ktoré nie sú poskytovateľmi zdravotnej / ošetrovateľskej starostlivosti zostáva otvorenou otázkou zabezpečenie dvoch kľúčových aspektov starostlivosti o zdravie (Levayová, 2019):

zabezpečenie manažmentu zdravia – napr. správne dávkovania liekov, prevencia dehydratácie, preležanín, dodržiavanie správnej výživy v seniorskom veku;

manažment prevencie šírenia nákaz, meranie vitálnych funkcií (dýchanie, pulz, tlak krvi, telesná teplota), konzultáciu odchýlok vo vitálnych funkciách, stave vedomia a orientácii, s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.

zabezpečenie zdravotnej starostlivosti, napríklad zabezpečenie lekárskeho ošetrovania praktickým lekárom v prípade zdravotných ťažkostí.

Zdravotná starostlivosť je aktuálne viac orientovaná na geriatrických pacientov a chronicky chorých. Poskytuje sa prostredníctvom:

- Geriatrické oddelenia a ambulancie geriatrickej, vrátane paliatívne oddelenia v nemocniciach ako súčasť ústavnej zdravotníckej starostlivosti,
- Ambulantná starostlivosť o seniorov,
- Terénne opatrovateľské služby vrátane ADOS,
- Paliatívna starostlivosť v hospicioch,

- Kúpeľná starostlivosť hradená zdravotnými poisťovňami,
- Rehabilitačné strediská a strediská požičiavania zdravotníckych pomôcok.
- Špecializované zariadenia – pre psychiatrických pacientov, v liečebniach pre dlhodobo chorých, domoch ošetrovateľskej starostlivosti a pod. Všetky uvedené typy zdravotnej starostlivosti sú financované zdravotnými poisťovňami, najmä na paušálnej báze, pričom niektoré spájajú v sebe sociálne služby, ošetrovanie a medicínsky model. Pacient v seniorskom veku sa spolupodieľa na financovaní zdravotnej starostlivosti a sociálnych služieb. pretože v mnohých prípadoch verejné zdroje nepokryjú ekonomicky oprávnené náklady poskytovateľov.

Poskytovateľom sociálnych služieb legislatíva umožňuje zabezpečovanie ošetrovateľskej starostlivosti prostredníctvom agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej len „ADOS“) a mobilných hospicov.

Ďalšie služby v zmysle zákona č. 448/2008 Z.z o sociálnych službách sú:

- **Preventívna aktivita (§23a)** = odborná činnosť zameraná:
 - na predchádzanie rizikovému správaniu FO, rodiny a komunity
 - na predchádzanie rizikovým situáciám
 - na ich prekonanie alebo riešenie.
 - **Stimulácia komplexného vývoja dieťaťa so zdravotným postihnutím (§23b)** - odborná činnosť zameraná na:
 - podporu a rozvoj komplexného vývoja dieťaťa do 7 rokov jeho veku, ktorého vývoj je ohrozený z dôvodu zdravotného postihnutia a to v súlade s jeho individuálnymi potrebami a potrebami členov jeho rodiny
 - na posilnenie vlastných schopností členov jeho rodiny pri prekonávaní nepriaznivej sociálnej situácie
 - na podporu ich sociálneho začlenenia.
 - **Sociálna služba krízovej intervencie (§24)** - poskytuje sa: » FO v krízovej sociálnej situácii, ktorá vyžaduje krízovú intervenciu a okamžitú pomoc.
 - » podľa povahy nepriaznivej sociálnej situácie v ktorej sa FO nachádza.
- Nízkoprahový charakter sociálnej služby:
- ✗ ľahko dostupná vzhľadom na » miesto v ktorom sa FO zdržiava » na výšku úhrad za SS
 - ✗ uľahčuje FO v krízovej soc. situácii kontakt so sociálnym prostredím

- ✗ poskytuje sa v jej prirodzenom prostredí
- ✗ poskytuje sa anonymne (bez preukazovania identity dokladom totožnosti)
- ✗ bez ohľadu na prejavy požitia návykovej látky
- **Terénna sociálna služba krízovej intervencie (§24a)** - poskytuje sa FO v nepriaznivej sociálnej situácii a je zameraná na vyhľadávanie takýchto FO
 - odborné / obslužné / ďalšie činnosti zamerané najmä na:
 - » vykonávanie preventívnej aktivity,
 - » poskytovanie sociálneho poradenstva,
 - » sociálnej rehabilitácie,
 - » pomoci pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov
 - » utváranie podmienok na výdaj stravy / výdaj potravín.
- **Nízkoprahové denné centrum (§24b)** Zariadenie poskytuje počas dňa:
 - ✗ sociálne poradenstvo,
 - ✗ pomoc pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov.
 - Vytvárajú podmienky na:
 - ✓ prípravu stravy, výdaj stravy alebo výdaj potravín,
 - ✓ vykonávanie nevyhnutnej základnej osobnej hygieny.

Pre klientov ktorí:

 - a) nemajú zabezpečené nevyhnutné podmienky na uspokojovanie základných životných potrieb
 - b) sú v nepriaznivej soc. situácii pre svoje životné návyky, spôsob života, závislosť od návykových látok/návyk. škodlivých činností
 - c) zotrvávajú v priestorovo segregovanej lokalite s prítomnosťou koncentrovanej a generačne reprodukovanej chudoby
- **Integračné centrum (§24c)** Pre klientov ktorí: nemajú zabezpečené nevyhnutné podmienky na uspokojovanie základných životných potrieb.
 - poskytuje:
 1. sociálne poradenstvo,
 2. sociálna rehabilitácia.
 - utvárajú podmienky na:
 1. Rozvoj pracovných zručností
 2. záujmovú činnosť.

- **Komunitné centrum (§24d) Pre klienta** v nepriaznivej soc. situácii **pre zotrvávanie v priestorovo segregovanej lokalite** s prítomnosťou koncentrovanej a generačne reprodukovanej chudoby.
 - **poskytuje:**
 1. sociálne poradenstvo,
 2. pomoc pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov,
 3. pomoc pri príprave na školskú dochádzku a vyučovanie a sprevádzanie dieťaťa do / zo školského zariadenia

⇒ **aj** ambulantnou SS prostredníctvom: ✕ komunitného centra ✕ terénnou formou SS ✕ terénneho programu.
 - **vykonáva preventívna aktivita**
 - **zabezpečuje záujmová činnosť.**
- **vykonáva komunitná práca a komunitná rehabilitácia.**
- SS sa poskytuje ambulantnou a terénnou formou
- **Nocľaháreň (§25) poskytuje** klientovi, ktorý nemá zabezpečené ubytovanie:
 - ✕ ubytovanie na určitý čas (prístrešie na prenocovanie)
 - sociálne poradenstvo
 - ✕ nevyhnutné ošatenie a obuv.
 - Utvára podmienky na:
 - ✓ Vykonávanie nevyhnutnú základnú osobnú hygienu
 - ✓ prípravu a výdaj stravy alebo výdaj potravín
- **Útulok (§26) - ubytovanie na určitý čas** (oddelené pre jednotlivcov a pre rodiny s dieťaťom alebo jednotlivcov s dieťaťom).
- pomoc pri uplatňovaní práv a právom chránených záujm.,
- ubytovanie na určitý čas,
- sociálne poradenstvo,
 - ✕ nevyhnutné ošatenie, obuv,
- Zabezpečuje rozvoj pracovných zručností
 - ✓ vykonávanie nevyhnutnej základnej osobnej hygieny, prípravu, výdaj stravy alebo potravín, upratovanie
 - ✓ pranie, žehlenie a údržbu bielizne a šatstva
 - ✓ záujmovú činnosť

- **Domov na pol ceste (§27) ➤ Prijímateľ SS: ▪ FO ktorá nemá zabezpečené nevyhnutné podmienky na uspokojovanie ZŽP**
 - **nemá zabezpečené** ubytovanie po skončení:
 - ⇒ poskytovania SS v inom zariadení
 - ⇒ náhradnej starostlivosti
 - ⇒ ochrannej výchovy
- **Zariadenie poskytuje:**
 - ubytovania (na určitý čas)
 - ✳ sociálne poradenstvo ✳ pomoc pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov
 - ✳ rozvoj pracovných zručností ✳ pomoc pri prac. uplatnení ✳ prípravu / výdaj stravy/potraviny ✳ základnú osobnú hygienu ✳pranie/žehlenie/údržbu bielizne a šatstva ✳ záujmovú činnosť.

Túto SS nemožno poskytovať v priestoroch / v areáli detského domova.
- **Nízkoprahová sociálna služba pre deti a rodinu (§ 28) ➤ poskytuje sa FO a jej rodine v nepriaznivej soc. situácii pre jej životné návyky, spôsob života, závislosť od návykových látok alebo návykových škodlivých činností**
 - poskytuje: 1. sociálne poradenstvo, 2. sociálnu rehabilitáciu, 3. preventívnu aktivitu.
 - zabezpečuje: 1. pomoc pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov,
 - 2. pomoc pri príprave na školskú dochádzku/vyučovanie a sprevádzanie do a zo školského zariadenia,
 - 3. záujmovú činnosť.
- **Zariadenie núdzového bývania (§29) ➤ Na určitý čas, z vážnych dôvodov, obeť násilia**
 - ➔ ohrozenie FO správaním iných osôb alebo, ak sa stala obeťou správania iných osôb (čím sa rozumie domáce násilie, rodovo podmienené násilie alebo násilný trestný čin)
 - Prijímateľ soc. služby:
 - FO na ktorej je páchané násilie,
 - obeť obchodovania s ľuďmi,
 - ➔ V zariadení možno poskytovať SS aj oddelene vybranej cieľovej skupine.
 - ➔ Sociálne poradenstvo ⇒ aj FO, ktorá nepriaznivú soc. situáciu spôsobila ⇒ mimo objektu v ktorom sa zdržiava osoba, ktorej bola táto situácia spôsobená.

4.7 SOCIÁLNE SLUŽBY NA PODPORU RODINY S DEŤMI

§ 31 Pomoc pri osobnej starostlivosti o dieťa

(1) Pomoc pri osobnej starostlivosti o dieťa sa poskytuje, ak rodič dieťaťa alebo fyzická osoba, ktorá má dieťa zverenú do osobnej starostlivosti na základe rozhodnutia súdu, nemôže zabezpečiť osobnú starostlivosť o maloleté dieťa sama alebo s pomocou rodiny a nie sú ďalšie dôvody, pre ktoré je potrebné v záujme dieťaťa postupovať podľa osobitného predpisu.

(2) V rámci pomoci pri osobnej starostlivosti o dieťa sa

a) poskytujú

1. bežné úkony starostlivosti o dieťa,
2. pomoc pri príprave na školské vyučovanie,
3. výchova,

b) zabezpečuje záujmová činnosť.

(3) Za dôvody, pre ktoré nemôže rodič dieťaťa alebo fyzická osoba, ktorá má dieťa zverenú do osobnej starostlivosti na základe rozhodnutia súdu, zabezpečiť osobnú starostlivosť o maloleté dieťa sama alebo s pomocou rodiny, sa považujú najmä

a) choroba, úraz alebo kúpeľná liečba rodiča alebo fyzickej osoby, ktorá má dieťa zverenú do osobnej starostlivosti na základe rozhodnutia súdu, alebo úmrtie jedného z rodičov,

b) pôrod matky dieťaťa alebo ženy, ktorá má dieťa zverenú do osobnej starostlivosti na základe rozhodnutia súdu,

c) narodenie najmenej troch detí súčasne alebo narodenie dvoch detí alebo viac detí súčasne v priebehu dvoch rokov, a to až do troch rokov veku najmladších detí.

(4) Pomoc pri osobnej starostlivosti o dieťa sa poskytuje terénnou formou sociálnej služby.

(5) Pomoc pri osobnej starostlivosti o dieťa sa poskytuje najviac v rozsahu 30 po sebe nasledujúcich dní.

§ 32 Zariadenie dočasnej starostlivosti o deti

(1) V zariadení dočasnej starostlivosti o deti sa poskytuje pomoc pri osobnej starostlivosti o dieťa, ak rodič dieťaťa alebo fyzická osoba, ktorá má dieťa zverenú do osobnej starostlivosti

na základe rozhodnutia súdu, nemôže z vážnych dôvodov zabezpečiť osobnú starostlivosť o maloleté dieťa sama alebo s pomocou rodiny a nie sú ďalšie dôvody, pre ktoré je potrebné v záujme dieťaťa postupovať podľa osobitného predpisu.

(2) V zariadení dočasnej starostlivosti o deti sa

a) poskytujú

1. bežné úkony starostlivosti o dieťa,
2. sociálne poradenstvo,
3. ubytovanie na určitý čas,
4. stravovanie,
5. upratovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva,
6. pomoc pri príprave na školské vyučovanie,
7. výchova,

b) zabezpečuje záujmová činnosť.

(3) Za vážne dôvody podľa odseku 1 sa považujú dôvody uvedené v § 31 ods. 3 a vzatie do väzby alebo nástup do výkonu trestu odňatia slobody.

§ 32a Služba na podporu zosúlad'ovania rodinného života a pracovného života

(1) Služba na podporu zosúlad'ovania rodinného života a pracovného života sa poskytuje rodičovi alebo fyzickej osobe, ktorá má dieťa zverené do osobnej starostlivosti na základe rozhodnutia súdu, v čase

- a) prípravy na trh práce alebo v čase vykonávania aktivít spojených so vstupom alebo s návratom na trh práce, poskytovaním starostlivosti o maloleté dieťa,
- b) prípravy na povolanie štúdiom na strednej škole alebo na vysokej škole alebo v čase vykonávania zárobkovej činnosti, poskytovaním starostlivosti o dieťa do troch rokov veku alebo do šiestich rokov veku, ak je dieťaťom s nepriaznivým zdravotným stavom.

(2) V rámci služby na podporu zosúlad'ovania rodinného života a pracovného života sa

a) poskytujú

1. bežné úkony starostlivosti o dieťa,
2. pomoc pri príprave na školské vyučovanie,
3. výchova,

b) zabezpečuje záujmová činnosť.

(3) Služba na podporu zosúlad'ovania rodinného života a pracovného života, ak ide o dieťa do troch rokov veku alebo do šiestich rokov veku, ak je dieťaťom s nepriaznivým zdravotným stavom, sa poskytuje

a) do 31. augusta bezprostredne nasledujúceho po dovŕšení troch rokov veku dieťaťa alebo šiestich rokov veku dieťaťa, ak je dieťaťom s nepriaznivým zdravotným stavom,

b) jedným opatrovateľom detí najviac štyrom deťom; to neplatí, ak ide o súrodencov.

(4) Služba na podporu zosúlad'ovania rodinného života a pracovného života sa poskytuje terénnou formou sociálnej služby alebo ambulatnou sociálnou službou mimo zariadenia. Ak sa služba na podporu zosúlad'ovania rodinného života a pracovného života poskytuje ambulatnou sociálnou službou mimo zariadenia, poskytuje sa v rodinnom prostredí fyzickej osoby, ktorá poskytuje starostlivosť o dieťa. Služba na podporu zosúlad'ovania rodinného života a pracovného života podľa odseku 1 písm. b) sa môže poskytovať ambulatnou sociálnou službou mimo **zariadenia aj v prostredí, ktorým je priestor zamestnávateľa rodiča alebo zamestnávateľa fyzickej osoby, ktorá má dieťa zverené do osobnej starostlivosti na základe rozhodnutia súdu, vyčlenený na zabezpečenie tejto starostlivosti o dieťa zamestnanca.**

§ 32b Zariadenie starostlivosti o deti do troch rokov veku dieťaťa

(1) V zariadení starostlivosti o deti do troch rokov veku dieťaťa sa poskytuje služba na podporu zosúlad'ovania rodinného života a pracovného života poskytovaním starostlivosti o dieťa do troch rokov veku, ak sa rodič alebo fyzická osoba, ktorá má dieťa zverené do osobnej starostlivosti na základe rozhodnutia súdu, pripravuje na povolanie štúdiom na strednej škole alebo na vysokej škole, pripravuje na trh práce alebo vykonáva aktivity spojené so vstupom alebo s návratom na trh práce alebo vykonáva zárobkovú činnosť.

(2) V zariadení starostlivosti o deti do troch rokov veku dieťaťa sa poskytuje starostlivosť o dieťa do troch rokov veku aj rodičovi alebo fyzickej osobe, ktorá má dieťa zverené do osobnej starostlivosti na základe rozhodnutia súdu, ak

a) nemôže z dôvodov podľa § 31 ods. 3 zabezpečiť osobnú starostlivosť o dieťa sama alebo s pomocou rodiny a nie sú ďalšie dôvody, pre ktoré je potrebné v záujme dieťaťa postupovať.

b) voľné miesto nemožno obsadiť dieťaťom rodiča alebo fyzickej osoby, ktorá má dieťa zverené do osobnej starostlivosti na základe rozhodnutia súdu.

(3) V zariadení starostlivosti o deti do troch rokov veku dieťaťa sa poskytujú

a) bežné úkony starostlivosti o dieťa, b) stravovanie, c) výchova.

§ 33 Služba včasnej intervencie

(1) Služba včasnej intervencie sa poskytuje dieťaťu do siedmich rokov jeho veku, ak je jeho vývin ohrozený z dôvodu zdravotného postihnutia a rodine tohto dieťaťa.

(2) V rámci služby včasnej intervencie sa

a) poskytuje

1. špecializované sociálne poradenstvo,

2. sociálna rehabilitácia,

b) vykonáva

1. stimulácia komplexného vývinu dieťaťa so zdravotným postihnutím,

2. preventívna aktivita.

(3) V rámci služby včasnej intervencie sa vykonáva komunitná rehabilitácia.

(4) Službu včasnej intervencie možno poskytovať ambulatnou sociálnou službou a terénnou formou sociálnej služby prostredníctvom terénneho programu.

4.8 POSKYTOVANIE SOCIÁLNEJ SLUŽBY V SENIORSKÝCH ZARIADENIACH

Poskytovanie sociálnej služby v zariadeniach pre fyzické osoby, ktoré sú odkázané na pomoc inej fyzickej osoby, a pre fyzické osoby, ktoré dovърšili dôchodkový vek, sú:

1. zariadenie podporovaného bývania § 34,

2. zariadenie pre seniorov § 35,

3. zariadenie opatrovateľskej služby § 36,

4. rehabilitačné stredisko § 37,

5. domov sociálnych služieb § 38,

6. špecializované zariadenie § 39,

7. denný stacionár § 40.

§ 34 Zariadenie podporovaného bývania

➤ **Prijímateľ soc. služby:** FO od 16. roku do dovŕšenia dôchodkového veku (aj naďalej ak dovŕši dôchodkový vek počas poskytovania SS v zariadení)

➤ **Dôvod:** FO ktorá je odkázaná na * pomoc inej FO podľa prílohy č. 3 a * **dohľad**, pod ktorým je schopná viesť samostatný život.

➤ **Dohľad** (na účely poskytovania sociálnej služby v tomto zariadení) **je: usmerňovanie a monitorovanie FO pri zabezpečovaní** - sebaobslužných úkonov, - úkonov starostlivosti o svoju domácnosť v rámci zariadenia, - základných sociálnych aktivít podľa prílohy č. 4.

➤ **Rozsah dohľadu** sa určuje v hodinách alebo súhrnom úkonov, pri ktorých fyzická osoba potrebuje dohľad.

§ 35 Zariadenie pre seniorov - v zariadení pre seniorov sa poskytuje sociálna služba:

- fyzickej osobe, ktorá **dovŕšila dôchodkový vek** a je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby a jej stupeň odkázanosti je najmenej IV podľa [prílohy č. 3 zákona č. 448/2008 o sociálnych službách](#), alebo

- fyzickej osobe, ktorá **dovŕšila dôchodkový vek** a poskytovanie sociálnej služby v tomto zariadení potrebuje z iných vážnych dôvodov.

V zariadení pre seniorov sa

a) poskytuje

1. pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby,
2. sociálne poradenstvo,
3. sociálna rehabilitácia,
4. ubytovanie,
5. stravovanie,
6. upratovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva,
7. osobné vybavenie,

b) utvárajú podmienky na úschovu cenných vecí,

c) zabezpečuje záujmová činnosť.

✓ V zariadení pre seniorov sa zabezpečuje aj ošetrovateľská starostlivosť, ak neposkytuje zariadenie pre seniorov ošetrovateľskú starostlivosť podľa § 22.

✓ V zariadení pre seniorov možno poskytovať sociálnu službu najviac pre 40 prijímateľov sociálnej služby v budove zariadenia.

Postup pri vybavovaní žiadosti do zariadenia pre seniorov

1. Podat' **Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu**

Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu je možné nájsť na internetovej stránke príslušného obecného/mestského úradu alebo osobne vyžiadať.

Súčasťou Žiadosti o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu sú formuláre určené na vyplnenie vášmu obvodnému lekárovi. Ak ste sledovaný aj v iných odborných ambulanciách k žiadosti priložte aj kópie posledných lekárskejších správ.

Vyplnenú žiadosť treba podať na príslušný obecný úrad v mieste trvalého bydliska žiadateľa.

2. Obec vydá **Rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu**, v ktorom stanoví stupeň odkázanosti a druh sociálnej služby na ktorú je žiadateľ odkázaný. Domov vám to príde poštou alebo môžete vyzdvihnúť osobne podľa dohody.

Treba si na obecnom/mestskom úrade hneď dať vyznačiť právoplatnosť rozhodnutia!

3. Po doručení právoplatného rozhodnutia z bodu č.2 si žiadateľ podá **Žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby** a to do zariadenia sociálnych služieb podľa druhu a formy sociálnej služby v Rozhodnutí o odkázanosti na sociálnu službu **a na základe vašej slobodnej voľby.**

§ 36 Zariadenie opatrovateľskej služby

(1) V zariadení opatrovateľskej služby sa poskytuje sociálna služba na určitý čas plnoletej fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby podľa prílohy č. 3, ak jej nemožno poskytnúť opatrovateľskú službu.

(2) V zariadení opatrovateľskej služby sa

a) poskytuje

1. pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby,
2. sociálne poradenstvo,
3. sociálna rehabilitácia,
4. ubytovanie,
5. stravovanie,
6. upratovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva,

b) utvárajú podmienky na úschovu cenných vecí.

(3) V zariadení opatrovateľskej služby sa zabezpečuje aj ošetrovateľská starostlivosť, ak neposkytuje zariadenie opatrovateľskej služby ošetrovateľskú starostlivosť podľa § 22.

§ 37 Rehabilitačné stredisko

(1) V rehabilitačnom stredisku sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby podľa prílohy č. 3, fyzickej osobe, ktorá je

slabozraká a fyzickej osobe, ktorá je nepočujúca alebo ktorá má ťažkú obojstrannú nedoslýchavosť.

(2) V rehabilitačnom stredisku sa poskytuje

- a) sociálna rehabilitácia,
- b) sociálne poradenstvo,
- c) pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby,
- d) ubytovanie,
- e) stravovanie,
- f) pranie, upratovanie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva.

(3) Ak sa poskytuje v rehabilitačnom stredisku ambulatná sociálna služba, zariadenie nie je povinné poskytovať stravovanie, ubytovanie, pranie, žehlenie a údržbu bielizne a šatstva.

(4) Ak sa poskytuje pobytová sociálna služba v rehabilitačnom stredisku, možno ju poskytovať len na určitý čas, najdlhšie na tri mesiace; túto lehotu možno predĺžiť len raz, najviac o tri mesiace.

(5) V rehabilitačnom stredisku sa poskytuje sociálne poradenstvo aj rodine alebo inej fyzickej osobe, ktorá zabezpečuje pomoc fyzickej osobe odkázanej na pomoc inej fyzickej osoby v domácom prostredí, na účel spolupráce pri sociálnej rehabilitácii.

§ 38 Domov sociálnych služieb

(1) V domove sociálnych služieb sa poskytuje sociálna služba týždennou pobytovou sociálnou službou alebo ambulatnou sociálnou službou fyzickej osobe do dovŕšenia dôchodkového veku, ak je táto fyzická osoba

- a) odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby a jej stupeň odkázanosti je najmenej V podľa prílohy č. 3, alebo
- b) nevidiaca alebo prakticky nevidiaca a jej stupeň odkázanosti je najmenej III podľa prílohy č. 3.

(2) V domove sociálnych služieb sa

- a) poskytuje
 - 1. pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby,
 - 2. sociálne poradenstvo,
 - 3. sociálna rehabilitácia,
 - 4. ubytovanie,

5. stravovanie,
 6. upratovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva,
 7. osobné vybavenie,
- b) zabezpečuje
1. rozvoj pracovných zručností,
 2. pomoc pri pracovnom uplatnení,
 3. záujmová činnosť,
- c) utvárajú podmienky na
1. vzdelávanie,
 2. úschovu cenných vecí.

(3) Ak sa v domove sociálnych služieb poskytuje sociálna služba deťom, poskytuje sa im výchova.

(4) Na vzdelávanie sa neutvárajú podmienky v domove sociálnych služieb, v ktorom sa poskytuje sociálna služba plnoletej fyzickej osobe.

(5) V domove sociálnych služieb sa zabezpečuje aj ošetrovateľská starostlivosť, ak neposkytuje domov sociálnych služieb ošetrovateľskú starostlivosť podľa § 22.

(6) Ak fyzická osoba dovŕši dôchodkový vek počas poskytovania sociálnej služby v domove sociálnych služieb, táto sociálna služba sa jej poskytuje aj naďalej.

(7) V domove sociálnych služieb možno poskytovať sociálnu službu najviac pre 40 prijímateľov sociálnej služby v budove zariadenia.

(8) Sociálnu službu v domove sociálnych služieb nemožno poskytovať ako celoročnú pobytovú sociálnu službu.

Postup pri vybavovaní žiadosti do domova sociálnych služieb

1. Podat' **Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu**. Žiadosť je možné nájsť na internetovej stránke príslušného **samosprávneho kraja**. Súčasťou Žiadosti o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu sú formuláre určené na vyplnenie vášmu obvodnému lekárovi. Ak ste sledovaný aj v iných odborných ambulanciách k žiadosti priložte aj kópie posledných lekárskeho správ.

Vyplnenú žiadosť treba podať na príslušný samosprávny kraj podľa trvalého bydliska žiadateľa.

2. Samosprávny kraj vydá **Rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu**, v ktorom stanoví stupeň odkázanosti a druh sociálnej služby na ktorú je žiadateľ odkázaný. Domov vám to príde poštou.

Treba si na samosprávnom kraji hneď dať vyznačiť právoplatnosť rozhodnutia!

3. Po doručení právoplatného rozhodnutia z bodu č.2 si žiadateľ podá **Žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby** a to do zariadenia sociálnych služieb podľa druhu a formy sociálnej služby v Rozhodnutí o odkázanosti na sociálnu službu **a na základe vašej slobodnej voľby.**

§ 39 Špecializované zariadenie

(1) V špecializovanom zariadení sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby, jej stupeň odkázanosti je najmenej V podľa prílohy č. 3 a má zdravotné postihnutie, ktorým je najmä Parkinsonova choroba, Alzheimerova choroba, pervazívna vývinová porucha, skleróza multiplex, schizofrénia, demencia rôzneho typu etiológie, hluchoslepota, AIDS alebo organický psychosyndróm ťažkého stupňa.

(2) V špecializovanom zariadení sa

a) poskytuje

1. pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby,
2. sociálne poradenstvo,
3. sociálna rehabilitácia,
4. ubytovanie,
5. stravovanie,
6. upratovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva,
7. osobné vybavenie,

b) zabezpečuje

1. rozvoj pracovných zručností,
2. pomoc pri pracovnom uplatnení,
3. záujmová činnosť,

c) utvárajú podmienky na

1. vzdelávanie,
2. úschovu cenných vecí.

(3) Ak sa v špecializovanom zariadení poskytuje sociálna služba deťom, poskytuje sa im výchova.

(4) Na vzdelávanie podľa odseku 2 písm. c) prvého bodu sa neutvárajú podmienky v špecializovanom zariadení, v ktorom sa poskytuje sociálna služba plnoletej fyzickej osobe.

(5) V špecializovanom zariadení sa zabezpečuje aj ošetrovateľská starostlivosť, ak neposkytuje špecializované zariadenie ošetrovateľskú starostlivosť podľa § 22.

(6) V špecializovanom zariadení možno poskytovať sociálnu službu najviac pre 40 prijímateľov sociálnej služby v budove zariadenia.

§ 40 Denný stacionár

(1) V dennom stacionári sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby ak jej stupeň odkázanosti je najmenej III podľa prílohy č. 3 a je odkázaná na sociálnu službu v zariadení len na určitý čas počas dňa.

(2) V dennom stacionári sa

a) poskytuje

1. pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby,
2. sociálne poradenstvo,
3. sociálna rehabilitácia,
4. stravovanie,

b) zabezpečuje

1. rozvoj pracovných zručností,
2. záujmová činnosť.

(3) Ak sa v dennom stacionári poskytuje sociálna služba deťom, poskytuje sa im výchova.

(4) V dennom stacionári sa poskytuje sociálne poradenstvo aj rodine alebo inej fyzickej osobe, ktorá zabezpečuje pomoc fyzickej osobe v domácom prostredí, na účel spolupráce pri sociálnej rehabilitácii.

§41 Opatrovateľská služba

(1) Opatrovateľská služba je sociálna služba poskytovaná fyzickej osobe, ktorá

a) je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby a jej stupeň odkázanosti je najmenej II podľa prílohy č. 3 a

b) je odkázaná na pomoc pri úkonoch sebaobsluhy, úkonoch starostlivosti o svoju domácnosť a základných sociálnych aktivitách podľa prílohy č. 4.

(2) Opatrovateľskou službou sa poskytujú úkony podľa prílohy č. 4. Rozsah úkonov na základe sociálnej posudkovej činnosti určuje obec v hodinách alebo podľa jednotlivých úkonov podľa prílohy č. 4. Minimálny rozsah úkonov sebaobsluhy nesmie byť nižší, ako je minimálny rozsah zodpovedajúci stupňu odkázanosti fyzickej osoby posúdený podľa prílohy č. 3, ak sa poskytovateľ sociálnej služby s prijímateľom sociálnej služby na návrh prijímateľa sociálnej služby nedohodne inak v zmluve o poskytovaní sociálnej služby.

- (3) Opatrovateľskú službu nemožno poskytovať fyzickej osobe,
- a) ktorej sa poskytuje celoročná pobytová sociálna služba,
 - b) ktorá je opatrovaná fyzickou osobou, ktorej sa poskytuje peňažný príspevok na opatrovanie
 - c) ktorej sa poskytuje peňažný príspevok na osobnú asistenciu
 - d) ktorej je nariadená karanténa pre podozrenie z nákazy prenosnou chorobou a pri ochorení touto nákazou.
- (4) Ustanovenie odseku 3 písm. b) sa nepoužije, ak fyzickej osobe
- a) vykonávajúcej opatrovanie sa poskytuje ústavná zdravotná starostlivosť v zdravotníckom zariadení,
 - b) vykonávajúcej opatrovanie sa poskytuje odľahčovacia služba,
 - c) ktorá je opatrovaná fyzickou osobou, ktorej sa poskytuje peňažný príspevok na opatrovanie sa poskytuje opatrovateľská služba v rozsahu najviac osem hodín mesačne.

Posudzovanie odkázanosti FO na pomoc inej FO na účely poskytnutia SS

Stupeň odkázanosti + priemerný rozsah v hodinách / resp podľa úkonov sa určí na základe celkového počtu bodov

(dosiahnuté body sa sčítajú podľa prílohy č. 3 písm. A, bod 1-12)

FO je odkázaná ak: je stupeň odkázanosti II až VI

Ak FO dosiahne **0 bodov** (podľa 12. bodu prílohy č.3 písm A)

= **Potreba dohľadu** - 0 bodov = FO je odkázaná na nepretržitý dohľad pri väčšine činností / FO s cystickou fibrózou je odkázaná na dohľad minimálne pri štyroch činnostiach.

=> **neprihliada sa na body** dosiahnuté podľa 1. až 11. bodu prílohy.

Ak o posúdenie odkázanosti na **zariadenie pre seniorov** (ZpS) žiada dôchodca z iných **vážnych dôvodov** (strata bývania/týranie) => **odkázanosť na pomoc inej osoby (ZPČ) sa neposudzuje** (novela č. 551/2010 Z.z) => urýchlenie konania + poskytnutia SS

Zdravotná posudková činnosť (§ 49)

(1) Zdravotná posudková činnosť na účely posúdenia odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby je hodnotenie a posudzovanie zdravotného stavu fyzickej osoby a zmien zdravotného stavu fyzickej osoby, ktoré vykonáva zdravotnícky pracovník, ktorý spĺňa kvalifikačné predpoklady podľa § 84 ods. 21 a 22 na základe zmluvy s obcou alebo vyšším územným celkom (ďalej len „posudzujúci zdravotnícky pracovník“).

(2) Posudzujúci zdravotnícky pracovník pri vykonávaní zdravotnej posudkovej činnosti spolupracuje so sociálnym pracovníkom obce alebo vyššieho územného celku tak, aby výsledky posúdenia podľa odseku 10 neboli v rozpore s výsledkami sociálnej posudkovej činnosti podľa § 50 ods. 7.

(3) Posudzujúci zdravotnícky pracovník pri výkone zdravotnej posudkovej činnosti vychádza z lekárskeho nálezu, posudku, správy o priebehu a vývoji choroby a zdravotného postihnutia alebo výpisu zo zdravotnej dokumentácie (ďalej len „doklad poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave“) nie staršieho ako šesť mesiacov, ktoré predložila fyzická osoba, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu. Ak je doklad poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave podľa prvej vety na účely zdravotnej posudkovej činnosti nedostačujúci, posudzujúci zdravotnícky pracovník požiada lekára, s ktorým má fyzická osoba, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti²⁶⁾ (ďalej len „zmluvný lekár“), o vypracovanie lekárskeho nálezu, ktorého vzor uvedený v prílohe č. 1 osobitného predpisu¹⁾ sa použije na účely sociálnych služieb primerane. Ak je lekársky nález zmluvného lekára neúplný, posudzujúci zdravotnícky pracovník požiada zmluvného lekára o jeho doplnenie.

(4) Na základe výsledkov posúdenia podľa odseku 10 vypracuje posudzujúci zdravotnícky pracovník zdravotný posudok, ktorý obsahuje stupeň odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby a termín opätovného posúdenia zdravotného stavu fyzickej osoby.

(5) Posudzujúci zdravotnícky pracovník vychádza z dokladu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave nie staršieho ako šesť mesiacov, ktorý predložila fyzická osoba, alebo z lekárskeho nálezu zmluvného lekára, z ktorého vychádzal pri ostatnom posúdení, ak od posúdenia fyzickej osoby podľa odseku 3 neuplynulo šesť mesiacov a nie sú známe nové skutočnosti o jej zdravotnom stave, ktoré podmieňujú zmenu stupňa odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby.

(9) Posudzujúci zdravotnícky pracovník určí termín opätovného posúdenia zdravotného stavu fyzickej osoby a obec alebo vyšší územný celok vyzve fyzickú osobu na opätovné posúdenie zdravotného stavu fyzickej osoby, ak je predpoklad, že dôjde k zmene zdravotného stavu fyzickej osoby odkázanej na pomoc inej fyzickej osoby. Posudzujúci zdravotnícky pracovník neurčí termín opätovného posúdenia zdravotného stavu fyzickej osoby, ak je zdravotný stav fyzickej osoby chronický s trvalým poškodením a od ďalšej liečby nemožno očakávať jeho zlepšenie.

(10) Odkázanosť fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby na účely poskytnutia sociálnej služby sa posudzuje podľa prílohy č. 3. Pri posudzovaní odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby sa dosiahnuté body podľa prílohy č. 3 písm. A v prvom bode až dvanástom bode sčítajú. Stupeň odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby a priemerný rozsah odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby v hodinách sa určí na základe celkového počtu bodov.

(11) Fyzická osoba je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby, ak jej stupeň odkázanosti je II až VI podľa prílohy č. 3.

Sociálna posudková činnosť (§50)

➤ **Sociálna posudková činnosť** na účely posúdenia odkázanosti FO na sociálnu službu je **posudzovanie**:

- a) individuálnych predpokladov osoby, b) rodinného prostredia
- c) prostredia, ktoré ovplyvňuje začlenenie osoby do spoločnosti.
- d) odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby pri úkonoch (podľa prílohy č. 3 a prílohy č. 4 časti II a III)

➤ SPČ na účely posudzovania odkázanosti na soc. službu **vykonáva soc. pracovník** obce / VÚC, môže aj soc. pracovník PO zriadenej obcou / VÚC na základe poverenia obcou / VÚC (novela zákona)

➤ Využitie existujúceho odborného potenciálu a zefektívnenie výdavkov na SPČ

➤ **Výsledkom je sociálny posudok**

➤ **Sociálny posudok obsahuje: znevýhodnenia osoby so ŤZP alebo osoby s nepriaznivým zdravotným stavom v oblasti:**

* sebaobslužných úkonov,

* úkonov starostlivosti o svoju domácnosť (príl. č. 3),

* pri základných soc. aktivitách (príl. č. 4)

v porovnaní s osobou rovnakého veku a pohlavia bez zdravotného postihnutia alebo bez nepriaznivého zdravotného stavu.(zoznam úkonov pri ktorých je FO odkázaná na pomoc inej osoby)

* rozsah odkázanosti pri jednotlivých úkonoch vyjadrený predpokladaným rozsahom hodín v rámci určeného rozpätia podľa prílohy č. 3 písm. B

Výsledky posudzovania nesmú byť v rozpore s výsled. ZPČ

Posudok o odkázanosti na SS (§51)

Zdravotný posudok + sociálny posudok = posudok o odkázanosti na soc. službu, ktorý obsahuje:

- a) stupeň odkázanosti FO na pomoc inej FO,
 - b) znevýhodnenie FO s ťažkým zdravotným postihnutím alebo s nepriaznivým zdravotným stavom v oblasti:
 - sebaobslužných úkonov.
 - úkonov starostlivosti o svoju domácnosť
 - pri základných soc. aktivitách .(zoznam úkonov pri ktorých je FO odkázaná na pomoc inej osoby)
- + rozsah odkázanosti pri jednotlivých úkonoch vyjadrený predpokladaným rozsahom hodín(určené rozpätie č.3B)
- c) návrh druhu SS (prihliada sa na návrhy žiadateľa)
 - d) určenie termínu opätovného posúdenia zdravot. stavu

4.8.1 AKO VYBAVIŤ SOCIÁLNE SLUŽBY

Oblasť sociálnych služieb môže byť pre bežného človeka zložitá a systém sociálnej pomoci neprehľadný, a preto mnohí častokrát nevedia ako postupovať pri zabezpečení vhodnej sociálnej služby, zariadenia sociálnych služieb pre seba, či svojho rodinného príbuzného. Spôsob a rozsah pomoci určuje 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. Úlohou zákona je zabezpečiť vhodné poskytnutie sociálnych služieb a rovnako aj právo na výber poskytovateľa sociálnej služby za podmienok, ktoré určuje zákon tým, ktorí sa ocitli v nepriaznivej životnej situácii (Praktický sprievodca sociálnymi službami, Buzalová a kol., 2019).

Praktický sprievodca sociálnymi službami (Buzalová a kol., 2019) určuje postup pri vybavovaní sociálnych služieb pre odkázaných:

Kto môže poskytovať sociálnu službu?

Verejní poskytovatelia:

- Obec/mesto - Samosprávny kraj – VÚC (Vyšší územný celok)

Neverejní poskytovatelia: - Nezisková organizácia - Občianske združenie - Iné právnické osoby zriadené pre tento účel - Cirkevné organizácie

Je to právnická alebo fyzická osoba zapísaná do registra poskytovateľov sociálnych služieb na príslušnom samosprávnom kraji.

Základným predpokladom poskytnutia sociálnej služby je **posúdenie odkázanosti klienta na sociálnu službu**. Ak žiadateľ splňa kritériá, kraj alebo obec/mesto mu vydá posudok spolu s Rozhodnutím o odkázanosti na sociálnu službu a klient si môže sám zvoliť poskytovateľa sociálnych služieb. Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky vedie centrálny register poskytovateľov sociálnych služieb, ktorý môžete nájsť na webovej stránke Ministerstva. Rovnako, každý kraj zväčša uvádza na svojej webovej stránke zoznam poskytovateľov sociálnych služieb. Bližšie informácie vám poskytnú aj osobne na odbore/oddelení sociálnych vecí. Každý mestský alebo obecný úrad vám takisto poskytne bližšie informácie o postupe pri podávaní žiadostí do zariadenia sociálnych služieb, ktoré sú v ich kompetencii.

Kto vydáva rozhodnutie?

Podľa toho, aký druh sociálnych služieb potrebujeme, obrátíme sa na toho, kto vykonáva rozhodnutie: Ak ide o tieto druhy:

- A. Zariadenie pre seniorov
- B. Zariadenie opatrovateľskej služby
- C. Denný stacionár
- D. Opatrovateľská služba

Odkázanosť sa vybavuje na mestskom alebo obecnom úrade v mieste trvalého bydliska. Mestský alebo obecný úrad (oddelenie sociálnych vecí) vám dá všetky potrebné informácie na vybavenie žiadosti aj formulár žiadosti (na posúdenie odkázanosti), na základe ktorého dostanete rozhodnutie o odkázanosti na konkrétnu sociálnu službu.

Ak ide o tieto druhy:

- A. Domov sociálnych služieb
- B. Špecializované zariadenie
- C. Rehabilitačné stredisko
- D. Zariadenie podporovaného bývania

Odkázanosť sa vybavuje na príslušnom samosprávnom kraji (VÚC). Príslušný samosprávny kraj (oddelenie sociálnych vecí) vám dá všetky potrebné informácie na vybavenie žiadosti aj formulár žiadosti (na posúdenie odkázanosti), na základe ktorého dostanete rozhodnutie o odkázanosti na konkrétnu sociálnu službu.

Ak chcete konkrétne zariadenie sociálnych služieb u verejného poskytovateľa: je potrebné sa s ním pred podaním žiadosti skontaktovať a zistiť obsadenosť. Ak ho už máte vybraného, je to potrebné uviesť na žiadosti o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu. Inak vám príslušný verejný poskytovateľ (obec/mesto/VÚC) určí zariadenie sociálnych služieb podľa svojho uváženia. Ak chcete konkrétne zariadenie sociálnych služieb u neverejného poskytovateľa: je potrebné sa s ním pred podaním žiadosti skontaktovať a zistiť obsadenosť. Ak máte už vybraného neverejného poskytovateľa, je ho potrebné uviesť na žiadosti o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

Aké dokumenty sú potrebné?

- Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, ktorá obsahuje Posudok o odkázanosti na sociálnu službu,

- a ten tvorí:

lekársky posudok – vypracuje ho posudkový lekár na základe zmluvy s obcou alebo príslušným samosprávnym krajom,

sociálny posudok – vypracuje ho sociálny pracovník obce alebo príslušného samosprávneho kraja, podľa kompetencie.

- Právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu - Úradne overené vyhlásenie o majetku žiadateľa

- Potvrdenie o príjme žiadateľa za aktuálny kalendárny rok (aj ďalších spoločne posudzovaných osôb)

V žiadosti je potrebné označiť z uvedenej ponuky len jeden druh sociálnej služby, na ktorú chcete byť v rámci posudkového procesu posúdený. V prípade záujmu o posúdenie odkázanosti na viac sociálnych služieb, je potrebné vyplniť žiadosť na každý druh sociálnej služby samostatne. Občan o sociálnu službu žiada zvyčajne 9 najmä pre seniorov a ich rodinných príslušníkov písomne a podľa druhu požadovanej sociálnej služby, žiadosť doručí obecnému, mestskému úradu alebo VÚC.

Zmluva o poskytnutí sociálnej služby – po posúdení žiadosti a splnení kritérií pre poskytnutie sociálnej služby uzavrie osoba odkázaná na sociálnu službu a poskytovateľ sociálnej služby zmluvu o poskytovaní sociálnej služby.

4.9 PODPORNÉ SLUŽBY

1. Odl'ahčovacia služba

- ✓ Soc. služba poskytovaná osobe, ktorá opatruje osobu s ťažkým zdravotným postihnutím počas obdobia, v ktorom táto osoba nemôže opatrovanie vykonávať.
- ✓ Cieľom odl'ahčovacej služby je umožniť osobe, ktorá opatruje, nevyhnutný odpočinok (udržanie jej fyzického a duševného zdravia)
- ✓ Poskytuje sa na celé dni, najviac 30 dní v kalendárnom roku. (nevyčerpané dni v roku nemožno poskytnúť v nasledujúcom roku.)
- ✓ Obec je povinná: v tom čase poskytnúť / zabezpečiť klientovi soc. službu podľa jeho výberu = terénnu formu SS , ambulatnú alebo pobytovú SS v rozsahu najmenej 12 hodín denne.
- ✓ Ak klient poberá peňažný príspevok na opatrovanie len za časť kalendárneho roka, poskytuje sa mu odl'ahčovacia služba v pomernej časti z rozsahu dní

2. Pomoc pri výkone opatrovníckych práv a povinností (§55)

- ✓ Soc. služba poskytovaná:
 - * opatrovníkovi,
 - * osobe, ktorá má záujem vykonávať funkciu opatrovníka
 - * osobe, ktorá si sama nedokáže uplatňovať a chrániť práva a právom chránené záujmy.

Za pomoc sa považuje:

a) zastupovanie osoby v konaní o pozbavení spôsobilosti na právne úkony, obmedzení spôsobilosti na právne úkony vrátenei spôsobilosti na právne úkony,

b) súčinnosť pri spisovaní návrhov na súd na začatie konania o pozbavení spôsobilosti na právne úkony.

c) poskytovanie alebo sprostredkovanie soc. poradenstva s cieľom nájsť možnosti pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov osôb.

d) spolupráca so zariadeniami, úradmi práce, soc. vecí a rodiny, súdmi pred začatím a počas konania o pozbavení spôsobilosti na právne úkony.

e) vyhľadávanie a príprava osôb, ktoré majú záujem vykonávať funkciu opatrovníkov.

§ 56 Denné centrum

(1) V dennom centre sa poskytuje sociálna služba počas dňa fyzickej osobe, ktorá dovŕšila dôchodkový vek, fyzickej osobe s ťažkým zdravotným postihnutím alebo nepriaznivým zdravotným stavom, rodičovi s dieťaťom alebo starému rodičovi s vnukom alebo vnučkou.

(2) V dennom centre sa najmä

- a) poskytuje sociálne poradenstvo,
- b) zabezpečuje záujmová činnosť.

§ 57 Podpora samostatného bývania

(1) Podpora samostatného bývania je 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 krizových situácií, podporu spoločensky primeraného správania.

(2) V rámci podpory samostatného bývania sa okrem činností uvedených v odseku 1

a) poskytuje

- 1. sociálne poradenstvo,
- 2. pomoc pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov,

b) vykonáva

- 1. preventívna aktivita,
- 2. sociálna rehabilitácia.

§ 58 Jedáleň § 59 Práčovňa - § 60 Stredisko osobnej hygieny

(1) V jedálni sa poskytuje stravovanie fyzickej osobe, ktorá

(2) V práčovni sa utvárajú podmienky na pranie, žehlenie a údržbu bielizne a šatstva fyzickej osobe, ktorá

(3) V stredisku osobnej hygieny sa utvárajú podmienky na vykonávanie nevyhnutnej základnej osobnej hygieny fyzickej osobe, ktorá

- a) nemá zabezpečené nevyhnutné podmienky na uspokojovanie základných životných potrieb,
- b) má ťažké zdravotné postihnutie alebo nepriaznivý zdravotný stav, alebo
- c) dovŕšila dôchodkový vek.

4.9 REGISTRÁCIA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

PRVÁ HLAVA - PODMIENKY ZÁPISU DO REGISTRA § 62

Poskytovateľ sociálnej služby môže poskytovať sociálnu službu len na základe zápisu tejto sociálnej služby do registra, ktorý vedie vyšší územný celok; to sa nevzťahuje na poskytovanie základného sociálneho poradenstva ako samostatnej odbornej činnosti obcou alebo vyšším územným celkom.

- Verejný + neverejný poskytovateľ SS => len na základe zápisu do registra poskytovateľov (vedie VÚC)
- Podmienky zápisu => FO musí byť:
 - ☞ spôsobilá na právne úkony v plnom rozsahu
 - ☞ bezúhonná (nebola právoplatne odsúdená za úmyselný trestný čin) - výpis z registra trestov (nie starší 3 mesiace)
 - ☞ odborne spôsobilá na poskytovanie SS
 - rovnaké podmienky musí spĺňať: » FO zodpovedná za poskytovanie SS + zodpovedný zástupca poskytovateľa SS » štatutárny zástupca poverený PO (ak žiadosť podáva PO)
 - **všetky FO musia byť v pracovnoprávnom vzťahu k poskytovateľovi SS (výnimka: ak je FO spoločník PO/člen PO)**
 - **Odborná spôsobilosť:** je splnenie stupňa vzdelania - kvalifikačný predpoklad = preukazuje sa dokladmi (školský zákon č. 245/2008 Z.z. + VŠ zákon č. 131/2002 Z.z.)

Za odbornú spôsobilosť na účely poskytovania SS sa považuje:

- ☞ VŠ vzdelanie 2. st. (Terénna SS krízovej intervencie, Komunitné centrum, Domov na polceste, Zariadenie núdzového bývania, Opatrovateľská služba, Podpora samostatného bývania, Odľahčovacia služba, Pomoc pri výkone opatrovníckych práv a povinností...)
- ☞ úplné stredné všeobecné vzdelanie / úplné stredné odborné vzdelanie (Nocľaháreň, Útulok, Prepravná služba, Požičiavanie pomôcok, Monitorovanie a signalizácia potreby pomoci, Denné centrum, Jedáleň, Práčovňa...)
- **Špecializované soc. poradenstvo + sociálna rehabilitácia + stimuláciu komplexného vývoja dieťaťa so zdravotným postihnutím** = potrebná akreditácia na uvedenú odbornú činnosť (udeľuje MPSVaR)

Žiadosť o Zápis do registra (§64)

- **Písomne príslušnému VÚC** podľa územného obvodu v kt. sa SS poskytuje, ● Ak je miesto poskytovania SS v územn. obvode viacerých VÚC => VÚC v ktorom má sídlo PO/ v kt. má trvalý pobyt FO žiadajúca o zápis.

Individuálne štúdium:

Žiadosť o zápis do registra poskytovateľov SS (§64)

zápis do registra (§65)

údaje zapisované do registra (§66)

výmaz z registra (§68)

zánik oprávnenia na poskytovanie SS

4.10 Opatrenia a odporúčania v sociálnych službách v súvislosti s COVID-19

Reakcia Slovenska v kontexte verejného zdravia bola jednou z najskorších po odhalení prvého prípadu ochorenia Covid-19. Už vo februári 2020 sa zaviedli cestné kontroly na hraniciach a bol zriadený krízový štáb. Prvý prípad ochorenia bol ohlásený 6. marca 2020. Od tohto dňa bolo prijatých niekoľko opatrení na ochranu verejného zdravia – zákaz návštev v zdravotníckych zariadeniach, zákaz školských výletov a exkurzií mimo územie Slovenska a zákaz návštev domovov sociálnych služieb. Slovensko vyhlásilo stav núdze 16. marca 2020, pričom všetky vzdelávacie inštitúcie sú zatvorené už od 12. marca. Na zníženie prenosu vírusu boli od toho istého dňa zavedené hraničné kontroly, povinná 14-dňová karanténa po návrate zo zahraničia a prerušenie medzinárodnej osobnej dopravy. Kapacita testovania prípadov sa postupne zvyšovala. V súčasnosti predstavuje takmer 26 tisíc testov na 1 milión populácie (celkovo takmer 140 tisíc testov k 15. máju). Pre identifikáciu rizík nákazy sa špeciálne kapacity alokovali na testovanie ľudí z MRK a ľudí v domovoch sociálnych služieb. Na tlmenie dopadov pandémie COVID-19 sa v úvodnej fáze zaviedli opatrenia s predpokladaným dopadom vo výške 5,6 % HDP. Väčšiu časť tvoria opatrenia na zmiernenie výpadkov disponibilných príjmov domácností a podporu udržania pracovných miest pre zamestnávateľov (2,4 % HDP). (MF SR, 2020).

Usmernenie hlavného hygienika Slovenskej republiky v súvislosti s ochorením Covid-19 spôsobeným koronavírusom SARS-CoV-2 bolo vydané Úradom verejného

zdravotníctva SR a aktualizované (deviata aktualizácia) ku dňu 8.9.2020 pod číslom OE/791/108782/2020, v ktorom je ochorenie Covid-19 charakterizované takto:

Akútny respiračný syndróm spôsobuje koronavírus SARS-CoV-2 z čeľade Coronaviridae, ktorý patri medzi betakoronavírusy, kam sa zaradujú aj koronavírusy SARS-CoV a MERS-CoV. Genomické sekvenovanie ukazuje, že SARS-CoV-2 úzko súvisí s betakoronavírusmi detekovanými u netopierov (88% sekvenčná identita), ale odlišne od SARS-CoV (79% sekvenčná identifikácia) (Loeffelholz, Tang, 2020). Vykazuje sa od nich genetická odlišnosť, pričom sa prenáša z človeka na človeka. Osoba môže byť infekčná 48 hodín pred nástupom príznakov a inkubačný čas predstavuje 2 až 14 dní.

Vírusy SARS a MERS boli poháňané mimoriadne rozšírenými udalosťami, pri ktorých jednotlivci priamo infikovali neprimerane vysoký počet kontaktov. Epidémia koronavírusovej choroby 2019 spôsobená SARS-CoV-2 vznikla na čínskom trhu Wuhan, kde sa predávali na konzumáciu exotické zvieratá. Na základe genetickej príbuznosti s inými betakoronavírusmi má SARS-CoV-2 pravdepodobne zoonotický rezervoár. Presný zdroj SARS-CoV-2, ktorý pôvodne infikoval človeka, však ešte zostáva nepotvrdený. SARS-CoV-2 sa javí ako podstatne nákazlivejší ako SARS-CoV (Loeffelholz, Tang, 2020).

Poskytovatelia v zariadeniach sociálnych služieb v dôsledku nepretržitého šírenia sa rôznych variantov koronavírusu prijali plošné opatrenia na zamedzenie šírenia pandémie.

A. Klient – nástup do ZSS

1. Klient je umiestnený do príslušného ZSS až po skončení karantény, ktorú absolvoval na určenom karanténnom mieste, a potvrdení negatívneho výsledku z odobratého biologického material na COVID-19.

2. Pri nástupe do ZSS sa preukáže potvrdením o zdravotnom stave a o tom, že mu bola ukončená karanténa a nemá nariadené ďalšie karanténne opatrenia z dôvodu ochorenia COVID-19 alebo iných infekčných ochorení.

B. Klienti v ZSS

1. Počas pandémie klienti zostávajú v ZSS a naďalej sú odkázaní na pomoc a starostlivosť personálu.

2. V tomto období sa režim a činnosti v ZSS nemenia.

3. Platí zákaz návštev, zhromažďovania sa klientov, ktorí sa nezúčastňujú veľkých kolektívnych podujatí. Nemali by tiež opúšťať priestory ZSS.

4. Mali by byť informovaní o koronavírusе COVID–19 a jeho šírení v populácii, ako aj možnostiach prevencie založenej na dodržiavaní osobnej a respiračnej hygieny, a význame sociálno – dištančných obmedzení.

5. Vykonáva sa den monitoring zdravotného stavu klientov (optimálne 2x denne – ráno a večer).

6. Odporúča sa obmedziť styk s ľuďmi a viac sa zdržovať v izbách. Individuálne aktivity klientov vykonávať v menších skupinách, ktorých zloženie sa nebude meniť.

7. Dôležité je dodržiavanie sociálno – dištančných opatrení a správne používanie tvárovej masky (ako nasadiť a zložiť z tváre, kedy používať, ako sa o masku starať).

C. Personál ZSS

1. Sťažená situácia pri pracovnom výkone, ktorý môže byť náročnejší.

2. Zabezpečovanie bežných činností v normálnych, ale aj sťažených podmienkach.

3. V dôsledku infikovania sa alebo nariadenej karantény, väčšia záťaž pre zostávajúci personál.

4. Denne sledovať svoj zdravotný stav a informovať vedenie zariadenia o jeho zmene.

D. Hygienické a sociálne – dištančné opatrenia

1. Hygiena a dezinfekcia rúk klientov a personál s použitím teplej vody a mydla a alkoholového dezinfekčného prostriedku. Správne používať rukavice a rúška.

2. Respiračná hygiena – dodržiavanie správnych postupov pri kýchaní, kašľaní a rozprávaní. Používajú sa jednorazové papierové vreckovky, ktoré sa po použití odhadzujú do bezdotykového odpadkového koša.

3. Dištančné opatrenia – dodržujú klienti i personál ZSS. Podstatou je udržať vzdialenosť 2 metre od iných osôb v prevencii prenosu infekcie kvapôčkami, ktorí nie sú súčasťou zariadenia.

4. Pravidelné a účinné vetranie vnútorných priestorov.

5. Pravidelné upratovanie a dekontaminácia vnútorného prostredia – v zmysle dezinfekčného plánu prevádzkového poriadku zariadenia.

6. Pravidelná dezinfekcia malých plôch a rizikových predmetov a nástrojov, s ktorými prichádza personál i klienti veľmi často do kontaktu. Používať dezinfekčné prostriedky s virucídnym účinkom.

7. Izolácia klientov s príznakmi akútnej respiračnej infekcie.

8. Pri používaní osobných ochranných prostriedkov klientami a osobnými ochrannými pracovnými prostriedkami zamestnancami ZSS sa postupuje v zmysle usmernenia MZ SR – Aktualizovaného usmernenia pre pracovníkov pracujúcich v zdravotníctve na používanie osobných ochranných pracovných prostriedkov pri starostlivosti o osoby so suspektným alebo potvrdeným COVID-19, usmernenia MZ SR a MPSVaR SR za účelom ochrany pred COVID-19 pre používanie osobných ochranných pracovných prostriedkov.

E. Kontrola šírenia COVID-19 v ZSS

1. Monitoring zdravotného stavu klientov sa aktívne vykonáva u všetkých klientov najmenej dvakrát denne, aby sa zistilo, či nemá niekto z klientov horúčku, kašeľ alebo iné príznaky COVID-19. Klienti so symptómami sa musia izolovať a testovať na COVID-19.

2. Monitoring zdravotného stavu personálu prostredníctvom samo kontroly klinických prejavov (kašeľ, dýchavičnosť, horúčka, bolesti svalov a hlavy).

3. Monitoring zdravotného stavu osôb vstupujúcich do ZSS, ktoré dostali výnimku a mohli vstúpiť do zariadenia, je založený najmä na meraní telesnej teploty a anamnestickom zisťovaní ďalších klinických príznakov. V prípade negativity môžu navštíviť klienta pri striktnom dodržaní hygienicko-epidemiologických opatrení a vhodných osobných ochranných prostriedkov, ktoré im poskytne ZSS. Dôvodom môže byť návšteva klienta s paliatívnou liečbu alebo zobrať klienta do domácej starostlivosti.

4. Zariadenia ZSS sú uzatvorené. V nevyhnutnej situácii (zásobovanie potravinami, spotrebným materiálom, nutná údržba, iná zdravotnícka starostlivosť) je umožnený vstup pri zabezpečení striktných hygienicko-epidemiologických opatrení a monitoring zdravotného stavu s meraním telesnej teploty. Zásobovanie ZSS sústrediť na jedno určené miesto.

Podľa Krbata (2013) je dôležitá identifikácia rizík v sociálnych službách, ktoré súvisia:

- s porušením pracovných povinností, zanedbaním nariadení, predpisov a usmernení v spojitosti s nezodpovedným prístupom a nedostatočnou lojalitou k poskytovateľovi či k prijímateľom sociálnych služieb,
- so správaním a postojmi prijímateľov sociálnych služieb v spojitosti s porušovaním pravidiel, etického správania a podmienok poskytovania sociálnych služieb, ktoré ohrozujú ľudské práva iných klientov alebo tieto riziká sú inak obmedzujúce,

- riziká súvisiace so zlým technickým stavom v budove zariadenia, napríklad v čase pandémie absentovali izolačné miestnosti či kontajnery na biologický odpad.
- s nekontrolovateľným šírením vírusu, pandémie, infekčného a iného ochorenia, ktoré ohrozujú zdravie všetkých prítomných,
- personálne riziká – fluktuácia zamestnancov, strata lojality voči organizácii, spolupracovníkom, nízka motivácia k práci, odmietanie očkovania, prípadne prispôbiť sa novým pravidlám fungovania a pod.
- s klimatickými zmenami – suchá, hlad, chudoba, nedostatok pitnej vody, horúčavy;
- finančné riziká spojené s prevádzkou zariadenia, personálnym zabezpečením, odmenami, bezpečnosťou a ochranou zdravia pri zvýšených výdavkoch na OOP;
- riziká spojené s poddimenzovaným stavom personálu v sociálnych službách, ktorý ohrozuje ich kvalitné poskytovanie a rozvoj ľudského kapitálu,
- iné riziká, ktoré oslabujú pripravenosť na boj s epidemiologickou situáciou a inými neočakávanými udalosťami.

Tabuľka: Identifikácia rizík v sociálnych službách

Konkrétny prejav	Miera rizika	Možný dôsledok
Nezodpovednosť zo strany prijímateľov	Stredná	Ohrozenie zdravia ostatných klientov, konflikty, spory, psychické problémy, emocionálne prežívanie, neprispôsobenie
Riziko poškodenia klientov pre zanedbanie	Vysoká	Porušovanie pracovnej morálky, porušovanie ľudských práv, zhoršovanie kvality soc. služieb ako aj kvality života
Vznik pandémie a s ňou spojené obmedzenia	Vysoká	Šírenie ochorenia, panika, úmrtia, poškodenie zdravia, dezinformácie, porušovanie práv a predpisov, zákazy a zariadenia, reštrikcie, psychické problémy a sociálna izolácia, globálny dopad na viacero sfér života a jednotlivé politiky
Nepriaznivý stav budovy a technické riziká	nízka	Stiesnené priestory, zastaralé, chýbajúca obnova, zhoršenie podmienok bývania, obmedzenie aktivít
Psychické problémy	stredná	Neochota spolupracovať, komunikovať, pasivita, deprivácia, neistota, samota, sociálna izolácia, zdravotné dôsledky
Nízke ľudské zdroje	Stredná	Nekvalifikovaný personál, fluktuácia, neochota meniť veci a vzdelávať sa,

Nedostupná zdravotná starostlivosť pre zraniteľných	Vysoká	Ohrozenie života a zdravia, nedostupnosť liekov, odloženie operácií, nestanovenie správ. Dg., zníženie kvality života pre nedostupnosť adekvátnej lekárskej starostlivosti alebo dlhé čakacie doby
Financovanie sociálnych služieb	stredná až vysoká	Nedodržiavanie štandardov kvality a ich nízka miera naplnenia, nespokojnosť na strane zamestnancov i prijímateľov, nízka pripravenosť na riziká, oklieštenie nákladov na úkor potrieb a záujmov, nemožnosť pokryť základný chod zariadenia
Obmedzenia a reštrikcie	stredná	Absentoval krízový plán v sociálnych službách, ktorý prichádzal neskôr chaoticky a nesystémovo, v druhej vlne už bola jeho implementácia viac-menej bezproblémová
Dlhé trvanie pandémie	Vysoká	Frustrácia, nespokojnosť, dlhodobá nezamestnanosť, globálny rozsah, prehľbovanie deficitu, znižovanie kvality života, zvyšovanie chudoby a sociálneho vylúčenia

zdroj: vlastné spracovanie

Pandémia ochorenia COVID-19 a dopad na duševné zdravie

Štúdia Dubey et al. (2020) poukazuje na psychologické dopady koronavírus najmä z dôvodu strany možnosti sa realizovať, dosahovať príjem, takisto nepriaznivo pôsobí na životnú spokojnosť ľudí a nový vírus je často spájaný s koronafóbiou. Samotná choroba znásobená nútenou karanténou v boji proti COVID-19 aplikovaná celoštátnymi opatreniami a reštrikciami môže z dlhodobého hľadiska vyvolať akútnu paniku, úzkosť, obsedantné správanie, paranoju a depresiu či posttraumatickú stresovú poruchu (PTSD). Negatívne dopady sú posilnené dezinformáciami, ktoré sú šírené prostredníctvom rôznych platforiem sociálnych médií, v posledných týždňoch pozorujeme aj násilné demonštrácie proti týmto celoštátnym opatreniam v jednotlivých krajinách spojené so vznikom konšpiračných teórií, ktoré vinia z umelo vytvorenej pandémie (Chung, Li, 2020). Rôzne stanoviská k situácii vydáva aj WHO a Európska komisia, ktoré sú staršej generácii sprostredkované tretími stranami – médiami, novinármi, sociálnymi sieťami.

Štúdia Brooks a Webster (et al., 2020) sa venuje psychologickým, sociálnym a ekonomickým dopadom na človeka, ktorý absolvoval karanténu pre Covid-19. Psychologické účinky v období po karanténe môžu zahŕňať značné socioekonomické ťažkosti a psychologické príznaky v dôsledku strát sociálnych kontaktov, istôt a financií.

Ďalším negatívnym javom je stigmatizácia a spoločenské odmietnutie tých ľudí, ktorí sú v karanténe, tí čelia rôznym formám diskriminácie, vyhýbaniu sa, neistoty a predsudkov vo svojom prostredí, čím sa ich negatívne pocity umocňujú a prehlbujú (Lee et al., 2005; Asmundson et al., 2020).

Covid-19 vyvoláva strach obzvlášť u starších ľudí, ktorí sú rizikovou skupinou. Medzi ďalšie psychologické vplyvy patrí úzkosť, podráždenosť a nadmerný pocit stresu alebo hnevu (Li Q, Guan X, 2020), ktorí sa môže objaviť u starších ľudí, pokiaľ sú dezinformovaní a zmätení. Starší ľudia s poruchami kognitívnych funkcií sú vo väčšej miere znepokojení, emocionálne rozrušení a sociálne utiahnutí, nakoľko nevedia objektívne a racionálne zhodnotiť aktuálnu situáciu v spojitosti s Covid-19, z tohto dôvodu si ich potreby vyžadujú osobitnú pozornosť (Lloyd-Sherlock et al., 2020).

Fyzické cvičenie a sociálne terapie môžu byť vhodnou aktivitou nielen na udržanie dobrého fyzického zdravia, ale aj na potlačenie psychologických dopadov v súvislosti so zavádzaním mimoriadnych opatrení (Jiménez-Pavón et al., 2020).

Svet bol svedkom mnohých epidémií a pandémií, ktoré ovplyvnili tisíce až milióny životov. Napriek nášmu pokroku v medicíne a výskume čelíme novým patogénom, ktoré ohrozujú ľudské životy, globálnu ekonomickú bezpečnosť a systém zdravotnej starostlivosti. Závažný akútne respiračný syndróm koronavírus-2 (SARS-CoV-2) je nový koronavírus, ktorý bol prvýkrát identifikovaný v provincii Wuhan a ovplyvnil globálne celý svet.

Dopady nového koronavírusu nie sú len psychologické vo vzťahu k jednotlivcom, ale predovšetkým ide o dopady ekonomické, hospodárske a globálne, ktoré negatívnym spôsobom determinovali politiku, trh práce i zahraničný obchod.

Štúdia Dubey et al. (2020) zhrňa psychosociálne dopady, ktoré súvisia s karanténymi opatreniami, bezpečnostno-hygienickými opatreniami a mimoriadnou situáciou pre Covid-19:

Jednotlivci	Psychologické dopady	Sociálne dopady
Starší ľudia	<ul style="list-style-type: none"> - Podráždenosť, hnev, strach, úzkosť, kognitívne úpadky - Deprivácia z vopred naplánovaných reštrikcií a celoplošných opatrení - Ťažkosti v prístupe k liekom z dôvodu obmedzení, karantény, lockdown - Sťažnený prístup k zdravotnej a sociálnej starostlivosti - Pocity neistoty, strach zo smrti - Narušené mentálne zdravie 	<ul style="list-style-type: none"> - Sociálna izolácia - Strata kontaktov - Obmedzenie návštev rodinných príslušníkov a známych - Pocity samoty a opustenosti - Sociálny úpadok
Jednotlivci	Psychologické dopady	Sociálne dopady
Psychiatrickí pacienti	<ul style="list-style-type: none"> Posttraumatická stresová porucha Úzkosti, depresie, vnútorné napätie Rozvoj závislosti Panika, osamelosť, beznádej Sťažnené psychiatrické sledovanie 	<ul style="list-style-type: none"> Odmietanie liekov Sociálna izolácia Strata životných istôt a príjmu v prípade chráneného pracoviska Obmedzená činnosť
Jednotlivci	Psychologické dopady	Sociálne dopady
Marginalizované skupiny	<ul style="list-style-type: none"> • Depresia, STRES, • Strach z nakazenia • Finančná neistota • Stigma diskriminácie • Zdravotná kriminalita 	<ul style="list-style-type: none"> • Domáce násilie v rodinách • Nepokoje v rómskych osadách • Nízky sociálny a hygienický štandard • Šírenie dezinformácií
Jednotlivci	Psychologické dopady	Sociálne dopady
Pacienti s migrénou	<ul style="list-style-type: none"> Zvýšená frekvencia migrén počas pandémie a opatrení Poruchy spánku a stravovacích návykov Úzkosti, depresie vo zvýšenej miere ako zvyčajne u týchto pacientov Nedostatok fyzickej aktivity Nedostatok relaxácie 	<ul style="list-style-type: none"> Nižšie pracovné uplatnenie Znížený finančný príjem Odmietanie na pracovisku Obmedzená komunikácia so sociálnym prostredím Obmedzené kontakty Disharmónia v režime dňa Narušené mentálne zdravie

S cieľom lepšieho riešenia naliehavých a nenaplnených psychosociálnych problémov rôznych populačných oblastí počas pandémie COVID-19 by sa mal vyvinúť nový model prevencie a intervenčných psychosociálnych kríz s využitím internetu a vhodných technológií, ktoré zmiernia psychosociálne dopady koronavírusu na seniorov.

Reakcie seniorov na informácie a stres vyvolaný správami o šíriacom sa koronavíruse Covid-19 existujú v negatívnom smere a v protipóle s pozitívnymi postojmi smerom k akceptácii zmenenej životnej situácie ich môžeme zhrnúť takto (vlastné spracovanie autorov):

Tabuľka: Reakcie seniorov na stres

Zóna strachu	Zóna izolácie	Zóna strát	Kompromisy
<ul style="list-style-type: none"> vytváranie nadmerných zásob potravín, hygienických potrieb všetky zlé správy šíri človek ďalej strach z neznámeho koronavírusu vyvoláva dezorientáciu a dezinformácie senior pociťuje beznádej, neistotu a úzkosť 	<ul style="list-style-type: none"> senior zostáva izolovaný od iných kontaktov senior stráca kontakt s vlastnou rodinou a prostredím senior má obmedzené návštevy v ZSS karanténne opatrenia ho frustrujú a obmedzujú osobnú slobodu. činnosť a voľný čas je selektovaný 	<ul style="list-style-type: none"> senior má pocit, že jeho ľudské práva sú obmedzované senior cíti stratu v oblasti komunikácie pociťuje stratu istôt a bezpečia strata primeranej kvality života strata psychologických istôt strata finančná strata zdravia 	<ul style="list-style-type: none"> senior hľadá kompromisy medzi potrebami, požiadavkami, možnosťami ZSS a mimoriadnymi opatreniami senior sa snaží o harmonizáciu bio-psycho-sociálnych potrieb senior vytvára podmienky na aktivizáciu a akceptáciu zmien

Obrázok 1 Negatívne postoje ku Covid-19

Zóna emócií	Zóna učenia	Zóna rastu	Aktivizácia
<ul style="list-style-type: none"> senior vie kriticky myslieť a posudzovať informácie o koronavíruse všetky zlé správy selektuje strach z neznámeho koronavírusu je racionalizovaný senior pociťuje zmiešané emócie-strach i nádej 	<ul style="list-style-type: none"> senior začína vzdávať to, čo nedokáže ovplyvniť uvedomuje si situáciu a snaží sa hľadať riešenia informácie si overuje predtým ako ich začne šíriť uvedomuje si, že všetci sa snažíme robiť čo sa dá v čase pandémie 	<ul style="list-style-type: none"> senior má empatiu pre seba a druhých, snažia sa pomáhať zabezpečujú si len to, čo potrebujú hľadá cestu ako sa adaptovať na zmenenú situáciu hľadá nové možnosti prežitia senior šíri nádej a pokoj, teší sa z maličkosť 	<ul style="list-style-type: none"> senior chráni seba a prostredie okolo seba zaujíma sa o iné dianie okolo seba ako je len koronavírus aktívne sa zapája do činností snaží sa vyplniť voľný čas efektívne obmedzenia a reštrikcie prijíma s väčším pokojom

Dopady pandémie ochorenia Covid-19 na sociálne služby

Z pohľadu poskytovania sociálnych služieb priniesol koronavírus nové prístupy v starostlivosti o seniorov, pandemické a karanténne opatrenia, akčné plány a krízové stratégie, odrazu sa spoločnosť začala viac zaujímať o tých, ktorí sú odkázaní na sociálne služby a vyhlásením mimoriadnej situácie v prvej vlne Covid-19 vznikli aj iniciatívy na pomoc seniorom – s nákupmi, obstaraním liekov, rúšok či zvýšenej starostlivosti a hygieny. Covid-19 priniesol však aj veľa negatívnych faktorov, ktoré prispeli k šíreniu psychosociálnych dopadov na kvalitu života seniorov.

K 1.10.2020 vláda SR vyhlásila núdzový stav z dôvodu druhej vlny pandémie Covid-19 v zmysle ústavného zákona č. 227/2002 Z. z. o bezpečnosti štátu v čase vojny, vojnového stavu, výnimočného stavu a núdzového stavu. Núdzový stav môže vláda vyhlásiť len za podmienky, že došlo **alebo bezprostredne hrozí, že dôjde k ohrozeniu života a zdravia osôb, a to aj v príčinnej súvislosti so vznikom pandémie**, životného prostredia alebo k ohrozeniu značných majetkových hodnôt v dôsledku živeľnej pohromy, katastrofy, priemyselnej, dopravnej alebo inej prevádzkovej havárie.

Dňa 29.9.2020 bol schválený Pandemický plán Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky, ktorého súčasťou v prílohe č. 18 sú aj Pandemické semafore pre sociálne služby nasledovne:

1. semafor pre ambulantné sociálne služby
2. semafor pre pobytové sociálne služby
3. semafor pre výkon terénnej sociálnej práce v rómskej komunite
4. semafor pre pobytové SS krízovej intervencie a podpory rodiny s deťmi
5. semafor pre nocľahárne
6. semafor pre ambulantné sociálne služby krízovej intervencie
7. semafor pre pracovne
8. semafor pre strediská osobnej hygieny
9. semafor pre jedálne
10. semafor pre zariadenia starostlivosti o deti do troch rokov veku dieťaťa
11. semafor pre terénne sociálne služby
12. semafor pre sociálne služby v projektových aktivitách

Autori štúdie z roku 2020 orientovanej na sledovanie úrovne traumatizácie v súvisiacej s koronavírusom potvrdili, že z päť tisíc sledovaných dospelých 11% z nich pociťovalo najmenej jeden psychický problém. 26% z nich sa vyjadrilo, že spozorovali u seba príznaky zvýšeného stresu, 31% malo pocity úzkosti alebo depresie a 13,3% siahlo po užívaní alkoholických nápojov a alarmujúce je, že až 10,7% uvažovalo alebo malo samovražedné pokusy v myšlienkach (Tucker, Czapla, 2021). Oravcová (2010) poukazuje na to, že schopnosť vyrovnať sa so stresovou situáciou súvisí s mierou vyzretosti osobnosti a mať možnosť byť sám sebou. V štúdiu autorov Goméz a kol. (2018) sa dozvedáme rozdielne prístupy pri zvládaní stresu z hľadiska pohlavia, čo súvisí s tým, aké postoje majú muži a ženy k samotnému prežívaniu pandémie a aké využívajú copingové stratégie.

"Bolo by jednoduché si myslieť, že sa všetci vrátíme k normálnej aktivite hneď, ako to bude bezpečné. Myslím si však, že to bude chvíľu trvať, kým si na to ľudia zase zvyknú. Starší ľudia tým budú trpieť najviac, pretože si zvykli na život v izolácii," (James, 2020). Tento výrok uznávaného odborníka z oblasti psychológie hovorí, že trpieť budú najviac starší ľudia. Izolovanosť starších ľudí od svojich najbližších, zákaz návštev v zariadení, to veľmi poznačilo psychiku starších ľudí. Nemôcť sa stretnúť a objat' svojho blízkeho – manžela, manželku, dieťa, vnúča, alebo sa ho len dotknúť, to mnohí znášali veľmi zle. Nehovoriac o tom, že mnoho starších ľudí tomu spočiatku vôbec nerozumelo, prečo je to tak. Čo sa stalo, že ich blízky k nim nemôžu, postupne, čo sa stalo, že ani vo svojom zariadení sa nemôžu stretnúť s druhými klientmi, svojimi kamarátmi.

Život ľudí v ZSS sa zrazu zmenil. To, čo bolo pre nich bežné, na čo si tiež v zariadení museli zvyknúť, bolo zrazu iné. Aktivity, či pravidelné stretnutia sa zrazu obmedzili na minimum a klienti tak často boli sami zavretí vo svojich izbách a čakali na „návštevu“ sociálneho pracovníka, či zamestnanca zariadenia. Niektorí si na to časom zvykli, no mnohí nie.

V boji proti pandémie Covid-19 boli prijaté viaceré opatrenia, ktoré sa postupne zavádzajú do sociálnych služieb prijatím nariadením vlády SR:

Hospodárska mobilizácia - v zmysle § 5 ods. 3 nariadenia 269/2020 Z.z. na vykonanie niektorých opatrení hospodárskej mobilizácie v súvislosti s vyhlásením núdzového stavu na zabezpečenie riešenia druhej vlny koronavírusu COVID-19, ktorým sa upravuje:

- Pracovná povinnosť
- Použitie štátnych hmotných rezerv
- Organizácia výroby a organizácia služieb

- Organizácia zdravotníckeho zabezpečenia
- Organizácia dopravného zabezpečenia
- Organizácia sociálneho zabezpečenia
- Vecné plnenie
- Poskytnutie vysielacieho času potrebného na informovanie verejnosti o krízovej situácii

Dopady pandémie bolo možné pozorovať v sociálnych služieb vo viacerých sférach života a to na základe:

- pohľad prijímateľa sociálnych služieb,
- pohľad pracovníkov v ZSS,
- pohľad rodinných príslušníkov prijímateľov,
- pohľad poskytovateľa verejného i neverejného pri zabezpečovaní sociálnych služieb.

Prijaté opatrenia proti šíreniu pandémie spôsobili obmedzenia v mobilite celkovej populácie, ale aj prijímateľov, zákaz návštev neumožnil preniknúť do zariadenia rodinným príslušníkom, dobrovoľníkom či študentov na absolventskej praxi. S každým jedným vládnym opatrením a nariadením dochádza k vzniku nerovnováhy medzi zabezpečením ochrany zdravia a negatívnymi dopadmi týchto reštrikcií na ekonomiku. Najprísnejším opatrením bol lockdown, ktorý sa považuje na najúčinnější nefarmaceutický zásah proti koronavírusu (Khailaie, Mitra et al., 2020), ktorý však nezaručuje z dlhodobého hľadiska, že pandémiu dostaneme pod kontrolu, na druhej strane hrozí kolaps viacerých politík, vysoká miera nezamestnanosti, chudoba a prehlbovanie deficitu štátneho rozpočtu (Flaxman et al., 2020).

Pri druhej a tretej vlne pandémie zohráva úlohu aj prítomnosť tzv. „vyčerpania z lockdownu“, či autori opisujú ako nelineárne účinky vplyvu opatrení v dôsledku psychologicko-sociálneho bremena, ktoré nesú občania vrátane zraniteľných skupín. Pri ďalších vlnách možno predpoklad nerešpektovanie nariadení vlády a k prejavom nespokojnosti, to znamená, že strácajú tieto opatrenia svoju účinnosť, ľudia sa viac začínajú báť o ekonomické dopady ako o zdravotné dôsledky ochorenia Covid-19 (Deb, Furceri et al., 2020).

Zariadenia sociálnych služieb však naďalej zostali ostražité a dodržiavali nariadené v čase mimoriadnej situácie, v rámci zelenej zóny podľa pandemického semaforu došlo

k uvoľňovaniu opatrení a opätovnému návratu k zastaveným aktivitám s prijímateľmi, povolené sú aj návštevy s negatívnym testom, alebo zaočkovanosť. Avšak sociálne zariadenia sa už pripravujú na tretiu vlnu, ktorá je odhadovaná na koniec roka 2021 a začiatok roka 2022. Ďalšie vlny predpokladáme na prelome rokov 2022-2023.

Koronavírus mal negatívny dopad na prijímateľov sociálnych služieb, pričom na základe mapovania aktuálnej situácie sme zistili, že opatrenia v spojitosti v snahe o elimináciu šírenia nového typu vírusu pôvodom údajne z Číny spôsobili negatívne vplyvy na emocionálne prežívanie, objavili sa u klientov pocity smútku, strachu, neistoty i strata perspektívnej vízie do budúcnosti. Pričom viacerí prijímatelia uviedli, že najhoršia pre nich bola sociálna izolácia, zákaz návštev, ako aj obmedzenie kultúrnych, spoločenských a terapeutických činností. Niektoré zariadenia sociálnych služieb zaznamenali aj vyššiu úmrtnosť, vyššiu mieru konfliktov vzťahových i komunikačných, prevláda dezinformovanosť a psychické problémy sa prejavovali v pasivite a v životnej nespokojnosti seniorov.

Z pohľadu rodinných príslušníkov sa pandémie prejavovala v strachu o životy a zdravie svojich najbližších, čo v niektorých prípadoch viedlo k iracionálnemu správaniu, k porušovaniu pravidiel v zariadení a protiepidemiologických opatrení, na druhej strane strach a neistota v ľuďoch vyvoláva pocity úzkosti aj depresie, sociálna izolácia prijímateľov tento strach len prehľbovala. Na začiatku prvej vlny pandémie rodinní príslušníci pociťovali hnev zo zákazu návštev zariadenia, ktorý sa snažili prelomiť a ventilovať tieto pocity na zamestnancoch zariadenia. Sociálni pracovníci museli komunikovať a odôvodňovať prijaté opatrenia, čo negatívne pôsobilo na samotný personál a vytváralo zvýšený tlak a záťažovú situáciu.

Zmeny v správaní, prežívaní ako aj v oblasti pracovných podmienok a vzťahov boli zaznamenané aj u pracovníkov v zariadeniach sociálnych služieb, pričom najčastejšie sa ukázali tieto:

- nutnosť prispôbiť sa novým zmeneným pracovným podmienkam a tiež zavádzanie reštrikčných opatrení v zariadení s priamym alebo nepriamym dopadom na zamestnancov a samotné zariadenie,
- nutnosť zabezpečovania a pravidelné vystavovanie testovaniu sa zamestnancov i prijímateľov,

- nutnosť prispôbiť sa pracovným smenám, striedanie sa pracovníkov po týždni, čo spôsobovalo zvýšenú únavu, stres, pocity vyčerpanosti a syndróm vyhorenia, ktorý sa nahromadil po predchádzajúcej dlhodobom období v sociálnych službách,
- strach o vlastné zdravie a zdravie rodiny pracovníkov v sociálnych službách,
- zmenené pracovné podmienky, zmenu pociťovali aj v pracovnej klíme, ktorá bola viac stresujúca a subjektívne negatívne vnímaná,
- prijímanie nových zamestnancov, kolegov a klientov bolo oveľa náročnejšie za prísnených podmienok, ako tomu bolo pred vznikom pandémie,
- obmedzenia pri vykonávaní bežných aktivít v súvislosti so starostlivosťou o odkázaných prijímateľov,
- medializácia zariadení v súvislosti s pandemiou, pozitívne aj negatívne ohlasy na výhody pre seniorov v súvislosti s opatreniami, napr. promptné testovanie,
- odmeny pre pracovníkov v sociálnych službách v čase prvej vlny boli vnímané pozitívne.

Zamestnanci zariadení sociálnych služieb pociťovali dopady pandémie nielen vo vzťahu k vykonávaniu ich profesie v sociálnych službách, ktoré obmedzovali napríklad priamu prácu s klientmi, vykonávanie aktivít mimo zariadenia či organizovanie spoločenských či voľnočasových aktivít, avšak jednotlivé reštrikčné opatrenia zasiahli aj ich osobný život, teda museli sa prispôbiť chodu zariadenia a jeho zmeneným podmienkam aj na úkor vlastnej komfortnej zóny. Tú prekračovali tým, že pracovali nadčasy, robili týždňovky a nemali podmienky vytvorené na čerpanie dovolenky v takom rozsahu, ako by potrebovali, odkladali povinnosti vo vlastných domácnostiach z dôvodu zabezpečovania starostlivosti v zariadení či vlastné lekárske prehliadky. Z profesionálneho hľadiska bola u zamestnancov obmedzená možnosť participovať na supervízii, zúčastniť sa školení, online vzdelávanie bolo realizované na úkor ich voľného času a zrušené boli aj dobrovoľnícke programy či komunitné aktivity, do ktorých sa poskytovatelia zapájali v snahe o spríjemnenie chvíľ pre klientov s Alzheimerovou chorobou.

Poskytovatelia sociálnych služieb apelovali na :

- nutnosť poskytovať pomoc pri zabezpečovaní OOPP a reštrikčných opatrení, ktoré predstavovali zvýšené finančné zaťaženie,
- rovnako sociálne zariadenia bojovali s kombináciou pracovných tímov počas striedania smien tak, aby zabezpečili riadnu prevádzku a kvalitu služieb,

- vytvoril sa plán protiepidemiologických opatrení, s ktorými doteraz nemali sociálne zariadenia skúsenosti,

- Poskytovatelia kriticky hodnotia prvú vlnu pandémie, avšak v druhej vlne sa niektoré zariadenia vôbec nedostali k očkovacím látkam, testovacím setom či k ochranným pomôckam, čo hodnotia ako ohrozujúce pre výkon ich profesie.

Na druhej strane testovanie, meranie teploty a obmedzenie návštev považovali za vhodné prostriedky a nástroje k ochrane prijímateľov i zamestnancov, vďaka čomu hodnotia zvládnutie pandémie bez príliš vysokých úmrtí klientov. Poskytovatelia SS deklarujú, že pandémia pomohla odhaliť slabé miesta v sociálnych službách, na ktoré už upozorňujú dlhodobo a ktoré zostávali bez povšimnutia, došlo aj k pozitívnym prelomom a k zvyšovaniu povedomia verejnosti o potrebnosti sociálnych služieb a aj o dierach v systéme dlhodobej starostlivosti.

Poskytovatelia sociálnych služieb zhodnotili aj dopady pandémie z pozitívneho hľadiska, ktoré prinieslo otvorenie otázok, ktoré sa stávajú diskusiu nielen na úrovni samospráv, ale aj sociálnych politik, a tou je, ako zabezpečiť dlhodobú starostlivosť z pohľadu udržateľnosti:

- inštitucionálnej,
- personálnej – ľudské zdroje,
- finančnej i
- technickej.

Dopad pandémie ochorenia Covid-19 na zdravotnú starostlivosť

V dôsledku pandémie COVID-19 na stále na Slovensku infikujú až tisícky ľudí denne. Pandémia dostala väčšinu zdravotníckych zariadení pod veľký tlak a vo viacerých zariadeniach dochádzalo k preťaženiu kapacít. Bola uskutočnená hospodárska mobilizácia, ktorej súčasťou boli všetky fakultné nemocnice v pôsobnosti štátu. Zdravotnícke zariadenia boli nútené reprofilizovať lôžka, aby tak zabezpečili dostatočný počet lôžok pre pacientov s vážnymi ťažkosťami spojenými s pandemiou COVID-19. Kvôli tomu boli odložené mnohé operácie, preventívne kontroly, rôzne odborné vyšetrenia. Bolo nariadené zdravotníckym zariadeniam poskytovať iba neodkladnú starostlivosť. Iste, že sa môže predpokladať, že následkom odloženia ich lekárskeho vyšetrenia, či operácie, sa časom u ľudí prejavia

zdravotné komplikácie, v mnohých prípadoch sa počas tohto obdobia pandémie už aj prejavili.

Otázky na opakovanie

Ako definujeme sociálne služby v zmysle platnej legislatívy?

Aké dôvody nepriaznivej životnej situácie poznáme?

Aké sú formy a druhy sociálnych služieb?

Čo zaraďujeme medzi podporné služby?

Aký je rozdiel medzi zdravotným a sociálnou posudkovou činnosťou?

Kto zostavuje individuálny plán a čo obsahuje?

Akým spôsobom sa realizuje sociálna starostlivosť o odkázaných?

Koho rozoznávame ako účastníkov právnych vzťahov pri poskytovaní sociálnych služieb?

Aké je právo prijímateľa sociálnej služby v zariadení sociálnej služby?

Aký je rozdiel medzi odbornými a obslužnými činnosťami?

V čom spočíva nová filozofia sociálnych služieb?

Aký je rozdiel medzi formálnou a neformálnou starostlivosťou?

Aké sú kompetencie sociálneho pracovníka v zariadení sociálnych služieb?

Aké poskytujeme sociálne služby na podporu rodiny?

Aké poskytujeme služby v oblasti technológií?

Ako pandémie ovplyvnila poskytovanie sociálnych služieb a zdravie prijímateľov?

Aké boli zaznamenané dopady pandémie covid-19 na zamestnancov v ZSS?

5 PROCES STARNUTIA A STAROBY

Pri živote, ktorý trvá dlhšiu dobu, než tomu bolo kedykoľvek predtým, je teda vysoko žiaduca snaha o uchovanie vhodnej životnej kvality človeka. Avšak pojem kvalita života je medzi ľuďmi vnímaná odlišne, lebo záleží na rozdielnosti hodnôt a potrieb, ktoré jednotlivec pokladá za významné. Všeobecne možno však za cestu, ako túto kvalitu získať a predovšetkým si ju uchovať, sa zdá byť predovšetkým začlenenie a zúčastnenie sa spoločenského života a všeobecná aktivita jedinca, a to v každej jeho životnej fáze. Hoci bol v spoločnosti vždy podiel starých ľudí, ešte nikdy nebolo toto číslo tak vysoké ako teraz. Starnutie sa stalo skutočnosťou, akýmsi nespochybniteľným faktom, nezávisle na tom, či ho ľudia akceptujú alebo nie, musia sa s ním skrátka vyrovnáť. Spôsob takéhoto prispôsobovania je bez pochyby výzvou nie len pre jednotlivca, ale aj spoločnosť ako takú, ktorá sa zákonite mení týmto zvyšujúcim sa počtom starnúcej populácie (Petrová Kafková, 2013).

Na pojmy starnutie a staroba existuje množstvo definícií a ich vnímanie je veľmi rozmanité. Definície sa navzájom líšia a to podľa pohľadu rôznych vedných oblastí, ako sú biológia, psychológia, sociológia, medicína, filozofia a ďalšie iné. V súčasnosti sa napr. môžeme stretnúť s ich definíciou, že: „starnutie je komplexný, nevratný, dynamický proces, ktorý postihuje involučnými zmenami všetky živé organizmy kontinuálne už od ich počatia“ a „staroba je konečná etapa starnutia, je to obdobie na konci prirodzeného vývojového procesu každého individua.“ (Příbyl, 2015, s. 9).

Staroba je neodmysliteľnou súčasťou ľudského života a nezávisle na tom, či konkrétny jednotlivec úspešne alebo menej úspešne zvládne prispôsobenie sa procesu starnutia. Na svojej životnej ceste sa v závislosti od dosiahnutého veku dostáva do posledného obdobia, ktoré nazývame sénium a ktoré je relatívne dlhým časovým úsekom v živote človeka. Na Slovensku sa sénium väčšinou spája s úplným odchodom človeka z aktívneho profesijného a ekonomického pôsobenia v spoločnosti. R. Čornaničová (2007, s. 45) sa domnieva, že samotné slovo odchod v ľuďoch vyvoláva ukončenie niečoho dôležitého a samotný človek to väčšinou pociťuje negatívne ako stratu. Väčšina ľudí si pre seba praje dlhý život, ale málokto si želá byť starým. (Malíková, 2011). Na prijatie staroby potrebuje človek nepochybne dostatok dôvery vo vlastné schopnosti, aby mal odvahu ukázať všetky svoje slabosti a mal dostatočne veľa síl prijať ju. (Klevetová, 2008).

Medzi základné tézy úspešného starnutia a staroby zaraďujeme heslo ROSA:

R - racionálny postoj. Senior by mal rozumieť svojmu starnutiu, byť informovaný o nevyhnutných zmenách, predvídať ich, pripraviť sa na tieto zmeny.

O - orientácia na budúcnosť. Plánovať v krátkodobej perspektíve, posilňovať radostné očakávania, vedieť sa na niečo tešiť.

S - sociálne kontakty. Pestovať priateľské vzťahy, prijímať a dávať lásku, zaujímať sa o dianie okolo seba, dosiahnuť spoločenské uznanie.

A - aktivita. Činnosť duševná a telesná, koníčky a záľuby. (Špatenková, Smékalová, 2015)

Aktívne starnutie pre väčšinu seniorov predstavuje základný prvok, o ktorý sa môžu oprieť, ak chcú zachovať vysokú mieru zdravia. Starnutie je dlhodobý proces a zároveň fenomén, s ktorým sa veľa ľudí vyrovnáva veľmi ťažko a preto na obdobie označované ako jeseň života alebo tretí vek je potrebné sa zavčasu pripravovať, aby vstup do tejto životnej etapy neznamenal prudkú zmenu, ale pokračovanie dovtedajších aktivít. Tento čas prebieha rôzne u každého človeka inak. Pri súčasnom trende života sa problematiky týkajúce sa života seniorov stávajú úplne novou dimenziou i novou zložkou spoločností.

Žiť znamená starnúť a tento dej sa začne ihneď od chvíle nášho narodenia.“ (Meryn, Metka a Kindel, 2004, s. 22) „Starnutie môžeme formulovať ako proces, v ktorom sa hromadia zmeny vznikajúce počas života v našom organizme.“ (Minibergerová a Dušek 2006, s. 5)

„Z medicínskych špecializácií sa starobou zaoberá gerontológia a geriatria. Sú to jedny z najmladších odborov. Gerontológia je náuka zaoberajúca sa starnutím organizmu a geriatria sa venuje poznatkom o veku, jeho chorobách a ich liečení.“ (Dienstbier a Procházková, 2011, s. 77).

Predmetom záujmu mnohých gerontológov v súčasnosti sú otázky spojené s príčinou a dôvodmi starnutia. Poznáme viacero teórii, ktoré sa tento problém snažia objasniť (Balogová, 2005):

- a) teória genetická, determinuje proces starnutia ako taký aj tým, aké predispozície človek má zdedené z generácie na generáciu, najmä z hľadiska výskytu ochorení, dlhovekosti a odolnosti voči vonkajším stresorom,
- b) teória programového starnutia – táto teória vychádza z predpokladu, že všetky vývinové obdobia jedinca sú súčasťou určitého programu a nakoniec sa tento program vyčerpá a na jeho konci nastane smrť,

- c) hormónová teória – podľa tejto teórie starnutie vzniká v dôsledku poklesu funkcie hormónov, predpokladá sa aj prítomnosť hormónu hypofýzy, ktorého úlohou je regulácia starnutia,
- d) teória voľných radikálov – vstup voľných radikálov do organizmu do reakcie s molekulami mení ich chemické zloženie a funkciu a má za následok starnutie organizmu,
- e) autoimúnna teória – je spojená s presvedčením, že v období starnutia má organizmus nižšiu imunitu, čo má za následok vznik autoimúnnych porúch, ochorení a nádorov,
- f) teória prekríženia – v období starnutia sa vyskytuje väčší počet priečných väzieb a to najmä kolagénových vlákien, ak sa prekrížia dve alebo viaceré makromolekuly, nastáva zmena funkcií a charakteru molekúl a tým aj starnutie. (Balogová, 2005).

5.1 INDIVIDUÁLNY PROCES STARNUTIA

Proces starnutia zasahuje takmer totožným tempom všetky orgány, ktoré tým prichádzajú o svoju funkčnú rezervu. Z biologického hľadiska sa organizmus, ktorý je starý prejavuje ako nie tak tvárny voči podmienkam vonkajšieho sveta, prichádza o svoju adaptabilitu a ľahko aj pri vystavení so slabým podnetom nastáva zhoršenie funkčnosti orgánov, rovnako tak ako organizmu samotného. V súčasnosti už starnutie nie je záležitosťou „niekoľkých“ privilegovaných osôb, ale prejde si ním väčšina z nás (Uhlíř, 2008).

Tota (2016) uvádza, že doba kedy jedinec dokáže naplno užívať svoje schopnosti a potenciál a ľudia okolo neho ho vedia takisto primerane oceniť, pokračuje do jeho približne 50 rokov. Pričom človek, ktorý sa stále viac približuje tomuto veku, premýšľa o tom, ako by bolo skvelé, byť zase o niekoľko rokov mladší, koľko by toho dosiahol a vykonal inak všetko, čo sa mu predtým úplne nepodarilo, či to čo podľa neho robia iní chybne. Niektorí ešte dostanú možnosť nejako sa prejaviť, ukázať či niečo zmeniť. Takých však nie je veľa. Záujem väčšiny týchto ľudí sa tak pomaly upína od obáv o zamestnanie na starosti o rodinu. Takto možno nazerať na koniec obdobia strednej dospelosti.

Nasledujúce obdobie možno označiť ako staršia dospelosť, pretože vtedy na jedinca začínajú vo väčšej miere pôsobiť vplyvy prichádzajúcej staroby. Horší sa fyzický výkon, spomaľuje sa ľudské tempo, horší sa zrak a stále častejšie prichádzajú rôzne zdravotné problémy. Toto obdobie je možné vekovo určiť približne medzi 50 až 60 rok života. Je to čas delenia sa so svojimi získanými znalosťami a obratnosťou v daných oblastiach s okolím

a „povoľovaním“ sa z uponáhľaného životného štýlu. Dôležitou známkou premeny spoločenského statusu je tiež moment uzavretia sobáša detí a príchod vnukov. V oblasti zamestnania sa všetko odvíja od jeho typu. Pokiaľ ide o prácu ťažiacu z intelektu osoby, často sa v nej ľudia v tomto období dostávajú k značnému spoločenskému uznaniu a vrcholu a tiež vysokej miere peňažného ohodnotenia. Naopak v zamestnaniach majúcich základ vo fyzickej sile a vytrvalosti, môže dôjsť k zníženiu výkonu a tým pádom aj k hrozbe straty profesie. Staršia dospelosť je vnímaná ako obdobie, kedy jedinec patrí ku generačnej skupine, ktorej prináleží najväčší vplyv a spoločenská sila, ale súbežne s týmto aj najväčší podiel zodpovednosti. Toto sa deje naposledy v živote danej osoby. (Handlířová, Špalková a Masák, 2014).

Ďalšia etapa je etapou prechodu. Týmto však nie je myslený prechod telesného či psychologického rázu, ktorým obe pohlavia taktiež prechádzajú. Skôr však, prechod od tvorivého, kreatívneho, aktívneho jedinca k osobe, ktorá je menej tvorivá, ubúda jej aktivita, viac sa sústreďí na stránku a zachovanie zdravia, starosť o vnukov, či na pestovanie nenáročných koníčkov a záujmov. Tu už je jedinec vnútorne vyrovnaný so svojím vekom a nepremieta si, aké by bolo skvelé, keby mal napríklad o dvadsať rokov menej. Skôr premieta svoju minulosť a usiluje o to preniesť svoje získané skúsenosti, životom nazbierané rady a postupy na mladšie generácie. Túto skupinu nazývame seniormi (Tota, 2016).

Podľa Laca a Kollárčikovej (2015) kvalitu života v neskoršom veku ovplyvňuje nielen konkrétna osoba, ale aj podstatnou mierou jej spoločenské prostredie. Zo strany spoločnosti hovoríme predovšetkým o zabezpečení adekvátnej zdravotnej a sociálnej starostlivosti a dopomáha starnúcemu človeku k participácii na spoločenskom živote. Pričom na starobu by sa mala priebežne pripravovať celá spoločnosť. Najmä s prirodzeným a očakávaným odchodom osoby z verejného života prichádza etapa tretieho veku. To so sebou nesie mnoho pozitív, ale aj negatív. Jednou z nevýhod je, že človek prichádza o svoju profesijnú rolu a mnohokrát to znáša dosť zložito. Pred jedincom, ktorý bol ešte v poslednom čase plne profesionálne začlenený, sa tak vynára značné množstvo času, ktoré zostáva neorganizované a mnohokrát neúčelne vyplnené. Starnutie je tiež však predovšetkým aj iné prežívanie času a tým aj iné rozvrhovanie samozrejmosti žitého sveta. Prítomnosť je horúcejšia, pretože starý človek už vie, že každá uplynulá sekunda má inú hodnotu, než tomu bolo v búrlivej mladosti. V období staroby už jedinec nie je znepokojovaný tým, čo príde v budúcnosti, lebo ju už „nevlastní“ tak usilovne a pevne, ako tomu bolo predtým, keď bol mladším. Jeho premýšľanie a úvahy o tom čo bolo, značí skôr uzatvárajúci sa kruh (Hogenová, 2013)

„Starý človek sa vyladuje, nalaďuje na dávne spomienky, nechá sa nimi prerastať a uvedomuje si niečo pozoruhodné, totiž to, že bez dištancie staroby by ich nikdy nepochopil.“ (Hogenová, 2013).

Človek počas života prechádza niekoľkými etapami a práve starobu môžeme označiť ako poslednú vývojovú fázu života. Všetky fázy na seba nadväzujú a každá z nich je z väčšej či menšej miery ovplyvnená predchádzajúcou etapou. Staroba nám prináša múdrosť, pocit naplnenia, ale na ďalšej strane aj úbytok energie a nevyhnutnú premenu osobnosti, smerujúcu k jej koncu. Je to obdobie relatívnej slobody, ale aj doba, kedy sa hromadia nevyhnutné straty vo všetkých oblastiach. (Vágnerová, 2008)

„Starobu a starnutie považujeme za určitú etapu ontogenetického vývinu jednotlivca a predstavuje prirodzenú súčasť životného cyklu človeka. Sú javom individuálnym a spoločenským.“(Balogová, 2005, s.9)

Starnutím označujeme procesy biologické, sociálne a psychologické tvoriace jeden komplex, ktoré prebiehajú v určitom čase a smerujú k zániku organizmu resp. k smrti. Starnutie je prirodzený jav, ktorý sa týka každého človeka bez rozdielu. Jeseň života so sebou prináša ako každé obdobie pozitívne chvíle ale aj tie negatívne. Starý človek nie je charakteristický iba svojim vekom, sociálnym stavom a potrebou pomoci, vyznačuje sa i krehkosťou, podobnou pri detskom veku. Vzniká narastajúca závislosť na inej osobe. (Draganová a kol., 2006).

Starnutie označujeme ako komplex procesov biologických, sociologických a psychických prebiehajúcich v čase a vyznačujúcich sa svojou nezvratnosťou, na konci ktorého nastáva smrť. Výsledný stav procesu starnutia je staroba. Starobu nemôžeme nazývať chorobou, ale prirodzenou súčasťou života človeka. Starobu ovplyvňujú najmä:

- biologické činitele (choroby či dedičnosť),
- ekologické činitele (životné prostredie),
- sociálne činitele (rodina, finančná situácia),
- životné podmienky a zdravotno – hygienické činitele (výživa, životospráva). (Draganová a kol., 2006).

Starobu od starnutia je potrebné rozlišovať. Staroba je jedno z posledných období v živote človeka a končí smrťou. Starnutie môžeme vnímať ako biologický proces a jeho prevencia je nemožná. Prebieha u každého individuálne a môžeme si všimnúť, že sa stáva, že rozdiely medzi ľuďmi v staršom veku sú výraznejšie, ako medzi ľuďmi v mladšom.

Charakteristické sú preň tieto vlastnosti (Krajčík, 2006):

1. je to nezvratný proces, ktorý nie je možné vrátiť späť,
2. je progresívne, čo znamená, že nie je možné zastaviť jeho priebeh,
3. je to vnútorný proces geneticky naprogramovaný a jeho priebeh urýchľujú rôzne škodlivé faktory prostredia napr. fajčenie, choroby ,
4. prebieha nerovnomerne tým sa rozumie, že niektoré orgány a tkanivá starnú rýchlejšie a iné pomalšie,
5. regresívna prevaha starobných zmien. (Krajčík, 2006).

5.2 ZMENY V STAROBE A JEJ TYPY

To, ako sa starší ľudia adaptujú na starobu je rôzne a každý ma na toto životné obdobie rozličné reakcie a my si ich v nasledujúcich riadkoch priblížime: Konštruktívna – starnutie akceptuje, snaží sa svoj život prežiť aktívne. K ťažkostiam, ktorými je staroba sprevádzaná pristupuje tak, že k tomuto obdobiu patria. A vie, že jedinou alternatívou starnutia je smrť. Tento typ sa vyskytoval zväčša u ľudí na vidieku, Zaujatie obranného postoja – ľudia robia všetko pre to, aby na starobu zabudli aj keď sa jej boja, často sa vyskytujú dva druhy syndrémov a to buď syndróm zatvárajúcich sa dverí, kedy sa snažia športovať, majú milostné vzťahy a pod. robia všetko čo sa dá, alebo syndróm Dorianu Greya, vyskytuje sa väčšinou u mužov a prejavuje sa tým, že si farbía vlasy, obliekajú sa ako mladí ľudia, majú oveľa mladšie priateľky a pod., Vznik pasivity – stávajú sa v tomto období pasívni a utiahnutí, Reakcia nepriateľstvom – sú často nepriateľskí k mladým ľuďom, reagujú mrzuto, často sa od ostatných stráňa a hrozí im izolácia (Krajčík, 2006).

Vznik sebanenávisti – sú kritickí voči vlastnému životu, často sa objavuje ľútosť, depresia, vyhýbajú sa spoločnosti, cítia sa zbytoční bezmocní, pri takýchto senioroch je potrebná trpezlivosť, pretože tieto postoje sťažujú prácu s nimi. (Krajčík, 2006).

Podľa Příbyla (2015, s. 10) je staroba „dôsledok a prejav involučných zmien, ktoré sú determinované geneticky, ale aj ďalšími faktormi, napr. chorobami, spôsobom života, životnými podmienkami.“ Vzhľadom k jedinečnosti, genetike, prostrediu, pôsobeniu spoločenstva na človeka je starnutie u každého iné. Čevela, Kalvach a Čeledová označujú starobu takto: „Staroba je všeobecné označenie neskorých fáz ontogenézy. Ide o poslednú vývojovú etapu, ktorá uzatvára, završuje ľudský život.“ (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 19).

Bio-psycho-sociálne zmeny v starobe

Starnutie sa dá označiť za celoživotný proces, ktorý postihuje človeka komplexne, a to vplyvom involučných zmien. Jednotlivé etapy života sa od seba navzájom líšia, ale vzájomne na seba nadväzujú. Mlýnková (2011) uvádza, že proces starnutia je daný úpadkom vo vývoji organizmu. Prejavy involučných zmien sú u jedincov individuálne. U niektorých osôb môžeme pozorovať involučné zmeny už pred nástupom senia. Prejavy staroby sa môžu objavovať už v produktívnom veku. Naopak u iných nie sú tieto zmeny viditeľné. Rýchlosť starnutia jednotlivca je vopred daná genetikou, ale môže byť ovplyvňovaná životným prostredím, stresovými faktormi, životným štýlom (výživou, životným tempom, náplňou voľného času, aktívnym či pasívnym pohybom) a sociálno-ekonomickými podmienkami (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

Najčastejšie rozlišujeme štyri druhy staroby, ktorých priebeh je u každého človeka individuálny a je daný najmä genetikou a životom, ktorý človek žije:

- a) Kalendárna staroba
- b) Biologická staroba
- c) Sociálna staroba
- d) Psychická staroba (Čevela, 2012)

Kalendárna staroba

Kalendárna staroba je dosiahnutie určitého, arbitrárne určeného veku, od ktorého sa empiricky zvyčajne nápadnejšie objavujú involučné zmeny. Tento vek nazývame taktiež matričným alebo chronologickým. Podľa toho druhu delíme starobu na obdobie staroby na jednotlivé kategórie:

- a) 65 – 74 rokov mladí seniori – človek v tomto veku rieši problémy, spojené s penziou, ako tráviť voľný čas, ako sa seberealizovať a podobne,
- b) 75 – 84 rokov starí seniori – objavujú sa problémy s funkčnou zdatnosťou, atypický priebeh chorôb a podobne,
- c) 85 a viac rokov veľmi starí seniori – tu sa už rieši otázka sebestačnosti a zabezpečení (Mühlpachr, 2004).

Periodizácia staroby podľa rôznych autorov.

Podľa Vágnerovej (2007) sa delí staroba nasledovne:

- a) raná staroba (60 - 75 rokov),
- b) pravý vek (75 rokov a viac).

Hartl a Hartlová (2009) uvádzajú periodizáciu staroby podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO), ktorá vychádza z kalendárneho veku a delí ľudské životné obdobie nasledovne:

- 60 - 74 rokov (skorá staroba),
- 75 – 89 rokov (pravá staroba),
- 90 a viac rokov (dlhovekosť).

V bežnom živote je za starého človeka považovaný každý, kto dosiahol penzijný vek, to je väčšinou 65 ročný občan. V súčasnosti sa kalendárny vek najčastejšie člení:

- a) 60 – 74 rokov vyšší vek alebo ranná staroba, „mladí seniori“,
- b) 75 – 89 rokov starecký vek – senium, vlastná staroba, „starí seniori“,
- c) 90 rokov a viac, dlhovekosť, „veľmi starí seniori“. (Haškovcová, 2010)

Biologická staroba

Biologický vek vyjadruje objektívny stav fyzického vývoja či degenerácie. V dnešnej dobe nie sú určené žiadne kritériá pre zostavenie biologického veku. Biologický vek je daný geneticky, je ovplyvnený spôsobom života a prejavuje sa funkčnými a somatickými zmenami (Mühlpachr, 2004).

Biologická staroba je daná dosiahnutím určitej miery involučných zmien, poklesu potenciálu zdravia (vzájomne previazanej zdatnosti, odolnosti a adaptability). Ide o súhrn nevratných biologických zmien, prípadne génových expresií, predikujúce zvýšené riziko chorôb, funkčných deficitov, či úmrtia. Biologickú starobu nemožno jednoducho stanoviť - neexistujú presné kritériá. Procesy starnutia sú navyše mnohokrát späté s chorobnými zmenami. Vonkajším vyjadrením involučných zmien je pokles výkonnosti, miera funkčného zdravia či fenotyp staroby - zmeny postavy, postoja, chôdze, vlasov, pokožky a pod. (Čevela, 2014).

Rýchlosť a kvalitu biologického starnutia významne ovplyvňujú psychologické faktory a vplyvy prostredia. Biologický vek sa prejavuje starnutím tela a orgánov i zmyslov. Telesné zmeny sa týkajú väčšiny orgánových sústav a ich orgánov. Klevetová a Dlabalová (2008) uvádzajú nasledujúci prehľad signifikantných zmien:

V rámci pohybového systému sa znižuje výška tela a ubúda kostná hmota. Chrupavky tuhnú, väzivo je menej pružné. Ubúdanie svalovej hmoty vedie k poklesu svalovej sily. Spomaľuje sa rýchlosť nervových vzruchov a pohyb starého človeka je tak celkovo pomalší. Kosti sa stávajú krehkými, a prípadné úrazy sa liečia dlhšie než v prípade mladšieho jedinca. Tiež chrbtica má tendencie k väčšiemu ohýbaniu, čo spôsobuje postupné hrbenie. Svaly sa ochabujú a klesá ich pružnosť. V cievach sa hromadia tukové látky, vápnik a postupne dochádza k ich zužovaniu a následnej nedokrvenosti niektorej časti organizmu.

Biologické respektíve telesné zmeny sa vyskytujú pri väčšine orgánov a najčastejšie ich vidíme na koži alebo pohybovom aparáte. Ďalej sa zmeny týkajú aj nervového systému, kardiovaskulárneho systému, trávenia, respiračného systému, zmyslového systému, pohlavného a vylučovacieho systému. (Németh, 2009).

Na koži hlavne rukách sa objavujú hnedé škvrny, ktoré nazývame aj starecké škvrny sú dôsledkom nahromadenia melanocytu. Alebo sa môžu na koži objaviť svetlé miesta, ktoré sú prejavom chýbajúceho pigmentu. Koža je menej elastická objavujú sa vrásky, dochádza k strate tukových tkanív a koža je potom tenká pripomínajúca papier. Vlasy sú šedivé a riedke, nechty sú hrubšie a vyskytujú sa na nich ryhy. (Mlynková, 2011).

Kardiovaskulárny systém je v období staroby spojený s poklesom pracovnej kapacity srdca. Môže sa objaviť aj hypertenzia, zvýšenie krvného tlaku, ortostatické problémy, výkonnosť srdcového svalu je nižšia, tepny strácajú elasticnosť. Srdce prečerpáva menšie množstvo krvi a to znamená, že prietok je znížený vo všetkých orgánoch, mozgu, ľadvinách a pod. (Németh, 2009). Zmeny v pohybovom aparáte sú viditeľné, keďže dochádza k zmene vo výške a váhe seniorov a u niektorých si môžeme všimnúť, že chodia v predklone, čoho príčinou je oslabenie kostných svalov, ktoré potom nedokážu udržať postavu vzpriamenú. Často v tomto období dochádza aj k rednutiu kostí a preto aj skôr dôjde k vzniku zlomenín. Zvýšená bolestivosť kĺbov je následkom úbytku kĺbovej chrupavky. (Mlynková, 2011).

Čo sa týka respiračného systému u seniorov dochádza často k zadýchavaniu, to je dôsledok poklesu respiračnej schopnosti pľúc. V oblasti tráviaceho systému tiež dochádza k zmenám a to hlavne k zníženiu tvorby slín, enzýmov podieľajúcich sa na trávení. Často sa objavuje aj zápcha v dôsledku oslabenej peristaltiky a pomalšie sa vstrebávajú, lieky, vitamíny. V neskoršom veku sa môže u seniorov objaviť aj starecká cukrovka. (Mlynková, 2011).

Mnoho seniorov je tiež náchylnejších k zápalom dýchacích ciest, pretože samočistiaca schopnosť dýchacích ciest sa znižuje. V oblasti tráviaceho systému sa

odohrávajú zmeny v schopnosti tráviť a vstrebávať živiny z potravy. Kapacita a pružnosť močového mechúra klesá, pečeň a pankreas sú menej výkonné, a častejšie sa objavuje bolesť v oblasti brucha či podbruška. Znížená svalová sila spôsobuje pokles činnosti hrubého čreva, čo sa môže mať za následok chronickú zápchu. Senior môže častejšie trpieť nechutenstvom a stratou smädu, čo môže nepriamo ohrozovať jeho zdravie. (Kleťová, Dlabalová, 2008).

Pohlavný a vylučovací systém je u každého seniora individuálny. Urogenitálny systém je charakteristický v tomto období inkontinenciou, znížená koncentračnou schopnosťou obličiek, u mužov sa zväčšuje prostata. Prítomný je aj pokles schopnosti ľadvín tvoriť a vylučovať moč a prejavuje sa to u seniorov ich neschopnosťou udržať moč. (Németh, 2009).

Zmeny nastávajú nevyhnutne aj v oblasti funkcie pohlavných a vylučovacích orgánov. Okrem nevyhnutných fyziologických zmien u mužov a žien tiež klesá schopnosť obličiek a sila svalových zvieráčov. 15-30% ľudí starších ako šesťdesiat rokov trpí inkontinenciou. Povrch tela je menej chránený, lebo koža sa stenčuje a stráca svoju pružnosť. Zhoršuje sa funkcia mazových žliaz, a koža má väčšiu náchylnosť byť vysušená. Tvoria sa vrásky, vlasy šedivejú a chlpy postupne hustnú (obzvlášť na nose, obočí a v ušných lalokoch). Objavuje sa zvýšená pigmentácia (starecké škvrny) alebo naopak na niektorých častiach tela pigmentácia úplne chýba. V neposlednom rade dochádza aj k zmenám v nervovom systéme a v činnosti zmyslových orgánov. Znižuje sa počet neurónov, a zmeny v ich fungovaní majú vplyv na rýchlosť vedenia vzruchov. Môžu sa prejavovať poruchy chôdze a rovnováhy. (Kleťová, Dlabalová, 2008).

Nervový systém pracuje pomalšie a preto niektorí seniori potrebujú viac času na to, aby spracovali prijatú informáciu. Výkonnosť zmyslových orgánov výrazne klesá. Najmä čo sa týka zraku znižuje sa zraková ostrosť, môžu sa objaviť aj ochorenia ako šedý zákal, zelený zákal a pod. V starobe sa pomerne často objavuje zhoršený sluch, ktorý vzniká najmä u ľudí, ktorí pracovali v hlučnom prostredí. (Mlynková, 2011).

Klesá tvorba hormónov a obranného mechanizmu. Mnoho seniorov sa sťažuje na poruchy spánku. V rámci zníženej funkcie zmyslov dochádza k zhoršovaniu vnímania signálov z okolia, zhoršuje sa nielen zrak a sluch, ale aj hmatové a čuchové schopnosti. Ubúdajú aj receptory, ktoré človeku umožňujú vnímať pohyb a polohu tela, pocity tlaku, sily, tepla a chladu. Starý človek máva problémy s odhadom teploty predmetov alebo odhadom vzdialenosti, čím narastá riziko úrazov. (Kleťová, Dlabalová, 2008).

Vyššie uvedené zmeny síce tvorí súčasť starnutia, pre mnoho seniorov však môžu znamenať výrazný demotivačný prvok. Zmenšená pohyblivosť môže zvädzať k nezáujmu o aktívny pohyb, skutočnosť, že sa jedinec nemôže spoľahnúť na svoje zmysly tak ako predtým, často vedie k izolácii od ostatných ľudí. Aktívne trávenie voľného času však dokáže v mnohých prípadoch vyššie uvedené zmeny v biologických prejavoch starnutia znížiť, a aj napriek tomu že v niektorých aktivitách môžu seniori podávať znížené výkony, už len účasťou na nich môžu nielen pomôcť sami sebe, ale aj motivovať ostatných k aktívnej účasti na svojom živote (Kleťová, Dlabalová, 2008).

Sociálna staroba

Sociálna staroba je daná predovšetkým odchodom na penziu, ktorá vzniká, ak dosiahne vek seniora na starobný dôchodok alebo ak odíde v dôchodkovom veku zo zamestnania sám. Sociálna staroba so sebou nesie stratu niektorých sociálnych rolí, postavenia, priateľov, ale aj životného partnera. Mení sa tiež ekonomická situácia a penzista je závislý na dôchodkovej dávke (Čevela, 2012).

Podľa Jarošovej (2006) na sociálnu starobu pozitívne pôsobia funkčné vzťahy v rodine, nahradenie pracovnej náplne záujmovými činnosťami, uspokojenie potrieb seniorov a ekonomické zabezpečenie na dobu penzie.

Sociálne starnutie so sebou prináša zmenu sociálnych rolí, potrieb, životného štýlu, ktorý je v úzkej súvislosti s ekonomickou situáciou seniora. So stratou zamestnania, pri odchode do dôchodku, môže byť spojená frustrácie zo vzniknutej novej životnej etapy, lebo senior prestáva byť pre spoločnosť užitočný, aspoň podľa vlastného náhľadu, pretože stratil sociálnu pozíciu a s tým spojenú aj sociálnu úlohu, ktorú si v profesijnom a aktívnom živote vytvoril. (Suchomelová, 2016).

Ďalšou sociálnou zmenou seniora môže byť strata životného partnera, presťahovanie sa do domova pre seniorov alebo byť dlhodobo umiestnený na lôžko z dôvodu chronického alebo závažného ochorenia. (Suchomelová, 2016).

So sociálnymi udalosťami úzko súvisí potreba seniora byť s niekým v sociálnej interakcii a ak už nemá blízku rodinu alebo osobu, s ktorou by mohol adekvátne sociálne problémy riešiť, alebo jeho zdravotný stav vyžaduje starostlivosť od profesionálnych pracovníkov, potom je tu možnosť intervencie zo strany sociálnych pracovníkov alebo sociálnych pedagógov, aj zvyšných pomáhajúcich profesií. Ale tieto dve uvedené podľa nášho názoru majú všetky predpoklady k najintenzívnejšej pomoci smerom k seniorom, a to

z dôvodu toho, že väčšinu pracovníkov v domovoch pre seniorov alebo rôznych podobách ambulantnej starostlivosti pre seniorov z hľadiska sociálnosti života tvoria práve sociálni pracovníci a na aktivizáciu seniorov sa tiež môžu podieľať sociálni pedagógovia (Králová, Ražová, 2012).

Za ďalšiu dôležitú zmenu považuje Křivohlavý (2011) to, že sa mení postoj jedinca k tomu, čo bolo a čo bude, kedy žije v prvom rade prítomnosťou, a tiež to, čo od života chce. Pri odchode do dôchodku sa jedinec zamýšľa predovšetkým nad tým, čo ešte chýba a čo by mal dorobiť, aby to bolo úplné. V neposlednom rade sa mení zameranie záujmov seniora a spoločnosť ľudí, s ktorými prichádza do styku. V súvislosti so sociálnou starobou sa dá hovoriť o sociálnej periodizácii života, ktorá zjednodušene člení ľudský život do troch, eventuálne štyroch veľkých období, tzv. veku:

- a) Prvý vek sa označuje ako predproduktívny – spadá sem obdobie detstva a mladí. Toto obdobie je charakterizované rastom, vývojom, vzdelávaním, profesionálnou prípravou, získavaním skúseností a znalostí.
- b) Druhý vek je charakterizovaný ako produktívny vek – tu hovoríme o období dospelosti, životnej biologickej produktivite (založenie rodiny), sociálnej a najmä pracovnej.
- c) Tretí vek, teda postproduktívny vek – toto obdobie sa uvádza ako obdobie poklesu zdatnosti a odpočinku, ale najmä ako predstava fázy za zenitom a bez produktívneho prínosu.
- d) Štvrtý vek býva niekedy označovaný ako fáza závislosti. Toto označenie je však nevhodné, vzniká totiž dojem, ako by nesebestačnosť bola rovnako zákonitá, ako všeobecne prijímané predchádzajúce štádiá. To odporuje konceptu úspešného starnutia a predstave, že zdravé starnutie zostáva až do najpokročilejšieho samotného veku (Muhlpachr, 2004).

Psychická staroba

Psychické zmeny sú vo fyziologickej starobe podmienené ako biologicky, tak psychicky a sociálne. Všeobecne platí, že jedinec je oveľa menej prispôsobivý a v dôsledku toho trvá na svojich návykoch a stereotypoch, býva precitlivejší a málo empatický. Niektoré vlastnosti osobnosti človeka sa zvyrazňujú. V starobe sa tiež výraznejšie prejavujú tie zložky osobnosti, ktoré skôr pokladal jedinec za zlé a dokázal ich zakrývať a ich prejavy tlmiť. Možno pozorovať aj „narastajúcu neistotu a úzkosť, spojené so stupňujúcou sa podozrievavosťou, šikanovaním okolia, najmä ošetrojúcich osôb. Človek stráca intenzitu vzťahov k vonkajšiemu daniu, bývalým ideálom a záľubám. Zvyšuje sa intenzita vzťahu k

blízkym osobám a potreba ich prítomnosti ako pomoci v ohrozujúcich situáciách.“ (Hátlová, 2010, s. 15)

Pre seniora je charakteristické, že často žije v spomienkach a hodnotí uplynulý život. V minulých životných obdobiach poznal podmienky a dokázal riešiť každodenné situácie. Keďže sa v nich dokázal orientovať, pripadal mu život v týchto podmienkach ľahší. Za zhoršených podmienok fungovania zmyslových a kognitívnych funkcií sa ľahšie dostáva do neznámych situácií, v ktorých si nevie rady, a prepadá neistote, úzkostiam či záchvatom paniky, ktoré môžu viesť k dlhodobjším depresívnym stavom. Rad návalov smútku je skôr reálnym stavom reagujúcim na emočne náročnú situáciu a je preto zodpovedajúcou reakciou na situáciu, s ktorou sa senior vyrovnáva (Kleťetová a Dlabalová, 2008).

Psychické zmeny – počas starnutia prechádza ľudská osobnosť zmenami, u starších ľudí sa objavujú negatívne rysy osobnosti. Aj sa k psychickým zmenám pridružia ešte sociálne zmeny, pre seniorov to znamená ťažšiu adaptáciu na nové prostredie. Treba však odlíšiť či ide o zmeny spôsobené starobou alebo o duševné poruchy. U seniorov sa objavujú najmä tieto psychické zmeny (Dvořáčková, 2012):

1. psychické zmeny zostupnej povahy – trpezlivosť, tolerancia k druhým, vytrvalosť
2. psychické zmeny vzostupnej povahy – spomalené psychomotorické tempo, vitalita, elán, znížená schopnosť nadviazať a udržať si nové vzťahy
3. psychické funkcie, ktoré sa nemenia s vekom – slovná zásoba, intelekt, jazykové znalosti. (Dvořáčková, 2012).

Zahraničné štúdie (MacLeod et al., 2016, Braveman et al., 2011) ukázali, že starnutie populácie má globálny dopad a starnutie ako také determinuje viaceré dimenzie života vrátane mentálneho zdravia (Manning, 2013). Štúdie prezentujú zistenia, že vyššia úroveň sociálnej podpory je spojená s lepším zdravím, vyšším zdravím podľa vlastného hodnotenia, lepším prispôbením sa zmenám životného štýlu v starobe, lepšou kognitívnou činnosťou a menšou osamelosťou (Kim, Kubzansky, Smith, 2015). Pre pri poskytovaní starostlivosti o seniorov musí byť tieto skutočnosti zobrazené do úvahy.

Otázka zdravia vo vyššom veku u seniorov nesúvisí ani tak s absenciou ochorení, ale dáva do pozornosti schopnosť seniora postarať sa o samého seba, ktorá sa znižujúce priamo úmerne so zvyšujúcim sa vekom a stupňom odkázanosti na sociálne služby (Brown, 2003). Sociálna podpora sa tiež považuje za pozitívny mechanizmus zvládania, pretože sa spolieha na vonkajšie zdroje, ktoré pomáhajú pri zdraví, strese a emočnej regulácii. (Pillemer, Holtzer, 2016). Z tohto dôvodu musí byť sieť pomoci seniorom zameraná nielen

na zdravie a ošetrovateľskú starostlivosť, ale aj na ďalšie sféry jeho života – duchovnú, sociálnu, emocionálnu.

5.3 POSTOJE SENIORA K STARNUTIU

Mladí ľudia si myslia, že sa ich staroba netýka, pretože je ďaleko. Avšak každý z nás pomaly, ale iste starne a blíži sa k hranici, kedy začína staroba. O starobe okolo nás sa v mladších vekových kategóriách príliš nehovorí, sú skôr zameraní na svoj úspech a osobnú kariéru, žijú rýchlym životným štýlom bezstarostného a kreatívneho mladí, ktoré je potrebné čo najlepšie využiť. Mladí ľudia sú zdraví, plní energie a staroba je pre nich vzdialený pojem a tak nie sú nútení o nej uvažovať (Haškovcová, 2010).

Existuje celý rad predsudkov a mýtov o starnutí, ktoré ovplyvňujú postoje seniorov, ale aj celej spoločnosti. Tieto predsudky sa týkajú všetkých aspektov života seniorov, vzťahujú sa k práci, zdraviu, aktivite, mobilite, rozhodovaniu, voľnému času, rodine, psychike, sociálnej integrácii, sexuálnemu životu. Najčastejšie mýty ohľadne starnutia súvisia s poklesom fyzických a duševných schopností seniorov a s nevyhnutnou rastúcou závislosťou starších ľudí na pomoc ostatných. Všeobecne sa ľudia v dnešnej dobe správajú k seniorom v určitej miere odmietavým postojom a veľa ľudí považuje generáciu starých ľudí za zbytočnú a obťažujúcu. (Janečková, 2013).

Ľudia majú väčšinou kladný vzťah k svojim prarodičom, avšak k ostatným seniorom majú skôr ignorujúci až negatívny postoj. Mladí ľudia si niekedy neuvedomujú, že by starým ľuďom mali prejavovať úctu. Niekedy mladšia generácia naznačuje seniorom, že vyšší vek je v podstate handicapom. Horšie postavenie majú v našej spoločnosti seniori, ktorí sú príjemcovia starobného dôchodku. (Haškovcová, 2010).

Niektorí považujú seniorov za ekonomickú záťaž, vnímajú ich ako nesebestačných ľudí, ktorí sú osamelí, či zbytoční. Veľa ľudí však zase vníma seniorov ako generáciu, ktorá nás môže obohatiť vo viacerých smeroch. Môžeme od nich získať nedocenené (životné skúsenosti, nadhľad, ale aj správne zoradený rebríček hodnôt).

Negatívne postoje ku starnutiu sa dajú označiť ako diskriminácia ľudí vzhľadom k ich veku (Janečková, 2013). V spoločnosti je potrebné nastaviť nové poňatie starnutia, ktoré bude vychádzať z medzigeneračných vzťahov, bude rešpektovať vzájomný prínos jednotlivých generácií. Je potrebné zdôrazniť, že učenie je dôležité pre všetky vekové

skupiny, nielen pre ľudí mladého a stredného veku. Pre lepšie vytvorenie náhľadu na starnutie a starobu, ako je tomu doteraz, môžu prispievať médiá, ale taktiež samotní seniori. Tí sa musia podieľať na rozhodovaní v spoločnosti a prispievať k odstráneniu starých stereotypov. Človek starne stále v spoločnosti, s priateľmi, susedmi, rodinnými príslušníkmi a tieto vzťahy, rovnako ako medzigeneračné vzťahy sú dôležitými atribútmi pre aktívne starnutie. A preto je dôležité si uvedomiť, že okrem iného závisí kvalita života seniorov taktiež na tom, ako sa k nim správajú príslušníci mladších generácií (Holmerová, 2006).

Čo sa týka postojov seniora, tak vyrovnať sa so starobou a prijať rolu seniora, nie je vôbec jednoduché. Človek opúšťa zamestnanie, kolegov a je pred ním veľa voľného času. Niektorí vedia ako s ním naložiť, iní sa uzatvárajú do seba a izolujú sa od spoločnosti. Samozrejme existuje mnoho služieb, ktoré môžu seniori využiť na trávenie voľného času, ale zo všetkého najdôležitejšie je vyrovnať sa s novou rolou. Adaptácia seniora nezávisí len na jeho osobnosti, ale aj na prežitom detstve, tvorivej dospelosti, životných skúsenostiach a elánu do života.

Mlýnková (2011) vo svojej publikácii uvádza 5 stratégií, ktoré napomáhajú seniorovi vyrovnať sa so starobou:

- Konštruktívny spôsob - senior má pozitívny prístup k svojmu životu. Je optimistický, aktívny a kreatívny. Voči druhým dokáže byť tolerantný a prívetivý. Neustále prejavuje záujem o svoje okolie a snaží sa nahradiť svoje obmedzenia inými aktivitami, s obmedzeniami dokáže žiť, ale predovšetkým sa s nimi vyrovnáť. Aj vo vyššom veku dokáže nadväzovať nové vzťahy a spoznávať nových ľudí. Taktiež zmysel pre humor zostáva zachovaný. Je to pravdupovediac najzdravší spôsob ako sa vyrovnáť so starobou. S týmto postojom sa seniori berú takí, akí sú a dokážu aj v starobe žiť plnohodnotným životom (Mlýnková, 2011).

- Závislosť - jedincov prístup k životu je skôr pasívny. Očakávajú pozornosť a starostlivosť od svojho okolia. Často zveličujú svoje problémy, aby sa im dostalo záujmu. Tieto osoby vo svojom živote málokedy o niečom rozhodovali. Väčšinou za nich rozhodovali rodičia, partner, alebo niekto veľmi blízky. Seniori s týmto prístupom sami nevedia, čo by pre nich bolo najvhodnejšie a preto sa rozhodujú na základe cudzieho rozhodnutia. Spoliehajú na to, že aj v starobe sa nájde niekto, kto za nich rozhodne. Bohužiaľ to však nemusí byť vždy v prospech seniora, ak sa nezhodujú jeho názory s osobou, ktorá ho ovplyvňuje. Tento postoj k starobe je vybudovaný dlhodobým pôsobením inej osoby na človeka a veľmi ťažko sa s ním bojuje. Senior je už zvyknutí, že nemusí robiť závažné rozhodnutia a tým pádom ani

nenesie následky. Je dôležité, aby mal každý svoj názor, aj keď nie vždy je správny (Malíková, 2011).

- Obranný postoj - tento postoj sa najčastejšie objavuje u osôb, ktorých život bol činorodý a neustále nabitý aktivitami. Často sú to osoby pracujúce na vysokých postoch a nechcú si pripustiť, že by ich profesionálny život mal skončiť. Odchod do dôchodku je pre nich bolestivý a ťažko znesiteľný. Trvajú na svojich zásadách, zvyklostiach a nepripúšťajú si zmeny. V prípade nejakého obmedzenia nedokážu požiadať o pomoc, lebo vždy zvládli všetko sami a svoju nesebestačnosť sa snažia kompenzovať nadmernou aktivitou. Nedokážu sa vyrovnáť s nedostatkom síl, zvýšeným strachom zo závislosti na iných a starnutím. Je pochopiteľné, že nikto nechce byť závislý na inej osobe, ale nie je hanbou povedať si o pomoc. Každý človek ju v živote potrebuje, nech už v akejkoľvek podobe (Jarošová, 2006).

- Nepriateľský postoj - človek s nepriateľským postojom je podozrievavý, mrzutý, náladový, nevyhľadáva nové spoločenské vzťahy. Je nespokojný úplne so všetkým. Nič nie je dost' dobré natoľko, aby ho to uspokojilo. Opakovane sa sťažuje a dostáva sa do konfliktov. Často si nerozumie s mladšou generáciou a nebýva ojedinelým prípadom, že seniori s týmto postojom ku starobe žijú osamelo. Seniori s týmto postojom k starobe sú plní zloby, hnevu, krivdy, sklamaní a svoje problémy a neúspechy si chcú nechať sami pre seba a v ústraní si prežívať svoje trápenia. Tento postoj je zaťažujúci nielen pre seniora samotného, ale aj pre osobu, ktorá o seniora stará. V praxi možno často vidieť vyčerpanie ošetrojúcej osoby, z toho dôvodu, že klient nemá záujem o starostlivosť a podeliť sa o svoje starosti. Ošetrojúce osoby sa o to viac snažia a úspechy sú väčšinou minimálne. (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

- Sebanenávisť - sa objavuje u seniorov, ktoré majú pocit prázdnoty a osamelosti. Pocit, že ich život nebol naplnený, že nestihli všetko, čo chceli. Zlobu, rozčúlenie a zlosť používajú proti sebe. Sú kritickí predovšetkým k sebe samému a často premýšľajú nad otázkou smrti. Títo seniori často trpia depresiami. Nemajú snahu vyhľadávať nejaké aktivity, nič ich nebaví a je veľmi ťažké nájsť nejaké pozitívum, ktoré by ich vrátilo späť do aktívneho života. Pri zaujatí tohto postoja je dôležité ho ihneď začať riešiť, aby nedošlo k sebapoškodzovaniu (Mlýnková, 2011).

Sociálne zmeny v živote seniora sú úzko spojené s jeho odchodom do dôchodku. Jeho nástup do dôchodku je spojený so zmenou statusu. Senior prestáva byť pracovne aktívnym človekom a začína sa stávať závislý na spoločnosti. Niektorí ľudia sa na dôchodok tešia plánujú si aktivity, ktorým sa budú venovať a na ktoré predtým nemali čas. Ak nemajú

seniori dostatok spoločenských kontaktov, môže to mať za následok pocit sociálnej izolácie a negatívne nálady. (Mlynková, 2011).

Je vhodné položiť si otázku, v akom veku by sa mal človek pripravovať na starobu. V súčasnej dobe sa stredná generácia na ňu začína pripravovať po štyridsiatke. Prípravu na starnutie môžeme rozlišovať dlhodobú, strednodobú a krátkodobú:

a) dlhodobá príprava na starnutie – dôležité je viesť zmysluplný a harmonický život, vzdelávať sa, rozvíjať svoje záujmy a činnosti. Dôležité sú aj fungujúce rodinné vzťahy. V období adolescencie je dôležitá výchova k zodpovednému manželstvu, rodičovstvu a rešpektu k seniorom. Je vhodné zapojiť vnúčatá o starostlivosť o svojich prarodičov, ktorí potrebujú pomoc. A v neposlednom rade je potrebná správna životospráva a pohyb,

b) strednodobá príprava na starnutie – jej začiatok je v strednom veku najneskôr však 10 rokov pred skončením pracovnej aktivity, zameriava sa hlavne na oblasti: biologické (zdravý životný štýl), sociálne (nadväzovanie kontaktov mimo práce, aktivity, koníčky, záujmy) a psychologické (prijatie seniorov ako súčasť života, duševná hygiena),

c) krátkodobá príprava na starnutie – začína 3-5 rokov pred odchodom do dôchodku. Dôležité je, aby mali seniori dostatok informácií o tom, ako môžu aktívne žiť, aké sú dostupné sociálne služby aj to, aké sú možnosti dopravy v mieste bydliska seniora. Pre seniora je vhodné zvoliť si celoživotné vzdelávanie ako jednu z aktivít vo voľnom čase. Mal by sa zaujímať o svoj zdravotný stav a nepodceňovať akékoľvek príznaky. Vhodné je aj riešiť otázky ďalšieho spolužitia v rodine so svojimi blízkymi. (Příbyl, 2015).

Pre prispôsobenie sa vonkajšiemu prostrediu používame pojem adaptácia rozlišujeme: aktívnu adaptáciu, kedy si človek prispôsobí prostredie, v ktorom žije alebo pasívnu adaptáciu, ak sa jedinec prispôsobuje prostrediu, v ktorom žije. Ak sa jedinec prispôbiť nevie hovoríme o maladaptácií teda o maladaptáčnom geriatrickom syndróme. (Balogová, 2005).

Zvládnutie zmeny v sociálnej oblasti seniora má, rovnako ako fyzické a psychické starnutie, individuálny charakter. Niektorí seniori sú aj vo vysokom veku samostatní a vyhľadávajú stále sociálne interakcie, napríklad pri výletoch s obdobne starými ľuďmi, a niektorí sa stránia spoločnosti a trpia samotou. Spôsob sociálneho starnutia úzko súvisí s vlastným pohľadom na starobu a „predošlý“ spôsob života (Suchomelová, 2016).

V starobe dochádza k zmene hodnôt potrieb. Čevela (2012) uvádza, že potreby sa menia podľa aktuálneho stavu a životných podmienok seniora. Treba mať na mysli, že v mnohých prípadoch sú seniori pri uspokojovaní svojich potrieb odkázaní na pomoc osôb vo

svojom okolí. Na druhej strane je potrebné mať na vedomí, že nadmerná pomoc je nežiaduca, pretože by mohla posilňovať závislosť seniora na druhých ľuďoch (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

Z oblasti fyziologických potrieb je pre seniorov dôležité chutné jedlo, kedy u tejto potreby hrá úlohu úbytok chuťových pohárikov. Avšak pri príjme tekutín dochádza naopak k legitimizovaní potlačenia tejto potreby, a to z dôvodu zníženého pocitu smädu. Do popredia sa dostáva potreba vyprázdňovania, ktorá však môže byť skomplikovaná inkontinenciou či zápchou. Nemenej dôležitá je aj potreba odpočinku, spánku a celkovej pohody. Z potrieb psychosociálnych je nutné spomenúť potrebu bezpečia a istoty, ktorá je posilňovaná kontaktom seniora s blízkymi ľuďmi. Táto potreba sa týka aj ekonomického zaistenia aj zdravotného stavu starého človeka. Strach z choroby a závislosti na starostlivosti druhej osoby je v starobe častým javom. Dôležitá je aj potreba komunikácie, ktorá býva nedostatočne uspokojená v niektorých pobytových zariadeniach pre seniorov. Rovnako ako v ostatných životných obdobiach, je aj pre seniorov dôležitá sebarealizácia. Väčšina ľudí napĺňa túto potrebu prostredníctvom zamestnania, a preto seniori v penzii o svojej práci často hovoria, a sebarealizácia prebieha prostredníctvom spomínania. Aj v starobe pretrváva potreba byť pre spoločnosť užitočný a v prípade, keď už senior nemôže chodiť do práce, možno túto potrebu uspokojovať v rodine. Seniori sa môžu realizovať taktiež formou rôznych koníčkov, návštev kultúrnych podujatí (na niektoré z nich sú seniorom poskytované aj finančné zľavy) alebo vzdelávaním na univerzitách tretieho veku. Nemožno nespomenúť tiež duchovné potreby, ktorých súčasťou je hodnotenie zmyslu svojho života a hľadanie odpovedí na dôležité životné otázky (Mlýnková, 2011).

Medzi hlavné priority človeka v období staroby patria podľa Čevelu (2012) účasť na bežných každodenných aktivitách, vrátane starostlivosti o členov rodiny a výchovy vnúchat či pravnúchat.

Túto skutočnosť potvrdzuje aj Langmeier a Krejčířová (2006), ktorí tvrdia, že starí ľudia si častejšie vytvárajú silné väzby na svoju rodinu, ktorá pre nich predstavuje dôležitý zdroj radosti a uspokojenia a to predovšetkým prostredníctvom styku s vnúchatami a pravnúchatami. Pre starého človeka je prioritné tiež zachovanie svojich životných hodnôt, skúseností a zručností. Aj v tomto veku je dôležitý sebarozvoj a venovanie času svojim záľubám. Pri kontakte so seniorom sa môžu ošetrujúce osoby dostať do situácie, ktorú možno označiť ako problémovú. Tieto situácie si vyžadujú zvýšenú pozornosť a mnohokrát je nutné do ich riešenia zapojiť viac osôb ako je napríklad vedúci a poskytovateľ sociálnej

služby alebo rodina seniora. Za problémovú možno označiť situáciu, keď je senior depresívny (depresia môže byť jedným z príznakov demencie), správa sa agresívne, objavujú sa u neho komunikačné bariéry alebo situácie, kedy senior odmieta starostlivosť / sociálne služby (Hauke, 2014).

Depresia sa spočiatku prejavuje nepatrne, občas býva zamieňaná za obvyklé prejavy staroby. U seniora s depresiou sa objavujú pocity viny, smútok, poruchy spánku a chuti do jedla, zhoršené sústredenie a v krajných prípadoch aj myšlienky na samovraždu. K rozvoju depresie môže dôjsť v dôsledku odchodu do penzie, straty životného partnera či diagnózy ochorenia. Depresia musí byť včasne rozpoznaná, aby mohla začať nefarmakologická aj farmakologická forma liečby (Venglářová, 2007).

So seniorom odmietajúcim sociálne služby sa možno najčastejšie stretnúť v prípade, keď mu bola služba sprostredkovaná jeho rodinnými príslušníkmi, a senior ju prijal, aby sa s rodinou nedostal do konfliktu. Je však presvedčený o tom, že starostlivosť o seba aj o domácnosť je v takom postavení zabezpečiť vlastnými silami. (Hauke, 2014)

Agresívne správanie môže u seniorov vyvolať nepríjemná situácia, spôsobená napríklad správaním okolia seniora. Agresívne správanie má formu verbálnu agresívnu a fyzicky agresívnu. U verbálne agresívneho správania sa agresivita objavuje v slovnom prejave seniora, kedy senior kričí a nadáva, často aj s použitím vulgarizmov. Môžu sa pridať aj vyhrážky rôzneho charakteru. Fyzicky agresívne správanie sa často pridáva k správaniu slovne agresívnemu, kedy senior napáda osoby zo svojho okolia. Agresivita môže, ale aj nemusí, byť prejavom duševnej poruchy, ktorou býva najčastejšie demencia. U niektorých ľudí slúži agresivita ako prostriedok na dosiahnutie cieľa alebo je už súčasťou povahy človeka. Vzhľadom k psychickým zmenám v starobe, ktoré spôsobujú zvýšenú citlivosť, môžu byť agresívne prejavy vyvolané tiež nadmernou psychickou záťažou, s ktorou sa nedá vyrovnáť bežnými obrannými mechanizmami - napr. diagnóza choroby alebo strata životného partnera (Venglářová, 2007).

V starostlivosti o starého človeka je dôležité efektívne prepojiť systém lekárskej, ošetrovateľskej a sociálnej starostlivosti. Tú by mali poskytovať kvalifikovaní pracovníci, ktorí poznajú špecifiká klientely a vedia, ako so seniormi pracovať. Treba sa tiež zamerať na konkrétne deficity, s ktorými sa senior potýka a tieto deficity zmierniť alebo odstrániť. Môže sa jednáť o problémy vzniknuté na podklade zhoršeného zmyslového vnímania, komunikačných bariér alebo sociálnej izolácii. Prostredie, v ktorom senior žije, by ho malo podnecovať k aktivite, k zmysluplnému tráveniu voľného času a udržiavaniu vzťahov s

ľudmi v okolí. Nemožno nespomenúť tiež architektonické bariéry, ktorých odstránenie prispeje k pocitu bezpečnosti a posilnenia istoty starého človeka pri pohybe v priestore. V prípade, že na starostlivosť o seniora významne participuje rodina, je potrebné dbať na prevenciu preťaženia rodinných ošetrojúcich, ktoré by sa mohlo premietat' aj do správania seniora (Vengľárová, 2007).

Ľudia žijú v prostredí, kde pôsobia rôzne vplyvy a záťažové situácie. V rámci obranných mechanizmov pôsobia reakcie a adaptácie. Reakciou sa chápe vopred pripravená, zakódovaná odpoveď. Na druhú stranu adaptáciou (prispôsobením) sa získavajú nové, oveľa účelnejšie reaktivity. Ide teda o proces adaptácie, pri ktorej organizmus novo reaguje na zmeny prostredníctvom zmenenej činnosti.

Haškovcová (2002) uvádza, že s pribúdajúcim vekom sa negatívne mení schopnosť vyrovnávať sa s novými životnými udalosťami, znižujú sa adaptačné schopnosti. Potrebuje oveľa viac energie na spracovanie nových situácií, čo spôsobuje psychickú a fyzickú únavu. Hlaváčová (2003) dokonca považuje starobu za obdobie, kedy dochádza k zlyhaniu adaptácie. Podľa Vágnerovej (2007) ovplyvňujú schopnosť adaptácie osobnostné vlastnosti, osobná sociálna sieť poskytujúca podporu a pomoc a systém zdravotnej a sociálnej starostlivosti poskytovanej spoločnosťou. Reakciou na závažné problematické situácie a udalosti je apatia a rezignácia.

Na druhej strane sú seniori podľa Vengľárovej (2007) schopní adaptácie na nové prostredie, nový životný štýl, novú lokalitu bydliska, zoznami sa s novými pracovníkmi alebo klientmi iba v prípade, ak sú viac aktívni. Tým majú väčšiu šancu sa začleniť na novo ponúkaný spôsob života. Ak opäť nájdú svoje miesto a spôsob spokojného žitia, klesá zároveň pravdepodobnosť vzniku konfliktov. Adaptácia na starobu je mnohokrát náročnou a dlhodobou záťažou pre jedinca. Nie každý je schopný sa rýchlo prispôbiť novým zmenám, ktoré staroba prináša. Ide o individuálne prežívanie staroby.

Pri práci so seniormi sociálny pracovník zostáva niekoľko rolí z hľadiska toho, akú činnosť vykonáva, stáva sa informátorom, terapeutom, poradcom, sprievodcom či tlmočníkom. Sociálny pracovník sa pri práci s klientom nachádza v pozícii tzv. „sprostredkovateľa“ medzi potrebami klienta a požiadavkami zariadenia, pre ktoré pracuje. Hovorí sa, že by mal byť akýmsi mostom medzi etickými hodnotami, prioritami organizácie a rešpektovať práva a záujmy klientov a tak dospieť ku kompromisu medzi zapojenými subjektmi (Úlehla, 2005). Úlehla (2005) upozorňuje na to, že sociálny pracovník zastáva vo svojej funkcii dve základné funkcie, a to buď formou pomoci alebo kontroly.

Pomoc spočíva v riešení životnej situácie klienta, aktívnym počúvaní, empatie a v rovnocennom prístupe, rovnako sociálny pracovník spolupracuje s kolegami v zariadení na zabezpečovaní komplexnej starostlivosti o seniora, ide o vedie dialógu, v ktorom sú všetci zapojení do podpory kvality života a zabezpečovanie sociálnych služieb na rôznych úrovniach.

Kontrola – nastáva vtedy, ak má sociálny pracovník pocit, že má klient nejaký problém, ktorý je potrebné vyriešiť. Určuje klientovi ako situáciu riešiť, ako sa správať, aké pocity by pri tom mohol mať (Úlehla, 2005). Ak prevažuje kontrola nad pomocou, potom sociálny pracovník stráca úlohou sprostredkovateľa a stáva sa autoritou, ktorý menej rešpektuje potreby seniora a viac sa prikláňa na stranu stratégie a priorit organizácie. To však nemusí byť vždy negatívne vnímané, hlavne ak ide o obhajobu všeobecného záujmu. Kubalčíková (2015) uvádza, že správne vedená kontrola môže prebiehať i v pozitívnej atmosfére s podmienkou, že obe strany vnímajú kontrolu v ich vzťahu ako legitímnu a prínosnú.

V praxi sa vyskytujú obe formy : pomoc aj kontrola, avšak záleží na samotnom sociálnom pracovníkovi, ktorá strana bude prevyšovať alebo či budú v rovnováhe, teda aký spôsob práce a komunikácie vzhľadom na svoje osobnostné povahové črty a kvalifikačné predpoklady a praktické skúsenosti zvolí. Nemôžeme však jednoznačne povedať, ktorá forma je lepšia, nakoľko závisí od typu riešeného problému, aktuálnej situácie a závažnosti situácie, pre ktorý z dvoch prístupov sa pracovník rozhodne. Pokiaľ však dokážu byť v rovnováhe, je to ideálny stav (Úlehla, 2005).

5.4 TERAPIE VYUŽÍVANÉ PRI PRÁCI S PRIJÍMATEĽMI ZSS

„Sociálny pracovník je nevyhnutnou súčasťou tímu, ktorý sa stará v zariadení pre seniorov o klientov a ktorí realizuje súbor rôznych terapií na dosiahnutie aktivizácie, posilnenie sebavedomia a zlepšenie kvality života či podpory efektívneho trávenia voľného času. Dôležitou súčasťou jeho uplatnenia v zariadeniach sú: rozhovory so záujemcami o pobyt, vykonávanie terénnej sociálnej práce pred vstupom do zariadenia, komunikácia so seniormi pred ale aj počas pobytu, pomoc pri vykonávaní funkčného a kognitívneho vyšetrenia klienta v spolupráci so zdravotným personálom, zabezpečenie administratívnych úkonov pre seniora, neustále udržiavanie kontaktu s rodinou seniora, dohľad nad dodržiavaním ľudských práv seniorov, svojím postojom sa stať hlavnou oporou nového obyvateľa zariadenia, aktívne sa podieľať na spoločenských programoch pre seniorov, vedieť vybavovať sťažnosti seniorov“. (Bartošovič, 2006, s.133).

V zariadeniach sociálnych služieb je dôležité kombinovať rôzne formy starostlivosti. Zámerom nefarmakologickej liečby je aktivizácia a stimulácia seniora trpiaceho rôznymi typmi ochorenia a demenciou, ktorej cieľom je posilnenie kognitívnych funkcií a reedukácia v posilnení schopností v realizácii každodenných aktivít na primeranej úrovni. Jednotlivé aktivity môžu prispievať k zníženiu úzkostí, ich pokles môže mať vplyv na mierne zvýšenie výkonnosti v pamäťových funkciách a koncentráciu (Ressner, 2004).

Využitie terapií a nástrojov nefarmakologickej liečby môžeme zmysluplne ovplyvniť spôsob trávenia voľného času seniorov z prevažne pasívneho na aktívny a podporujúci spôsob, v rámci týchto aktivít je zámerom podporiť zachovalé funkcie a zlepšiť verbálnu i neverbálnu komunikáciu. Pri výbere jednotlivých činností musíme brať do úvahy nielen zdravotný stav seniora, ale aj aktuálne štádium daného ochorenia a jeho osobnostné povahové črty (Fertaľová a Ondriová, 2020).

Okrem spomínaných aspektov sa jednotlivé terapie zameriavajú na posilnenie kognitívnych funkcií, podporu samostatnosti a prevenciu či zmiernenie prejavov problémového správania vrátane celkového zlepšenia kvality života pacienta, poskytovania informácií, podporu opatrovateľských služieb, úpravu sociálneho prostredia, na druhej strane je potrebné zavádzať organizačné opatrenia a systém sociálnych služieb (Holmerová, Janečková, Vaňková & Veleta, 2005), ktoré umožnia aj ohrozeným skupinám bez podporného rodinného prostredia prežiť starobu v primeraných ľudských podmienkach.

V teoretickej časti spomenieme tie najbežnejšie aktivity a terapie, ktoré sa využívajú v inštitucionálnej starostlivosti a zároveň ich považujeme za najviac efektívne pri zmiernovaní dopadov ochorenia a podpore pozitívneho prežívania staroby:

Tréning orientácie v realite

Tréning orientácie v realite môže prebiehať individuálne alebo skupinovo. Je súčasťou komplexného prístupu ku klientom s demenciou a zároveň jedným z najstarších nefarmakologických prístupov, ktorý je na základe výskumov veľmi efektívny z hľadiska zlepšenia kognitívnych funkcií (Holmerová, Janečková, Vaňková & Veleta, 2005). Podpore správnej orientácie seniorov s demenciou im prináša pocit istoty, bezpečia a opory. Na vytvorenie bezpečného a podporného prostredia sa využívajú rôzne prehľadové tabule s textom a obrázkami z reálneho života, využívajú sa fotografie a symboly, ktoré sú seniorom známe. Vytvorené tabule môžu byť orientované na nejakú oblasť alebo časť života – ročné obdobie, sviatky, historické udalosti, bežné životné udalosti – narodeniny, plán dňa alebo udalosti s členmi rodiny.

O jednotlivých aktivitách si s jedincom môžeme pohovoriť, tvoriť, vyrábať predmety či vykonávať aktivity vzťahujúce sa k danému obdobiu (napr. pečenie, varenie spája, starostlivosť o záhradku, posedenie v záhradke, koncert). Tréning orientácie v realite je vhodné pravidelne začleňovať do terapie – napr. stanovením daného času, kedy sa pravidelne sústreďíme na orientáciu v realite, určíme si, čo je dnes za deň, mesiac, rok, kto má narodeniny, prípadne aký sviatok sa oslavuje (Wehner & Schwinghammer, 2013).

Biblioterapia

Malecová (2018, s. 8) píše, že biblioterapia je *„dynamická a interaktívna forma pomoci, ktorá je realizovaná medzi osobnosťou čitateľa a vybranou literatúrou.“* Súčasťou práce s literatúrou je špecifické používanie príbehu a liečivých účinkov príbehu. Príbehy ľuďom pomáhajú usporiadať si zážitky (Schechtman, 2009). Umožňujú ľuďom prerozprávať skúsenosti v metaforickej podobe. Hodermarska (2009) hovorí, že príbeh podobne ako umenie vo všeobecnosti predstavuje „lož, ktorá odhaľuje pravdu“. Do príbehu je možné vložiť svoje túžby, fantáziu a vytvoriť postavy, s ktorými sa človek chce identifikovať, alebo naopak od ktorých sa snaží „oddeliť“, vymedziť. Tým pomenováva svoje silné a slabé stránky, ktoré sa v príbehu integrujú a toto spojenie pôsobí na človeka liečivo (In Melicherčíková, Lessner Lištiaková, 2018).

Výhodou biblioterapie ako terapeutického prístupu je, že je možné príbehy, texty, rozprávky využívať v naozaj širokospektrálnych životných situáciách ako nástroj k liečbe „zranených duší“ či rôznych závislostí dospelých alebo podporovať prežívanie detského klienta (Lewis et al., 2015).

Validačná terapia

Základom validácie je komunikačná metóda, založená na empatii a rešpekte k tým, ktorí majú ochorenie. V prípade dlhodobého a cieleného používania tejto terapie u seniorov je veľmi efektívna. Jedná sa o filozofiu vnímania osôb so syndrómom demencie. Autorka validáciu popisuje ako vývojovú teóriu, metódu komunikácie s dezorientovanými starými ľuďmi a ako spôsob, ktorý umožňuje starému človeku uspokojovať svoje základné potreby a pokojne prežívať záverečnú etapu života (Wirth In Hauke a kol., 2017, s 89). Medzi hlavné ciele tejto metódy patrí udržanie osoby v čo po najdlhšie možnú dobu v domácom prostredí, prispievať k podpore redukcie stresu, a k obnove sebavedomia, k zlepšeniu fyzických schopností a pomoc pri komunikácii medzi klientom a rodinou (Wirth In Hauke & kol., 2017).

Táto terapia obsahuje jednotlivé prvky neverbálnej komunikácie, ktorá podporuje či nahrádza rečový prejav, vyjadruje emócie alebo interpersonálny postoj. Neverbálna komunikácia prebieha neustále a podieľa sa na zdieľaní významu obsahu až 80-90 %. Medzi hlavné formy neverbálnej komunikácie, ktoré sú využívané pri komunikácii so seniormi sú výraz tváre, gestikulácia, pohyby, dotyky, priblíženie či vzdialenie sa od osoby, postoj, tón reči a tiež využívame podporu schopnosť jedinca orientovať sa v čase (Bytešníková, 2012).

Klenková (2006) definuje neverbálnu komunikáciu ako všeobecnú ľudskú schopnosť využívania výrazových prostriedkov k vytváraniu, nadväzovaniu, udržiavaniu a budovaniu medziľudských vzťahov. Komunikáciu môžeme chápať ako zložitý proces výmeny informácií, zložený zo štyroch základných prvkov, ktoré sa nezájomne ovplyvňujú.

Arteterapia

„Arteterapia v širšom zmysle slova znamená liečbu umením, vrátane hudby, poézie, prózy, divadla, tanca, výtvarného umenia. Arteterapia v užšom zmysle slova znamená liečbu výtvarným umením.“ (Šicková, Fabrici, 2002, s. 39). Arteterapia má korene v umení ako samotnej tvorivej činnosti a v umení ako terapii a v rámci komunikácie má postavenie určitého prostriedku na osobné vyjadrovanie prostredníctvom výtvarného umenia. V rámci tejto voľnočasovej aktivity klienti sociálnych zariadení môžu prežívať radosť zo schopnosti vytvoriť niečo nové, preto jeho významnou úlohou je okrem procesu tvorby aj jeho obsah a výpovedná hodnota. Zároveň jej dôležitým aspektom je u klientov sociálnych zariadení podpora tvorivosti a vzájomného rešpektu. Táto vizuálna kultúrna tvorivá činnosť klientom nielen spríjemňuje trávenie voľného času, ale uľahčuje im vyjadrovať svoje pocity, posilňuje sústredenosť a vnímavosť, podporuje uvoľnenie a nadhľad, rozširuje fantáziu, odbúrava stres a depresie. Niektorí ju považujú za rehabilitačnú disciplínu medzi vedou a umením. Pozitívne ovplyvňuje osobnosť klientov sociálnych zariadení v procese dosahovania integrity a emocionálnej pohody v starobe. Arteterapia sa delí na produktívnu a receptívnu. Do produktívnej arteterapie zahrňujeme také konkrétne tvorivé činnosti, pri ktorých vznikajú určité diela, jedná sa teda o kresbu, maľbu a modelovanie. Receptívna arteterapia má za hlavný cieľ pozávanie vnútra a pocitov iných ľudí a vyžaduje vcítenie sa do diela, vďaka ktorému človek môže objavovať duchovnosť a silu vlastnej emócie (detto).

Muzikoterapia

Muzikoterapia podľa Zeleiovej (2007) využíva hudbu a zvuky k terapeutickým účelom vo vzťahu medzi klientom a terapeutom, k ktorej cieľom je podpora zdravia, komunikácie,

sociálnej integrácie, odpútanie pozornosti od osamelosti či prežívaní estetických zážitkov a spomienok na mladosť. Prebieha na základe procesu vnímania, kedy klient počúva a vníma reprodukovánú hudbu, či na základe aktívnej práce so zvukom, ktorý klient vyprodukuje (spev, hra na hudobný nástroj, dotyk s hudobným nástrojom). U osôb so syndrómom demencie sa využíva skôr jednoduchšia, receptívna forma muzikoterapie (Kamanová, Tokovská, 2014).

„Muzikoterapia je špecifická kreatívna terapia, systematicky riadená a cielene využívajúca medziludský zvukový priestor a hudbu za účelom zlepšenia, stabilizovania alebo znovuobnovenia zdravia. Pomocou nej sú oslovované fyzické, psychické, sociálne a spirituálne obsahy. Keďže využíva špecifické prostriedky a operuje samostatným systémom metód, je muzikoterapia svojbytná a špecifická terapia“. (Pejřimovská, Zeleiová, 2011, s. 9). Úlohou terapie je vytvárať harmóniu, ktorá nie je pevne daná, ale musí byť neustále tvorená. Muzikoterapia môže cielene pôsobiť na orgány alebo viac povzbudzovať duševné prežitky a tvorivé schopnosti pacienta. Používa sa v prípadoch, kedy je treba neverbálnym spôsobom podporiť rozum, schopnosť prežívania a prejav“. (Felber, Reinhold, Stuckert, 2005, s. 82).

Reminiscenčná terapia

Reminiscenčná terapia je aktivizačná a validačná liečba, ktorá využíva zachovanú dlhodobú pamäť pacienta a cez jeho vybaviteľné spomienky ho aktivizuje. Využíva sa u klientov s rôznymi formami demencie. Cieľom reminiscenčnej liečby je zlepšenie mentálneho stavu pacienta, zlepšenie komunikácie s klientom a odstránenie alebo aspoň zmiernenie ťažkostí chorého človeka (Mačkinová, 2009). Podľa Mačkinovej (2009) je táto terapia vhodná pre klientov s ľahkou a strednou formou demencie, ktorá im prináša priestor na vybavenie hlbokých spomienok, prináša opakované prežívanie situácií.

Tak ako aj väčšinu voľnočasových aktivít, aj reminiscenčnú terapiu môžeme využívať vo forme individuálnej aj skupinovej. Individuálna reminiscencia sa využíva najmä u seniorov, ktorí sa zo závažných zdravotných dôvodov nie sú schopní zúčastniť sa skupinovej reminiscenčnej terapie alebo aj u tých, ktorí sa necítia v kolektíve uvoľnene. Skupinová forma reminiscencie je medzi seniormi väčšinou veľmi obľúbená, pretože sa pri nej majú možnosť sa stretávať, spoločne sa porozprávať, vzájomne si vymieňať životné skúsenosti a rekapitulovať minulé časy, čo výrazne napomáha k zlepšeniu a k upevňovaniu vzájomných vzťahov klientov v zariadení. Klienti pobytových zariadení v rámci takejto

voľnočasovej aktivity samozrejme nevyjadrujú len svoje pozitívne spomienky, ale často spomínajú aj na smutné časy, čo im pomáha sa s nimi zmieriť a častokrát sa im ul'avi, pretože konečne dostanú priestor pre vyjadrenie pocitu smútku, ktorý im nedovoľuje spokojne prežívať starobu. Aktivity v rámci reminiscenčnej terapie, pri ktorých sú stretnutia zamerané na konkrétnu životnú udalosť majú pre seniorov významný prínos.

Kognitívny tréning

K poruche krátkodobej pamäti sa v strednom štádiu Alzheimerovej choroby pridáva tiež porucha pamäti dlhodobej. Vyskytujú sa ťažké a trvalé amnézie s poruchami rečovej komunikácie s okolím. Jedinec stráca schopnosť učiť sa, vybaviť si nové informácie a abstraktne uvažovať (Neubauer In Škodová, Jedlička a kol., 2003). Osoba stráca kontakt s realitou, má problém sa zapojiť do konverzácie a zhoršuje sa porozumenie pokynom a požiadavkám. Rozprávanie nie je logické, je orientované skôr na vzdialenú minulosť a pre klienta môže byť náročné porozumieť informáciám, ktoré považujeme za samozrejme. Vytvorenie správnej vety stojí osobu s demenciou veľké úsilie (Buijssen, 2006). Postupne má jedinec stále väčšie problémy vyjadriť svoje priania, pocity a obavy (Ritter-Rauch, 2014). Z tohto dôvodu je dôležitý kognitívny tréning na podporu rozvoja a udržiavania kognitívnych funkcií, ktoré môžu dopomôcť k zmierneniu dopadov ochorenia.

Ergoterapia

Ergoterapiu môžeme vymedziť ako tzv. liečbu prácou či pracovnú rehabilitáciu, v slovenskej legislatíve je označované pod pojmom rozvoj pracovných zručností. Hlavným cieľom je podporiť zdravie a duševnú pohodu cez zmysluplné aktivity – v ktorých zároveň senior získava určité zručnosti. Jedinec sa zlepšuje vo výkone každodenných činností, pracovných činností a zapája sa do sociálneho prostredia. V priebehu aktivít môže byť terapia doplnená muzikoterapiou, aromaterapiou, relaxáciou či reminiscenčnou terapiou. Jednotlivé aktivity sa volia na základe klientových záujmov, obľúbených činností, alebo úrovne jeho prirodzených schopností (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

Ženy môžu variť, piecť, zúčastniť sa súťaže o najlepší koláč alebo výtvar, obľúbené medzi klientmi je napríklad organizácia špecifických dní napr. pečenie vianočných koláčov, deň čokolády a pod., v rámci jednotlivých aktivít sa dôraz kladie aj na prepojenie s rodinnými tradíciami, podpora výroby art-výrobkov, vyhľadávanie receptov alebo nových informácií, ktoré sú pre klientov zaujímavé či potrebné. Aj menšie zapojenie sa do práce či

aktivít znamená podporu sebadôvery klientov, že ešte niečo dokážu sami. Nejde vždy len o rozvoj zručností, ale aj o podporu pamäte či jemnej motoriky a samozrejme aktívne trávenie voľného času. (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

Zooterapia

Výborným nástrojom na aktivizáciu seniorov v sociálnych zariadeniach môže byť aj zooterapia, pretože je vedecky dokázané, že prítomnosť zvierat'a a najmä spoločné aktivity so zvierat'om blahodárne pôsobia na zdravie človeka a že sociálny kontakt so zvieratami zvyšuje v tele človeka hladinu oxytocínu a serotonínu, ktoré sú zásadnými neurobiologickými zložkami spoločného sociálneho puta medzi človekom a zvierat'om. Na základe tejto skutočnosti prítomnosť zvierat'a dokáže ovplyvniť mnohé telesné a psychické stavy a procesy u každého človeka. Starí ľudia sú často nútení presťahovať sa zo svojich domovov do nejakého typu sociálneho zariadenia pre seniorov, v ktorých je síce o nich po materiálnej stránke veľmi dobre postarané, ale často strárajú po stránke psychickej. Mnohí seniori ešte pred tým ako sa presťahovali do pobytového sociálneho zariadenia, chovali doma zvieratká v domove pre seniorov im určite veľmi chýbajú. A práve preto môžu rôzne zvieratká v zariadeniach sociálnej starostlivosti nahrádzať chýbajúcu náklonnosť, blízkosť alebo fyzický kontakt. Zároveň pomáhajú aj pri prvých kontaktoch k nadviazaniu komunikácie a urýchľujú tak adaptáciu seniorov v novom prostredí. Samozrejme zooterapia pomáha aj v oblasti jemnej motoriky, nakoľko pri nej dochádza k precvičovaniu obratnosti jednotlivca a tiež úchopových funkcií rúk. Na účely zooterapie ako voľnočasovej aktivity seniorov v sociálnych zariadeniach je najvhodnejšie pre chov a starostlivosť využívať rybičky, korytnačky, vtákov, mačky, psov, králikov, morské prasiatka, škrečkov. V mnohých prípadoch sa v zariadeniach pre seniorov využívajú pravidelné návštevy dobrovoľníkov so svojimi zvieratami, najčastejšie so psami alebo mačkami. Takéto návštevy môžu seniori prijímať individuálne alebo aj v skupinách, ktoré väčšinou vyúsťia do uvoľnenej komunikácie seniorov a rozhovorov o svojich skúsenostiach so zvieratami, o rôznych chovateľských skúsenostiach, o starostlivosti o zvieratá alebo o ich výcviku.

Otázky na opakovanie

Ako definujeme proces adaptácie seniora na starobu?

Aké sú biologické znaky starnutia?

Ako rozdeľujeme vekovú štruktúru seniorov?

Aký priebeh starnutia poznáme?

Aké postoje môže senior zastávať k vlastnej starobe?

Ako sa uplatňujú jednotlivé terapie v zariadeniach sociálnych služieb?

Aké druhy terapie sú najčastejšie uplatňované pri práci so seniormi?

V čom spočíva reminiscencia terapia?

K akým zmenám v starobe dochádza a ako determinujú sféru života jednotlivca v seniorskom veku?

Aké kompetencie má sociálnych pracovník pri kognitívnom tréningu?

ZÁVER

Vysokoškolská učebnica reflektuje súvislosti zmien zákona o sociálnej pomoci, neskôr zákona o sociálnych službách a počtom zriadených či z registra vymazaných subjektov, poskytujúcich sociálne služby. Neverejní poskytovatelia sociálnej služby majú nezastupiteľné miesto pri ich poskytovaní, napriek novelám zákona, ktoré ich ohrozujú. Cirkev a jej organizácie zohrali dôležitú úlohu v koncepcnej, legislatívnej a strategickej oblasti v domácom, ale i medzinárodnom rozmere. Vysokoškolská učebnica ponúka študent náhľad do vývoja sociálnych služieb, popisuje proces transformácie a formovanie foriem starostlivosti o odkázaných.

V tomto turbulentnom čase sa vytvára aj legislatívne prostredie, ktoré priamo ovplyvňuje charakter, formy a obsahy poskytovaných sociálnych služieb ako aj ich dôveryhodnosť, bezpečnosť, ale aj stabilitu a trvalú udržateľnosť. Aj sociálne služby poskytované cirkvami a náboženskými spoločnosťami sú historickou a trvalou súčasťou systému budovania sociálneho zmieru a istoty obyvateľov Slovenska a vzhľadom na svoj pôvod a charakter majú ambíciu v tomto systéme zotrvať. Sami seba nikdy nechápali a nechápu sa ako doplnkový mechanizmus k verejným službám, ale ako súčasť existencie cirkví a ako zmysluplnú alternatívu voči sekulárnemu charakteru ostatných poskytovateľov. Napriek tomu že je ich existencia špecifická, podliehajú všetkým spoločenským a legislatívnym determinantom a musia čeliť súdobým výzvam nielen z pohľadu vlastnej identity ale aj z pohľadu aktuálnej existencie. Preto sme chceli v práci poukázať na aktuálne hrozby pochádzajúce z legislatívneho prostredia, ktoré môžu tento ucelený systém poskytovania sociálnych služieb destabilizovať.

V európskom regióne a teda aj na území Slovenska je formovaná naša kultúra a spoločenský kontext v ktorom žijeme predovšetkým kresťanským vierovyznaním, ktoré sa konfrontovalo v minulosti a je znova konfrontované v súčasnosti s kultúrou islámu. V posledných štyroch storočiach dochádza k významnému posunu v zabezpečovaní sociálnej starostlivosti na verejnú správu a v súčasnosti prebieha rozsiahla sekularizácia a demokratizácia európskych spoločností. Slovensko prešlo mnohými zmenami, ktoré zanechali významný vplyv na formovaní sa prostredia v ktorom sa poskytujú sociálne služby a tento trend pokračuje aj v súčasnosti. Zvýrazňujúci sa vplyv ľudských práv a slobôd v mnohých prípadoch vytvára synergický efekt s kresťanskou misiou sociálnych služieb cirkví, avšak v niektorých prípadoch je v priamom protiklade s ich zásadami.

POUŽITÁ LITERATÚRA

ADAMS, L. 2008. The right to live in the community : Making it happen for people with intellectual disabilities in Bosna and Herzegovina, Montenegro, Serbia and Kosovo. [online] . Sarajevo, Bosna and Hercegovina : Handicap International regional Office for South East Europe, 2008. 45 p. Available at: http://www.fotoart.ba/hisee/userfiles/file/community_living_english.pdf

ASMUNDSON G.J.G., TAYLOR S. 2020. *Coronaphobia: fear and the 2019-nCoV outbreak*. J Anxiety Disord. 2020;70:102196.

BAINTON H, R. 2017. *Martin Luther*. Bratislava: Porta Libri, s.416.

BALOGOVÁ, B. 2005. *Seniori*. Prešov: Akcent Print, 2005. 158 s. ISBN 80- 969274-9-3

BALOGOVÁ, B. Úvod do sociálnej práce pre sociálnu a charitatívnu službu. 2.vyd. Prešov: PBF PU, 2002. ISBN 80-8068-504-5. 2.

BALLOVÁ, D. 2010. Odvážna sufražetka s nobelovkou: američanka, ktorá založila známy Hull House, na konci 19. storočia túžila po lepšom svete. In: Sme. ISSN:1335-440X. Roč. 18, č. 207 (8.9.2010) , Kultúra s. 24.

BETANIA. 2019. [online] [citované 2019-09-09] Available at: <http://www.betania.sk>.

BAPTISTI. 2019. [online] [citované 2019-09-09] Available at: <https://baptist.sk/onas/identita-baptistov>

BICKOVÁ, L. 2001. Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách. Tábor : Asociace poskytovatelů sociálních služeb, 2001. 272 s.

- BRICHTOVÁ, L. a kol. 2015. *Riadenie a manažment prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť*. Košice: Equilibria, 2015. 199 p. ISBN 978-80-970110-7-9.
- BRICHTOVÁ, L., REPKOVÁ, K. 2014. *Sociálne služby : zacielené na kvalitu*. Bratislava : Inštitút pre výskum práce a rodiny. 2014. 283 p. ISBN 978-80-7138-138-9.
- BRNULA, P. 2013. *Sociálna práca. Dejiny, teória a metódy*. Bratislava: IRIS, 264s.
- BROOKS S.K., WEBSTER R.K., SMITH L.E., WOODLAND L., WESSELY S., GREENBERG N. 2020. *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*. Lancet. 2020;395:912–920.
- BUČKO, L. 2009. *Misijná a charitatívna činnosť*. 1. vyd. Bratislava: VŠZSP Sv. Alžbety. 2009. 248 s. ISBN 978-80-89271-37-5
- BUCHELOVÁ, J., SOPIRA B. 1998. *Sociálna pomoc*. Bratislava: Elita, 1998.240 s.
- BUŠOVÁ, B. et al. 2011. *Starostlivosť o dlhodobo chorých starších ľudí – Praktický sprievodca rozličnými formami pomoci*. [online] . Available at : <https://www.employment.gov.sk/files/rodina-soc-pomoc/soc-sluzby/poskytovanie-fin-prispevkov/starostlivosť-dlhodobochorych-starsich-ludi-prakticky-sprievodca-rozlicnymi-formami-pomoci.pdf>
- BUZALA, O. 2010. *Zaistenie opakovateľnosti kvality v sociálnych službách a jej porovnávanie*. In Mátel, A., Koval'ová, M., Štepanovská, M (eds). (2010) *Sociálne služby v regióne*. Zborník z vedeckej konferencie konanej v Skalici dna 18.11.2010, s. 20-25
- BUZALOVÁ, S. a kol. 2019. *Praktický sprievodca sociálnymi službami Odborná publikácia – príručka pre seniorov, rodinných príslušníkov, dobrovoľníkov a odborníkov v oblasti sociálnych služieb*. Bratislava: ECAV, 2019.
- CANGÁR, M. 2018. *Prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v Slovenskej republike*. Bratislava: SOCIA, 146 s.
- CANGÁR et kolektív. 2015. *Riadenie a manažment prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť. Transformácia a deinštitucionalizácia systému sociálnych služieb*. Bratislava: Implementačná agentúra Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky.
- CANGÁR, M., KRUPA, S. 2015. *Význam podmienok kvality sociálnych služieb v procese transformácie a deinštitucionalizácie* Podmienky kvality sociálnych služieb v komunite. Bratislava, 2015, 69 p. [online] . Available at :

https://www.ia.gov.sk/data/files/np_di/publikacie/Vyznam_podmienok_kvality__socialnych_sluzieb_v_procese_transformacie_a_deinstitucionalizacie.pdf

ČERVENĚ, J. 2020. *Filantropia a náboženství to začali...* [online]. 2020 [citované 2020-07-04]. Dostupné na internete: .

ČEVELA, R. - KALVACH, Z. - ČELEDOVÁ, L. 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. 263 s.

DIENSTBIER, Z., PROCHÁZKOVÁ, Z. 2011. *Ó, sladké stáří*. Praha: Radix, 2011. 176 s.

DRAGANOVÁ, H. a kol. 2006. *Sociální starostlivost'*. Martin : Osveta, 2006. 188 s. ISBN 978-80-8063-240-3.

DRAGOMERICKÁ, Eva – PRAJSOVÁ, Jitka. 2009. WHOQOL-OLD Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku. Praha : Vydavatel'stvo Psychiatrické centrum, 2009. 72 s.

DUBEY S, BISWAS P, GHOSH R, et al. 2020. *Psychosocial impact of COVID-19*. Diabetes Metab Syndr. 2020;14(5):779-788. doi:10.1016/j.dsx.2020.05.035

ĎURANA, R. 2017. *Ako určit' cenu sociálnej služby?* Bratislava: SOCIA, 43 s. ISBN 978-80-89851-03-4.

DVOŘÁČKOVÁ, D. 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. 112 s.

DVORÁČKOVÁ, D - HROZENSKÁ, M. 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. 192 s. DOSTÁLOVÁ, R., et. al. 1992. *Encyklopedie Bible*. Bratislava: GEMINI, spol. s.r.o., 1992. 351 s.

ERIKSON, E. H. 1999. *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Praha : NLN, 1999. 127 p. ISBN 80-7106-291-X.

EURÓPSKA SOCIÁLNA CHARTA. Available at: <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/ministerstvo/poradne-organy/ludske-prava-narodnostne-mensiny-rodovu-rovnost-sr/vybor-osoby-so-zdravotnym-postihnutim/europska-socialna-charta-re.pdf>

Family carers' experiences using support services in Europe: Empirical evidence from the EUROFAMCARE study. [online] . [2021-08-25] . Available at: https://www.researchgate.net/publication/23782486_Family_carers'_experiences_using_support_services_in_Europe_Empirical_evidence_from_the_EUROFAMCARE_study

- FABIAN, A. a kol. 2014. *Svet sociálnej práce*. 1.vyd. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika. 2014. 292 s. ISBN 978-80-8152-097-6.
- FILO, J. 2009 *Dejiny diakonie a vnútornej misie*. Bratislava : Evanjelická bohoslovecká fakulta UK, 2009.
- GABURA, J. 2013. *Teória a proces sociálneho poradenstva*. Bratislava: IRIS. 309 s. ISBN: 978-80-89238-92-7.
- GAŠPARÍKOVÁ, D. 2007. *Sociálne zabezpečenie, všeobecné predpisy a sociálnoprávna ochrana*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, n.o.,108 s. ISBN 978-80-89271-25-2.
- GAUDIUM ET SPES. 1965. *Dokumenty Druhého Vatikánskeho koncilu*, Rím : 1965. [online]. Trnava : Spolok sv. Vojtecha, 1965. [citované 2020-01-10]. Dostupné na internete: <<https://www.kbs.sk/obsah/sekcia/h/dokumenty-a-vyhlasenia/p/druhy-vatikansky-koncil/c/gaudium-et-spes>>.
- GULOVÁ, L. 2011. *Sociální práce pro pedagogické obory*. Praha: Grada, 2011. 208 s. ISBN 978-80-247-3379-1
- GULOVÁ, L, Šíp, R., ed. 2013. *Výzkumné metody v pedagogické praxi*. Praha: Grada, 2013. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4368-4. 4.
- HANDLÍŘOVÁ P. – SPALKOVÁ, D. - MASÁK, J. 2015. *Animace dospělí a senioři*. Jablonec nad Nisou: Educa – Vzdělávací centrum, 2015. 53 s. ISBN 978-80-260-7627- 8.
- HARTL, P. – HARTLOVÁ, H. 2009. *Psychologický slovník*. Praha: Grada, 2009. 776 s. ISBN 978-80-7367-569-1
- HAŠKOVCOVÁ, H. 2002. *Manuálek sociální gerontologie*. Brno: NCO, 2002. 72 s. ISBN 80-7013-363-5
- HAŠKOVCOVÁ, H. 2010. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9. 50
- HAŠKOVCOVÁ, H. 2012. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.
- HÁTLOVÁ, B. 2010. *Psychologie seniorského věku*. 1.vyd. Ústí nad Labem: UJEP, 2010, 80 s. ISBN 978-80-7414-318-2
- HAUKE, M. 2011. *Pečovatelská služba a individuální plánování*. Praha: Grada, 2011. 135 s. ISBN 978-80-247-3849-9
- HAUKE, M. 2014. *Zvládání problémových situací se seniory nejenom v pečovatelských službách*. Praha: Grada Publishing, 2014. 128 s. ISBN 978-80-247-5216-7

- HAUKE, M. 2011. Pečovateľská služba a individuálny plánovanie. Praha: Grada, 2011. 135 s. ISBN 978-80-247-3849-9.
- HEGER, E. 2020. Moderné a úspešné Slovensko. Národný integrovaný reformný plán. MPSVR SR. [online] [citované 2020-10-14] Dostupné: file:///C:/Users/lucia/Downloads/MaUS_NIRP.pdf
- HETTEŠ, M. 2014. Nová definícia sociálnej práce. Bratislava: Prohuman. Available at: <https://www.prohuman.sk/socialna-praca/nova-definicia-socialnej-prace>
- HETTEŠ, M. 2015. Ľudské práva a sociálna ochrana v sociálnej práci. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. 2015. 242 s. ISBN 978-80-8132-128-3
- HOGENOVÁ, A. 2013. K fenoménu stáří. Praha: Univerzita Karlova, 2013. 278 s. ISBN 978-80-7290-593-5
- HOLLSTEIN-BRINKMANN, H. 2001. Sociálna práca a systémové teórie. Trnava: Slovak Academic Press, s.r.o. 2001. 198 s. ISBN 80-88908-78-7.
- HOLMEROVÁ, Iva a kolektív. 2002. Vybrané kapitoly z gerontologie. Praha: Gema, 200.
- HOLMEROVÁ, I. 2014. Průvodce vyšším věkem: Manuál pro seniory a jejich pečovatele. Praha: Mladá fronta, 2014. 208 s. ISBN 978-80-204-3119-6
- HOLÚBKOVÁ, S., ĎURANA, R. 2013. *Odvaha na nové sociálne služby*. Bratislava: INE SS, 2013. 34 s. ISBN: 978-80-969765-3-9.
- HRADILKOVÁ, T. *Cile deinstitucionalizace. In Manuál transformce ústavů*. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. 2013. ISBN 978-80-7421-057-0.
- HROMKOVÁ, M. 2013. *Vývoj sociálnych služieb pre ľudí so zdravotným postihnutím – priestor pre občana*. Zborník z konferencie Determinanty sociálneho rozvoja: Sociálna ekonomika ako priestor podpory európskeho občianstva, Octóber 2013.
- HROZENSKÁ, Martina a DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. 2013. Sociální péče o seniory. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.
- HUDECOVÁ a kolektív, 2010. *Profesijné kompetencie sociálnych pracovníkov v kontexte intencionálnych a inštitucionálnych reflexií*. Banská Bystrica: Pedagogická fakulta Univerzity Mateja Bela, 150 s. ISBN: 978-80-557-0112-7.
- HUPKOVÁ, M. 2011. *Rozvíjanie sociálnych spôsobilostí v pomáhajúcich profesiách*. 2011. Bratislava: IRIS. 336 s. ISBN 978-80-89256-61-7.
- Chung R.Y., Li M.M. 2020. Anti-Chinese sentiment during the 2019-nCoV outbreak. *Lancet*. 2020;395:686–687.

- IVANOVÁ-ŠALINGOVÁ, M. 1988. *Slovník cudzích slov*. Bratislava : Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1988. 519 p.
- JAGER, A. 2008. Diakonia ako sociálny podnik: Manažment v cirkevnom neziskovom sektore. Žilina: MASM Žilina, 152 s. ISBN 978-80-85348-77-4.
- JAROŠOVÁ, D. 2006. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. 12 s. ISBN 80-7368-110-2
- JIMÉNEZ-PAVÓN D., CARBONELL-BAEZA A., LAVIE C.J. 2020. Physical exercise as therapy to fight against the mental and physical consequences of COVID-19 quarantine: special focus in older people. *Prog Cardiovasc Dis.* 2020 Mar 24 doi: 10.1016/j.pcad.2020.03.009.
- KACZMARCZYK, S. 2005. *Život a dílo Kristíny Royové*. Český Těšín: Slezská církev evangelická a.v., 39 s.
- KALVACH, Zdeněk a kolektiv. 2011. Křehký pacient a primární péče. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.
- KAMANOVÁ, I., MARKOVIČ, R. 2011. Zborník z vedeckej konferencie Komunitné plánovanie sociálnych služieb v Ružomberku. Ružomberok: VERBUM – vydavateľstvo KU, 2011. 103 p. ISBN 978-808084-661-9
- KATUŠČÁK, J. et. al. 1994. *Naše korene, vznik a vývoj prebudeneckého hnutia na Slovensku*. Bratislava: Nádej, 238 s. ISBN 80-7120-029-8.
- KLEVETOVÁ, D, DLABALOVÁ, I. 2008. Motivační prvky při práci se seniory. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2169-9.
- KOLÁROVSKÁ, Z. – HAUG, B. 2007. *Objaviť Diakoniú v Biblii a v Dejinách I*. Bratislava: Monitor Promotion, s.r.o., 281 s. ISBN 978-80-968040-5-4.
- KOLÁROVSKÁ, Z. – HAUG, B. 2008. *Objaviť Diakoniú v Biblii a v Dejinách II*. Bratislava: Monitor Promotion, s.r.o., 194 s. ISBN 978-80-970017-8-0.
- KOLESÁROVÁ, K. - SAK, P. 2012. Sociologie stáří a seniorů. Grada: Praha, 2012. 232 s. ISBN 978-80-247-3850-5.
- KORIMOVÁ, G, ŠTRANGFELDOVÁ. J. 2014. *Ekonomika sociálnych služieb*. Banská Bystrica: BELIANUM. 2014. 184s. ISBN: 978-80-557-07491-9.
- KORIMOVA, G. a kol. 2017. Analýza a trendy procesu deinštitucionalizácie a možnosti miestnej územnej samosprávy z pohľadu zabezpečenia sociálnych služieb, zamestnanosti a odmeňovania. Bratislava: IA MPSVR SR a ZMOS, 2017.

- KOPŘIVA, K. 2006. *Lidský vztah jako součást profese: Psychoterapeutické kapitoly*. Praha: Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367-181-6.
- KOŠŤOVÁ, L. 2007. *Stratégia rozvoja sociálnych služieb BBSK*. In Transformácia domovov sociálnych služieb s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie jej obyvateľov. Bratislava : Európsky sociálny fond, EQUAL, 2007. 98 p.
- KOZOŇ, A., HEJDIŠ, M. 2011. *Poskytovanie sociálnych služieb v zariadení pre seniorov*. In Sociálna a ekonomická integrácia a dezintegrácia v bezpečnosti. Trenčín : SpoSoIntE. 2011. 445 p. ISBN 978-80-89533-02-2.
- KOZLOVÁ L. 2005. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: TRITON. 2005. 79 s. ISBN 80- 7254-662-7 KOZOŇ, A. 2009. Sociálna práca s rizikovým klientom: Teória a prax sociálnej práce. Trenčín : SpoSoIntE, 2009. 68s. ISBN 978-80-970121-6-8
- KRAJČÍK, Š. 2006. *Geriatría pre sociálneho pracovníka*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2006. 96 s. ISBN 80-969449-8-3.
- KRAJŇÁKOVÁ, E. 2009. *Realizácia sociálnych služieb v podmienkach Slovenska*. In: Scientific papers of the university of pardubice, Series D, str.118-133, Univerzita Pardubice ISBN: 978-80-7395-190-0
- KRÁLOVÁ J., RÁŽOVÁ, E. 2012. *Sociální služby a příspěvek na péči*. Olomouc: ANAG. 2012. 464 s. ISBN 978-80-7263-748-5.
- KRAUS, J et al. 2007. *Nový akademický slovník cudzích slov*. Praha : Academia, 2007. 880 p.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada, 2011. 141 s. ISBN 978-80-247-3604-4
- KRUPA, S. a kol. 2000. *Kvalitné sociálne služby I*. Košice: Vienala. ISBN 80-88922-17-8.
- KRUPA, S. a kol. 2006. *Rozvoj komunitných sociálnych služieb - Učebné texty k projektu Transformácia zariadení sociálnych služieb s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie ich obyvateľov*. Bratislava: Rada pre poradcov v sociálnej práci, 2006.
- KRUPA, S. a kol. 2008. *Transformácia domovov sociálnych služieb*. Rada pre poradenstvo v sociálnej práci. ESF, PTP, Bratislava, 2008, 198 s. ISBN. 978-80-970004-2-4.
- KUBALČÍKOVÁ, K., 2015. *Pojetí stáří a potřeba pomoci v kontextu kritické gerontologie*. In: KUBALČÍKOVÁ, K. a kol. *Sociální práce se seniory v kontextu kritické gerontologie*. Brno: Masarykova univerzita. s. 18-42.

- KUBALČÍKOVÁ, K. 2015. Sociální práce se seniory v kontextu kritické gerontologie. Brno: Masarykova univerzita, 2015. ISBN 978-80-210- 7864-2.
- KVASNIČKOVÁ, J. 1995. *Rehole včera a dnes – vo svete i u nás*. 1. vyd. Bratislava: USPO. 1995. 190 s. ISBN 80-88717-06-X
- LACA, S., KOLLÁRČIKOVÁ, J. 2015. *Starostlivosť o seniorov v kontexte sociálnej práce*. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií, 2015. 303 s. ISBN 978-80904748-9-5
- LANGMEIER, J. – KREJČÍŘOVÁ, D. 2006. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN 80-2471-284-9
- LEE S., CHAN L.Y., CHAU A.M., KWOK K.P., KLEINMAN A. 2005. *The experience of SARS-related stigma at Amoy Gardens*. Soc Sci Med. 2005;61:2038–2046.
- LEHOCZKÁ, L. 2011. *Koncepcia sociálnych služieb*. Nitra : UKF v Nitre, 2011. 131 p. ISBN 978-80-8094-955-6.
- LEVAYOVÁ, M. a kolektív. 2019. *Stratégia dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike*. Materiál nadväzuje na materiál z novembra 2015 vypracovaný Inštitútom zdravotnej politiky MZ SR, čiastočne pripomenovaný Sekciou zdravia MZ SR a MPSVR SR
- LEVICKÁ, J. 2004. *Základy sociálnej práce*. Trnava : Tlačové štúdio Váry, 2004. 172 s. ISBN 80-968952-3-0.
- LEVICKÁ, J. a kol. 2015. *Identita slovenskej sociálnej práce*. 1. vyd. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis. 2015. 233 s. ISBN 978-80-8082-872-1.
- LEVICKÁ, J. – LEVICKÁ, K. 2015. *Kľúčové témy v profesijnej etike sociálnej práce*. 1. vyd. Trnava: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity. 2015. 188 s. ISBN 978-80-8082-942-1
- LI Q., GUAN X., WU P., WANG X., ZHOU L., TONG Y. 2020. *Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia*. N Engl J Med. 2020;382:1199–1207.
- LLOYD-SHERLOCK P.G., Kalache A., McKee M., Derbyshire J., Geffen L., Casas F.G. 2020. *WHO must prioritise the needs of older people in its response to the covid-19 pandemic*. BMJ. 2020;368:m1164.
- LOEFFELHOLZ MJ, TANG YW. 2020. *Laboratory diagnosis of emerging human coronavirus infections - the state of the art*. Emerg Microbes Infect. 2020;9(1):747-756. doi:10.1080/22221751.2020.1745095.

- LOVČÍ, R. 2008. *Alice Garrigue Masaryková - život ve stínu slavného otce*. Praha: vyd. Togga, Univerzita Karlova. ISBN 9788073081898
- LOVČÍ, R. 2019. *Alice Masaryková: Hrozil jí trest smrti, otce se nezřekla a stala se záchránkyní*. [online]. 2020 [citované 2020-07-22]. Dostupné na internete: <https://www.denik.cz/z_domova/ceskoslovensky-cervený-kriz-alice-masarykovatomas-garrigue-masaryk-republika.html>..
- MAČKINOVÁ, M., E. MUSILOVÁ. 2013. *Děti a senioři jako klienti sociální práce*. České Budějovice: Nová Forma, 2013. 178 s. ISBN 978-80-7453-310-5
- MALÍKOVÁ, Eva. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MÁTEL, A. 2011. *Vybrané kapitoly z metod sociální práce I*. Bratislava : Prohu, 2011. 213 s. ISBN 978-80-89535-05-7.
- MATEL, L. a kol. 2015. *Návrhy systémového zabezpečenia opatrovateľskej služby a komparácia poznatkov cezhraničnej spolupráce v rámci národného projektu Podpora opatrovateľskej služby*. Bratislava: Implementačná agentúra Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR, 2015. Available at: https://www.ia.gov.sk/nppos/data/files/np_pos2/Navrhy_systemoveho_zabezpecenia_opatrovateľskej_sluzby_FINALNA%20VERZIA.pdf
- MATEROVÁ, L. 2004. *Komunitní plánování sociálních služeb - metodika*. Praha : Agora Central Europe. 2004. 36 p.
- MATOUŠEK, O. 1995. *Ústavní péče*. Praha : Sociologické nakladatelství. 141 p. ISBN 80-85850-08-7.
- MATOUŠEK, O. 2001. *Základy sociální práce*. 1. vyd., Praha: Portál, 309 s. ISBN 80-7178-473-7.
- MATOUŠEK, O. 2003. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické Nakladatelství, 161 s. ISBN 80-86429-19-9.
- MATOUŠEK, O. a kol. 2003. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál. 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
- MATOUŠEK, Oldřich a kolektiv. 2007. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MATOUŠEK, Oldřich a kolektiv. 2005b. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

- MATOUŠEK, Oldřich. 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 80-71785490
- MATOUŠEK, O. 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. 576 s. ISBN 978-80-2620-366-7
- MERYN, S. – METKA, M. - KINDEL, G. 2004. *Muži a stárnutí ve třetím tisíciletí: hormonální revoluce*. Páralavice: Ilja Zlámal, 2004. 335 s. ISBN 80-903-3960-3
- MIHALIK, J. – STANEK, V. a kol. 1995. *Sociálna politika*. 1. vyd. Bratislava: Ekonomická univerzita, 1995. 413 s. ISBN 80-225-0632-X
- MILUČKÝ, J. – VALLOVÁ, J. – POTÁŠCH, P. 2017. *Judikatúra k Správnemu poriadku a Správnemu súdnemu poriadku*. Bratislava: EUROKÓDEX, s.r.o., 672 s. ISBN 978-80-8155-069-0.
- MINIBERGEROVÁ, L. - DUŠEK, J. 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
- Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny. *Národné priority rozvoja sociálnych služieb. 2015-2020*. 2015. [online] . Available at: www.employment.gov.sk; <https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/narodne-priority-rozvoja-socialnych-sluzieb.html>.
- Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny. *Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike*. 26 p. [online] . Available at: <https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/deinstitucionalizacia-socialnych-sluzieb.html>
- MITRÍK, K. 2018. *Sociálne služby pre seniorov*. Záverečná správa 2018. Prešov: Najvyšší kontrolný úrad SR, 2018. Available at: <https://www.nku.gov.sk/documents/10157/b8e2a0e2-4a1e-4d0a-8a1a-c1a3a31ce873>.
- MITRÍKOVÁ, J., MADZIKOVÁ, A., LIPTÁKOVÁ, M. 2013. *Vybrané aspekty kvality života seniorov - teoretický vstup do problematiky*. Folia Geographica 21. 2013, s. 84-106.
- MLÝNKOVÁ, J. 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7
- MOJTOVÁ, M. 2008. *Sociálna práca v zdravotníctve*. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, 2008, s. 137. ISBN 978-80-89271-45-0.

Monitorovacia správa o stave ľudských práv v domovoch sociálnych služieb. Rada pre poradenstvo v sociálnej práci, Slovenský Helsinský výbor. Bratislava, 2003.

MÜHLPACHR, P. 2004. Gerontopedagogika. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 204 s. ISBN 80-210-3345-2.

MYDLÍKOVÁ, E. 2010. Sociálna práca v neziskovom sektore. 1. vyd. Bratislava: Polygrafické stredisko Univerzity Komenského. 2010. 163 s. ISBN 978-80-223-2745-9

NÉMETH, F. et al. 2009. Geriatria a geriatrické ošetrovateľstvo. Martin : Osveta, 2009. 194 s. ISBN 978-80-8063-314-1.

ONDRUŠOVÁ, Z. et. al. 2009. *Základy sociálnej práce*. Brno: MSD Brno, 139 s. ISBN 978-80-7392-109-5.

ONDRUŠOVÁ, Z. et. al. 2010. *Základy sociálnej práce pre pomáhajúce profesie*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, n.o., 190 s. ISBN: 978-80-89392-21-6.

OLÁH, M.-ROHÁČ, J. 2010. *Atribúty sociálnych služieb (Čo treba vedieť o sociálnych službách)*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, n.o., 132 s. ISBN: 978-80-89271-88-7.

OLÁH, M. a kol. 2009. *Sociálna práca- vybrané kapitoly z dejín, teórie a metód sociálnej práce*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, n.o., 228s. ISBN: 80-969449-6-7.

OLÁH, M. – SCHAVEL, M. - ONDRUŠOVÁ, Z. – NAVRÁTIL, P. 2009. *Sociálna práca. Vybrané kapitoly z dejín, teórie a metód sociálnej práce*. 3. vyd. Bratislava: BEKI design, s. r. o., 2009. 228 s. ISBN 80-969449-6-7

OLÁH, M. a kol. 2016. *Sociálna práca v praxi. Najčastejšie problémy praktickej sociálnej práce*. Bratislava: IRIS s.r.o. 2016. 398 s. ISBN 978-80-89-726-58-5.

OLÁH, M. a kol. 2008. *Úvod do štúdia a dejín sociálnej práce*. 2.vyd. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. 2008. 208s. ISBN 80-969449-6-7

ORINIAKOVÁ, P. 2005. Návrhy kapitol pro komunitní plánování sociálních služeb. v ČR. 2005. [online] . Available at : <https://docplayer.cz/9642952-Navrhy-kapitol-pro-komunitni-planovani-socialnich-sluzeb-v-cr.html>; http://www.mpsv.cz/files/clanky/2472/Kapitoly_KPSS.pdf

PAVELOVÁ, L., TVRDOŇ, M. 2006. *Komunitná sociálna práca*. Nitra : UKF v Nitre. 2006 175 p. ISBN 80-8050-983-2.

PAVLOVIČOVÁ, A. 2008. *Sociálna komunikácia v zdravotníctve*. In: Vybrané kapitoly z medicínskej etiky. Martin : Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-287-8.

PEKARČÍK, Ľ. 2013. *Pastorálny rozmer sociálnej práce*. Ružomberok : Verbum, 2013. 95 s. ISBN 978-80-561-0097-4.

- PEKARČÍK, L., JANIGOVÁ, E. 2010. Sociálna práca, manažment a ekonómia – s reflexiou na sociálne služby. Zborník referátov z 2. ročníka vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou. Ružomberok : VERBUM – vyd. KU, 2010. 288 p. ISBN 978-80-8084-621-3.
- PETROVÁ KAFKOVÁ, M. 2013. *Šedivějící hodnoty?: aktivita jako dominantní způsob stárnutí*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. 181 s. ISBN 978-80210-6310-5.
- PILLEMER, SC, HOLTZER, R. 2016. The differential relationships of dimensions of perceived social support with cognitive function among older adults *Aging Ment Health*, 20 (7) (2016), pp. 727-735
- POLONSKÝ, D. 1998. *Stručné dejiny sociologického myslenia*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela. 109 s. ISBN: 80-80-55-184-7.
- POTANČOKOVÁ, M. 2019. *Starnutie populácie Slovenska*. [online]. [citované 2019-12-15].
Dostupné a internete: <http://www.infostat.sk/vdc/pdf/StarnutieVDC.pdf> .
- POTUČEK, M., RADÍČOVÁ, I. 1998. *Sociální politika v Čechách a na Slovensku po roce 1989*. Praha:Karolinum.1998. 329 s. ISBN: 80-7184-622-8.
- PŘIBYL, H. 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 2015. 96 s. ISBN 978-80- 7345-437-1
- RADKOVÁ, L. 2003. *Sociálna práca v treťom sektore*. Trnava: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity, Katedra dobrovovoľníctva, 2003.
- RAEPPER, W. – SMITH, L. 1998. *Myslenie západnej civilizácie*. Bratislava: Porta Libri, 459 s. ISBN 80-767954-1-4.
- REPKOVÁ, K.-BRICHTOVÁ,L. 2011. Sociálna ochrana starších osôb a osôb so zdravotným postihnutím – aktuálny vývoj. Bratislava: EPOS,111s. ISBN: 978-80-8057-909-8.
- REPKOVÁ, K.-BRICHTOVÁ, L. 2009. Sociálna ochrana starších osôb a osôb so zdravotným postihnutím – vybrané aspekty. Bratislava: EPOS, 463 s. ISBN 978-80-8057-797-1.
- REPKOVÁ, K.-BRICHTOVÁ, L. 2011. *Sociálna ochrana starších osôb a osôb so zdravotným postihnutím – aktuálny vývoj*. Bratislava: EPOS, 112 s. ISBN 978-80-8057-909-8.

REPKOVÁ, K.-BRICHTOVÁ, L. 2012. Sociálna ochrana starších osôb a osôb so zdravotným postihnutím – vývoj od roku 2012. Bratislava: EPOS, 112 s. ISBN 978-80-8057-960-9.

REPKOVA, K. a kol. 2011b. Verejní a neverejní poskytovatelia sociálnych služieb na Slovensku - analýza Centrálného registra poskytovateľov. Inštitút pre výskum práce a rodiny, Bratislava : IVPR, 2011. 34 s.

REPKOVÁ, K. 2010. *Dlhodobá starostlivosť o starších ľudí na Slovensku a v Európe (I). Neformálna starostlivosť. Kvalita*. Bratislava : Vydavateľstvo Inštitút pre výskum práce a rodiny 2010. 324 p. ISBN 978-80-7138-130-3.

REPKOVÁ, K et kolektív. 2011. Dlhodobá starostlivosť o starších ľudí na Slovensku a v Európe(3). Správa, riadenie a financovanie. Bratislava: IVPR, 230 s. ISBN 978-80-7138-133-4.

REPKOVÁ, K. 2012. *Politika sociálnych služieb (v kocke)*. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove, 80 p. ISBN 978-80-555-0621-0.

REPKOVÁ, K. 2011. *Spolufinancovanie sociálnych služieb z privátnych zdrojov – Vybrané otázky posudzovania majetku prijímateľov sociálnych služieb*. Bratislava : IVPR, 28 p. [online] Available at : <http://www.sspr.gov.sk/IVPR/images/IVPR/vyskum/2011/Repkova/financovanie.pdf>

REPKOVÁ, K. 2011. *Analýza vývoja v zabezpečovaní nových kompetencií na úseku sociálnych služieb na Slovensku v rokoch 2009-2010*. Bratislava : IVPR, 63 p. [online] . Available at : <http://www.sspr.gov.sk/IVPR/images/IVPR/vyskum/2011/Repkova/Kompetencie--Repkova-2011.pdf>

REPKOVÁ, K. 2015. Implementácia podmienok kvality do praxe poskytovateľov sociálnych služieb –metodickévýchodiská. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny, 2015. Available at: <https://www.tsk.sk/buxus/docs/Implementacia%20podmienok%20kvality%20do%20praxe%20poskytovatelov%20socialnych%20sluzieb%20metodicke%20vychodiska.pdf>

REPKOVÁ, K. 2016. *Kvalita v kontexte transformácie sociálnych služieb*. Bratislava: KO&KA, 241 s. ISBN 978-80-7138-146-4.

REPKOVÁ, K. 2017. *Sociálne služby. Podpora zmysluplnej každodennosti v ľudsko-právnej perspektíve*. 2017. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny. 265s. ISBN 978-80-7138-151-8.

- REPTOVÁ, O., VALENTOVIČ, M. 2014. Správa o stave deinštitucionalizácie sociálnych služieb v SR na národnej úrovni a regionálnej úrovni na príklade Banskobystrického kraja. [online] . Available at: http://mesa10.org/wp-content/uploads/2014/11/01_Sprava_o_stave_deinstitucionalizacie_v_SR.pdf
- RYBÁRIK, J. 2012. Politika, etika a (ne)sloboda v procese neoliberalnej globalizácie. In KOZOŇ, A. a kol. Etické otázky (ne)slobody. Trenčín : SpoSoIntE, 2012. 214 s. ISBN 978-80-89533-09-1. s. 81 - 97.
- SCHAVEL, M. a kol. 2010. *Sociálna práca vo verejnej správe*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, n.o. 2010. ISBN 80-8082-065-1.
- SCHAVEL, M.- OLÁH, M. 2008. *Sociálne poradenstvo a komunikácia*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, n.o., 224 s. ISBN 80-8068-487-1.
- SCHAVEL, M. a kol. 2006. *Sociálna práca vo verejnej správe*. 1. vyd. Prešov: GRAFOTLAČ. 2006. 136 s. ISBN 80-8082-065-1
- SOCIOFÓRUM, 2018. Lýdia Brichtová, Maria Machajdíková, Bratislava : Prieskum SocioFóra o dopadoch novely zákona č. 448/2008 na financovanie sociálnych služieb, február 2018
- SOPÓCI, J. 2010. *Teória sociálnych inštitúcií*. Bratislava: Polygrafické štúdio Univerzity Komenského. 2010. 148 s. ISBN 978-80-223-2641-4
- STANEK, V. 1999. *Sociálna politika*. Bratislava: Sprint. 1999. 350 s. ISBN 80-88848-45-8.
- STRAKA, J., STRAKOVÁ, D. 2010. *Ochrana ľudských práv a základných slobôd pre sociálnych pracovníkov* . Sládkovičovo: Vysoká škola Višegradu s.r.o, 214 s. ISBN: 978-80-89267-51-4.
- SUCHOMELOVÁ, V. 2016. *Senioři a spiritualita*. Praha: Návrat domu, 2016. 304 s. ISBN 978-80-7255-361-7
- ŠALING, M. 2016. *Vplyv starnutia populácie na zamestnanosť a ekonomický rast*. Bratislava: Kancelária Rady pre rozpočtovú zodpovednosť, 2016. s. 7.
- ŠALING, S., ŠALINGOVÁ, M. 2006. *Velký slovník cudzích slov*. Banská Bystrica : SAMO, 1372 p. ISBN 80-8912-305-8.
- ŠEBESTOVÁ, P. 2010. *Základy celostného manažmentu sociálnej práce*. Sládkovičovo: Vysoká škola Višegradu s.r.o, 191S. ISBN: 978-80-89267-41-5.

- ŠEBESTOVÁ, P. 2011. Základný model supervízie v sociálnej práci je biznis. In KOZOŇ, A. – HEJDIŠ, M. 2011. Sociálna a ekonomická integrácia a dezintegrácia v bezpečnosti jedinca a spoločnosti. Trenčín : SpoSoIntE, 2011, 446 s. ISBN 978-80- 89533-01-5.
- ŠEBESTOVÁ, P. 2013. Trinásť komnata sociálnej práce. In Kozoň, A. a kol. 2013. Etické otázky socializácie sociálnej práce a príbuzných vedných disciplín. SpoSoIntE, Trenčín, 2013. ISBN 978-80-89533-10-7 .
- ŠIKLOVÁ, J. 1999. *Úvod – obecné otázky neziskového sektoru*. Praha: AGNES, s.11-18. ISBN 80-902633-2-1.
- ŠMIDOVÁ, M. – TREBSKI, K. – ŽUFFA, J. 2013. Vybrané aspekty sociálnej starostlivosti o seniorov a dlhodobo chorých. In *Charita ako sociálna služba Cirkvi*. Trnava : Dobrá kniha, Teologická fakulta Trnavskej univerzity, 2013, s. 47-69, ISBN ISBN 978–80–7141–817–7.
- ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L. 2015. Edukace seniorů. Praha: Grada, 2015. 232 s. ISBN 978-80-247-5446-8
- ŠPROCHA, B. 2013. *Úmrtnosť a starnutie obyvateľstva Slovenska*. Prognóza budúceho vývoja v kontexte starobného dôchodkového systému. Prognostické práce, 5, 2013, č. 2. Prognostický ústav SAV.
- ŠRAJER, J., MUSIL, L. 2008. Etické kontexty sociálnej práce s rodinou. Boskovice: Albert, 2008. 150 s. ISBN 978-80-7326-145-0
- Štandardy kvality v sociálnych službách. Dostupné on-line [29/6/2019]: www.standardykvality.sk
- ŠTEFKOVÁ, G. – DIMUNOVÁ, L. 2015. *Humanoidný robot ako spoločník seniorov*. In Sestra. ISSN 1335-94444, 2015, 14, 12-12, s. 10-11.
- ŠTOFANÍK, J. 2016. Medzi krížom a kladivom. Recepčia sociálneho myslenia v katolíckej cirkvi v prvej polovici 20. storočia. Dizertačná práca
- SUŠINKOVÁ, J. 2016. *Závažové faktory prostredia v paliatívnej starostlivosti*. In HANOBIK, František – MICHEL, Radoslav – PRONĚKOVÁ, Martina. Pacient v hospici. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, Bratislava, 2016. ISBN 978-808132-155-9. s. 367-379.
- TATARANSKÁ, I. 2020. Informácia o príprave národného programu aktívneho starnutia na roky 2021-2030. [online] [citované 2020-10-14] Dostupné: <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/socialne-poistenie-dochodkovy-system/informacia-priprave-npas-ii.pdf>

- TKÁČ, V. 2013. Právo a sociálna politika v dialógu pomáhajúcich profesií, In LACA, S. a kol. 2013. Dialóg pomáhajúcich profesií v kontexte sociálnej práce. Brno: Institut meziodborových studií. 2013, ISBN 987-80-87182-37-6, s. 165 – 178.
- TKÁČ, V.1996. Koncepcia transformácie sociálnej sféry Slovenskej republiky. Bratislava: IRIS.1996, 46 s.
- TOKÁROVÁ, A. a kol. 2003. Sociálna práca. 2. vyd. Prešov: AKCENT print. 2003. 572 s. ISBN 80-968367-5-7.
- TOKÁROVÁ, A. 2007. *Vzdelanie žien na Slovensku*. Prešov: Akcent, 2003, druhé vydanie, 179 strán. ISBN 978-80969419-9-5.
- TOTA, M. 2016. Senior, aneb, ještě mě u máte. Týn nad Vltavou: Nová forma, 2016. 106 s. ISBN 978-80-7453-666-3
- UHORSKAI, P. – TKÁČIKOVÁ, E. 1997. *Evanjelici v dejinách slovenskej kultúry*. Liptovský Mikuláš: Tranoscius,169 s. ISBN 80-7140-155-2.
- ÚLEHLA, I. 2005. Umění pomáhat. 2. vyd. Praha: SLON, 2005.
- UHLÍŘ, P. 2008. Pohybová cvičení seniorů. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. 67 s. ISBN 978-80-244-1902-2.
- VÁGNEROVÁ, M. 2007. Vývojová psychologie II. - dospělost a stáří. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-2
- VÁGNEROVÁ, M. 2008. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Karolinum, 2008. 872 s. ISBN 978-80-246-1318-2
- VALLOVÁ, J. 2010. *Správne konanie pre sociálnych pracovníkov. (vybrané kapitoly zo správneho práva)*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 74 s. ISBN: 978-80-89271-86-3.
- VALLOVÁ, J. 2018. *Prednáška: Nové právne úravy pre neziskový sektor*. Detašované pracovisko VŠ ZaSp sv. Alžbety Dunajská Streda.
- VANSÁČ, P a kol. 2013. *Sociálna práca v praxi*. Najčastejšie problémy praktickej sociálnej práce. Bratislava: IRIS. 2013. 398 s. ISBN 978-80-89726-58-5
- VASKOVÁ, V., ŽEŽULA, O. 2002. *Komunitné plánování – věc veřejná : jak zjistit co lidé opravdu chtějí ? Jak zlepšit život v obci ?* Ministerstvo práce a sociálních věcí. Praha : MPSV ČR, 2002.
- VENGLÁŘOVÁ, M. 2007. Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. Praha: Grada, 2007.96 s. ISBN 978-80-247-6497-9.

VESELÝ, D. 1991. *Martin Luther-reformátor*, Liptovský Mikuláš: Tranoscius ISBN 80-7140-001-7.

VIZNER, O. 1992. *Symbolické knihy evanjelickej cirkvi augsburského vyznania*. Liptovský Mikuláš, Tranoscius 209 p. ISBN 80-7140-002-5.

VÝROČNÁ SPRÁVA Diakonie Reformovanej kresťanskej cirkvi na Slovensku 2017.

WOLEKOVÁ, H., MEDZIANOVÁ, M. 2004. *Mini príručka pre komunitné plánovanie sociálnych služieb*. Bratislava : Socia, 2004. [online] . Available at : www.socia.sk/wp-content/uploads/2015/08/Priloha1_k_DP-miniprirucka.doc

VŠEOBECNÁ DEKLARÁCIA ĽUDSKÝCH PRÁV, In: Ľudské práva, výber dokumentov OSN. Bratislava: Archa. 155 s. ISBN 80-7115-088-6.

ZACHAROVÁ, E. - ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 278 s. ISBN 978-8024740-621

ŽALOUDEK, K. 1999. *Encyklopedie politiky*. Praha: Nakladatelství Libri, 559 s. ISBN 80-85983-75-3.

Zákony a právne predpisy:

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách na Slovensku a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní 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

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

Nariadenie č. 271/2020 Z. z. ktorým sa dopĺňa nariadenie vlády SR č. 103/2020 Z. z. o niektorých opatreniach v oblasti dotácií v pôsobnosti Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR v čase mimoriadnej situácie, núdzového stavu alebo výnimočného stavu vyhláseného v súvislosti s ochorením COVID-19

Usmernenie č. EO/791/108782/2020 ÚVZ SR

Zákon č. 179/2011 Z. z. o hospodárskej mobilizácii a o zmene a doplnení zákona č. 387/2002 Z. z. o riadení štátu v krízových situáciách mimo času vojny a vojnového stavu v znení NP

Nariadenie vlády SR č. 116/2020 Z. z. o niektorých opatreniach v oblasti sociálnych služieb v čase mimoriadnej situácie, núdzového stavu alebo výnimočného stavu vyhlásené v súvislosti s ochorením COVID-19

Nariadenie vlády SR č. 261/2020 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa nariadenie vlády SR č. 70/2020 Z. z. ktorým sa ustanovujú niektoré podmienky financovania sociálnych služieb v čase mimoriadnej situácie, núdzového stavu alebo výnimočného stavu

MPSVR SR. Finančné príspevky. [online] [citované 2020-10-19] Dostupné: <https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/poskytovanie-financnych-prispevkov/>

Zákon č. 83/1990 Zb. o združovaní občanov.

Zákon č. 213/1997 Z. z. o neziskových organizáciách poskytujúcich všeobecne prospešné služby.

Zákon č.195/1998 Z. z. o sociálnej pomoci.

Zákona č.308/1991 Zb. Zákon o slobode náboženskej viery a postavení cirkví a náboženských spoločností.

Zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon č. 578/2004 Z. z o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon č. 346/2018 o registri mimovládnych neziskových organizácií.

Dôvodová správa k zákonu č. 346/2018 o registri mimovládnych neziskových organizácií.

Zákon č. 544/2010 Z. z. o dotáciách v pôsobnosti Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky

SOCIÁLNE SLUŽBY V SÚČASNOSTI

Publikácia: Vysokoškolská učebnica

Autorky:

Lucia LUDVIGH CINTULOVÁ

Szilvia BUZALOVÁ

Citovanie:

Ludvigh Cintulová, L., Buzalová, S. 2022. Sociálne služby v súčasnosti. Vysokoškolská učebnica. Bratislava: Vysoká škola ZaSP sv. Alžbety, 2022. 180 s. ISBN 978-80-8132-249-5.

Recenzenti:

Prof. doc. Michal Oláh, PhD.

Prof. Ing. Libuša Radková, PhD.

PhDr. Jerzy Rottermund, PhD.

Vydavateľstvo:

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o. Bratislava, Palackého 1, 811 01 Bratislava

Prvé vydanie; náklad 200 ks

Počet strán: 184

Autorské hárky:

Lucia Ludvigh Cintulová, AH: 4,6

Szilvia Buzalová, AH: 4,6

© 2022 mim.prof. doc. Mgr. Lucia LUDVIGH CINTULOVÁ, PhD.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6448-0547>

© 2022 PhDr. Szilvia BUZALOVÁ, PhD.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4770-1448>

ISBN 978-80-8132-249-5

EAN 9788081322495