

# Architektonická tvorba v transformácii sociálnych služieb

Deinštitucionalizácia v kontexte architektúry

Lea Rollová, Danica Končeková,  
Eva Rusňáková

Transformácia systému sociálnych služieb označovaná pojmom *deinštitucionalizácia*, je dlhodobý proces štrukturálnych reforiem zameraný na rozvoj vysokokvalitných rodinných a komunitných služieb, postupné uzatváranie zariadení sociálnych služieb a sprístupňovanie bežných služieb všetkým občanom. V postkomunistických krajinách je hlavným dôvodom na radikálne zmeny naliehavá potreba vymeniť sa z nehumánneho systému inštitucionálnej starostlivosti založenom na segregácii obyvateľov vo veľkokapacitných zariadeniach<sup>1</sup> v domovoch seniorov, domovoch sociálnych služieb, ale aj v detských domovoch. Podnetom na naštartovanie transformačného procesu boli štúdie o nepriaznivom vplyve segregácie na duševný vývoj obyvateľov žijúcich v inštitucionálnych ubytovacích zariadeniach, ale aj fakt, že existujúci systém je z dlhodobého hľadiska neudržateľný. Z vykonaných štúdií jednoznačne vyplynuli požiadavky súvisiace s nevyhnutnosťou inklúzie obyvateľov menovaných inštitúcií do života spoločnosti, ktorá vedie k väčšej samostatnosti a osobnostnému rozvoju za predpokladu, že sú k dispozícii potrebné sociálne služby, ale aj prístupné fyzické prostredie.

Podľa Európskej expertnej skupiny pre prechod z inštitucionálnej starostlivosti na komunitnú starostlivosť je *deinštitucionalizácia* proces, ktorý zahŕňa<sup>2</sup>:

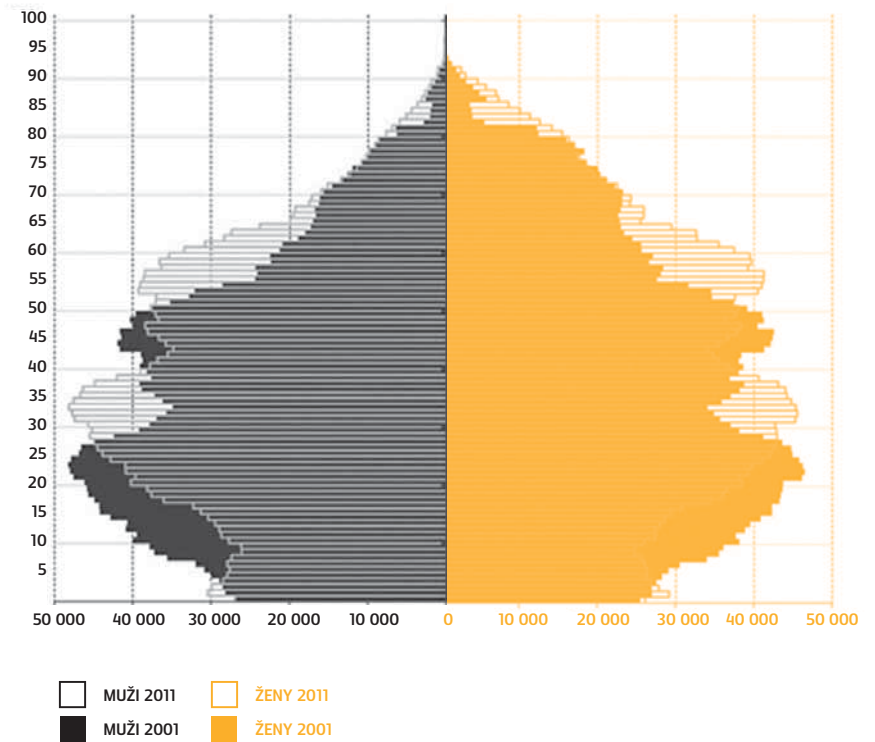
1. vytváranie vysokokvalitných sociálnych služieb poskytovaných v rámci komunity, vrátane služieb, ktorých cieľom je zabrániť inštitucionalizácii, ďalej presun prostriedkov z rezidenčných inštitúcií do nových služieb s cieľom zabezpečiť dlhodobú udržateľnosť systému;
2. plánované uzavretie inštitúcií na dlhodobý pobyt, v ktorých žijú deti, osoby so zdravotným postihnutím (vrátane osôb s duševnými problémami) a starší ľudia, ktorí sú izolovaní od spoločnosti, s nedostatočnými štandardami starostlivosti a podpory a kde sú im často upierané ich ľudské práva;

3. vytváranie bežných služieb, napríklad v oblasti vzdelávania a odbornej prípravy,
4. zamestnanosti, bývania, zdravia a dopravy, ktoré sú plne prístupné pre všetky deti a dospelých odkázaných na podporu.

Všetky kroky uskutočnené v procese deinštitucionalizácie majú teda viesť k postupnej inklúzii obyvateľov z rezidenčných zariadení do života spoločnosti, ktorá im má zabezpečiť väčšiu samostatnosť a osobnostný rozvoj za predpokladu, že sú k dispozícii potrebné sociálne služby, ale aj univerzálne prístupné fyzické prostredie.

Deinštitucionalizácia rezidenčných zariadení sociálnych služieb bola hlavným trendom v západnej Európe a Severnej Amerike od začiatku roka 1970. Niektoré krajiny ako Švédsko a Nórsko postupne uzavreli všetky rozsiahle rezidenčné zariadenia a vyvinuli nový systém založený na báze komunitných služieb. V súčasnosti sa deinštitucionalizácia stáva novou sociálnou politikou Európskej únie na najbližších 20 – 30 rokov a v súlade s týmto zámerom bolo vydaných niekoľko usmernení, ktoré musia členské štáty EÚ dodržiavať. Reakciou Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky bolo schválenie dokumentu *Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti* v novembri 2011 a investičné projekty súvisiace s procesom transformácie sociálnych služieb majú byť podporované zo štrukturálnych fondov Európskej únie.

Proces deinštitucionalizácie sa často vníma ako sociologický problém, aby však bolo možné naplniť požiadavku inklúzie prijímateľov sociálnych služieb do života spoločnosti, je potrebné považovať tento proces aj za architektonický, urbanistický aj za stavebný problém.



Graf 1: Veková štruktúra obyvateľstva SR v porovnaní rokov 2001 a 2011  
Zdroj: Štatistický úrad SR, 2001, 2011<sup>3</sup>

### Štatistické údaje

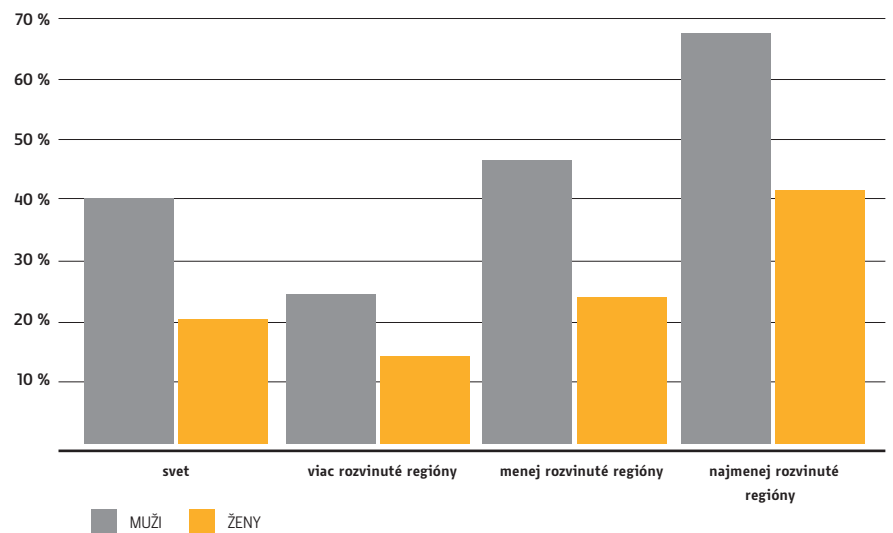
Potreba transformácie zaradení sociálnych služieb úzko súvisí aj so starnutím populácie. Hektickosť bežného života, odsúvanie rodičovstva do neskoršieho veku, zlá hospodárska situácia, zvyšovanie priemernej dĺžky života a mnohé iné faktory majú za dôsledok zmenu demografickej štruktúry obyvateľstva.

Kým v súčasnosti pripadajú na jedného obyvateľa vo veku 65 rokov dvaja obyvatelia vo veku 17 rokov, štatistické údaje a prognózy deklarujú, že v roku 2050 bude tento pomer ešte nepriaznivejší.

Z údajov štatistického úradu SR porovnávajúceho demografickú štruktúru obyvateľstva v roku 2001 a 2011 vyplýva, že zatiaľ čo v roku 2001 bolo žien vo veku 60 rokov približne 27-tisíc, v roku 2011 sa ich počet zvýšil na 39-tisíc, čo predstavuje nárast o 45 %, pričom pri porovnaní údajov pre mužov v tom istom veku bol tento nárast dokonca o 56 %. Naopak, počet mužov vo veku 20 rokov klesol v porovnaní rokov 2001 a 2011 z počtu 45-tisíc na 40-tisíc s predpokladom, že v roku 2031 bude ich počet len 27-tisíc.

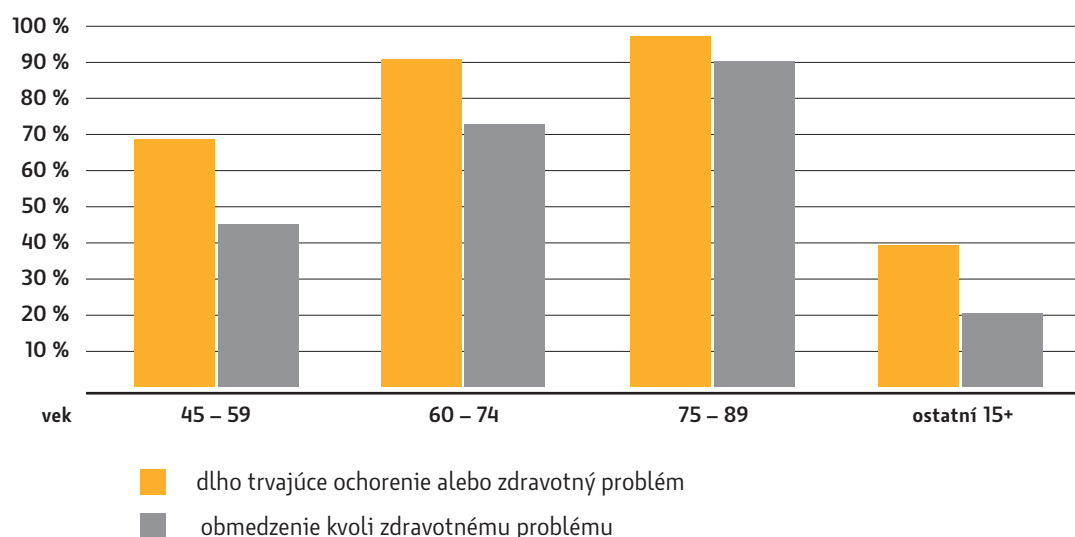
Schopnosť pracovať pri populácii vo veku od 60 rokov a viac, znázorňuje graf 2. V závislosti od miery rozvinutosti krajiny percento pracovne aktívnych občanov klesá alebo stúpa. V celosvetovom priemere 40 % mužov a 20 % žien vo veku nad 60 rokov stále pracuje. V rozvinutých krajinách starší obyvatelia vo väčšej miere uprednostňujú odchod do dôchodku, využívajú výhody rozvinutého sociálneho systému (cestovanie, dobrovoľníctvo, záujmové aktivity...). V krajinách, kde sociálny systém nie je natoľko funkčný a ekonomika výkonná sú ľudia nútení pracovať aj vo vysokom veku. Je paradoxom, že vek odchodu do dôchodku je vo vyspelých krajinách vyšší, ako napr. na Slovensku a v iných postkomunistických krajinách.

Túto transformáciu vekovej štruktúry obyvateľstva vedúcej k starnutiu populácie je potrebné riešiť nielen z hľadiska finančnej životaschopnosti hospodárstva štátu, sociálneho systému, ale aj z hľadiska



Graf 2: Percento pracujúcich osôb vo veku 60 rokov a viac. (UN, 2009)<sup>4</sup>

Graf 3: Výskyt dlhotrvajúceho ochorenia alebo zdravotného problému a obmedzenie v bežných činnostiach kvôli zdravotnému problému obyvateľov SR vo vybraných vekových skupinách. Zdroj: Štatistický úrad SR, 2001, 2011



prístupnosti prostredia, ktoré by malo zohľadniť zvýšené nároky starnúceho obyvateľstva.

Graf 3 mapuje zdravotný stav občanov v roku 2009. Takmer 68 % občanov v produktívnom pracovnom veku 45 – 59 rokov uviedlo, že trpí dlhotrvajúcimi ochoreniami alebo má nejaký zdravotný problém. Necelých 46 % v tej istej vekovej kategórii uviedlo, že má obmedzenie kvôli zdravotnému problému. Toto číslo sa priamoúmerne zvyšuje s narastajúcim vekom obyvateľov. Síce sa predlžuje priemerná dĺžka života (graf 4 – priemerná dĺžka života sa predlžuje približne o 2 roky za dekádu) no graf 3 dokazuje, že nežijeme zdravšie.

Uvedené štatistiky boli jedným z impulzov na radikálne zmeny v sociálnom systéme. Súčasný model je z dlhodobého hľadiska neudržateľný. Z grafov a štatistík jednoznačne vyplýva, že percento obyvateľov, ktorí využívajú sociálne služby, sa v priebehu ďalších desaťročí bude zvyšovať, a preto je nevyhnutné transformovať existujúci systém poskytovania pomoci prostredníctvom kvalitnejších opatrovateľských služieb. Cieľom je dosiahnutie požadovanej flexibility a ekonomickú efektívnosť nového systému založeného na poskytovaní komunitnej starostlivosti neinštitucionálnou formou. Očakávaný nárast klientov sociálnych služieb by mohol mať za následok vytvorenie ďalších veľkokapacitných zariadení inštitucionálneho charakteru, ktoré sú v rozpore so základnými ľudskými právami a nezohľadňujú trend aktívneho starnutia.

#### Analýzy problémov z pohľadu sociológov

V Slovenskej republike v súčasnosti neexistuje žiadna objektívna štatistika o úrovni kvality sociálnych služieb. Boli však realizované viaceré sociologické prieskumy a hodnotenia kvality sociálnej práce podporujúce monitoring kvality sociálnych služieb, ktorý realizovala napríklad Rada pre poradenstvo v sociálnej práci so Slovenským Helsinským výborom v roku 2003<sup>5</sup>. Z analýz sociológov vyplýva, že život v inštitucionálnych rezidenčných zariadeniach s nedostatkom osobného súkromia a samostatnosti vedie k narušeniu osobnej integrity človeka a zdravého rozvoja jeho citového života. V Slovníku sociálnej práce je proces inštitucionalizácie charakterizovaný ako, citujem: „súbor negatívnych vplyvov pôsobiacich na

osoby dlhodobo pobývajúce v uzavretých ústavných inštitúciách ..., ktoré obmedzujú človeka v priestore, obmedzujú jeho súkromie, príležitosti ku kontaktu s rodinou a s inými ľuďmi, obmedzujú možnosti slobodnej voľby, majú zásadný vplyv na jeho myslenie a správanie“.<sup>6</sup>

V podmienkach Slovenskej republiky boli zistené nasledujúce dôvody transformácie zariadení sociálnych služieb<sup>7</sup>:

- prevádzka zariadení sociálnych služieb s počtom miest pre viac ako 50 obyvateľov (60 % z celkovej počtu)
- fyzické obmedzovanie pohybu,
- vyšší počet obyvateľov na izbách, ktoré sú navyše prechodné a s tým súvisiaci nedostatok súkromia,
- neúčelové budovy (kláštory, kaštiele),
- tradícia poskytovania služieb zvlášť pre mužov a ženy,
- preferovanie zdravotníckej starostlivosti pred sociálnymi službami,
- nízka kvalifikácia personálu a absencia celoživotného vzdelávania pre pracovníkov priameho kontaktu a technicko-hospodárskych pracovníkov zariadenia,
- nízky a nedostatočný stav pracovníkov vzhľadom k potrebám obyvateľov,
- často obchádzaná skutočnosť – predpoklad, že obyvatelia budú v zariadení sociálnych služieb až do konca života,
- zbavovanie obyvateľov spôsobilosti na právne úkony ako dôsledok prijatia do zariadenia,
- nízka profesionalita a odbornosť poskytovaných služieb pre ťažko a hlboko mentálne postihnutých obyvateľov a obyvateľov s pridruženým telesným postihnutím.

K ďalším problémom patria napríklad podľa Bartošoviča, citujem: „nedostatok miest v zariadeniach sociálnej starostlivosti, nedostatok odborného personálu a porušovanie ľudských práv v zariadeniach“.<sup>8</sup> Práca personálu v inštitúciách je zameraná najmä na vykonávanie jednotlivých pracovných úkonov, ktoré sa postupne menia na rutinu, pričom individuálny prístup ku klientom je ojedinelý. Aby sa tieto negatívne vplyvy eliminovali, je potrebné presadzovať neústavné formy služieb, ktoré nevytrhávajú klienta z jeho prirodzeného prostredia. Cieľom je teda

Rok	Priemerný vek	
	muži	ženy
1991	32,22	35,05
2001	34,57	37,68
2011	37,41	40,61

Graf 4: Priemerný vek\* obyvateľov SR  
Zdroj: Štatistický úrad SR, 2001, 2011

\* – Priemerný vek je vážený aritmetický priemer počtu rokov, ktoré prežili príslušníci danej populácie do daného okamihu.  
Zdroj: Krátky slovník základných demografických pojmov,  
Zdroj: Infostat, <http://www.infostat.sk/vdc/pdf/slovník2.pdf>

presťahovať klientov z inštitúcií do novovytvorených nízkokapacitných zariadení, alebo vrátenie klientov do vlastného domáceho prostredia, samozrejme, za podmienky, že im bude poskytovaná adekvátna podpora komunity tzv. „community-based care“, teda starostlivosť založená na podpore komunity. V materiáli Európskej expertnej skupiny pre prechod z inštitucionálnej starostlivosti na komunitnú starostlivosť sa píše: „Takáto podpora zahŕňa bežne poskytované služby ako sú bývanie, zdravotná starostlivosť, vzdelanie, zamestnanie, kultúru a voľný čas, ktoré by mali byť prístupné všetkým obyvateľom komunity bez ohľadu na povahu ich znevýhodnenia alebo požadovanej miery podpory.“<sup>9</sup> V súvislosti s transformáciou komunitná forma sociálnych služieb predpokladá návrat do bežného, každodenného života klientov, do miestnej komunity, kde majú žiť ako rovnocenní občania spoločnosti. „Výsledkom transformačných zmien je zmena sociálneho statusu prijímateľov z objektu na subjekt, z klienta na občana, čo inými slovami znamená vytvorenie rovnakých príležitostí pre ich život v podmienkach, v ktorých sú rešpektované ich ľudské práva.“<sup>10</sup>

#### Analýzy problémov z hľadiska prípravnosti fyzického prostredia

Na to, aby sa radikálne zmenil spôsob života obyvateľov z inštitúcií, musia byť plne integrovaní do života spoločnosti, teda musia mať možnosť pestovať sociálne kontakty s rodinou, priateľmi, miestnou komunitou, možnosť participovať na spoločenských aktivitách, možnosť cestovať a podobne. Obyvatelia v aktívnom veku musia mať možnosť študovať a pracovať na voľnom trhu práce (zdravotne limitovaní klienti z domovov sociálnych služieb). Je však naše fyzické prostredie na tento proces pripravené? Stále existuje mnoho architektonických bariér v exteriérovom prostredí, v budovách občianskej vybavenosti, ako aj na pracoviskách. Najzávažnejším problémom však je, že súčasný bytový fond s nedostatkom upravitelných bytov neumožňuje klientom naplniť základné právo a podmienku deinštitucionalizácie, a to zotrvať vo vlastnom domácom prostredí tak dlho, ako im to ich sebestačnosť dovoľuje. Plnú integráciu umožňuje len komplexne bezbariérové prístupné prostredie, a preto je potrebné radikálne zmeniť

zaužívané postupy pri urbanistickej a architektonickej tvorbe prostredia.

V prvej fáze realizácie pilotného projektu MPSVaR SR *Národný projekt Podpora procesu deinštitucionalizácie a transformácie systému sociálnych služieb* majú byť klienti z rezidenčných zariadení diferencovane umiestňovaní do novovytvorených nízkokapacitných obytných štruktúr, alebo ak je to možné navrátení do domáceho prostredia. Pre udržateľnosť tohto procesu je žiaduce radikálne zmeniť prístup k tvorbe komerčného aj sociálneho bytového fondu, aby ľudia, ktorí sú odkázaní na opateru, mohli v budúcnosti prijímať služby vo vlastnom domácom prostredí. V súčasnosti je v legislatíve zakotvený pojem „byt osobitného určenia“ alebo „chránené bývanie“, ktoré sú určené na užívanie osobami s obmedzenou schopnosťou pohybu a orientácie. V praxi sa však preukázalo, že toto ustanovenie sa využíva najmä pri poskytovaní dotácií štátu na debariérizačné úpravy bytu. Za posledných 20 rokov sa postavilo len veľmi málo bytových domov v rámci výstavby sociálnych a nájomných bytov, v ktorých sa realizovali aj byty osobitného určenia tzv. bezbariérové byty. V komerčnej výstavbe sa takéto byty takmer vôbec nerealizujú. Dôkazom je aj zverejnená správa mimovládnej organizácie Združenia na pomoc ľuďom s mentálnym postihnutím v Slovenskej republike, v ktorej sa uvádza, že „príčinou zriadenia a udržiavania celoročných zariadení sociálnych služieb je nedostatok alternatívnych sociálnych služieb, predovšetkým chráneného bývania.“<sup>11</sup>

Podľa rodičov, ponuka chráneného bývania v Slovenskej republike nezodpovedá potrebám rodín, ktoré majú deti s mentálnym postihnutím. Podobné problémy majú aj rodičia detí s inými druhmi zdravotného postihnutia. Rodičia, ktorí mali možnosť zabezpečiť pre svojich členov rodín domovy sociálnych služieb s dennou prevádzkou, odmietajú umiestniť svoje deti v staršom, dospelom veku do zariadení sociálnych služieb s celoročnou prevádzkou. Na nedostatok bezbariérových bytov sa sťažujú aj ľudia s poruchami pohybu a seniori. To je relevantný dôvod na radikálnu zmenu prístupu k tvorbe komerčného a sociálneho bývania, ktorá by umožňovala občanom zostať vo svojom byte aj vtedy, keď sa zmenia jeho schopnosti. Každý novopostavený byt by mal byť

navrhnutý tak, aby ho bolo možné v prípade potreby upraviť, bez nutnosti náročných stavebných úprav, podľa individuálnych potrieb užívateľov – tzv. „upraviteľný byt“.

V rámci úvah súvisiacich s procesom deinštitucionalizácie sa stretávame aj s názorom, že „v podmienkach rozptýleného osídlenia, či nevyhovujúcej bytovej štruktúry je vhodné vytvárať nájomný bytový fond pre seniorov v lokalitách s prístupnými verejnými službami. Z hľadiska služieb môže ísť o sociálne nájomné bývanie pre seniorov, kde sa vykonáva dohľad“.<sup>12</sup> Preto si treba položiť otázky: Nevznikne tým nový druh inštitúcie pre seniorov? Odstránili by sa tým negatívne dopady na život seniorov? Vhodnejšie by zrejme bolo, keby sa uvažovalo so sociálnym nájomným bývaním pre zmiešané skupiny užívateľov, okrem seniorov napríklad pre osamelé matky s deťmi, pre samostatne žijúcich ľudí, mnohopočetné rodiny, alebo náhradné rodiny, pretože tu by bolo možné vytvárať sociálne kontakty na základe vzájomnej výpomoci. Inšpiráciou by mohli byť napríklad modely integrovaného bývania z Nemecka, ktoré sú navrhnuté metódou Univerzálneho navrhovania.

Pre architektov je takisto veľkou výzvou vytvárať nové, dosiaľ nerealizované druhy stavieb, ktoré je potrebné vybudovať v súlade s požiadavkami transformácie systému komunitných služieb, ako napríklad multifunkčné centrá včasnej starostlivosti, domov na pol ceste, nízkoprahové centrá, zariadenie núdzového bývania, zariadenie dočasnej starostlivosti o deti, špecializované zariadenie a integračné centrum. Je potrebné vytvoriť nové metodické usmernenia a typologické zásady, ktoré by poskytovali dostatok informácií architektom, ale aj prevádzkovateľom sociálnych služieb. Neostáva nič iné, ako sa inšpirovať príkladmi dobrej praxe v krajinách, kde je proces deinštitucionalizácie ukončený, alebo kde už majú s takýmito typmi zariadení viacročnú skúsenosť. Osobitné riešenia budú vyžadovať aj reprofiliáciu tých zariadení sociálnych služieb, ktoré poskytujú osobitne intenzívnu sociálnu a zdravotnú starostlivosť pre takých klientov, pre ktorých nie sú vhodné alebo účinné iné druhy služieb.

K závažným problémom patrí aj otázka súvisiaca s ďalším využitím veľkokapacitných zariadení poskytujúcich rezidenčné služby v rámci sociálnej starostlivosti. Mnoho z nich je situovaných v izolovaných okrajových lokalitách miest a obcí, kde nie sú zabezpečené dopravné služby, prípadne neexistuje žiadna občianska vybavenosť. V čase ich vzniku, v polovici 20. storočia, boli vybrané ako „vhodné“ objekty napríklad znárodnené budovy zámkov a kaštieľov. V súčasnosti sú však tieto budovy považované za nevhodné nielen pre veľký počet klientov, pre nekomfortné bývanie vo viac lôžkových izbách, ale aj pre

vysoké prevádzkové náklady. Zrejme je vhodnejšie takéto objekty privatizovať a využívať na iné účely. Tu však treba poznamenať, že mnohé z týchto budov patria k pamiatkovo chráneným objektom a nie vždy sa podarí uzavrieť dohodu s pamiatkovými úradmi a odstrániť existujúce bariéry. V našej stavebnej legislatíve je otázka odstránenia architektonických bariér v pamiatkovo chránených objektoch nedoriešená. Napríklad v stavebnej legislatíve Českej republiky je stanovené, že pri odstraňovaní bariér treba prihliadať na záujmy pamiatkovej starostlivosti, ale neexistuje žiadne ustanovenie o povinnosti odstraňovať bariéry v pamiatkovo chránených objektoch, ak majú slúžiť verejnosti. Tu narážame na rozpor s *Dohovorom OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím*, pretože na základe článku 9: Prístupnosť<sup>13</sup> majú aj zdravotne postihnuté osoby právo navštevovať kultúrne bohatstvo štátu rovnako, ako ostatní. Preto by bolo vhodné zakotviť v stavebnej legislatíve povinnosť vzájomných konzultácií pamiatkového úradu s odborníkmi na tvorbu bezbariérového prostredia s cieľom hľadať kompromisné riešenia.

Ďalším častým typom veľkokapacitných rezidenčných zariadení sociálnej starostlivosti sú panelové budovy, ktoré by sa mohli prebudovať napríklad na sociálne bývanie, študentské domovy, ubytovne, hostely, administratívne priestory a podobne. Aj tie však treba debariérizovať a tu narážame na mnohé problémy súvisiace s absenciou výťahov, schodiskom predsađeným pred vstupom, nevhodným typom konštrukčného systému, ktorý neposkytuje dostatok priestoru na manévrovanie s invalidným vozíkom, úzke dverné otvory, sťažené možnosti vytvoriť bezbariérovú hygienu a iné.

Pri analýze problémov nemožno zabudnúť na potrebu zamestnávania klientov so zdravotným postihnutím, aby sa skutočne naplnili deklarácie o inklúzii a samostatnom živote. Je nevyhnutné financovať zo zákona agentúry podporované zamestnávania, chránené dielne a chránené pracoviská a súčasne vytvárať podmienky na zamestnávanie týchto osôb na voľnom trhu práce. Najväčšie problémy spôsobí práve požiadavka zamestnania osôb so zdravotným postihnutím na voľnom trhu práce, lebo prevažná väčšina pracovísk si vyžaduje odstránenie architektonických bariér. Tu zohráva negatívnu úlohu nedostatočná empatia zamestnávateľov a často aj obava z nedostatočného výkonu takýchto zamestnancov, ktorá je navyše podporená nedostatkom legislatívnych opatrení a kontrolných mechanizmov. Napríklad na Slovensku je stanovená povinnosť zamestnať zdravotne postihnutú osobu, ak má prevádzka viac ako 20 zamestnancov<sup>14</sup>. Počet zamestnancov so zdravotným postihnutím sa určuje percentuálnym podielom z počtu všetkých zamestnancov. Ak

zamestnávateľ toto ustanovenie nedodrží, zaplatí štátu pokutu. Výška pokút je relatívne nízka a mnoho zamestnávateľov ich radšej zaplatí, namiesto investícií do odstraňovania bariér na pracovisku. Je preto nevyhnutné, aby bolo v stavebnej legislatíve zakotvené ustanovenie, ktoré zabezpečí výstavbu bezbariérového prístupných pracovísk, v ktorých bude možné upraviť pracovisko podľa individuálnych potrieb zamestnanca.

K pomenovaniu závažných problémov treba pridať aj nedostatok odborníkov na tvorbu bezbariérového prostredia metódou univerzálneho navrhovania, ktorí by dokázali kompetentne poskytovať konzultácie architektom alebo projektantom, vykonávať audity prístupnosti a užívateľnosti exteriérového a interiérového prostredia, alebo odborne posudzovať projektovú dokumentáciu. Táto požiadavka vyplýva z podmienky pridelenia dotácií zo štrukturálnych fondov len na také projekty, kde je zabezpečený bezbariérový prístup a užívanie stavby<sup>15</sup>. Tak ako bolo uvedené, projekty deinštitucionalizácie budú financované najmä zo štrukturálnych fondov regionálnych operačných programov. Napríklad na Slovensku sa v niektorých mestách vyjadrujú k problémom debariérizácie prostredia ľudia pôsobiaci v miestnych organizáciách zdravotne postihnutých osôb, niektorí poskytujú aj konzultácie, avšak na základe príkladov z praxe treba konštatovať, že ich konzultácie sú úzko späté len s jednou skupinou zdravotného postihnutia alebo dokonca len s ich individuálnymi nárokmi. Takto posúdené stavby vykazujú mnoho nedostatkov a chýba im komplexný prístup z hľadiska nárokov všetkých skupín zdravotného postihnutia. Je nepopierateľné, že zdravotne postihnuté osoby musia byť zapojené do procesov súvisiacich s tvorbou prostredia, je však potrebné analyzovať, v ktorom štádiu stavebného procesu by to bolo prínosné. Z hľadiska efektivity je potrebné, aby už projektová dokumentácia bola posudzovaná z hľadiska prístupnosti a užívateľnosti pre všetkých, pretože odstraňovanie bariér vo fáze kolaudácie nielen predraží stavbu, ale dodatočné úpravy mnohokrát nedosiahnu požadovanú architektonickú a užívateľskú kvalitu prostredia. Na Slovensku vzhľadom na nedostupnosť vzdelania pre väčšinu ľudí so zdravotnými obmedzeniami, nastáva situácia, že nie sú pripravení pre posudzovanie projekčne pripravovaných investícií. Aj to je jeden z argumentov, prečo je potrebné vyškolíť odborníkov na tvorbu bezbariérového prostredia, ktorí by dôkladne ovládali nároky užívateľov všetkých skupín zdravotného postihnutia a ktorí by dokázali kompetentne poskytovať konzultácie, prípadne posudzovať projektovú dokumentáciu<sup>16</sup>. V niektorých postkomunistických krajinách je v ustanoveniach stavebnej legislatívy uložená povinnosť prikladať vyjadrenie autora projektu k bezbariérovému riešeniu stavby, prípadne

k výkresovej časti je potrebné priložiť výkresy bezbariérových úprav<sup>17</sup>. Toto ustanovenie však nezodpovedá trendu integrácie zdravotne postihnutých osôb do života spoločnosti a deklaráciám o rovnosti, lebo sa tvoria „špeciálne riešenia“ pre túto skupinu osôb, čo opäť môže viesť k ich segregácii. Na základe praktických skúseností treba konštatovať, že toto opatrenie je často nepostačujúce aj preto, lebo nie všetci architekti a projektanti sú s problematikou tvorby bezbariérového prostredia metódou univerzálneho navrhovania dôkladne oboznámení, väčšinou majú povrchné znalosti o nárokoch osôb so zdravotným postihnutím, a tak bez odborných konzultácií môžu naďalej vzniknúť nevhodné alebo neúplné riešenia.

### Tvorba nových obytných štruktúr na účely deinštitucionalizácie

Dotácie zo štrukturálnych fondov Európskej únie v rámci projektov deinštitucionalizácie sú určené najmä na diferencované a ciele premiestňovanie klientov z veľkokapacitných rezidenčných inštitúcií do nových, aj už existujúcich obytných štruktúr a na tvorbu doplnkových komunitných služieb súvisiacich s poskytovaním sociálnej a zdravotnej starostlivosti o týchto ľudí. Pre udržateľnosť tohto projektu, je súčasne potrebné zmeniť prístup k tvorbe sociálneho a komerčného bytového fondu tak, aby boli vytvorené podmienky pre zotrvanie obyvateľov (nie len seniorov, osôb so zdravotnými obmedzeniami, ale aj detí) v domácom prostredí.

Podľa odporúčaní EÚ by nemali mať komunity v nových obytných štruktúrach viac ako 20 klientov, pričom jedna obytná jednotka, by nemala mať viac ako 6 klientov. Ďalšou podmienkou je, aby boli komunity zložené z obyvateľov zariadenia s rôznymi druhmi a stupňami zdravotného postihnutia. Teda nie je žiaduce, aby sa tvorili komunity klientov s jedným druhom zdravotného postihnutia, napríklad len z klientov s telesným postihnutím. Nezodpovedaná je však otázka, či musia byť do tejto komunity začlenené aj osoby trvalo pripútané na lôžko. Ak by to takto malo byť, pri dimenzovaní priestorov by sa muselo počítať s možnosťou prepravy klienta na pojazdnom lôžku, čo si vyžaduje väčšie priestorové nároky. V súčasnosti sa takto dimenzujú napríklad priestory hospicov a nemocníc. Túto otázku treba konzultovať so sociológmi, lebo takto dimenzované priestory by si vyžadovali vyššie investičné náklady. Ak by mohli byť osoby pripútané na lôžko umiestnené v osobitných zariadeniach sociálnych služieb, ktoré poskytujú intenzívnu zdravotnícku a sociálnu starostlivosť<sup>18</sup>, stačilo by priestory v novovytvorených obytných štruktúrach dimenzovať v súlade s priestorovými nárokmi pohybu osoby na invalidnom vozíku, čím by sa znížili nároky na výšku vstupných investícií.

V súlade s premisou o potrebe vytvárať inkluzívne prostredie pre klientov, musí byť toto prostredie komplexne bezbariérové prístupné aj preto, že všetci obyvatelia rezidenčných zariadení majú nejaký druh a stupeň zdravotného postihnutia. V mnohých európskych dokumentoch sa odporúča tvoriť prostredie metódou *univerzálne navrhovanie* alebo metódou *Design for All*<sup>19</sup>. Tieto metódy sa v súčasnosti považujú za najhumánnejší spôsob tvorby prostredia preto, lebo na rozdiel od predchádzajúcich metód zohľadňujú nároky širokej skupiny užívateľov s rôznymi schopnosťami a obmedzeniami. Odporúčanie aplikovať pri tvorbe prostredia metódu „univerzálne navrhovanie“ je zakotvené aj v *Dohovore OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím*. V tomto dokumente je pojem univerzálne navrhovanie definovaný takto: „*univerzálne navrhovanie je navrhovanie produktov, prostredí, programov a služieb tak, aby ich mohli využívať v čo najväčšej možnej miere všetci ľudia bez nevyhnutnosti úprav alebo špeciálneho navrhovania; univerzálne navrhovanie nevyklučuje asistenčné zariadenia pre určité skupiny osôb so zdravotným postihnutím, ak je to potrebné.*“<sup>20</sup> Akceptácia diverzity ľudí je kultúrnym počínom, ktorý vníma každého človeka ako komplexnú bytosť s veľmi rozmanitými telesnými, ale aj zmyslovými či mentálnymi danosťami a kvalitami. To znamená, že zavrhuje pôvodné teórie o tvorbe pre „priemerného človeka“, ktorý de facto neexistuje a prikloní sa k humánnejšej metóde univerzálneho navrhovania, ktorá sa snaží v čo najväčšej možnej miere zohľadniť nároky rôznych užívateľov bez nevyhnutnosti špeciálnych riešení. Bezbariérové prístupné stavby sú v zmysle výsledkov švajčiarskej štúdie „*komfortnejšie, majú vyššiu kvalitu z hľadiska zabezpečenia zásobovania a majú vyššiu hodnotu na realitnom trhu*“<sup>21</sup>.

Aplikácia princípov univerzálneho navrhovania je najvhodnejšia v takom prostredí, kde sa predpokladá diverzita užívateľov, teda na verejných priestranstvách, stavbách občianskej vybavenosti, pracoviskách, v spoločných priestoroch bytového domu, ale aj pri tvorbe nových obytných jednotiek v procese deinštitucionalizácie, lebo tu takisto treba uvažovať s diverzitou užívateľov. Tieto princípy sa môžu použiť vo všetkých fázach a oblastiach tvorby obytného prostredia, teda v urbanizme pri tvorbe územného plánu zóny bývania, v architektúre pri tvorbe projektu obytných komunít, ako aj v dizajne pri tvorbe interiéru obytných jednotiek. Pre úplnosť treba doplniť, že metódu univerzálne navrhovanie možno použiť aj pri tvorbe webových stránok na poskytovanie informácií pre klientov, pri tvorbe programov (napr. kultúrnych, edukačných), ako aj pri poskytovaní sociálnych služieb.

Pri univerzálnom navrhovaní transformovaných obytných štruktúr sa nehľadí len na aplikovanie

prvkov bezbariérovosti, ako napríklad rampa, výťah, toaleta, ale aj na vytvorenie orientačných a informačných systémov v prostredí, redukuje sa zhoršená percepcia prostredia u skupín užívateľov s poruchami orientácie, odstraňujú sa bariéry v komunikácii, prihliada sa na bezpečnosť užívateľov a podobne. Architekt musí túto metódu aplikovať už na začiatku tvorivého procesu, od konceptu stavby, cez návrhy jednotlivých priestorov a prvkov až po detaily, ako je napríklad výber vhodného nábytku, povrchových materiálov a použitie farieb a pod. Všetky produkty, ktoré sa na stavbe použijú, musia mať svoje opodstatnenie, či už z hľadiska ergonomie zdravotne limitovanej populácie, intuitívneho používania, z hľadiska dobrej vnímateľnosti a orientácie, z hľadiska bezpečnosti, alebo zdravia. Keď sa hovorí o univerzálnom navrhovaní pri dizajne nábytku, myslí sa napríklad aj na rôznu výšku užívateľov, a preto sa často používajú prvky s možnosťou výškového nastavenia, alebo kombinácia rovnakých prvkov s rôznou výškou (napríklad sedacie prvky majú sedaciu plochu v rôznej výške, informačné a barové pulty majú mať aj zníženú časť na zlepšenie komunikácie s klientom na invalidnom vozíku a pod.), prípadne sa aplikuje osadenie rovnakých prvkov v rôznych výškach (napríklad umývadlá). Podlahy musia byť ľahko udržiavateľné, musia mať protišmykovú úpravu, nesmú obsahovať škodlivé látky a povrchové materiály v exteriéri musia byť vyhotovené tak, aby boli bezpečne použiteľné aj v zimnom období. Materiálové riešenie zohľadňuje napríklad aj nároky alergikov, farebné a povrchové riešenie zohráva veľmi významnú rolu najmä u osôb s poruchami zraku. Farebné kontrasty sa často využívajú kvôli zlepšeniu orientácie v priestore. Bližšie informácie o univerzálnom navrhovaní možno získať z publikácie *Tvorba bezbariérového prostredia. Princípy a súvislosti*.<sup>22</sup>

### Debariérizácia bytov a rodinných domov

Zo štrukturálnych fondov bude možné čerpať dotácie aj na rekonštrukciu bytov, alebo rodinných domov, samozrejme, za podmienky, že budú určené na presídlenie klientov z rezidenčných zariadení sociálnej starostlivosti. Tu bude veľmi náročné splniť požiadavku vytvárať komunitu zloženú z klientov s rôznymi druhmi zdravotného postihnutia. Preto pri výbere vhodného bytu alebo domu na investovanie by mal asistovať odborník na tvorbu bezbariérového prostredia, ktorý posúdi, do akej miery je objekt možné debariérizovať, aké zásahy je potrebné realizovať, prípadne aké doplnkové zariadenia by bolo vhodné použiť. Na debariérizácie objektov nie je možné poskytnúť jednotný návod, každý objekt musí byť posúdený individuálne.

Metódu univerzálného navrhovania možno optimálne aplikovať pri vytváraní každej novostavby

bytového alebo rodinného domu (v exteriéri aj interiéri), ale pri rekonštrukcii stavby je komplexná aplikácia univerzálného navrhovania možná len vtedy, ak to dovoľujú priestorové a konštrukčné podmienky stavby, inak sa musia hľadať kompromisné riešenia. Pre zvýšenie komfortu bývania všetkých obyvateľov by sa mali dodržať princípy univerzálného navrhovania minimálne pri riešení exteriérového prostredia, vstupných priestorov a spoločných priestorov bytových domov, čo bude prínosom aj pre ostatných obyvateľov bytového domu.

Pokiaľ by sa malo investovať do debariérizácie bytu v panelovom dome, treba zväziť viacero aspektov. Limity konštrukčného systému panelových domov väčšinou nespĺňajú priestorové nároky zdravotne postihnutých osôb, najmä osôb na vozíku. Existujúce výťahy v panelových domoch majú mnohokrát bariérové rozmery a pred vstupom do výťahu nie je dostatočne veľký priestor na manévrovanie s vozíkom. Priestorové pomery môže vylepšiť výťah s automatickými otváracími dverami. V niektorých nízkopodlažných panelových domoch neexistuje výťah, preto sa musí v rámci debariérizácie dobudovať. Tu je opäť potrebná konzultácia s odborníkom na tvorbu bezbariérového prostredia, ktorý posúdi, či existuje vhodný spôsob dodatočnej realizácie výťahu alebo zvislej zdvíhacej plošiny. Neodporúča sa inštalovanie šikmej schodiskovej plošiny, lebo na jej obsluhu je veľmi často potrebná asistencia a takisto je nekomfortná, lebo je veľmi pomalá. Z hľadiska univerzálného navrhovania je šikmá schodisková plošina nežiaduca, pretože sa považuje za „špeciálne riešenie“, ktoré slúži len obmedzenému počtu užívateľov (neraz len jednému); výťahy alebo zvislé zdvíhacie plošiny sú vhodnejšie preto, lebo ich môžu využívať všetci obyvatelia bytového domu, čo je cieľom univerzálného navrhovania.

Takisto je mnohokrát neriešiteľným problémom debariérizácia priestorov bytovej hygieny, najmä pre nedostatočné rozmery kúpeľní v panelových domoch a pre nerealizovateľnú požiadavku bezbariérovej sprchy na úrovni podlahy. Debariérizácia vstupných priestorov panelového domu je zväčša bezproblémová, nakoľko sa tu netreba „popasovať“ s konštrukčnými obmedzeniami. Frekventovanou prekážkou vstupu do panelového domu je schodisko pred vstupnými dverami. V tomto prípade je vhodným riešením doplnenie schodiska správne nadimenzovanou rampou, avšak za predpokladu, že netreba prekonávať veľký výškový rozdiel. Ak treba prekonať väčší výškový rozdiel, alebo to priestorové pomery pred vstupom nedovoľujú, musí sa použiť vhodný typ zvislého zdvíhacieho zariadenia. Tento problém netreba riešiť v prípade, ak je dodatočne realizovaný výťah na fasáde, ktorý prepojí všetky úrovne objektu.

### Nedostatky zistené pri posudzovaní projektovej dokumentácie

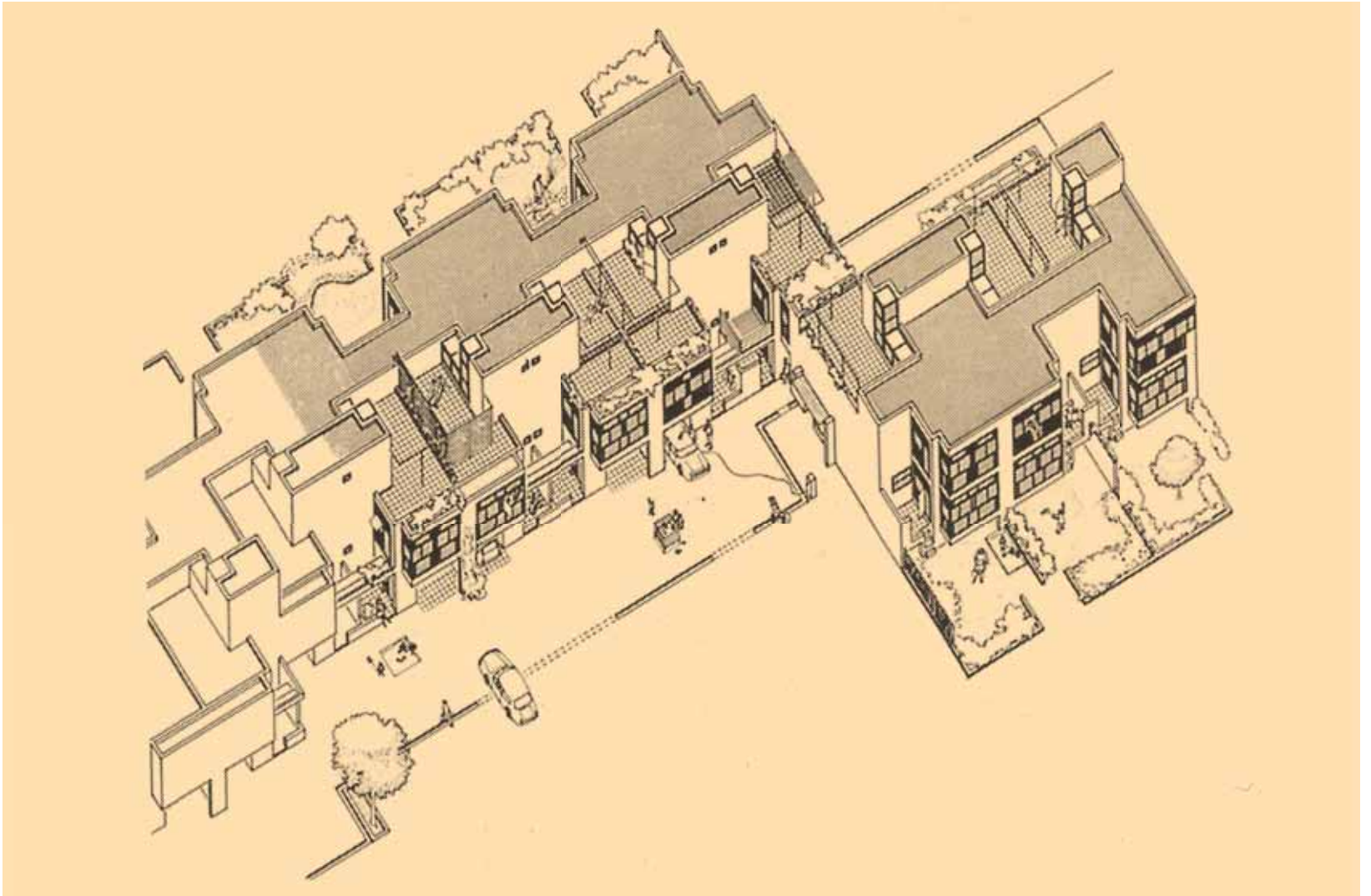
V záujme plynulého a bezproblémového fungovania prevádzky je nevyhnutné, aby bol na prekonávanie výškových rozdielov v objekte použitý výťah alebo zvislá zdvíhacia plošina. V praxi sa však pri rekonštrukciách najčastejšie stretávame s navrhovanou šikmou schodiskovou plošinou. Je to zrejme najjednoduchšie, ale najhoršie riešenie. Schodisková plošina slúži len osobám na vozíku, je veľmi pomalá a pri jej obsluhu sa požaduje asistencia. Ostatní užívatelia, ktorí môžu mať takisto problémy pri chôdzi, alebo prevádzkovatelia, ktorí musia prevádzku denne zásobovať, alebo dovážať stravu, sú naďalej odkázaní výlučne na schodisko. Toto riešenie nie je pre nikoho komfortné. Kľúčovým problémom debariérizácie objektu preto musí byť hľadanie najvhodnejšieho spôsobu prekonávania výškových rozdielov pomocou výťahu alebo zvislej zdvíhacej plošiny.

Objekt musí byť bezbariérovo prístupný vo všetkých prevádzkových častiach. V praxi sa stretávame s tým, že je prístupné len prízemie, ostatné podlažia sú pre osoby s ťažkým telesným postihnutím neprístupné. Alebo je týmto osobám zamedzený prístup do niektorých častí objektu, napríklad do spoločenských častí, na terasu, do záhrady a podobne.

Rekonštrukcie objektov sú často sťažené z dôvodu nevhodného konštrukčného systému, ktorý neposkytuje dostatok priestoru na manévrovanie s invalidným vozíkom. Pred vstupmi do miestností sú napríklad malé predsieňe, do ktorých sa otvárajú viaceré dverné krídla. Takto navrhnutá predsieň je mnohokrát pre osobu na vozíku nepriechodná, niekedy však postačuje, keď sa namiesto klasicky otváracích dverí navrhnu posuvné dvere, čím sa zväčší priestor na manévrovanie s vozíkom.

Často sa opakuje chybné osadenie dverí, keď je dverná kľučka situovaná v rohu miestnosti, respektíve predsieňe. Osoby na vozíku nedokážu takto realizované dvere otvoriť, lebo na kľučku nedosiahnu. Kľučka musí byť vždy odsadená najmenej 40 cm od kúta miestnosti. Mnoho nedostatkov sa vyskytuje aj v riešeníach kúpeľní a toaliet, napríklad nesprávny smer otvárania dverí, zlé osadenie toalety, vedľa ktorej nie je žiaden priestor na zasunutie vozíka, zrkadlo je osadené príliš vysoko a sediaci osoba sa v ňom nevidí, nedosiahne na toaletné potreby, sprcha nie je v úrovni podlahy, alebo v sprche nie sú navrhnuté žiadne držadlá a podobne.

V projektovej dokumentácii chýba orientačný systém pre osoby so zrakovým postihnutím. V komunikačných priestoroch chýbajú kontrastné farebné riešenia, ktoré sú vhodnou pomôckou pri orientácii. Tu treba spomenúť, že nepopulárne riešenie označovania prvého a posledného stupňa schodiska žltou-čiernou páskou, v stavebnej legislatíve nie je



ustanovené. Potreba kontrastného označenia prvého a posledného stupňa možno esteticky dosiahnuť aj pomocou odlišného farebného/kontrastného riešenia medzi podlahou a schodiskovými stupňami, respektíve podstupnicami, alebo inými architektonicko-interiérovými riešeniami.

#### Tvorba sociálneho a komerčného bývania

Pre udržateľnosť reformy súvisiacej s deinstitucionalizáciou je potrebné radikálne zmeniť zaužívané modely tvorby sociálneho a komerčného bývania. Cieľom je, aby ľudia odkázaní na opateru neboli v budúcnosti nútení opustiť svoje domáce prostredie z dôvodu, že sa nedá prispôsobiť podľa ich individuálnych potrieb alebo debarierizovať.

V historickom kontexte bolo mnoho výskumov venovaných tvorbe flexibilných, variabilných foriem bývania, ktoré reflektujú na procesy súvisiace s meniacimi sa potrebami rodiny. Na účely transformácie sociálnych služieb je však potrebné tieto modely doplniť o sociálny a zdravotný rozmer, teda aj o zmeny súvisiace so zmenami zdravia, fyzických, mentálnych a zmyslových schopností. Pri tvorbe je potrebné zohľadňovať aj procesy súvisiace so starnutím, postupne sa zhoršujú pohybové schopnosti, zrak, sluch alebo mentálne schopnosti. Optimálne by mal byť každý byt navrhnutý tak, aby sa dal postupne prispôbovať a v krajnom prípade aj debarierizovať. V súčasných modeloch sociálneho a komerčného bývania nie je možné tieto požiadavky naplniť.<sup>23</sup>

Tak ako bolo uvedené v predchádzajúcich častiach, pri tvorbe obytného prostredia je optimálne použiť metódu univerzálneho navrhovania. Princípy

univerzálnej tvorby prostredia v tvorbe obytných budov rezultujú do navrhovania tzv. upraviteľných bytov.

„Upraviteľný byt“ znamená, že v ňom možno vykonať neskoršie nevyhnutné stavebné úpravy v krátkom čase a s nízkymi nákladmi. Táto definícia naznačuje, že architekt by mal zmeniť doposiaľ zaužívaný prístup k tvorbe bytového domu. Už pri kreovaní konceptu stavby je potrebné počítať s možnými stavebnými úpravami bytu. Výhodou tohto konceptu je benefit prispôbovania bytov rôznym životným štýlom a individuálnym potrebám užívateľov súvisiacich so starnutím, so zmenami zdravotného stavu či už prechodného alebo trvalého charakteru a iných individuálnych očakávaní obyvateľa od „svojho“ bytu.

Pri tvorbe upraviteľného bývania je potrebné do konceptu stavby premietnuť viaceré princípy. Požiadavka univerzálnej prístupnosti sa vzťahuje najmä na spoločné priestory bytového domu vrátane priestorov pivníc, kočikárne, podzemnej garáže, odpadového hospodárstva. Tieto požiadavky sú už implementované do existujúcej stavebnej legislatívy, výnimkou sú bytové domy do štyroch podlaží, kde v zmysle súčasnej legislatívy nie je potrebné výtah inštalovať. V súčasnosti sa toto ustanovenie vzťahuje najmä na sociálne byty, avšak v súlade s udržateľnosťou procesu transformácie rezidenčných sociálnych služieb by bolo žiaduce aj toto ustanovenie prehodnotiť. Príklady z praxe preukázali, že v komerčnej výstavbe sa výtah realizuje aj v bytových domoch s malým počtom podlaží, lebo byty v domoch s výtahom sú ľahšie predajné. Aj to je dôkaz, že prvky univerzálneho navrhovania zvyšujú kvalitu a predajnosť stavby.

K priekopníkom upraviteľného bývania patrí holandský architekt Herman Hertzberger, na obrázku je jeho inovatívny projekt Diagoon Housing v Delfte.

Autor foto: © Herman Hertzberger

Zdroj foto: <http://www.e-architect.co.uk/architects/herman-hertzberger>



Realizácia projektu upraviteľného bývania v Delfte.

Autor: Herman Hertzberger.

Zdroj: [http://de.academic.ru/pictures/dewiki/68/Diagoon\\_2.Herman\\_Hertzberger.jpg](http://de.academic.ru/pictures/dewiki/68/Diagoon_2.Herman_Hertzberger.jpg)





Príklad riešenia upraviteľnej bytovej jednotky, kde je možné dosiahnuť zmenu dispozície, resp. debariérizáciu bez náročných stavebných úprav.

Autorka: Lea Rollová



Jeden z variantov úpravy - vytvorenie bezbariérovej bytovej jednotky.

Autorka: Lea Rollová

Predpokladané úpravy v upraviteľnom byte by sa týkali najmä priestorov hygieny, ktorú by si dokázali užívatelia kedykoľvek prispôsobiť podľa aktuálnych požiadaviek, prípadne by umožňovali jednoduché zmeny dispozície bytu v záujme dosiahnutia požadovanej flexibility, alebo bezbariérovosti. Architekt by preto musel počítať s univerzalitou a variabilitou už vo fáze tvorby konceptu bytového domu.

Pojem upraviteľné bývanie nie je nový, napríklad v rakúskej legislatíve sa zásady tvorby upraviteľného bývania objavujú prvý raz už v roku 1993<sup>24</sup>. Neskôr aj na základe prijatia antidiskriminačného zákona a v súvislosti s procesom transformácie sociálnych služieb sa toto ustanovenie postupne rozširuje do všetkých spolkových krajín. Napríklad vo Viedni na základe dokumentu B 20-000<sup>25</sup> musia byť všetky novopostavené byty upraviteľné. Okrem bývania sú v tomto dokumente prirodzene stanovené aj požiadavky na vytváranie bezbariérového prostredia a nebytových budov v zmysle princípov univerzálneho navrhovania a týmto požiadavkám zodpovedá aj široká ponuka stavebných produktov na trhu. Napríklad v súlade s potrebou integrácie zdravotne postihnutých osôb do života spoločnosti sa na trhu prestali

predávať dvere užšie ako 80 cm. Pojem upraviteľný byt je implementovaný už aj do českej legislatívy<sup>26</sup>.

### Záver

Celosvetové hnutie súvisiace s humanizáciou prostredia a s požiadavkou dosiahnutia sociálne udržateľného rozvoja má zásadný vplyv aj na tvorbu prostredia, produktov a služieb. Tieto trendy sú zreteľné v celosvetovom meradle. Slovensko sa snaží zapájať do týchto aktivít, ale bez zmeny v prístupe k tvorbe urbanistického a architektonického prostredia ostávajú tieto snahy len nenaplnenou deklaráciou.

*Príspevok bol realizovaný na pracovisku CEDA FA STU – Výskumné a školiace centrum bezbariérového navrhovania.*

<sup>1</sup> V súčasnosti napríklad existujú na Slovensku 4 zariadenia s kapacitou vyššou, ako je 300 prijímateľov, 6 zariadení s kapacitou vyššou, ako je 250 prijímateľov, 12 zariadení s kapacitou vyššou, ako je 200 prijímateľov a 94 zariadení s kapacitou vyššou, ako je 100 prijímateľov. Tieto fakty sú uvedené v publikácii: ŠTEPÁNKOVÁ, Erika: Social Service Facilities in the Slovak Republic 2011. (Zariadenia sociálnych služieb na Slovensku 2011). Statistical Office of the Slovak Republic. (Štatistický úrad Slovenskej republiky). No. 900-0070/2012. Bratislava, 2012, s. 15 – 22.

<sup>2</sup> COM(2010) 636 final: European Disability Strategy 2010-2020: A Renewed Commitment to a Barrier-Free Europe. Brusel: Európska komisia European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care, Brussels. European Commission, November 2012, s. 8.

<sup>3</sup> Štatistický úrad SR: Sčítanie obyvateľstva, domov a bytov. 2011. <http://portal.statistics.sk/showdoc.do?docid=43829>

<sup>4</sup> UN: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, Population and Wallchart 2009, <http://www.un.org/esa/populations/publications/ageing2009chart.xls>, prístup 18. mája 2010.

<sup>5</sup> KRUPA, Slavomír a kol.: Kvalitné sociálne služby I. Rada pre poradenstvo v sociálnej práci. Košice, 2000.

<sup>6</sup> MATOUŠEK, Oldřich: Slovník sociální práce. Praha, Portál 2003, s. 86.

<sup>7</sup> KRUPA, Slavomír: Transformácia domovov sociálnych služieb s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie ich obyvateľov. Rada pre poradenstvo v sociálnej práci. Bratislava, 2007, s.49.

<sup>8</sup> BARTOŠOVIČ, Ivan, OCHABA, Róbert, BIELIK, Ivan: Some issues of institutional social care for seniors in Slovakia. (Niektoré problémy sociálnej inštitucionálnej starostlivosti o seniorov na Slovensku). Lekársky obzor č. 9/2010. ročník 59, Bratislava, Herba 2010, s. 348.

<sup>9</sup> European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care (Európska expertná skupina pre prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť)..., 2012, s. 27.

<sup>10</sup> KRUPA, Slavomír: Transformácia domovov sociálnych služieb s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie ich obyvateľov. Rada pre poradenstvo v sociálnej práci. Bratislava, 2007, s. 29.

<sup>11</sup> Združenie na pomoc ľuďom s mentálnym postihnutím v SR: Ľudské práva ľudí s mentálnym postihnutím. Národná správa, Slovenská republika. Bratislava. 2003.

<sup>12</sup> TUPÝ, Branko: Poskytovanie sociálnych služieb na Slovensku – súčasnosť a súvislosti. Webový zdroj z 20.06.2013: <http://www.kkp.sk/poskytovanie-socialnych-sluzieb-na-slovensku-sucasnost-a-suvislosti/>

<sup>13</sup> Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím bol prijatý VZ OSN v decembri 2006. Národná rada Slovenskej republiky vyslovila dňa 9. marca 2010 súhlas s Dohovorom.

<sup>14</sup> Zákon NR SR č. 5/2004 Z. z. § 63 ods. d) hovorí o povinnosti zamestnávateľa zamestnávať občanov so zdravotným postihnutím, ak má viac ako 20 zamestnancov a ak úrad v evidencii uchádzačov o zamestnanie eviduje uchádzačov so zdravotným postihnutím v počte, ktorý predstavuje 3,2% z jeho celkového počtu zamestnancov.

<sup>15</sup> Európska únia pripravuje do nového programového obdobia 2014-2020 ex ante kondicionalitu "Disability", kde je naplnenie článku 9: Prístupnosť z Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím, jednou z hlavných podmienok na čerpanie dotácií z eurofondov.

<sup>16</sup> Slovenská technická univerzita v Bratislave, pracovisko CEDA – Výskumné a školiace centrum bezbariérového navrhovania na Fakulte architektúry STU získalo akreditáciu na študijný program ďalšieho vzdelávania: Tvorba bezbariérového prostredia. Frekvencianti kurzu sa naučia, ako identifikovať existujúce bariéry, ako ich odstraňovať a ako navrhovať novostavby metódou univerzálne navrhovanie.

<sup>17</sup> V českej vyhláške č. 499/2006 Sb. o dokumentácii stavieb je povinnosť priložiť k stavebnej dokumentácii výkresy bezbariérových úprav v časti A bod 1.2. odsek g) s. 6872.

<sup>18</sup> V roku 2011 sa začalo pracovať na osobitnom zákone o dlhodobej starostlivosti, ktorá bude integrovať potrebnú zdravotnú a sociálnu starostlivosť na jednom mieste: buď v nízkokapacitnom zariadení alebo integrovanou ambulatnou a domácou starostlivosťou. Pripravovaný zákon o dlhodobej starostlivosti má ako základný princíp obsahovať prioritu komunitnej starostlivosti pred inštitucionálnou starostlivosťou.

<sup>19</sup> Ďalšie menej používané pojmy „Friendly Design, Inclusive Design“.

<sup>20</sup> UN: Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Article 2 Definitions (Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím. Článok 2 Definície.)

<sup>21</sup> MEYER-MEIERLING, Paul: Behindertengerechtes Bauen – Vollzugsprobleme im Planungsprozess. (Budovy prístupné pre zdravotne postihnuté osoby – otázky implementácie v procese plánovania.) Abstract. Zürich: ETH Hönggerberg, 2004, s. 4/8.

<sup>22</sup> SAMOVÁ, Mária a kol.: Tvorba bezbariérového prostredia. Základné princípy a súvislosti. Bratislava, Eurostav 2008. 140 s.

<sup>23</sup> ROLLOVÁ, Lea: Bezbariérové bývanie. In: Bytové domy na Slovensku. Teória. Recenzie. Diskusia. Bratislava, Eurostav 2007, s. 76-89.

<sup>24</sup> Steiermark Wohnbauförderungsgesetz

<sup>25</sup> B 20-000 Bauordnung für Wien, §119)

<sup>26</sup> Vyhláška č. 398/2009 Sb. Vyhláška Ministerstva ČR pro místní rozvoj č. 398/2009 Sb. o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb. Zdroj: <http://www.tzb-info.cz/pravni-predpisy/vyhlaska-c-398-2009-sb-o-obecnnych-technicky-pozadavcich-zabezpecujících-bezbarierove-uzivani-staveb>