

# Zdravotná starostlivosť v sociálne vylúčených rómskych komunitách

 **PDCS** Partners  
for Democratic  
Change Slovakia

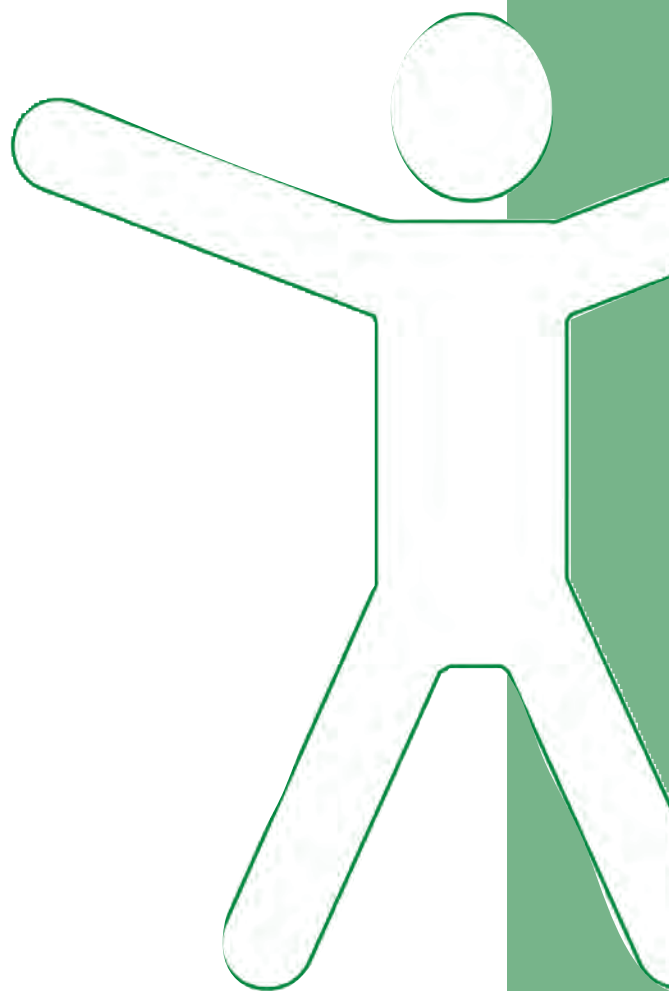


Financed by





# Zdravotná starostlivosť v sociálne vylúčených rómskych komunitách





Published by:

**PDCS, o.z., Partners for Democratic Change Slovakia**

Sturova 13

81102 Bratislava. Slovakia

Phone: +421 2 529 250 16

Fax: +421 2 529 322 15

e-mail: [pdcs@pdcs.sk](mailto:pdcs@pdcs.sk)

[www.pdcs.sk](http://www.pdcs.sk)

The text is without official language correction.

Designed and printed:

**A.D.I.**

Legal depository: GU-147-2007

© **FSG**

Madrid 2007

This document has been produced with the financial assistance of the European Community. The view expressed herein are those of individual authors and can therefore in no way be taken to reflect the official opinion of the European Commission.

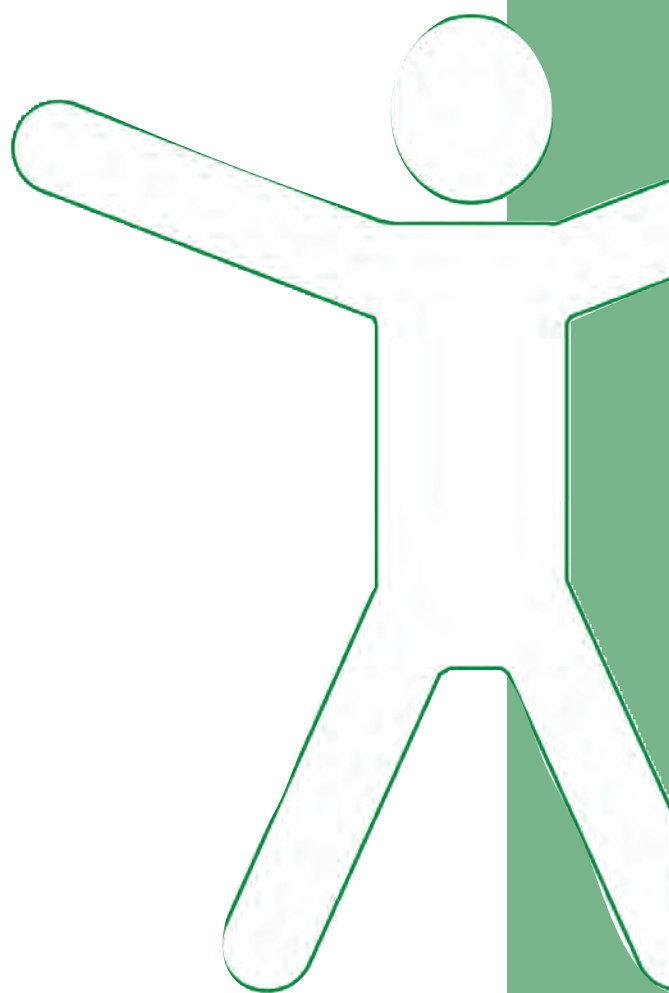
# Obsah

<b>Úvod</b> . . . . .	<b>7</b>
<b>Rómska populácia na Slovensku</b> . . . . .	<b>11</b>
Kultúrne špecifiká rómskeho spoločenstva . . . . .	13
Rómske spoločenstvo . . . . .	14
Jednotlivec a rodina v tradičnom rómskom spoločenstve . . . . .	15
Vzdelanie . . . . .	19
História a jej dôsledky pre dnešnú sociálnu a zdravotnú politiku . . . . .	20
Záver . . . . .	22
<b>Zdravotný stav rómskej populácie na Slovensku</b> . . . . .	<b>25</b>
Trendy vývoja zdravotného stavu Rómov . . . . .	31
<b>Prístup Rómov k zdravotnej starostlivosti na Slovensku, systém zdravotnej starostlivosti a odporúčania pre prácu s rómskou komunitou.</b> . . . . .	<b>33</b>
Úvod . . . . .	35
Zdravotná starostlivosť a jej organizácia . . . . .	37
Špeciálne zdravotné programy . . . . .	40
Nevyhnutné zmeny mimo zdravotníctva . . . . .	43
Konkrétne kroky a odporúčania . . . . .	47
Záver . . . . .	48
<b>Regionálna koncepcia sociálno-ekonomickej integrácie rómskych komúní</b> . . . . .	<b>49</b>
Úvod . . . . .	51
Proces prípravy koncepcie . . . . .	52
Analytická časť/ konkrétne výstupy . . . . .	54
<b>Prílohy</b> . . . . .	<b>57</b>
Prípadová štúdia „Práca terénneho zdravotného asistenta a spolupráca na obecnej úrovni“ . . . . .	61
Dotazník na zistenie postojov voči Rómom . . . . .	64





# Úvod





# Úvod

Brožúra „Zdravotná starostlivosť v sociálne vylúčených rómskych komunitách“ má za cieľ poskytnúť niekoľko sociálno-kultúrnych odporúčaní poskytovateľom zdravotnej starostlivosti (a nielen im), ktoré môžu byť nápomocné pri ich každodennej odbornej starostlivosti o pacientov rómskej národnosti. Predsudky a stereotypy, ktorým rómske komunity čelia, sú okrem iného aj výsledkom nedostatočných vedomostí o sociálnych a kultúrnych hodnotách tejto menšiny.

Správa „Handbook for Action in the Area of Health Services with the Roma Community“<sup>1</sup>, ktorú ako východiskovú súčasť dlhodobého projektu „Znižovanie nerovností v zdravotnej starostlivosti v rómskych komunitách“ spracovala španielska organizácia Fundación Secretariado Gitano, uvádza viacero východísk, prečo je nutné špecificky sa zaoberať s Rómami, keď ide o zabezpečenie rovnakých možností v prístupe k zdravotnej starostlivosti. Rómska populácia je hlavnou etnickou menšinou Európy. Podľa odhadu dnes v Európe žije sedem až deväť miliónov Rómov, približne dve tretiny z nich v strednej a východnej Európe. Rómsku menšinu v priebehu európskej histórie „...sprevádza odmietanie a perzekúcie. História diskriminácie v priebehu storočí znamenala, že jedným zo spoločných znakov tejto európskej etnickej menšiny je chudoba a sociálne vylúčenie, čo ju zaraduje medzi najzraniteľnejšie skupiny v Európe. Táto exklúzia je ešte zreteľnejšia v najchudobnejších krajinách Európy a bývalých komunistických krajinách“.

Taktiež správa „Situácia Rómov v rozšírenej Európskej únii“ zverejnej Európskou komisiou v novembri

1 Z materiálu Handbook for Action in the Area of Health Services with the Roma Community, Fundación Secretariado Gitano

2004<sup>2</sup> je veľmi kritická. V tejto správe sú uverejnené informácie o súčasnom stave Rómov v 25 členských štátoch EÚ a analýzy súčasných postupov zameraných na riešenie nepriaznivého stavu. Všeobecnú situáciu Rómov v súvislosti s ich vylúčením v oblasti zdravia možno podľa tohto dokumentu charakterizovať nasledovne:

„....chudoba a zlé životné podmienky v rómskych komunitách, spolu s neustálou diskrimináciou pri poskytovaní služieb zdravotnej starostlivosti, viedli k vysokej miere výskytu hepatitídy a tuberkulózy. Je dokázané, že priemerný vek rómskej populácie je nižší, než priemerný vek majoritnej spoločnosti. Indikátory určujúce chorobnosť a prístup Rómov k zdravotnej starostlivosti zatiaľ chýbajú“.

Ďalej sa v dokumente upozorňuje aj na množstvo problémov, ktoré súvisia alebo podmieňujú zlú situáciu v oblasti zdravia Rómov v Európe. „Systémy sociálnej ochrany v Európe často popierajú prístup Rómov k bezpečnostným sieťam sociálnych služieb, či už zámerne alebo nedbalosťou. Spoločným problémom Európy je nedostatok riadnej dokumentácie o Rómoch (chýbajú rodné listy, záznamy o uzatvorení

2 Štúdiu spracovalo konzorcium v zložení Európske centrum rómskych práv, Focus Consultancy Ltd. a Európska rómska informačná kancelária



manželstva, povolenia k pobytu a iné identifikačné doklady). Toto je aj jeden z dôvodov, prečo majú Rómovia sťažený prístup k sociálnym službám. V súvislosti s otázkou rovnosti pohlaví nastáva problém dvojitej diskriminácie rómskych žien a následne aj problém s horším prístupom k službám zdravotnej starostlivosti, vzdelaniu a iným službám“.

Pri tvorbe brožúry sme vychádzali s vyššie uvedených východísk s prispôbením obsahu na podmienky Slovenska. Prvá kapitola s názvom „Rómska populácia na Slovensku“ sa venuje špecifikám rómskej menšiny vo vzťahu k zdraviu, so stručným popisom histórie rómskej menšiny na Slovensku a jej dôsledkov pre východiská zdravotnej politiky v súčasnosti.

Druhá kapitola „Zdravotný stav rómskej populácie na Slovensku“ uvádza informácie k zdravotnému stavu rómskej menšiny za posledné obdobie.

V tretej kapitole „Prístup Rómov k zdravotnej starostlivosti na Slovensku, systém zdravotnej starostlivosti a odporúčania pre prácu s rómskou komunitou“ autor navrhuje komplexnú sadu odporúčaní v súvislosti so zdravotnou starostlivosťou, popisuje systém zdravotnej starostlivosti, špeciálne zdravotné programy a navrhuje zmeny, ktoré sú potrebné realizovať aj mimo rezortu zdravotníctva. Autor sa v texte zameriava na Rómov žijúcich v sociálne segregovaných rómskych osadách a rómskych štvrtiach. Konceptiu a odporúčania uvádzame ako jeden z možných prístupov k tejto problematike. Je príspevkom do širokej celospoločenskej diskusie, ktorá by mala predchádzať akýmkoľvek krokom v príprave koncepcií a v regulatívnych zásahoch.

V štvrtej kapitole uvádzame popis procesu vytvárania Regionálnej koncepcie sociálno – ekonomickej integrácie rómskych komunít (žijúcich v sociálne vylúčených oblastiach, ale aj integrovaných Rómov). Tento, v našich podmienkach inovatívny krok, sa podaril

v regióne Banskej Bystrice a začína sa realizovať aj v Prešove a Košiciach. Výstup z jeho prvej fázy uvádzame ako príklad postupu, ktorý sa v prípade úspechu môže opakovať aj v iných regiónoch Slovenska a ktorý sa môže významne podieľať na zlepšení podmienok Rómov. Spolu s popisom procesu a jeho jednotlivými fázami uvádzame aj konkrétne výstupy a stratégiu v oblasti zdravia.

Do piatej kapitoly sme zaradili prípadovú štúdiu, ktorá ukážkovo opisuje model spolupráce na obecnej úrovni a zavádzanie komunitnej sociálnej práce s terénnou zdravotnou starostlivosťou v obci Huncovce. Tiež v nej nájdete dotazník na zistenie postojov voči Rómom obsahujúci dve sady otázok, ktoré môžu pomôcť formulovať témy, ktorými by sme sa mali zaoberať, pokiaľ pracujeme s Rómami a nerómami v projektoch zdravotnej starostlivosti.

Publikácia vznikla ako súčasť medzinárodného projektu „Reducing Health Inequalities in the Roma Communities“, v ktorom participuje 12 organizácií z rôznych európskych krajín. Každá krajina zrealizovala na miestnej úrovni sériu tréningov a seminárov pre poskytovateľov zdravotníckych služieb a pre terénnych pracovníkov.

Naša vďaka patrí všetkým, ktorí sa na tomto úsilí v projekte podieľali. Prvotný podnet k napísaniu tejto brožúry vzišiel z Fundación Secretariado Gitano a publikácia vznikla aj vďaka koordinačnej práci Eleny Bucety. Ďakujeme autorom, ktorí prispeli do tejto publikácie - Beáte Havelkovej, Kataríne Hulanskej, Marte Kulíkovej, Natálii Kušnierikovej, Dušanovi Ondrušekovi, Petrovi Tatárovi, pracovníkom ÚSPVRK SR. Taktiež ďakujeme kolegom z PDCS, ktorí sa podieľali na preklade a komentovaní príspevkov - Andrei Chorváthovej, Pavlovi Makyšovi, Eduardovi Marčekovi, Karolíne Mikovej, Lenke Rapošovej a ďalším.

Uvedomujeme si obmedzenia, ktorým systém zdravotnej starostlivosti a poskytovatelia zdravotných služieb čelia, ale rovnako si uvedomujeme, že existuje viacero úspešných postupov, ktoré sa dajú do zdravotnej sta-

rostlivosti integrovať a tak napomôcť k zlepšeniu zdravotného stavu časti rómskej populácie.

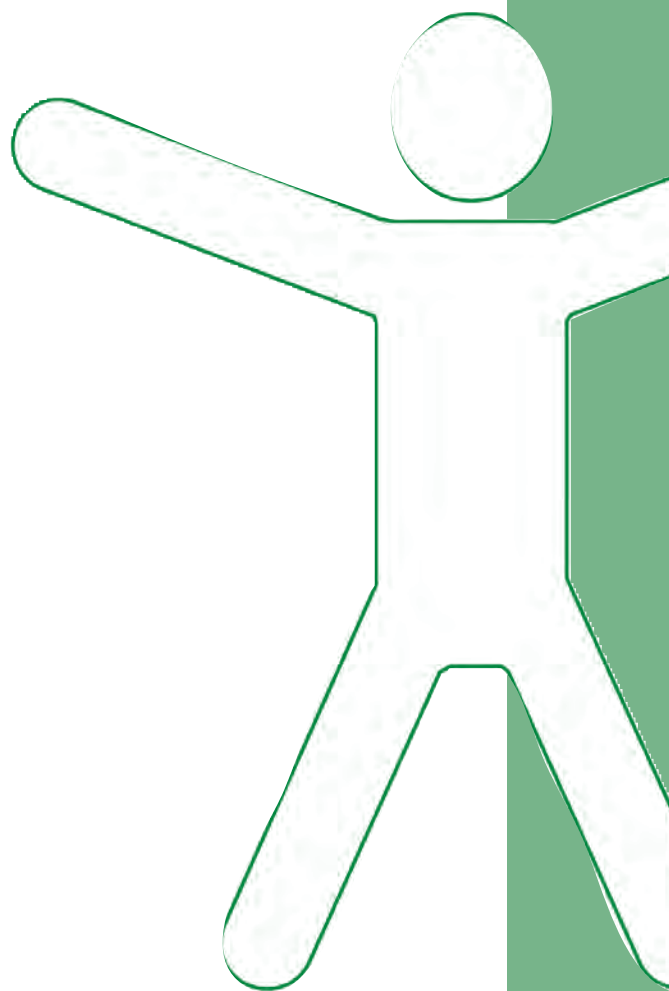
Monika Straková, projektová manažérka





# Rómska populácia na Slovensku

Natália Kušnieriková





## Kultúrne špecifiká rómskeho spoločenstva

O rómskej kultúre sa popísalo veľa i málo. Veľmi málo na to, aby sme rozumeli a chápali kultúrne mechanizmy meniaceho sa spoločenstva. Vďaka mnohým odborníkom a nadšencom pracujúcim v teréne sa môžeme stretnúť so zaujímavými prácami zaoberajúcimi sa rómskou kultúrou, históriou, sociálnou politikou, či už s vedeckým, etnografickým, autobiografickým, či iným charakterom. Nasledujúce riadky sú vďaka týmto zdrojom a osobnej skúsenosti malým príspevkom do existujúcej mozaiky.

Do textu sme zaradili informácie, ktoré sú dôležité pre úvahy o inklúzii Rómov a možnostiach ich lepšieho prístupu k zdravotnej starostlivosti. Vzhľadom na to sa viacej venujeme faktom, ktoré ilustrujú také problémy a možné chyby, ku ktorým dochádza z neznalosti špecifik rómskej kultúry (so zameraním na cieľovú skupinu v osadách a marginalizovaných spoločenstvách). Súčasne asi netreba zdôrazňovať, že s postupujúcou integráciou veľkej časti Rómov, sa u integrovanej časti nestretávame s odlišnými problémami v poskytovaní zdravotnej starostlivosti, než je tomu u väčšinovej populácie. Preto sa v texte zameriavame viac na také prejavy, kde vidíme potenciálne problémy.

V texte uvádzame niekoľko základných charakteristík o rómskych spoločenstvách na Slovensku, o špecifikách v postavení jednotlivca a rodiny tak, ako ich konštatujú dlhoročné výskumné pozorovania a kulturologické štúdie plzenských etnológov (hlavne Jakoubek a Hirt, 2004) a viaceré pozorovania terénnych pracovníkov, ktorí dlhodobo pôsobia v rómskych osadách.

V závere sa zameriavame špecificky na aspekty vzdelávania a histórie v prístupoch k Rómom na Slovensku a uvažujeme, aké sú východiská pre súčasnú zdravotnú politiku vo vzťahu k Rómom.

## Rómske spoločenstvo

Na svete žije okolo 8 - 12 miliónov Rómov. Populačný prírastok Rómov sa v druhej polovici 20. storočia zvýšil na Slovensku štvornásobne. Vzhľadom na počet obyvateľov je na Slovensku najpočetnejšia rómska komunita na svete a to s podielom 8-9% z celkového počtu obyvateľov (podobne je tomu v Bulharsku a Macedónsku). Demografické údaje rómskej populácie (z hľadiska počtu detí, priemerného veku ap.) pripomínajú údaje majoritného obyvateľstva spred niekoľkých desaťročí (napríklad úmrtnosť rómskych dojčiat v 80. rokoch sa rovnala úmrtnosti nerómskych dojčiat v 50. rokoch 20. storočia). Podľa posledného sčítania ľudu z roku 2001 sa k rómskej národnosti prihlásilo len 89 920 obyvateľov (1,7%), neoficiálne zdroje uvádzajú 350 až 500 tisíc Rómov.

Rómska komunita bola vždy vnútorne diferencovaná. Ešte i dnes sa môžeme stretnúť v niektorých komunitách so stopami kastového systému. Spoločenstvá Rómov sa odlišujú používaným jazykom, dialektmi, príslušnosťou k usadlým skupinám (Rumungrom), kočovným (Vlašika), príslušnosťou k regiónu, mestskému či dedinskému prostrediu.

Rómovia nikdy netvorili agrárnu kultúru, nemali vzťah k pôde, či k akumulácii majetku. Ich sociálne štruktúry sú založené na pokrvných väzbách. Iveta Radičová vo svojich prácach upozorňuje na pretrvávajúcu dôležitosť tradícií rómskej rodiny, ktorá sa vyznačuje životom v širšej rodine, komunitným spôsobom života, absenciou hranice medzi súkromným a verejným<sup>3</sup>, chápaním obydla ako dočasného, provizórneho, zreteľnou delbou práce medzi mužom a ženou, mnohodetnými rodinami.

3 To sa týka nielen spôsobu života, ale aj vzťahu k majetku. Radičová

Počas siedmich storočí sa Rómovia na území dnešného Slovenska stretávali s rešpektom i pohrdaním, porozumením i nepochopením. Vstupovali do prirodzených, funkčných, obojstranne výhodných vzťahov s ostatným obyvateľstvom (kmetovstvo, pomocné práce, hudobná produkcia, remeslá a pod). Pokiaľ tieto vzťahy a väzby fungovali a boli podporované silnou spoločenskou kontrolou, vzájomným poznaním, spolunažívanie bolo bez väčších konfliktov a napätí. Od momentu, kedy boli vzťahy a väzby narušené, zdeformované alebo úplne vymizli, dochádza k izolácii, segregácii a posilňovaniu stereotypov. Prirodzene sa stupňuje nevraživosť, často odôvodnené pocity ohrozenia, narastá sociálna vzdialenosť medzi Rómami a ostatnou populáciou. Táto historická skúsenosť vytvára špecifické spôsoby reakcií správania sa. Vylúčenie ostatnými i samovylúčenie na okraj spoločnosti pôsobí, že Rómovia sa často správajú ako skupina v ohrození - znásobuje sa súdržnosť komunity, prehlbuje sa uzavretosť, dominuje úniková stratégia (pripravenosť odísť) alebo stratégia útočná, až agresívna. Počas socializmu sa Rómovia stali „agendou“ paternalistického sociálneho systému štátnej pomoci, ktorý nahradil tradičnú rodinnú solidariťu<sup>4</sup>. Týkalo sa to všetkých dôležitých oblastí života ako bolo bývanie, zdravotníctvo, vzdelávanie a školská dochádzka. Tento neprirodzený vzťah komunistická strana vytvorila v celej populácii. Šlo v podstate o výmenu slobody myslenia a zodpovednosti občana postarať sa o seba samého a svojich blízkych za materiálny „dostatok“ - každému rovným dielom. Tento postoj štátu paradoxne viedol k izolácii, segregácii, netolerancii, xenofóbii a vzdáľoval sa od idealistického obrazu spokojnej robotníckej triedy. U ostatného obyvateľstva mocnel pocit

4 Radičová

nespravodlivého preferovania rómskej populácie.

S mnohými ďalšími charakteristikami sa už dnes nestretávame alebo ich nachádzame v ojedinelej alebo zmenenej podobe, hlavne v sociálne izolovaných alebo vylúčených rómskych spoločenstvách. K takýmto charakteristikám patrili tieto:

- v rámci tradičného spoločenstva neexistuje verejný, neutrálny priestor, kde by jednotlivci vystupovali sami za seba, nemajú takmer žiadny priestor na súkromie
- nie je oddelená verejná a súkromná sféra, takže politické vzťahy sa kryjú s príbuzenskými, pretrváva stabilné rozdelenie sociálnych rolí, nepísané

zákony a sankcionovanie, prevládajú mnohohodetné rodiny a zreteľná deľba rolí v rodine (kto je živiťelom, kto zodpovedá za chod domácnosti)

- udržujú sa nemeniace sa tradičné sociálne štruktúry, čiže sa uprednostňujú opakované vzory správania s prevažujúcou orientáciou na súčasnosť, pretrváva nízka sociálna mobilita a sociálne štruktúry založené na pokrvných väzbách
- iný spôsob zodpovednosti voči vlastníctvu
- iný kultúrny vzor vzťahu k priestoru odlišný od majority
- obydlie je chápané ako dočasné, provizórne a celkove pretrváva stratégia trvalého provizória

## Jednotlivec a rodina v tradičnom rómskom spoločenstve

Pre jednotlivca je určujúca jeho rodina. Sám sa často necíti kompetentný prijímať individuálne rozhodnutia a tradične sa to ani od neho neočakávalo, keďže jeho aspirácie sú vždy konfrontované so záujmami rodiny. Žije v prítomnosti, plánovanie nie je vnímané ako potrebné. Podľa Hirta a Jakoubka (2004) identitu jednotlivca tvorí zakotvenie v rodinnej štruktúre (Odkiaľ si? Odkiaľ je tvoj otec?), to určuje jeho postavenie v širšej rodine, až potom je dôležitý vek a pohlavie. Sociálny status jednotlivca je určený rodinným pôvodom, či je muž alebo žena, do ktorej rodiny, osady sa narodil, či patrí k rituálne čistým (žúžo) alebo k rituálne nečistým (degeš). Tieto indikátory ovplyvňujú, koľko úcty sa mu dostane, s kým sa môže stýkať, koho si môže zobrať za ženu, čo a s kým bude jesť, kde bude bývať a čím sa bude živiť.

### Postavenie ženy

V tradičnom spoločenstve sú 12 až 14 ročné dievčatá považované za dospelé

(nie je to spôsobené skorším sexuálnym dozrievaním) a tak je celkom prirodzené, že žijú s partnerom. Spod ochrany vlastnej rodiny a spolužitím s partnerom prechádzajú pod ochranu partnerovej rodiny. V majoritnej spoločnosti sa očakáva, že dieťa v puberte bude študovať a nie zakladať rodinu. Ak v tomto období otehotnejú, ich úlohou je starať sa o dieťa a partnera. Všetko ostatné je druhotné. Chodenie do školy sa dokonca môže vnímať ako spoločenská potupa. Status a hodnota ženy nespočíva v nej samotnej, ale v jej deťoch, ich počet určuje jej status. O počte detí nerozhoduje žena sama, čím viac detí, tým viac úcty požíva. Mnohopočetná rodina taktiež ľahšie prežije po ekonomickej aj spoločenskej stránke (pred rokom 1989 to priamo súviselo aj s finančným príspevkom).

V mnohých spoločenstvách je ešte i dnes bezdetná mladá žena vnímaná ako tá, ktorá svojou bezdetnosťou uvalí hanbu na celú rodinu. Niekde je považovaná za „nepodareného chla-



pa". Žena je považovaná za menej dôležitú, dominantné postavenie má až po menopauze. Mužská dominancia v rodine je v mnohých uzavretých spoločenstvách vyvážená výraznou pozíciou matky a tým zaručuje rovnováhu a integritu. Manželka – nevesta, ak je „privydatá“ do rodiny, stráži „rodinnú kasu“, ona si môže dovoliť odmietnuť napríklad požičanie peňazí mužovej rodine, on nie. Jej postavenie v manželovej rodine sa posilňuje „privydajom“ jej sestier a bratov.

Úlohou ženy je byť doma, dohliadať na rodinu a zostať verná (páry alebo manželia si vernosť potvrdzujú vernostnou prisahou). Nevera zo strany ženy je veľkým priestupkom a môže byť dôvodom na rozpad manželstva (na vidieku sa môžeme stretnúť s prisahou u kríža, čo je mechanizmus, ktorým sa dá zastaviť rozpad vzťahu).

U muža sa nevera toleruje – zvyšuje mu to jeho spoločenský status. Žena môže túto situáciu riešiť tak, že ho zbije na verejnosti a tak dosiahne zadostučinenie. Nezhody môže žena riešiť demonštratívnym útekem k svojej rodine. Čaká, kým si muž po ňu príde a tým spor končí. Dosiahla opäť verejné poníženie ako trest za krivdu, čo sa jej stala.

### Manželstvo a sexualita

Manželstvo je vnímané ako prostriedok na „ukotvenie“ jednotlivca v širšej skupine, ktorá im vytvára životný priestor a zakladá ich identitu. Cieľom manželstva je „spojenectvo“ medzi dvoma príbuzenskými celkami, aby sa stali početnejšími a kompaktnjšími (manželstvo prvých bratrancov je akceptované). Incestné tabu sa vzťahuje na partnerstvo s rituálne nečistým z inej skupiny. Uzavretie manželstva s nerómom je v niektorých lokalitách Slovenska považované za spoločenskú prestíž.

Viera v statusové postavenie plodnej ženy, mnohodetnej matky ako hodnoty a orientácia na prítomnosť ovplyvňujú početné materstvo od mladého veku

až po koniec plodného obdobia ženy, minimálne plánovanie počtu detí (v súčasnosti už nemusí platiť vo všetkých lokalitách) a gynekologickú prevenciu. Používanie antikoncepcie, rozhovory o sexe a pohlavných chorobách je proti tradičnému kultúrnemu vnímaniu, niekde je to dodnes tabu. Antikoncepcia je zlá, nečistá, tak ako aj menštruujúca žena.

Iniciácia spočíva v tom, že chlapci odchádzajú so svojimi strýkami do dedín, osád, kde majú už nejaké príbuzenstvo. Cieľom takýchto návštev je výber partnerky (te mangave). Výber partnera sa ešte i dnes snažia mnohí rodičia regulovať a nenechať ho na náhodu. Súvisí s vierou v rituálnu čistotu tej ktorej rodiny a osady. (Preto sa v mnohých lokalitách opakujú v rámci rodiny sobáše, čistý s čistými, zlá osada = zlá rodina.) Zainteresované rodiny si vymieňajú manželských partnerov „pre čeranki“. Tak vznikajú niekoľko násobné rodinné väzby (dvojitý švagrovský, dvojitý bratanec a pod).

### Zdravie, choroba, smrť

„Pretrvávajúce periférne spoločenské postavenie veľkej časti Rómov, sociálna neistota, spôsob života značnej časti príslušníkov tohto etnika, v ktorom prevažuje emocionálny prístup nad ekonomicko-rationálnym, vplývajú na uchovávanie ich obyčajovej tradície, ktorá sa odráža i v prístupe k zdravotnej prevencii. Potreba zabezpečiť pre seba a svoju rodinu zdravie, šťastie a ochranu pred pôsobením negatívnych síl, vytvára priestor na aktualizáciu a inováciu viacerých aspektov ich duchovnej kultúry. Výskumy potvrdzujú, že v súčasnom spôsobe života a kultúre Rómov nachádzame mnohé fenomény, ktoré boli známe v majoritnom prostredí.“ (Mann, A. B., s.97) Napríklad výmene dieťaťa zabráni krst (nepokrstené novorodeňa vymení striga, bosorka, také dieťa je stále choré, nenaučí sa chodiť, zomrie). Proti urieknutiu (dieťaťko plače, naťahuje sa, nespí) plnili ochrannú funkciu červené gorálky, mamičky obliekali košieľku

naruby. Ak problémy pokračujú, používa sa ešte i dnes uhlíková voda alebo ešte silnejší prostriedok - matkin moč (potierajú nimi dieťaťko, vytrú mu ústočká, dajú mu napíť). Účinným prostriedkom proti horúčke a zápalu pľúc bolo používanie prevarenej kravskej močovky s mliekom, čo sa používalo aj na zábaly. Dieťaťko malo chrániť od zlých síl aj ročné nestrihanie vlasov a nechťov. Všetky ochranné praktiky sú známe a používali sa aj v majoritnej populácii. (Mann, A. B., s.91)

Zložitá práca pri prevencii ochorení, samotnom liečení a hlavne v doliečovacích fázach je skomplikovaná životným postojom orientovaným na prítomnosť s minimálnym zameraním na budúcnosť. Napríklad ak lekár zaočkuje dieťa a matku dostatočne neinformuje o následkoch reakcie na očkovanie, môže sa stať, že matka odmietne ďalšie očkovania, lebo jej skúsenosť bola negatívna. Dieťa po očkovaní plakalo, zmenil sa mu režim. Najbližšie okolie na základe plaču a nespokojnosti dieťaťa hodnotí ženu ako zlú matku a vyžaduje od nej, aby tento stav zmenila. Matka nemá dostatočné informácie a zručnosti k zmene alebo vhodné argumenty pre okolie na vysvetlenie príčin plaču dieťaťa. To môže byť jedným z dôvodov, prečo na ďalšie očkovania nepríde.

Zdravie sa stáva životnou prioritou až v prípade viditeľných príznakov choroby. Postoj k určovaniu diagnózy nie je jednoznačný. Na jednej strane môže prispieť k rýchlemu uzdraveniu, no tiež môže spôsobiť „onálepkovanie utrpenia človeka“. V niektorých rómskych spoločenstvách pretrváva viera, že vyslovovanie pravého mena choroby znamená jej privolávanie. Preto sa môže stať, že aj keď choroba má zjavné príznaky, paradoxne ju pacient i rodina ignorujú.

Byť chorý, znamená byť blízko smrti. Platí to aj pre doliečovaciu fázu. Preto mnoho pacientov doliečovanie odmieta, prerušuje alebo úplne ignoruje. Pri-

rodzeným želaním jednotlivca i okolia je tento stav zmeniť. Keď si chorý jednotlivec a jeho rodina uvedomia chorobu, očakávajú a vyžadujú, aby pomoc zo strany lekára bola okamžitá, rýchla a definitívna. Preto sa v niektorých lokalitách stretávame s nadmerným využívaním služieb prvej pomoci.

Podpora spoločenstva sa prejavuje v podobe hromadných návštev, ktoré fungujú ako ochranný faktor pre chorého jednotlivca - člena rodiny. Súvisia tiež s aktívnym udržiavaním rodinných vzťahov (ak sa prestaneme navštevovať, nie sme už rodina).

V rómskom spoločenstve sa môžeme stretnúť s ambivalentným postojom voči lekárovi i ostatnému zdravotníckemu personálu. Na jednej strane uznávajú autoritu lekára. On je tým, kto má vedomosti potrebné na vyliečenie choroby a teda môže oddialiť smrť. Na druhej strane je nositeľom zlých správ - stanovuje diagnózu. Môže byť vnímaný ako ten, kto predlžuje chorobu, ak požaduje od pacienta, aby podstúpil doliečovacie, rehabilitačné procedúry. Navštíviť lekára kvôli prevencii (teraz mi nič nie je) nemá pre mnohých Rómov v tomto kontexte zmysel. Práve naopak, vnímajú to ako zbytočné ohrozenie. Zdraví k chorým nepatria, majú strach z nákazy, alebo obavu z toho, že sa dozvedia zlú správu o svojom zdravotnom stave.

Starostlivosť o zdravie členov rodiny je v kompetencii žien, čo môže znemožňovať žene byť pacientkou a starať sa o vlastné zdravie. S tým súvisia aj skoré odchody niektorých žien z pôrodnice krátko po pôrode, keďže sa nemá kto postarať o ostatné deti.

### Postavenie rodiny

Tradičnú rómsku rodinu charakterizuje život v širšej viacgeneračnej rodine, založenej na komunitnom spôsobe života. Spravidla môže ísť o desať i viac členov, manželov alebo partnerov, ich deti a prevažne ďalších blízkych príbuzných. V teréne sa stretávame s množstvom komplikovaných

variantov rodinnej štruktúry, takže sa môže stať, že dieťa považuje svoju babku za mamu a pod. Len v niektorých mestských aglomeráciách dochádza k vytvoreniu rodiny nukleárneho typu. Príslušnosť k rodinne a skupine je dôležitejšia, ako etnicita a „rómskosť“. Jednotlivec bez rodiny nič neznamená a členstvo v rodine získava narodením sa do nej alebo svadbou. Hierarchia v užšej a širšej rodine je nemenná, daná pôvodom, zmena môže nastať vylúčením alebo prechodom do inej „fajty“. Vôľa jednotlivca je podriadená vôli a rozhodnutiu rodiny, autority. Dianie za hranicou rodiny je cudzím svetom.

Udržiavanie vzťahov v rodine prebieha cez súrodenecké, manželské, švagrovské vzťahy. Ženy si navzájom pomáhajú, muži sa organizujú. Vnímanie rodiny sa odvodzuje od aktívneho rozvíjania príbuzenských vzťahov. Za rodinu sa pokladáme len vtedy, ak sme v kontakte a stretávame sa. Ak sa prestaneme navštevovať, prestávame byť súčasťou rodiny, prestávame požívať istý druh ochrany a vzájomnej pomoci (majorita akceptuje príbuzných ako svoju rodinu aj keď sa nekontaktujú). Na základe tohto faktu je potrebné si uvedomiť, aké dôležité sú návštevy pre pacienta v nemocnici. Prostredníctvom nich pacienti potvrdzujú príslušnosť v rodine a naopak.

Postupne dochádza k procesom opúšťania kladných tradičných hodnôt stabilnej rodiny (starostlivosť o deti, starých a bezvládných, remeselné zručnosti). Taktiež pokračuje aj proces prijímania „iných hodnôt“ z majority – prostitúcia, nerešpektovanie autority, odkladanie detí, materiálne hodnoty ako demonštrácia sociálneho statusu.

S niektorými charakteristikami tradičnej rómskej rodiny sa dnes už takmer nestretávame alebo ich nachádzame v zmenenej podobe. K takým patria:

- oddanosť k rodine je najvyššia sociálna cnosť, akceptuje sa autorita v rodine a v záujme rodiny sa ak-

ceptuje aj klamstvo, vina padá na celú rodinu, chýba individuálna zodpovednosť

- obydlie je chápané ako dočasné, provizórne, nie je podstatné s kým a kde býva mladá rodina
- na ojedinelých miestach sa ešte môžeme stretnúť s rituálne „čistými“ a „nečistými“ osadami. Vzdialenosť medzi čistými a nečistými aj v tej istej osade je väčšia, než medzi gádžami (bielymi) a Rómami (Jakoubek a Hirt, 2004).

### Širšia rodina - famelia

Podľa Jakoubka a Hirta (2004) môžeme u Rómov na Slovensku pozorovať existenciu typu takzvanej rozšírenej rodiny – **famelia**. Famelia je širšou rodinou, ale ide o menšie rodinné zoskupenie ako **fajta** (rod). Podľa spomínaných autorov charakteristickými črtami takýchto rodín okrem spoločného priezviska sú:

- mnohé veci dennej potreby využívajú spoločne a dôsledkom je, že sa delia o jeden zdroj elektriny, latrínu a pod., udržiavanie hygieny pri takomto type fungovania domácností je náročné
- spoločné hospodárenie je charakteristické tým, že sa nikto nesnaží vyčleňovať. Stretávame sa s generalizovanou reciprocitou (ten, kto dáva, neočakáva „proti dar“, neďakuje sa – spochybnilo by to akt zdieľania).
- výchova detí prebieha „dozeraním“ starších detí, starých rodičov, iných žien z príbuzenstva a napodobovaním správania dospelých, príbuzní vrstovníci sa zgrupujú po pohlavných líniách a vytvárajú tzv. „akcie schopné jednotky“
- deti nerady odchádzajú od rodičov, aj keď majú vlastné rodiny
- v rómčine sa nepoužíva termín „súrodenci, rodičia“. Za vlastných súrodencov sú považovaní všetci tí, ktorí mali spoločnú matku, za ne-

vlastných súrodencov sú považovaní tí, ktorí mali spoločného otca a rozdielne matky. Vek súrodencov sa rozlišuje osloveniami a použitie týchto oslovení sa aj vyžaduje - Čhaj - dievča na vydaj (nesmie ísť nikam sama s chlapcom), Čhajori - dievčatko. Deti neuvádzajú zosnulých súrodencov (zabúdajú, nera-

di hovoria o mŕtvych, kto je mŕtvy, nepatrí do rodiny) . Deti v jednej rodine môžu mať viaceré priezviská.

- deti zažívajú veľa telesného kontaktu, nepoznajú súkromie v ponímaní majority, nikdy nie sú samé

## Vzdelanie

Pri zdravotnej osвете a zdravotných programoch, ktoré počítajú s istým typom prevládajúceho vzdelania cieľovej populácie, môžeme naraziť na kultúrne iné prístupy. Úroveň, štruktúra a trendy v rozvoji vzdelávania Rómov sú z veľkej časti dané minulými prístupmi. Preto nasledujúca časť textu hovorí o skúsenostiach so vzdelávaním Rómov v minulosti a ich dôsledkami pre súčasné postupy v osvetových programoch zdravotnej výchovy.

Inštitucionálna štruktúra rómskeho spoločenstva je odlišná od vzdelávacích inštitúcií majoritnej spoločnosti. Tak dochádza ku konfliktu dvoch typov fungovania organizácie a sociálneho systému, čo sa najvypuklejšie prejavuje v práci a vzdelaní. (Radičová, I., 2004, s. 59) Majoritný systém vzdelávania preferuje encyklopedické vedomosti, vyžaduje systematickú prípravu, počíta s pomocou rodičov pri príprave na vyučovanie. Mnohí rodičia sú pre svoje deti finančnou a psychickou podporou v štúdiu. Motiváciou je uplatnenie sa v profesionálnom živote, získanie vyššej ekonomickej kvality života. Prevláda jednoznačná orientácia na budúcnosť.

Rómovia vstupujú do hotových pravidiel, ktoré minimálne zohľadňujú ich kultúrne a sociálne špecifiká a životnú

orientáciu na prítomnosť. (Radičová, I., 2001) Povinná školská dochádzka v 80-tych rokoch prispela k zníženiu analfabetizmu. Socialistický systém školstva učil deti písať a čítať, no nepodporoval a nevychoval deti k zdravému sebavedomiu. Dôraz kládol na internacionalizmus, lásku k robotníckej triede a vernosť Sovietskemu zväzu. Mnohé rómske deti boli konfrontované so svojím rómskym pôvodom ako s niečím negatívnym, nežiaducim, menejcenným. Žili ako by v dvoch rozdielnych svetoch: tam „vonku“ sa učili nový jazyk, nové pojmy, aby porozumeli, že ich kultúra a spôsob života sú v tejto spoločnosti nežiaduce. Viacerí z nich prirodzene strácali sebavedomie a osobný neúspech sa naučili pripisovať svojmu pôvodu.

Podľa údajov z posledného sčítania obyvateľstva (rok 2001) prevažuje u Rómov základné vzdelanie - 76,68 % a učňovské 8,07%. Odborné, úplné stredoškolské a vysokoškolské vzdelanie nepresahuje ani 2%. Veľkou bariérou pre rómske deti na začiatku školskej dochádzky je nízka znalosť slovenského, prípadne maďarského jazyka. Tento fakt, spolu so sociálnym hendikepom spôsobuje to, že rómske deti často končia v „špeciálnych školách“ určených pre žiakov s mentálnym postihnutím. Lepšiu predškolskú

pripravenosť detí úspešne riešia tzv. nulté ročníky.

Od roku 1971 je na Slovensku kodifikovaný rómsky jazyk, nie je však vyučovacím jazykom. Podľa neoficiálnych odhadov len okolo 30 % Rómov

považuje rómčinu za svoj materinský jazyk.

## História a jej dôsledky pre dnešnú sociálnu a zdravotnú politiku

V pokusoch o integráciu Rómov sa opakujú aj rovnaké chyby, keďže sa málo „obzeráme dozadu“, málo zhodnocujeme korene rôznorodých prístupov k Rómom, čo má dôsledky aj na sociálnu a zdravotnú politiku vo vzťahu k rómskej menšine dnes. Preto venujeme väčší priestor aj podkapitole o histórii Rómov na území Slovenska a jej dôsledkom pre východiská sociálnej a zdravotnej politiky v súčasnosti.

Prvé písomné správy o Rómoch na území Slovenska pochádzajú z roku 1322 (správa richtára Jána Kuncha zo Spišskej Novej Vsi). V apríli 1423 na Spišskom hrade vystavil cisár Žigmund ochrannú listinu – glejt pre cigánskeho vojvodu Ladislava a jeho ľudí (tieto glejty oprávňovali cigánske skupiny k putovaniu).

Rómovia boli cirkvou obvinení zo špehovania a zakladania požiarov. Pohybovali sa na periférii spoločnosti, ich fyzická, hodnotová odlišnosť a prejavy správania vzbudzovali v usadenom obyvateľstve strach. Od polovice 15. storočia boli cigáni postavení mimo zákon v západnej Európe a jednotlivé skupiny sa presúvajú do Uhorska (postavenie mimo zákon znamenalo fyzické trestanie bez súdneho procesu). Skupiny, ktoré sa usadili na dnešnom území Slovenska, sa venovali kováčstvu, košíkárstvu, výrobe metiel, vápna, kotlov, váľkov, tkaníc a iných predmetov dennej spotreby. Svoju nekvalifikovanú a lacnú pracovnú silu ponúkali vždy za naturálie.

Feudálnymi pánmi boli pozývaní a zamestnávaní ako hudobníci a vojaci.

V 18. storočí sa na území Uhorska mení postoj voči Rómom. Úlohu zohrali reformy Márie Terézie a Jozefa II., ktorých cieľom bola asimilácia a emancipácia rómskeho obyvateľstva - „regulácia Cigánov pre ich trvalé usadenie a zapojenie do hospodárskeho života“. (Kollárová, Z., 1992, s. 61) Tento projekt vypracovala miestodržiteľská rada v Bratislave. Cieľom projektu bolo, aby cigáni začali pracovať v poľnohospodárstve. Uplatňovala sa politika „rozptylu“ (na jednu dedinu jedna cigánska rodina), mali prestať hovoriť svojim jazykom, obliekať sa ako majorita, mali si zmeniť mená a boli im odoberané deti na výchovu. Všetky nariadenia, vydané od roku 1768 a ktoré podporovali asimiláciu, výrazne zmenili dovtedajšiu vnútornú stabilitu rómskych spoločenstiev a ich vzťahy s ostatnými obyvateľmi Uhorska. V roku 1885 bolo vydané nariadenie, ktoré oprávňovalo trestať za tuláctvo („cigánsky zlořád“). V roku 1893 bolo podľa súpisu na dnešnom území Slovenska 36 tisíc Rómov.

Prvá svetová vojna a vznik Prvej Československej republiky (1918 - 1939), zmenili život aj rómskym rodinám. Rómovia sa pri sčítaní ľudu mohli prihlásiť k rómskej národnosti. Zhoršila sa ich ekonomická situácia, zvýšila sa kriminalita, prichádzajú nové skupiny. Už v roku 1927 bol vyhlásený „Zákon o potulných Cigánoch“. Jeho realizácia mala rôzne podoby na celom území

Československej republiky - napríklad na Spiši mali Rómovia zákaz vstupu do kúpeľných miest a všetkých obcí na území Tatier. Pokračovalo zapisovanie novonarodených chlapcov v matričných knihách pod dievčenskými menami (aby sa vyhli brannej povinnosti). Kočovným skupinám boli vydávané kočovné legitimácie s presným určením trasy.

Hospodárska kríza zhoršila sociálne a ekonomické postavenie aj Rómov. Nástupom priemyselnej výroby klesol záujem o domácky zhotovené výrobky. Niektoré dediny nepovoľovali stavbu domu, deti neboli prijímané do škôl. Rómovia boli hlavne v mestskom prostredí považovaní za „nepohodlný element“, ktorý má ostať izolovaný. Mnohé rodiny boli odkázané na stravovacie akcie a sociálnu výpomoc štátu. V roku 1926 pôsobila v Užhorode cigánska škola, ktorá mala vlastný vyučovací systém (podporovala sa hudobná výchova, manuálne zručnosti). Záujem o kultúru Rómov a vzdelávanie majority rozvíjala i Liga pre kultúrne povznesenie cigánov v Košiciach, Spoločnosť pre štúdium a riešenie cigánskej otázky. V 30- tých rokoch 20. storočia mal významný podiel na týchto aktivitách MUDr. Jaroslav Stuchlík.

Prvé diskriminačné opatrenie z roku 1940 definovalo „koho treba pokladať za Cigána“. Zavedené boli „cigánske legitimácie“, zriadená bola Ústredná evidencia Cigánov. Ak zamestnávateľ zamestnával Rómov, musel mať zvláštne povolenie, v ktorom prehlásoval, že ich zamestnáva z nedostatku iných robotníkov, že niet v okolí iných robotníkov, ktorí by vykonávali túto ťažkú prácu a že hneď, ako to bude možné, ich prepustí. (Kollárová, Z., 1992, s. 67) Ďalšie diskriminačné nariadenia voči Rómom a Židom sa týkali úprav ich pracovných povinností. Od roku 1942 boli umiestňovaní do pracovných táborov. Z južnej oblasti, ktorá bola vtedy súčasťou Maďarska, boli transportovaní do koncentračných táborov. Druhá svetová vojna a holokaust navždy zostanú najtragickejšou

kapitolou v rómskej a židovskej histórii. Po druhej svetovej vojne sa počty Rómov na území Československa rapídne znížili. Všetky udalosti v tomto období prispeli k ďalšiemu výraznému narušeniu ich tradičného spôsobu života.

Prístup nového politického režimu v povojnovom Československu vychádzal z ideologických princípov národnostnej politiky voči menšinám. Odmietal akceptovať historickú a kultúrnu odlišnosť Rómov. Vychádzal z presvedčenia, že ich problémy pramenia zo sociálnej zaostalosti, ktorú spôsobil „kapitalistický politický systém“.

Komunistická ideológia popierala identitu Rómov, ich etnicitu, materuský jazyk, kultúrne tradície, hodnotové orientácie, špecifické druhy zamestnaní. Tento princíp poznačil ďalších päťdesiat rokov spoločného života. Rómovia boli nielen oficiálnou ideológiou, ale aj majoritou zaradení medzi sociálne patologické skupiny obyvateľstva, o ktoré sa postará štát a to aj spôsobmi, ktoré boli často krát na hranici humánnosti i zákona. Boli realizované programy prevýchovy, do „vzorových dedín“ boli prevážaní za prácou, bolo im pridelené ubytovanie, kontrolovalo sa vyplácanie mzdy, realizovaný bol dohľad nad školskou dochádzkou za cieľom odstránenia negramotnosti. Úrady mali za úlohu odstrániť diskrimináciu.

Začiatkom 60-tych rokov štát realizoval politiku „sociálnej asimilácie Cigánov“, cieľom ktorej bolo ich splynutie s obyvateľstvom. Zákomom z roku 1958 bolo nariadené násilné usadenie olašských Rómov. Neskôr štátna politika pokračovala v riešení „rómskej otázky“ napríklad plošnými opatreniami v duchu „sociálneho inžinierstva“. Išlo o niekoľkonásobný riadený rozptyl Rómov zo Slovenska do Čiech, čím sa narušili rodinné a ekonomické väzby. Likvidovali sa niektoré osady. Z agrárneho prostredia do priemyslových mestských aglomerácií bolo takto presídlených viac ako 15 000 ľudí. Ignorácia ich etnicity sa prejavila

zákazmi zakladania folklórnych súborov, krúžkov, či vysielania rómskych rozprávok. Nevychádzala rómska literatúra, slovníky, gramatika.

70-te roky boli charakteristické pokračujúcou spoločenskou integráciou. Hlavné zameranie sa orientovalo na výchovu a prevýchovu, boli zriaďované triedy pre adaptáciu rómskych detí, kvóty na prijímanie učňovskej mládeže. V roku 1976 pracovala Komisia na riešenie cigánskej otázky. Sociálna starostlivosť sa stala súčasťou zákona o sociálnom zabezpečení. Rómovia sa už v tom čase prispôbili výhodám i podmienkam komunistického režimu. Väčšina obyvateľov Slovenska vnímala napätú situáciu medzi majoritou a Rómami. Za jej dôvody pokladala nespravodlivú distribúciu zdrojov počas 40 rokov. Rómsku odlišnosť často pokladala za prejav sociálnej patológie.

V 80-tych rokoch bola zdravotníckou starostlivosťou znížená úmrtnosť malých detí, zlepšila sa hygiena a celkový zdravotný stav rómskeho obyvateľstva. Manuálna práca bola vyššie finančne i spoločensky hodnotená, ako práca duševná. Na udržanie štandardu to bolo aj pre viac člennú

rodinu dostačujúce. Aj preto mnohé rómske rodiny boli postavené na príjme jedného člena rodiny, rola ženy bola hlavne v domácnosti.

Po novembri 1989 sa situácia radikálne zmenila. Pre novú transformujúcu sa ekonomiku boli Rómovia so svojou nízkou kvalifikovanosťou a nedostatočnými pracovnými návykmi slabým „kapitálom“. Stratili aj to málo, čo mali - sociálne istoty. (Radičová, I., 2001, s.66) Rodiny stratili jeden príjem a veľmi rýchlo nastal ekonomický a sociálny prepád. V posledných rokoch môžeme sledovať výraznú stratifikáciu rómskej menšiny. Na základe výskumov I. Radičová (2001) uvádza, že pokračuje deformácia pôvodných rodinných a spoločenských väzieb, posilňuje sa stratégia provizória, zostáva obmedzený prístup k pracovným príležitostiam, prehľbuje sa proces sociálneho uzatvárania sa a následného sociálneho vylúčenia.

Na druhej strane, politická zmena spôsobila i to, že vznikli nové, alebo boli oživené kultúrne organizácie a politické strany z radov Rómov. Od roku 1991 sa mohli prihlásiť k rómskej národnosti, začali vychádzať rómske časopisy, literatúra, učebnice.

## Záver

História ukázala, že množstvo súčasných problémov, s ktorými sa stretávame pri zdravotnej politike, má korene v minulosti. V prístupoch k sociálnej a zdravotnej politike sa veľmi nepriaznivo vypomstilo nerešpektovanie kultúrnych špecifik (neznalosť fungovania tradičných rómskych spoločenstiev, postavenia jednotlivca a rodiny v nich) a zásahy štátu.

Zdravotná politika (podobne ako ostatné politiky – školská, sociálna, kultúrna...) sa pohybovali v extrémoch. Striedali sa obdobia jednoznačnej až

násilnej asimilácie (žiadne odlišnosti v prístupe k Rómom, nerešpektovanie odlišnosti rodinných štruktúr), cez tendenciu izolácie (vyčleniť rómske osady mimo centier miest a obcí, segregovať ich a posilňovať zabezpečovanie vzdelávacích, sociálnych a zdravotných služieb hlavne prostredníctvom Rómov samotných), až po provizórne „ad hoc“ riešenia, ktoré sa menia s každou novou nastupujúcou vládou (zriaďovanie hygienických staníc, rómski zdravotní asistenti bez jasne stanovených kompetencií a zodpovedajúceho financovania).

Kroky uplatňovania zdravotnej politiky by mali zohľadniť, že v súvislosti s Rómami nehovoríme o jednej a jednotnej skupine, ale o množstve veľmi rôznorodých spoločností. Voči nim by sa mali súčasne uplatňovať rôzne typy zdravotných politik. Existuje zhoda na potrebe prístupu integrácie Rómov, ale nie je jasné, aký typ integrácie majú autori na mysli. Niekedy sa predstava integrácie uplatňuje skôr krokmi smerujúcimi k modelu „taviaceho kotla“ (s postupným zlievaním všetkých kultúrnych špecifík), niekedy skôr krokmi „multikulturalizmu“, keď uvažujeme o spôsobe, ako rešpektovať rôzne kultúrne modely a hľadáme možnosť ich fungovania popri sebe. To by v niektorých prípadoch znamenalo (dočasne) mať aj odlišné štandardy pre jednotlivé skupiny obyvateľstva.

Ani jeden extrémny prístup, koncepcia zhora nadol, ktorá sa snaží riešiť všetko, doteraz v našich podmienkach nefungovala. Zdá sa, že sa budeme musieť vrátiť k prístupu vytvárania politiky zdola nahor, kde namiesto celoštátnych často sa meniacich komplexných modelov, budeme posilňovať skôr uplatňovanie a rozširovanie úspešných modelov, ktoré sa šíria zdola nahor.

## Literatúra:

- Jakoubek, M., Hirt T. (Ed.): Romové: Kulturologické study. O etnopolitice, příbuzenství a sociální organizace. Aleš Čeněk, s.r.o., Plzeň 2004
- Kollár, M., Mesežnikov, G.: Slovensko 2001 – Súhrnná správa o stave spoločnosti. Inštitút pre verejné otázky, Bratislava 2001, Kušnieriková, N.: Prístupy k vzdelávaniu Rómov v minulosti
- Kollárová, Z.: K vývoju rómskej society na Spiši do roku 1945. In: Neznámi Rómovia, Ister science press, Bratislava 1992
- Kováč, M., Mann, A. B.: Boh všetko vidí O Del SA DIKHEL, Duchovný svet Rómov na Slovensku. Chronos Publishing, 2003
- Kušnieriková, N., Ondrušek, D.: Slovensko: Situácia Rómskej menšiny na Slovensku. In: Čo sa osvedčilo? Výber z rómskych projektov v strednej a východnej Európy. PDCS, Bratislava 2003
- Kušnieriková, N.: Prístupy k vzdelávaniu Rómov v minulosti. In: Rómovia, vzdelávanie, tretí sektor. PDCS, 2001
- Radičová, I.: Hic Sunt Romales, Nadácia S.P.A.C.E. (Centrum pre analýzu sociálnej politiky), Bratislava, 2001
- Sociální práce 4/2003: Možnosti sociální práce v romských komunitách. Asociace vzdelavatelů v sociální práci







# Zdravotný stav rómskej populácie na Slovensku

**Beáta Havelková  
Katarína Hulanská**





## Zdravotný stav rómskej populácie na Slovensku

Súčasný pokrok a rast ekonomiky Slovenskej republiky tak, ako aj pokrok iných krajín sveta, je postavený na dobrom zdravotnom stave populácie, ktorý je predpokladom k hospodárskemu rastu a trvalo udržateľnému rozvoju.

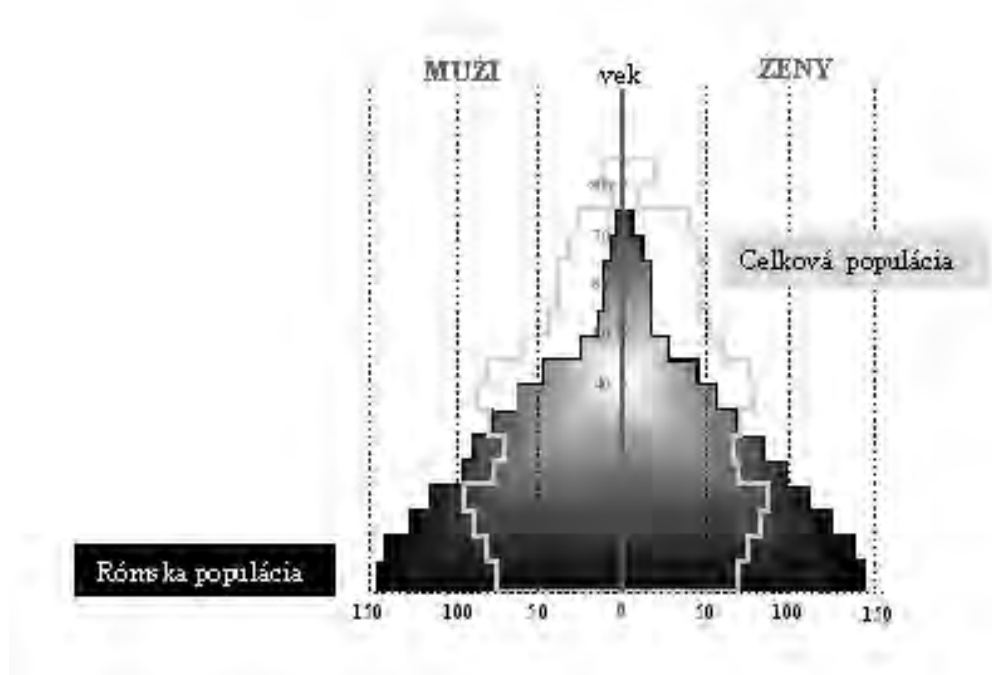
Dosiahnuť dobrý zdravotný stav obyvateľov Slovenska je spoločná zodpovednosť, ktorá si vyžaduje spoluprácu, synergiu a partnersтво na všetkých úrovniach a medzi všetkými zložkami spoločnosti. Avšak v súčasnosti sa rozdiely medzi jednotlivými regiónmi Slovenskej republiky výrazne prehlbujú. Obyvatelia v sociálno-ekonomicky slabších oblastiach sú často frustrovaní. Vznikajú a narastajú rozdiely medzi jednotlivými skupinami obyvateľov. Zväčšujú sa aj rozdiely medzi bežnou populáciou a znevýhodnenými skupinami obyvateľov.

V Slovenskej republike neexistuje komplexný systém monitorovania zdravotného stavu znevýhodnených skupín. V hodnotení zdravotného stavu preto musíme vychádzať len z rôznych štúdií a prieskumov, ktoré sa predovšetkým zaoberajú hodnotením zdravotného stavu, rizikovými faktormi zdravia a životným štýlom týchto komunit. Kľúčovými epidemiologickými štúdiami sú:

- 1. Výskum výživy a životného štýlu troch etnických skupín v Slovenskej republike** (realizovaný v rokoch 2001-2003 na Ústave preventívnej a klinickej medicíny a Úrade verejného zdravotníctva Slovenskej republiky)
- 2. Program ozdravenia životného prostredia, zlepšenia hygienických podmienok a prevencia infekčných ochorení u obyvateľov rómskych osád** (Štátny zdravotný ústav Slovenskej republiky v roku 2002)
- 3. Zdravotný stav detí a žien žijúcich v chudobných komunitách** (Štátny zdravotný ústav v rokoch 2002 –2003)
- 4. Demografické štúdie a prognózy** realizované Štatistickým úradom Slovenskej republiky a Infostatom

Rómska populácia má svoje špecifiká, ktorými sa značne odlišuje od majoritnej populácie. Je to populácia s progresívnou vekovou štruktúrou, t. j. s vysokým podielom detskej populácie, s nízkym podielom obyvateľstva nad 60 rokov.

### Graf č. 1: Veková štruktúra rómskej a celkovej populácie v Slovenskej republike



Zdroj: census 1991, Štatistický úrad Slovenskej republiky

Podľa vekovej štruktúry rómskej a celkovej populácie vyplýva, že v roku 1991 podiel detí vo veku do 14 rokov tvoril u rómskej populácie v Slovenskej republike 43,4 % a v celkovej slovenskej populácii iba 25,5 %. Zatiaľ čo podiel starých ľudí nad 60 rokov tvoril u rómskej populácii v Slovenskej republike 3,6 %, v celkovej slovenskej populácii až 14,5 %.

Podľa prognózy, ktorú vypracoval Infostat, bude s najväčšou pravdepodobnosťou v roku 2025 žiť v Slovenskej republike približne 520 tisíc Rómov, čo predstavuje prírastok zhruba 140 tisíc osôb. Podiel Rómov v populácii Slovenskej republiky by sa tak zvýšil zo súčasných 7,2 % (v r. 2002) na 9,6 % (v r. 2025).

**Stredná dĺžka života** sa považuje za základný ukazovateľ zdravotného stavu populácie. Podľa niektorých výskumov sa odhaduje, že u rómskych mužov dosahuje stredná dĺžka života (LE-life expectancy) v Slovenskej republike len 55,3 rokov a u žien 59,5 rokov. Materiály Svetovej zdravotníckej organizácie udávajú takúto dĺžku života u mužov pre veľmi zaostalé rozvojové krajiny. Podľa prepočtu Infostatu je v Slovenskej republike stredná dĺžka života pri narodení u rómskych mužov 64,4 roka a u rómskych žien 71,6 rokov. (6)

Podľa výsledkov už spomínaných štúdií determinujúce faktory ovplyvňujúce nižšiu kvalitu zdravotného stavu rómskej populácie sú v súčasnosti najmä:

- nižšia vzdelanostná úroveň, z ktorej môže prameniť nedostatočná úroveň zdravotného uvedomenia a správania
- nedostatočná informovanosť o zdraví a motivácia starať sa o svoje zdravie
- nízky štandard osobnej hygieny
- nízky štandard komunálnej hygieny – absencia zdrojov pitnej vody, kanalizácie, chýbajúci odvoz smetí, absencia sociálnych zariadení
- nízky štandard bývania a ekologická rizikovosť prostredia, s ktorou súvisí znečistené a zdevastované životné prostredie; alarmujúci je stav najmä v izolovaných rómskych osadách, v ktorých často kvalita bývania nezodpovedá základným hygienickým požiadavkám, chýba zásobovanie pitnou vodou, chýba kanalizácia, odpadové jamy a smetiská, odvoz smetí, absentujú sociálne zariadenia, pretrváva veľká preľudnenosť na malej ploche
- nezdravé stravovacie návyky, nevyhovujúca výživa (nízka spotreba zeleniny a ovocia, vysoká spotreba tukov a cukrov); vyššia frekvencia spotreby bravčového mäsa, údenín a bravčovej masti; to isté platí pre zvýšenú frekvenciu spotreby hydiny a margarínov, naopak frekvencia spotreby ovocia bola u Rómov signifikantne nižšia; takisto je u nich zvýšená spotreba sladkostí a sladených nápojov
- nízka fyzická aktivita (hlavne integrovaných Rómov na západnom Slovensku)
- zvyšujúca sa miera užívania alkoholu a tabakových výrobkov už vo veľmi mladom veku
- rozrastajúca sa závislosť na nelegálnych drogách

Je zrejmé, že výživa Rómov odporuje v mnohých bodoch zásadám správnej výživy. Dnešná situácia v stravovaní rómskej populácie je odrazom sociálnej a ekonomickej situácie Rómov, pričom pôvodní starousedlí Rómovia, ktorí sa nezačlenili do spoločnosti a zostali v tradičných rómskych komunitách s vysokým počtom detí a zlou ekonomickou situáciou, sa stravujú vysoko kalorickou diétou s vysokým podielom tučného mäsa, nadmernou spotrebou tukov živočíšnych i rastlinných pre ich cenovú dostupnosť a vysokú kalorickú hodnotu. Charakteristická je nízka spotreba mlieka a mliečnych výrobkov spôsobená vyšším výskytom intolerancie rómskej populácie na laktózu, čím je spotreba potláčaná tradičným označením mlieka ako nevhodnej potraviny, čo je podporené jeho relatívnou cenovou nedostupnosťou.

Zisťovaná je i vysoká spotreba alkoholických nápojov, hlavne piva, ale i tvrdého alkoholu. V súvislosti s vysokou spotrebou alkoholu je i vysoký podiel fajčiarov už v pomerne nízkom veku.

Zvláštnou skupinou sú olašskí Rómovia, ktorých ekonomická situácia sa výrazne zlepšila, čo spôsobilo ľahkú dostupnosť kvalitných potravín a značné využívanie reštauračných zariadení. Stravovanie tejto skupiny je charakteristické vysokou spotrebou potravín s vysokou kalorickou hodnotou, mäsa a mäsových výrobkov, sladkostí, nízkou spotrebou zeleniny a ovocia.

Pre obe skupiny je však charakteristická vysoko energetická diéta, nízka spotreba mliečnych výrobkov, zeleniny, ovocia, čo má za príčinu vysoký výskyt obezity hlavne v staršom veku a celkovo zlý zdravotný stav s následnou vysokou úmrtnosťou na kardiovaskulárne ochorenia.

Neinfekčné ochorenia sú v rómskej populácii veľmi málo preskúmané, chýba v tejto oblasti dostatok informácií.

Galaktokinázový deficit je vrodená chyba na prvom kroku galaktózoového metabolizmu. Hlavný klinický prejav je v prvých dňoch života. Taktiež to podmieňuje predispozíciu k prítomnosti zákalov vyvíjajúcich sa vo veku 20-50 rokov. Novo vyvinuté screeningové informácie ukazujú, že génová frekvencia je veľmi nízka v svetovom rozšírení, no veľmi vysoká v rómskej populácii (Kalaydjieva a kol., 2000). V práci Genčíka (1980) sa konštatuje mimoriadne vysoká prevalencia, ako aj incidencia kongenitálneho glaukómu v rómskej časti obyvateľstva.

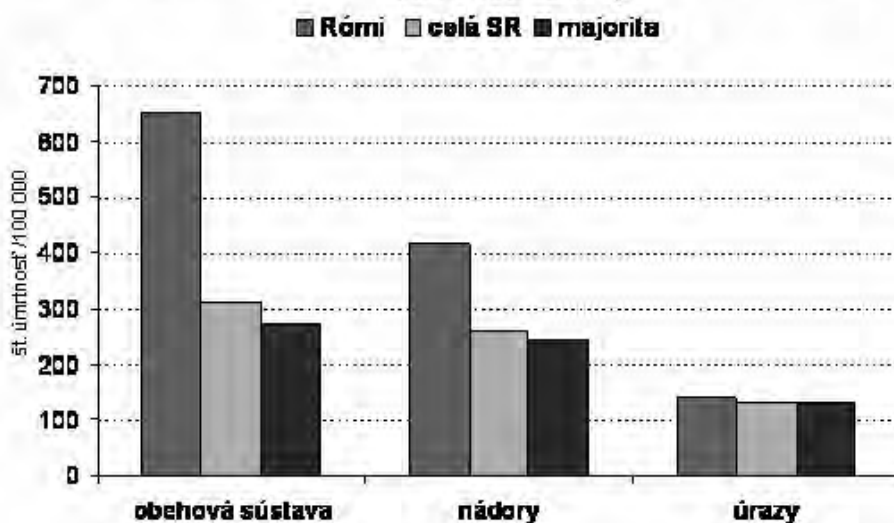
Rómske obyvateľstvo sa vyznačuje veľmi nízkou hrubou mierou úmrtnosti 4-6 promile, je však ovplyvnená vekovou štruktúrou. Vysoká kardiovaskulárna úmrtnosť súvisí aj s vysokou prevalenciou diabetu a vysokou incidenciou chronických infekcií a patologickými hodnotami lipidových pa-

rametrov, z čoho vyplýva **zvýšené riziko srdcovo-cievnych ochorení u rómskej populácie**.

K dispozícii je len málo informácií o **mortalite (úmrtnosť)** Rómov. Pokiaľ sú odhady strednej dĺžky života Rómov reálne, možno z nich vyrátať úmrtnosť, pretože medzi včasnou úmrtnosťou (vekový rozsah 0-64 rokov, resp. 25-64 rokov) existuje mimoriadne tesný korelačný vzťah. Podľa dostupných údajov sa dá predpokladať, že najväčšou mierou sa na mortalite podieľajú kardiovaskulárne ochorenia a to viac, ako 2,5-krát častejšie v porovnaní s majoritnou populáciou. Vysoký bude aj výskyt pľúcnych ochorení vzhľadom na vysokú prevalenciu fajčenia u Rómov. Poranenia, otravy a iné externé príčiny sú 2-krát vyššie u rómskej minority, ako u majority Slovákov (graf č. 2).

**Graf č.2:**

**Odhad štandardizovanej úmrtnosti na vybrané skupiny ochorení u rómskych mužov (vek 25-64 rokov) v porovnaní s majoritou (průmery z rokov 1997-2000)**



Pomer mortality na nádorové ochorenia je u Rómov asi 1,8-krát vyšší ako u majoritnej skupiny obyvateľstva.

Prekvapivé sú tiež nálezy viacerých výskumných skupín, podľa ktorých je u Rómov nízky výskyt Parkinsonovej choroby a sklerózy multiplex.

Všetky tieto faktory sa odzrkadľujú aj v krátkej dĺžke života obyvateľov rómskej populácie - vysokej novorodeneckej a dojčenskej úmrtnosti, nízkom priemernom veku zomrelých u rómskej populácie v porovnaní s majoritnou skupinou.

Katastrofické životné podmienky v osadách a v lokalitách s vysokou koncentráciou rómskeho obyvateľstva, ako aj nízke zdravotné uvedomenie, majú vplyv na častý výskyt **infekčných ochorení**. Informácie o infekčných ochoreniach pochádzajú z niekoľkých epidemiologických správ. Existujú náznaky, že choroby ako hepatitída A, bacilárna dyzentéria, svrab a zavšivavenie sú stále závažným problémom niektorých rómskych komunít.

Vzhľadom na nízky hygienický štandard, nižšiu vzdelanostnú úroveň a nižší sociálny status v minulosti aj v prítomnosti, klesala prevalencia tuberkulózy oveľa pomalšie a je trvale

vyššia v porovnaní s nerómskou majoritou.

Ďalšou infekčnou chorobou, pomerne často sa vyskytujúcou, je vírusová hepatitída A, ktorá je typickým ochorením v prostredí s nižším hygienickým štandardom.

Ďalším problémom pri predchádzaní infekčným ochoreniam je nižšia zaočkovanosť oproti nerómskej majorite. Rómovia sú z hľadiska očkovania problémovou skupinou, ktorá často nedodržiava imunizačný program.

U rómskych detí je všeobecne vyššia prevalencia infekčných ochorení, poranení, otráv a iných následkov vonkajších príčin, podmienená environmentálnymi rizikami, ktorým sú často vystavené. Dojčenská úmrtnosť a úmrtnosť chlapcov vo veku 0-14 rokov na úrazy je až dvojnásobne vyššia v okresoch s vysokým podielom rómskeho obyvateľstva. Rómski novorodenci majú nižšiu pôrodnú hmotnosť, dĺžku hlavy a obvod prs. Slovenskí Rómovia majú najvyšší koeficient inbrídingu (príbuzenských manželstiev) v Európe, čo u nich zvyšuje pravdepodobnosť výskytu viacerých genetických porúch.

## Trendy vývoja zdravotného stavu Rómov

- Na základe možných získaných zdrojov a v nich uvedených dát možno skonštatovať, že zdravotný stav občanov rómskej národnosti je horší, ako u nerómskej populácie žijúcej na Slovensku. Dokonca všetky dostupné údaje vypovedajú o zhoršovaní a zlom zdravotnom stave najmä v stále sa rozširujúcich izolovaných rómskych osadách, v ktorých pretrváva alarmujúca zdravotná situácia.
- Katastrofálne životné podmienky, nízke zdravotné uvedomenie a nízka zaočkovanosť naznačujú, že trend zvýšeného rizika výskytu infekčných ochorení u obyvateľov rómskeho etnika bude pokračovať.
- Zvlášť je vysoké riziko výskytu ochorení, ktoré súvisia s nízkym hygienickým štandardom a ktoré sa vyskytujú v epidémiách.



- Taktiež chronické ochorenia (predovšetkým u integrovaných Rómov na západnom Slovensku), ako kardiovaskulárne ochorenia a cukrovka, sa stávajú u dospelaj rómskej populácie čoraz väčšou hrozbou.

Autorky ďakujú za spoluprácu a odborné rady RNDr. Emilovi Ginterovi, DrSc.

## Literatúra:

1. Bernasovsky, I., Bernasovska, J. : Anthropology of Romanies (Gypsies). NAUMA and Universitas Masarykiana 1999, Brno, Czech Republic, pp.1-197
2. Ferák, V., Siváková, D., Siegllová, Z.: Slovenskí Cigáni (Rómovia) - populácia s najvyšším koeficientom inbrídingu v Európe. Bratislavské lekárske listy, 1987, 87:168-175
3. Ginter, E., Havelková, B., Kudláčková, M., Baráková, A., Hlava, P.: Rozdielny zdravotný stav rôznych regiónov Slovenska. Rómska populácia. Med Monitor 2004 (6): 14 -16
4. Kalaydjieva, L., Gresham, D., Calafell, F.: Genetic studies of the Roma (Gypsies): a review. BMC Med Genet 2001, 2: 1-18
5. Krajčovičová-Kudláčková, M., Ginter, E., Blažíček, P. et al: Riziko aterosklerózy v skupine etnickej minority Rómov južného Slovenska. Cor Vasa 2002, 44:370-37
6. Vaňo, B.: Prognóza vývoja rómskeho obyvateľstva v SR do roku 2025. INFOSTAT 2002, Bratislava



# **Prístup Rómov k zdravotnej starostlivosti na Slovensku, systém zdravotnej starostlivosti a odporúčania pre prácu s rómskou komunitou**

**Peter Tatár**





## Úvod

Chudoba, chorobnosť a sociálne postavenie Rómov záleží od správania sa každého jednotlivca v tejto komunite. Správanie jednotlivcov je ovplyvnené výchovou v rodine, výchovou a vzdelaním v škole, osobnými skúsenosťami v komunite, vzormi správania sa v okolí. Ani pri priaznivom podnikateľskom prostredí a záujme investičného kapitálu zamestnávateľa a investori nebudú zamestnávať ľudí, ktorí majú príliš nízke vzdelanie, slabé pracovné návyky a žijú bez vedomia osobnej zodpovednosti za svoj stav.

Nasledujúci text je zameraný na Rómov žijúcich v sociálne segregovaných rómskych osadách a rómskych štvrtiach, či obytných blokoch slovenských miest. Ich spoločným znakom je (dnes už) úplná odkázanosť rodín na sociálne dávky, nízka vzdelanosť, nezamestnanosť, a nízka zdravotná uvedomelosť. O zaradení k cieľovej skupine nerozhoduje teda príslušnosť k rómskemu etniku, ale životné návyky, životný štýl a životná situácia. Etnickí Rómovia integrovaní sociálne a pracovne s ostatnou populáciou nemajú špecifické „etnické“ problémy s využívaním zdravotnej starostlivosti. Osobitné údaje o ich chorobnosti, životnom štýle, zdravotnej uvedomelosti, či o zdravotnej diskriminácii kvôli etnicite neexistujú, hoci by boli zaujímavé pre porovnanie so sociálne segregovanými Rómami. Z osobnej skúsenosti autor predpokladá, že vo všeobecnosti zdravotníci integrovaných Rómov kvôli etnicite samotnej nediskriminujú.

Zlý zdravotný stav, zdraviu škodlivé správanie sa značnej časti Rómov žijúcich v rómskych osadách a getách, ich nedostatočné vzdelanie a chýbajúca motivácia na zmenu k lepšiemu – tieto všeobecne známe negatíva možno zlepšiť iba zmenou správania sa celej populácie voči Rómom, zmenou správania sa zdravotníkov a ve-

rejných činiteľov a v neposlednom rade tiež zmenou správania sa Rómov samotných.

Na zdravotný stav má najväčší vplyv prostredie a životný štýl počas celého života človeka. Rozhodujúce sú kvalita a množstvo stravy, atmosféra a spolupatričnosť v rodine, užívanie alebo lepšie neužívanie návykových a toxických látok, úroveň a nezávadnosť bývania, vrátane pitnej vody a bezprostredného životného prostredia a okolia, dodržiavanie zásad hygieny, dostatok či nedostatok pohybu, zamestnanie a práca apod. Tieto faktory majú vplyv na 80 až 90 % zdravotného stavu človeka. Len zostávajúca časť môže priamo ovplyvniť zdravotná starostlivosť samotná pomocou očkovania, preventívnych prehliadok, včasnej liečby apod. Nepriamo môže mať na zdravotný stav vplyv primeraná zdravotná výchova, dobré všeobecné vzdelanie a vo všeobecnosti zodpovedné a etické povedomie a správanie sa jednotlivcov.

Mnohé údaje o detailoch chorobnosti, osobného a rodinného správania, životných návykov a zlovykov a ďalšie údaje z prostredia rómskych osád a rómskych giet v mestách zatiaľ v porovnaní s celkovou populáciou chýbajú a je potrebné ich doplniť zisťovaním v teréne. Zo známych údajov však možno jednoznačne usúdiť, že zdra-

votný stav marginalizovaných rómskych komunít má zhoršujúci sa trend v oblasti infekčných a civilizačných ochorení a zdraviu škodlivých návykov.

Prístup Rómov k zdravotnej starostlivosti nie je teoreticky iný, ako u ostatnej populácie v mestách alebo na vidieku. Zásadný rozdiel je však v praktickej životnej situácii veľkej časti Rómov a v spôsobe života, ktorý je odlišný od priemernej populácie. Rómovia v porovnaní s priemernými občanmi trpia značným nedostatkom vedomostí o vplyve životného štýlu a spôsobu života na vlastné zdravie a sú často všeobecne menej vzdelaní. V rómskych rodinách sa často prenášajú medzi generáciami nezdravé návyky a nezdravé správanie. Patrí k nim aj podceňovanie chorôb, príznakov a dôsledkov choroby. Kritická je tiež úroveň vedomostí o reprodukčnom zdraví a o plánovaní rodiny. O zdraví a chorobe majú Rómovia niekedy mýtickú predstavu, ktorá nahrádza skúsenosť a poznatky napríklad o infekčných chorobách. Naopak, časť rómskych rodičov a dospelých má negatívny alebo pasívny postoj k očkovaniu a prevencii. Nevhodná hierarchia hodnôt a podceňovanie starostlivosti o vlastné zdravie sa prejavuje tiež tým, že jednotlivci v rómskych osadách „nemajú na autobus“ k lekárovi, hoci veľa členov z rodiny fajčí.

Rómov znevýhodňuje v prístupe k zdravotnej starostlivosti aj etnická diskriminácia a predsudky. Príkladom je umiestňovanie Rómov v osobitných nemocničných izbách, vyhradenie osobitných ordinačných hodín pre Rómov, ale aj segregované vzdelávanie v základných školách. Napokon aj osobné správanie sa niektorých zdravotníkov či učiteľov voči Rómom uráža ich ľudskú dôstojnosť.

Nezriedka sa k nevýhodám pridáva aj znevýhodňujúce sa sebahodnotenie, inými slovami vnímanie sa ako jednotlivca s menšími schopnosťami či možnosťami či dokonca s menšími

právami oproti ostatným. Tieto nevýhody sú väčšie u ľudí, ktorí sú dlhodobo nezamestnaní a celoživotne chudobní a vďaka zlému sociálnemu systému uviazli v bludnom kruhu sociálnych pascí.

Príčiny horšieho zdravotného stavu Rómov sú tiež v nedostatku pitnej vody a kanalizácie, v nevyhovujúcom bývaní, chýbajúcej infraštruktúre, nezdravej strave, zlej osobnej hygieny, zanedbanej a neúnosnej komunálnej hygieny vrátane všadeprítomnej špiny, hlodavcov, hmyzu a parazitov, v nadužívaní tabaku a alkoholu, ale aj ďalších nešpecifických a špecifických návykových látok a trvale poškodenom životnom prostredí.

Okrem vonkajších príčin sú príčinou zlého zdravotného stavu Rómov aj predčasná sexuálna aktivita a predčasné pôrody, neschopnosť mnohých rodín starať sa o svoje deti, neúplné rodiny alebo naopak mnohopočetné rodiny žijúce v nevyhovujúcich podmienkach. V takomto prostredí rastie kriminalita, prostitúcia a drogové dilerstvo, ale aj záškoláctvo. Napokon jednotlivci strácajú schopnosť a motiváciu hľadať si prácu. Uvedené negatívne okolnosti potláčajú až zabraňujú vnútornej motivácii jednotlivcov a spoločenstiev na zmenu vlastného života.

Nedostatočné poskytovanie zdravotnej starostlivosti Rómom nespočíva v horšej fyzickej dostupnosti. Sieť poskytovateľov primárnej zdravotnej starostlivosti všeobecnými lekármi pre dospelých, detskými lekármi a ženskými lekármi má aj pre Rómov v zásade rovnakú dostupnosť z hľadiska vzdialenosti a časovej dostupnosti. Rómovia však odkladajú návštevu ambulancie lekára na poslednú únosnú chvíľu z hľadiska priebehu choroby, nenavštevujú preventívne prehliadky, veľmi často namiesto návštevy praktického lekára zneužívajú pohotovostnú lekársku službu počas víkendov. Nevyzdvihnú v lekární alebo neužívajú predpísané lieky, nedodržia rady lekára. Veľký

počet Rómov nie je prihlásených v žiadnej zdravotnej poisťovni, hoci po prihlásení v prípade nezamestnanosti alebo hmotnej núdze za týchto poistencov platí zdravotné poistné štát zo štátneho rozpočtu. V období povinných poplatkov za návštevu lekára a za pobyt v nemocnici (2003-2006) viacerí Rómovia, podobne ako ostatná populácia, odmietali tieto poplatky hraď, hoci každému v hmotnej núdzi úrady práce, sociálnych vecí a rodiny vyplácali paušálne 50 Sk mesačne práve za účelom poplatkov v zdravotníctve. Platí to rovnako aj pre poplatky za recept.

Na druhej strane majú zdravotníci nezriedka nízky záujem o zdravotnú výchovu Rómov, prevenciu a ich motiváciu k prevencii a často sa správajú podľa predsudkov, ktoré o Rómoch majú, čo samozrejme môže Rómov od návštevy zdravotníckeho zariadenia odradiť.

Preto je pre zlepšenie zdravotného stavu Rómov najdôležitejšia zmena správania Rómov a zároveň zmena správania sa zdravotníkov, ale aj všetkých občanov, lepšie vzdelanie a získanie práce. Väčšina potrebných zmien je mimo systému zdravotníctva, preto k nim smeruje väčšina odporúčaní verejnej správy, zdravotníkom a verejnosti.

Cieľom verejných aj súkromných programov na zlepšenie zdravotného stavu Rómov má byť podpora rovnosti a spravodlivosti v zdraví, zlepšenie životného štýlu a životných podmienok znevýhodnených skupín a podpora individuálnej zodpovednosti za vlastné zdravie. Tieto ciele nemožno dosiahnuť výlučne v zdravotníckom sektore, vyžadujú zmeny takmer vo všetkých verejných politikách, aj v hodnotovej orientácii občanov.

## Zdravotná starostlivosť a jej organizácia

Cieľom je taká spolupráca obyvateľov ohrozených rómskych komunit a štandardnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, aby jednotlivci z ohrozených skupín využívali existujúcu sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti rovnako, ako priemerné obyvateľstvo.

Kľúčovými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti sú lekári prvého kontaktu: **všeobecní lekári pre dospelých, detskí lekári a ženský lekári**. Ministerstvo zdravotníctva vydalo čerstvú koncepciu zdravotnej starostlivosti v odbore všeobecné lekárstvo v máji 2006. Všeobecní lekári majú zabezpečiť prvý kontakt občana s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, zabezpečiť rovnosť k voľnému a neobmedzenému prístupu občana k všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, rozhodnúť o spôsobe poskytnutia zdravotnej starostlivosti

vo vlastnej kompetencii sprostredkovaním špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti a ústavnej zdravotnej starostlivosti, zabezpečiť integráciu poskytovanej zdravotnej starostlivosti, jej kontinuitu a dostupnosť po časovej osi života osoby, zabezpečiť poskytovanie komplexnej a kontinuálnej zdravotnej starostlivosti dospelým obyvateľom bez rozdielu veku, pohlavia, rasy či náboženstva a zabezpečiť manažment zdravotnej starostlivosti osoby. Podľa reformy zdravotníctva všeobecní lekári tiež majú zabezpečiť kvalitu a efektivitu poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Všeobecný lekár má zohľadniť všetko, čo súvisí so zdravím, so zreteľom na sociálno - ekonomické faktory a na prostredie, v ktorom osoba žije a pracuje. Všeobecný lekár má byť najbližšie k človeku v zmysle miestnej, časovej, ekonomickej a kultúrnej

dostupnosti. Má byť nezastupiteľný v úlohe dôverníka a poradcu osoby v krízových situáciách nielen v odbornej zdravotníckej problematike, ale aj v komplexe spoločenských i osobných problémov.

Do náplne práce všeobecného lekára patrí podpora zdravia, prevencia, včasná a rýchla diagnostika, diferenciálna diagnostika, komplexná liečba, rehabilitácia a ďalšia starostlivosť vrátane poskytovania prvej lekárskej pomoci. Má ovládať preventívne programy, očkovanie, depistáž, skrining a boj proti alkoholizmu a drogovým závislostiam, dispenzarizáciu zdravých osôb, ohrozených a chronicky chorých, metódy depistáže a boja proti nákazlivým chorobám a zásady spolupráce s úradmi verejného zdravotníctva, základy hygienického dozoru a kontroly pracovísk a zariadení v určitom území, závodoch, sídliskách a iných objektoch, organizáciu a metódy preventívnych prehliadok, ale aj zásady zdravotnej výchovy obyvateľstva. Všeobecný lekár má spolupracovať s orgánmi štátnej správy, miestnej samosprávy, zdravotnými poisťovňami a sociálnou poisťovňou, ale aj so sociálnou sieťou. Podobné zásady platia primerane pre detských lekárov a ženských lekárov a pre sestry v primárnej zdravotnej starostlivosti.

**Reforma zdravotníctva** jasne určila **zodpovednosť poisťovní** za nákup starostlivosti pre svojich poistencov, **zodpovednosť poskytovateľov** zdravotnej starostlivosti za správnosť, včasnosť a kvalitu starostlivosti a **zodpovednosť pacienta** za vlastný zdravotný stav v oblasti prevencie, správania sa, aj finančnej spoluúčasti na liečbe. Ľudia si začali viac uvedomovať, že zdravie a zdravotná starostlivosť nie sú zadarmo a nastal pozitívny posun vo vnímaní hodnôt v súvislosti so zdravím a osobnou zodpovednosťou za vlastný zdravotný stav. Tento trend je najslabší práve v skupine znevýhodnených Rómov. Avšak reforma zdravotníctva aj pre nich pripravila pôdu pre lepší prístup k zdravotnej starostlivosti. Poisťovne

a poskytovatelia si musia byť vedomí svojej zodpovednosti a na druhej strane je zodpovednosť pacienta, ale aj jeho nároky na prevenciu, zdravotnú výchovu aj liečbu.

Rómovia z marginalizovaných komunít majú ako poistenci jasné oprávnenia a povinnosti a sami, alebo prostredníctvom formálnych a neformálnych inštitúcií, sa ich môžu domáhať. Poisťovne by mali kontrolovať lekárov, či naozaj vykonávajú prevenciu a ostatné povinnosti voči poistencom, s ktorými majú zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Podľa systému zdravotníctva pred reformou, ak aj Rómovia boli prihlásení v zdravotnej poisťovni, často boli v roli "mŕtvych duší", o ktoré lekár nemal aktívny záujem a nikdy ich ani nevidel. Reforma určuje reálnu zodpovednosť a umožňuje reálnu kontrolu a zároveň motiváciu, aby si lekár, poisťovňa aj pacient plnili svoje povinnosti. Naplnenie tejto novej možnosti bude dôležité zvlášť pre Rómov. Pravdou však je, že zatiaľ drvivá väčšina občanov svoje práva a povinnosti nepozná alebo nevyužíva.

Najvypuklejšie problémy primárnej zdravotnej starostlivosti sú nedostatočná kvalita a všeobecne nižšia dostupnosť služieb všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, a to nielen pre Rómov, ďalej nedostatok kvalifikovaných lekárov a sestier s modernými vedomosťami a praktickými skúsenosťami a nedostatočné smerovanie zdrojov verejného zdravotného poistenia do všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Návrhom na zlepšenie kvality je realizácia **konceptie všeobecného lekárstva** a lepšie zhodnotenie motivačných platieb pre všeobecných lekárov v súlade so zámermi štátnej zdravotnej politiky.

Zdravotné poisťovne majú možnosť aj v záujme vlastnej efektívnosti aj v záujme pacientov z marginalizovaných rómskych komunít stanoviť vyššie platby za výkony zdravotníckych pracovníkov, ktorí pracujú s pa-

cientmi zo znevýhodnených skupín obyvateľstva. Nové zákony umožňujú, aby zdravotné poisťovne podporovali **trvalú systematickú prácu lekárov a sestier primárneho kontaktu v teréne** (všeobecný lekár pre dospelých, detský lekár a ženský lekár) tak, že zdravotná poisťovňa uhradí plnú kapitáciu len ak každý pacient, s ktorým má lekár zmluvu o zdravotnej starostlivosti, absolvuje všetky preventívne prehliadky, očkovania a zdravotnú výchovu.

Zdravotné poisťovne, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a samosprávne kraje môžu kontrolnou činnosťou, stanovením podmienok na úhradu zdravotnej starostlivosti a prípadne použitím sankcií **vytvoriť tlak, aby sa lekári a sestry vyvarovali diskriminačnému správaniu k Rómom** a iným ohrozeným skupinám. Na druhej strane takto nastavené prostredie predpokladá na strane jednotlivcov z ohrozených skupín zásadné **zvýšenie osobnej zodpovednosti** (napríklad opustenie praxe zneužívania pohotovostných služieb v teréne a nočných služieb v nemocniciach).

Ambulancie všeobecných lekárov, detských lekárov a ženských lekárov, ako aj všetky ostatné zdravotnícke zariadenia mali byť usporiadané vo **verejnej minimálnej sieti**. Verejná minimálna sieť bola ďalším nástrojom reformy zdravotníctva. Mala slúžiť na zvýšenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti. Verejná minimálna sieť je najnižší počet, ale zároveň aj najnižšie prípustné územné rozmiestnenie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktoré je dostatočné na kvalitnú a dostupnú starostlivosť pre všetkých obyvateľov a s ktorými musia zo zákona zdravotné poisťovne uzavrieť zmluvy o uhrádzaní zdravotnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia. Dnešná sieť zdravotných zariadení má väčší počet poskytovateľov, ako minimálna sieť. Väčší počet má príčinu v tom, že v Bratislave a väčších mestách je priveľa poskytovateľov na malom území, ale naopak v odľahlých

územiach poskytovatelia niekedy úplne chýbajú. Často sú to územia, kde žije veľa neatraktívnych poistencov, akými sú napríklad dlhodobozamestnaní. Verejná minimálna sieť mala byť naopak rovnomerná a teda mala zvýšiť fyzickú dostupnosť, hoci sa podľa nej celkový počet postelí v nemocniciach mal znížiť, pretože sú nadbytočné. Návrh minimálnej siete vychádzal zo vzdialenosti od bydliska poistenca k najbližšiemu zmluvnému lekárovi alebo nemocnici a tiež zo stanovenia počtu pacientov, ktorých lekár denne musí ošetriť. V niektorých oblastiach treba lekárov doplniť, ináč nebude splnená podmienka časovej dostupnosti. Na tvorbe minimálnej verejnej siete sa mali podieľať samosprávne kraje. Nová sieť mala priniesť pacientom zlepšenie kvality a dostupnosti zdravotnej starostlivosti. Koncepcia reformy zdravotníctva z obdobia 2002-2004 predpokladala, že všeobecný lekár pre dospelých mal byť dostupný verejnou dopravou od 15 do 30 minút, všeobecný lekár pre deti od 10 do 30 minút, lekár špecialista od 30 do 420 minút podľa druhu špecializácie. Uvedená časová dostupnosť neznamená celodennú okamžitú dostupnosť v urgentných prípadoch. Na neodkladnú dostupnosť reforma zdravotníctva vytvorila nový systém zdravotnej záchranej služby s 256 zmluvnými stanovišťami na území Slovenska (namiesto dovtedajších 96, ktoré neboli povinné zo zákona). Zavedenie efektívnej verejnej minimálnej siete malo byť jedným z kľúčových krokov pre dostupnosť pri zavádzaní reformy v praxi. Návrat k úradne stanovovanej rajonizácii ambulancií primárneho kontaktu (pediatri, všeobecní lekári, gynekológovia a stomatólogovia) naruší nielen slobodnú voľbu lekára, ale najmä súťaž o pacienta (konkurenciu) a motiváciu ku kvalite a efektívnosti starostlivosti a voči dnešnému stavu nezlepší jej dostupnosť.

Nová zdravotnícka legislatíva rozširuje a nanovo definuje **práva pacientov**. Ukladá poskytovateľom zdravotnej



starostlivosti vyžiadať od pacienta na každý potrebný úkon a liečbu informovaný súhlas. Znamená to, že lekár musí pacientovi jemu zrozumiteľným spôsobom vysvetliť, čo a prečo mu navrhuje a nemôže to vykonať bez súhlasu pacienta. Dodržiavaním povinnosti informovaného súhlasu by sa už nemali ani v dohadoch opakovať napríklad otázky a otázničky okolo údajnej sterilizácie rómskych žien. Reformné zákony upravujú podmienky vykonávania sterilizácie. Informovaný súhlas významne rozširuje práva pacienta a jeho účasť na rozho-

dovaní o liečebnom postupe. Nová legislatíva vyžaduje nediskriminačný prístup k zdravotnej starostlivosti a zabezpečuje tiež prístup pacientov k svojej zdravotnej dokumentácii.

V systéme zdravotnej starostlivosti tak, ako v iných oblastiach, sa najťažšie mení myslenie a správanie ľudí. Na zlepšenie prístupu rómskych komunit k zdravotnej starostlivosti je pritom potrebný poctivý a obetavý lekár a sestra, zodpovedná zdravotná poisťovňa a uvedomelý občan.

## Špeciálne zdravotné programy

Cieľom špeciálnych zdravotných programov je **znížiť nerovnosti** v zdraví rómskej komunity a pritom sa zamerať predovšetkým na nástroje, ktoré budú viesť k **zvýšeniu individuálnej zodpovednosti za zdravie, vzdelanie, zamestnanie a sociálny status**.

Okrem štandardnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti sa v špeciálnych neziskových a vládnych programoch testuje prínos **terénnych zdravotných pracovníkov (asistentov)**<sup>5</sup> priamo v marginalizovaných rómskych komunitách. Terénni zdravotní asistenti môžu počas prechodného obdobia v trvaní jedného cyklu povinnej školskej dochádzky (10 rokov) podporiť žiaduce systémové zmeny správania ohrozených rómskych komunit charakterizovaných nízkou zamestnanosťou, nízkou zdravotnou uvedomelosťou, nízkou vzdelanosťou, nízkou návštevnosťou materských a základných škôl a s vysokou koncentráciou rodín a jednotlivcov v hmotnej núdzi.

Systémovým riešením bude vytvoriť **novú verejnú službu** v Úrade verejného zdravotníctva, ktorý je zodpovedný za zdravotnú výchovu, sledovanie rizík ohrozujúcich zdravie, ovplyvňovanie sociálno-ekonomických podmienok zdravia a zmierňovanie nerovností v prístupe ku zdraviu. Úrad verejného zdravotníctva má sieť regionálnych pracovísk, dokáže zabezpečiť vzdelávanie, spolupracuje s detskými lekármi a všeobecnými lekármi a môže poskytovať pracovníkom v teréne metodické vedenie. Úrad verejného zdravotníctva pripravil systém terénnych zdravotných asistentov vo svojej pôsobnosti ako súčasť odborov podpory zdravia vrátane návrhu financovania z verejných zdrojov.

**Náplňou práce terénnych zdravotných asistentov** bude pravidelne sledovať zdravotný stav a správanie sa rómskej komunity, identifikovať zdravotné riziká a potreby súvisiace so zdravím, vykonávať preventívne programy podpory zdravia, poskytovať poradenstvo o zdraví, prevencii chorôb, poskytovaní zdravotnej starostlivosti, zdravotnom poistení a právach pacienta, bude vytvárať aktívny otvorený kontakt medzi Rómami a lekármi prvého kontaktu, podporovať zvyšovanie vlastnej zodpovednosti za zdravie a ďalšie súvi-

5 Pojem terénny zdravotný asistent sa používal len v rámci pilotného projektu MZ SR. V navrhovanom Programe podpory zdravia znevýhodnených komunit 2007-2015, ktorý vypracoval Úrad verejného zdravotníctva SR, sa táto pozícia nazvala „komunitný pracovník v oblasti zdravotnej výchovy“.

siace role. Najvýhodnejšie je, keď terénny asistent pochádza priamo z cieľovej skupiny Rómov. Podmienkou však je potrebné vzdelanie a osobné vlastnosti. Dôležitá je atmosféra dôvery medzi terénnym asistentom a ľuďmi v rómskej osade. Terénni asistenti absolvujú odbornú, osobnostnú a komunikačnú prípravu a bude pripravená metodika ich práce, monitoringu a spätnej väzby.

Terénni zdravotní asistenti budú **spolupracovať so starostami obcí, s cirkvami, charitou a s neziskovým sektorom**. Rozmiestnenie a počet terénnych asistentov bude závisieť od počtu a sociálno-zdravotného stavu rómskych komunit. Ústav verejného zdravotníctva odhaduje, že bude potrebných 150 terénnych pracovníkov. Terénni zdravotní asistenti budú pôsobiť v tých regiónoch, kde je najväčšia nezamestnanosť, najnižšie sociálno – ekonomické hodnotenie regiónu, najvyšší počet rómskych obyvateľov a zlý zdravotný stav.

Keďže Rómovia najviac potrebujú vedomosti a poznanie, poslaním zdravotného asistenta musí byť zdravotná výchova. Ak Rómovia nenavštevujú lekára, očkovanie a preventívne prehliadky, rola zdravotného asistenta je priviesť znevýhodnených ľudí do ambulancie. Ak Rómovia najviac potrebujú nájsť motiváciu k zdravšiemu spôsobu života, rola zdravotného asistenta je podporovať osobnú motiváciu a osobnú zodpovednosť Rómov. Terénni zdravotní asistenti nebudú poskytovať zdravotnú starostlivosť, ktorá je v náplni lekárov a sestier. Zdravotný asistent nebude teda pôsobiť ako terénna sestra. Môže byť samozrejme poskytovateľom prvej pomoci.

Terénni zdravotní asistenti môžu významne prispieť k zlepšeniu zdravotného stavu Rómov, avšak oddelene od ostatných krokov na zlepšenie života marginalizovaných komunit by neboli dostatočným a trvalo udržateľným riešením. Hlavné aktivity neziskového sektora aj verejnej správy musia smerovať k lepšiemu vzdelaniu a poz-

naniu, k zručnostiam pre získanie zamestnania a k vlastnej aktivite Rómov pri ozdravovaní svojho životného štýlu a vlastného prostredia. Ak by samotní Rómovia nezmenili svoje správanie, plnil by zdravotný asistent iba pasívnu úlohu s minimálnym vplyvom na dlhodobé zlepšenie zdravotného stavu Rómov. Pôsobenie zdravotných asistentov by tiež nemalo zvyšovať potrebu a závislosť na tejto službe, ale malo by pomôcť preklenúť kritické obdobie.

Od roku 2004 prebieha projekt s 20 rómskymi asistentmi detského lekára KARI v neziskovej sfére v rámci banskobystričského kraja. Ďalšie podobné projekty organizuje OSF (spolu 20 terénnych asistentov) a detská ambulancia v Trebišove (36 terénnych asistentov v rámci grantu a aktivačných prác). V roku 2005 a 2006 testovalo Ministerstvo zdravotníctva činnosť a náplň práce 40 terénnych zdravotných asistentov v 17 mikroregiónoch prešovského, košického a banskobystričského kraja. V nadväznosti na tento program plánuje Úrad verejného zdravotníctva realizovať systémové umiestnenie terénnych pracovníkov v rámci regionálnych úradov verejného zdravotníctva.

K špeciálnym zdravotníckym programom budú patriť aj programy zamerané na zvýšenie **preočkovanosťi rómskej populácie**. Vhodné bude podporovať na prechodnú dobu a vo vybraných lokalitách preventívne lekárske prehliadky a očkovanie priamo v osadách, podmienené aktívnou účasťou Rómov.

Pretože chýbajú spoľahlivé a štandardizované údaje o zdravotnom stave Rómov v osadách, je potrebný **prieskum zdravotného stavu, zdravotného uvedomenia a životných návykov**, zameraný na identifikáciu rizík a návrhy opatrení a cielených preventívnych programov.

Úrad verejného zdravotníctva v rámci svojej kompetencie pripravuje **programy podpory zdravia a preventívne programy pre**

**znevýhodnené komunity.** Programy budú primerané výsledkom prieskumu zdravotného stavu a zdravotného uvedomenia. Programy bude potrebné priebežne vyhodnocovať, aby sa vylúčili neúčinné a neefektívne programy podpory zdravia. Preventívne programy budú zamerané na **osobnú hygienu, skladovanie a prípravu stravy, reprodukčné zdravie, prevenciu infekčných ochorení, podporu zdravého životného štýlu, prevenciu závislostí, užívania drog, alkoholu a tabaku, kvalitu životného prostredia, prevenciu úrazov a zdravotnú starostlivosť.**

Navrhujeme tiež zaviesť novú **verejnú službu pre podporu plánovaného rodičovstva.** Cieľom služby plánovaného rodičovstva je informovať každého o roli a dôležitosti plánovaného rodičovstva a poskytnúť službu tým rodinám a jednotlivcom, ktorí prejavia záujem.

Verejná služba plánovaného rodičovstva by v budúcnosti mohla, podobne ako niektoré dobrovoľné organizácie súčasnosti, poskytovať poradenstvo a antikoncepciu pre rodiny v hmotnej núdzi, ktoré majú o ňu záujem. Je dobré, ak rodina má možnosť uvedomiť si zodpovednosť za počet svojich detí a ak má možnosť uvedomiť si svoje možnosti postarať sa o ne vzhľadom na vlastnú príjmovú situáciu. Je dobré, ak rodina má možnosť uvedomiť si, že je pre deti výhodou, ak sa najmä otcovia zamestnávajú, kým budú mať deti. Priaznivé pre deti tiež je, keď sa rodia v úplných rodinách.

Poradenstvo má za cieľ informovať rodiny, aby vedeli, že keď majú veľa detí, znamená to, že sa o ne nemusia vedieť postarať, že deti môžu byť hladné, že sa môžu mať horšie ako deti z úplných rodín apod. Môžeme ľuďom ponúknuť službu či konzultáciu. Nie je to zasahovanie do ľudských a občianskych práv, žiadna povinnosť, iba služba, ktorá môže pomôcť. Je potrebné zvýšiť informovanosť žien aj mužov. Poradenstvo bude bezplatné. Poskytovať ho budú úrady práce, sociálnych vecí a rodiny, regionálne úrady verejného zdravot-

níctva (poradne zdravia), poskytovatelia zdravotníckych služieb primárneho kontaktu, predovšetkým ženský lekári, lekári pre dospelých, ale aj pediatri, ako aj terénni sociálni a zdravotní pracovníci a samosprávy. Potrebné je tiež vzdelávanie o plánovanom rodičovstve na školách.

Informovanosť o plánovanom rodičovstve má byť súčasťou podpory rodín a jednotlivcov v hmotnej núdzi. Podpora v hmotnej núdzi nemá prebiehať jednostranne zo strany štátu. Jednoduchou podmienkou jej poskytnutia je rozhovor klienta s kvalifikovaným zodpovedným pracovníkom vrátane informácie o plánovanom rodičovstve. Ak je rodina v hmotnej núdzi, má výhodu bezplatnej antikoncepcie. Dôležité je, že rodiny sa musia rozhodovať samé za seba.

Verejná služba poskytovania antikoncepcie na základe dobrovoľnosti by mala byť súčasťou verejnej sociálnej politiky formou vecného poskytovania alebo dodatočného preplácania antikoncepcie rodinám a jednotlivcom v hmotnej núdzi, ktorí prejavia záujem. Poradenstvo a služby plánovaného rodičovstva majú byť súčasťou zákona o sociálnych službách, zákona o hmotnej núdzi, zákona o sociálno-právnej ochrane detí a zákona o verejnom zdravotníctve.

Plánované rodičovstvo má byť tiež súčasťou Národného programu reprodukčného zdravia.

Pri **vzdelávaní** na stredných a vysokých školách so zdravotným a sociálnym zameraním sa doplnil obsah vzdelávania o prácu so znevýhodnenými komunitami – rómskymi, s bezdomovcami a s utečencami.

Nevyhnutné sú aj **tréningové programy pre súčasných zdravotníkov** – najmä lekárov a sestry prvého kontaktu, zamerané na programy pre ohrozené rómske komunity.

Súčasťou všetkých aktivít musí byť tiež **predchádzanie všetkým formám diskriminácie, rasizmu a intolerancie v zdravotníctve.**

## Nevyhnutné zmeny mimo zdravotníctva

Obrovské zmeny sú potrebné mimo sektoru zdravotníctva, bez týchto zmien nie je dlhodobu možnosť zlepšiť zdravotný stav rómskej populácie na Slovensku. Akékoľvek investície do sektoru zdravotníctva sami osebe by neboli zmysluplné a trvale udržateľné.

Pre vyrovnanie životných šancí ohrozených skupín sú najdôležitejšie zmeny a reformy **v sociálnej politike, politike zamestnanosti, vzdelávaní, rozvoji kultúrnosti, podpory slobodnej občianskej spoločnosti, vymožitelnosti práva a v zabezpečovaní bezpečnosti občanov.**

Znižovanie miery chudoby obyvateľstva nie je otázkou verejného prerozdelenia, ale otázkou vytvorenia stabilného prosperujúceho ekonomického prostredia. Akékoľvek sociálne dávky presahujúce základný životný štandard len zvýšia závislosť ľudí s nižšími príjmami na štáte a znížia ich schopnosti uplatniť sa na trhu práce.

Sociálne systémy založené na verejnom prerozdeľovaní, aké prevažujú v členských štátoch Európskej únie a sú žiaľ aj našou tradíciou (tzv. welfare state), sú hlavnou príčinou súčasného zlého stavu marginalizovaných rómskych komunit na Slovensku. Opatrovateľský štát prestal byť poisťovateľom životných situácií a namiesto toho sa veľmi skoro stal benefičným platcom. Rýchlo zvyšoval výdavky na nezamestnaných a chudobných. Priamym dôsledkom opatrovateľského štátu je rozširovanie chudoby, dlhodobá masová nezamestnanosť, závislosť veľkého počtu ľudí na sociálnych dávkach a zlý život detí v chudobe. Dôvodom je taká výška sociálnych dávok, ktorá demotivuje ľudí pracovať či zakladať rodiny, ako aj vyplácanie dávok bez splnenia akýchkoľvek podmienok a bez protihodnoty zo strany príjemcu. Dávky

vzťahujúce sa na príjem a majetok ešte viac demotivujú ľudí pracovať, sporiť a byť sebestační. Podpora osamelých rodičov zvyšuje počet detí vyrastajúcich v chudobe neúplných rodín. Ľudia, ktorým sa odopiera zodpovednosť za vlastný život, sa stávajú nezodpovední.

Platí to bez ohľadu na to, či sú odporúčané zmeny a princípy politicky realizovateľné alebo nie.

**Kľúčové je odstránenie deformácií v sociálnej sfére.** Hodnotovým rámcom efektívnych sociálnych zmien by malo byť vyváženie trhu a etiky. Trh charakterizuje osobná sloboda, voľná konkurencia, možnosť slobodných rozhodnutí a dosahovanie osobného úžitku. Etika je založená na osobnej zodpovednosti, úcte k pravde a univerzálnym hodnotám, vláde zákona, spolupatričnosti a ľudskej solidarite. Pre všeobecnú prosperitu a spravodlivosť je potrebné odstrániť opatrovateľský štát (welfare state) a verejnej moci zveriť len ochranu neodňateľných práv a slobôd, súkromného majetku, vlády zákona, spravodlivosti, poriadku a bezpečnosti dovnútra aj navonok. Okrem toho má vláda zabezpečovať len základný životný štandard pre tých, ktorí objektívne potrebujú pomoc a má zabezpečovať tiež štandardné vzdelávanie detí.

Na hodnotové východiská a úlohy vlády v spoločnosti s trhovou ekonomikou majú nadväzovať **princípy v sociálnej sfére**: osobná zodpovednosť a sebestačnosť jednotlivcov, dobrovoľná solidarita a súkromná iniciatíva, subsidiarita a decentralizácia, cielená adresná sociálna solidarita na základnej úrovni, podmienenosť nároku na dávky protihodnotou podľa zásady „nič zadarmo“ a konkurencia súkromných poskytovateľov služieb. Deformácie v sociálnej sfére bude treba odstrániť, lebo spôsobujú „kultúru závislosti“ a prehľbujú problémy jed-

notlivcov a rodín s chudobou a dlhodobou nezamestnanosťou. Základná miera povinnej solidarity má byť iba doplňujúcim prvkom k súkromným aktivitám a dobrovoľnej solidarite.

Ak sa podarí odstrániť deformácie v sociálnej sfére, jednotlivci budú sami zodpovedať za svoje a rodinné finančné aj nefinančné zabezpečenie. Pri objektívne preukázateľných výnimkách sa potom môže uplatniť **základná miera povinnej solidarity**.

Každý, kto je schopný pracovať, má byť plne zodpovedný za seba a svoju rodinu a verejná podpora má byť určená na časovo obmedzenú podporu pri vstupe do práce s cieľom zamestnať sa v súkromnom sektore. Podmienkou podpory má byť vlastná najmä pracovná aktivita jednotlivca. Má existovať neobmedzená konkurencia súkromných poskytovateľov sociálnych služieb. Dominantné majú byť dobrovoľné vzťahy a súkromné financovanie na dobrovoľnom princípe, vrátane komerčného poistenia. Verejné zdroje majú ako doplňujúci pilier garantovať iba existenčné minimum ako základný životný štandard (podľa objektívne preukázateľnej a preukázanej potreby) a financovaný má byť iba z daní.

Odstránenie deformácií v sociálnom systéme bude zároveň vyžadovať minimalizáciu zdaňovania a zníženie povinných odvodov v čo najväčšej možnej miere (napríklad 10% rovná daň z príjmu a čo najväčšie zníženie povinných odvodov najmenej o 2/3 dnešnej výšky). To by znížilo náklady na cenu práce a významne by zvýšilo ekonomický rast a zamestnanosť.

Existenčné minimum podobne ako dnes má garantovať nevyhnutné podmienky na prežitie, ako jedno teplé jedlo denne, primerané ošatenie a prístrešie. Cieľom sociálnej politiky má byť výrazné zníženie miery chudoby jednotlivcov a rodín v spoločnosti a zabezpečenie sociálnej ochrany pred chudobou tým, ktorí sa objektívne nedokážu sami o seba a svoju

rodinu postarať. Cieľom má byť tiež úplné odstránenie dlhodobej nezamestnanosti u tých, ktorí o to prejavia záujem. Ľuďom, ktorí nie sú objektívne znevýhodnení, má byť ponúknutá iba dočasná a podmienená podpora na vymanenie sa z hmotnej núdze do stavu sebestačnosti. Podmienkou by mala byť ochota jednotlivca vyvinúť aktivitu (najlepšie pracovnú) ako formu protihodnoty za vládnu podporu. Ďalšou podmienkou by malo byť smerovanie akejkoľvek podpory k jeho dlhodobému zamestnaniu sa v súkromnej sfére. Ani ľuďom v núdzi tak nemá byť podávaná „pomocná ruka“ bez vyžadovania protihodnoty v podobe vlastnej aktivity. Nemajú im byť ponúkané ani verejné pracovné miesta ako „cieľová stanica“, teda bez prepojenia na následné zamestnanie sa v súkromnom sektore. Cieľom sociálnej politiky má byť sebestačnosť jednotlivca a sebestačnosť jeho rodiny. Tak by sa **preniesla rozsiahla nepriama „zodpovednosť verejnej správy na priamu zodpovednosť občana za vlastný život** a za vlastné finančné zabezpečenie. To by predstavovalo návrat k tradičným princípom osobnej slobody, neobmedzovanej konkurencie, fungovania trhu a vlastníckych práv. Znamenalo by to presun od dnes absolútne dominantného verejného piliera s povinnou sociálnou solidaritou v jednotlivých súčiastiach sociálnej sféry na dominantný súkromný pilier s osobnou sebestačnosťou a dobrovoľnou solidaritou. Tomu by zodpovedal aj presun financovania z „verejných“ zdrojov (daní a sociálnych odvodov) na priame financovanie zo súkromných zdrojov. Na adresné financovanie existenčného štandardu na rozdiel od dnešného financovania mnohých a vo viacerých prípadoch aj štedrých sociálnych dávok by nakoniec neboli potrebné sociálne odvody. Tie boli zavedené do systému verejných financií počnúc 19. storočím a od toho času výrazne zaťažujú vrecká ich platiteľov a zvyšujú náklady práce. Tým znižujú ochotu zamestnávať a zamestnávať sa a udržiavajú relatívne vysokú mieru nezamestnanosti.

Predpokladom pre adresný výkon sociálnej politiky zbavenej deformácií štátu blahobytu je **decentralizácia rozhodovania a výkonu sociálnej podpory a podpory v nezamestnanosti na miestne samosprávy**.

Pre potreby zlepšenia zdravotného stavu rómskych komunít by mali byť všetky sociálne peňažné dávky **podmienené absolvovaním všetkých preventívnych prehliadok, ktoré sú hradené z verejného zdravotného poistenia**. Preventívne prehliadky by mali ako podmienku získania sociálnej dávky a plne hradených absolvovať všetci členovia rodiny poberateľa.

Rovnako má byť ako podmienka na získanie sociálnych dávok **riadna a pravidelná návšteva školy všetkými školopovinnými deťmi** z rodiny poberateľa dávky.

Inými slovami treba **podmieniť vyplácanie dávok splnením nasledovných podmienok**:

- 1 absolvovanie všetkých lekárskeho preventívnych prehliadok hradených z verejného zdravotného poistenia (napr. prenatalne vyšetrenia tehotných matiek a kompletné zaočkovanie detí, pravidelné pediatrické kontroly a preventívne vyšetrenia detí, účasť na preventívnych prehliadkach dospelých a žien),
- 2 plná predškolská a najmä školská dochádzka všetkých školopovinných detí v rodine,
- 3 zmysluplná pracovná činnosť s prioritou práce v súkromnom sektore. Výplata dávok má byť prísne viazaná na pracovnú činnosť podľa množstva a užitočnosti práce. V prípade vyplácania dávok možno použiť elektronické debetné karty s vylúčením nákupu cigariet a alkoholu a nevyplácať dávky v peniazoch.

Decentralizované programy riešenia chudoby a nezamestnanosti by mali byť organizované pomocou súkromných agentúr služieb zamestnanosti na **podporu samozamestnávania**

príslušníkov marginalizovaných a segregovaných komunít (napr. legálne pestovateľstvo na svojom, prenajatom alebo obecnom, nie na cudzom pozemku, samozamestnávanie v remeslách, v službách, v poľnohospodárstve, súkromné prípadne verejnoprospešné programy prác pre nekvalifikovaných pracovníkov, ako je obnova lesa, čistenie lesa, čistenie vodných tokov, rekultivácia pozemkov, čistenie nelegálnych skládok apod). Treba podporovať zamestnávanie Rómov v rámci aktivít súvisiacich s riešením rómskej otázky.

**V oblasti bývania** je naliehavo **potrebné upozorniť na zlé riešenia**, ktoré sú však opakovanne verejne diskutované. Všetky návrhy, projekty a programy smerujúce k výstavbe domov a bytov pre ohrozené komunity z verejných zdrojov sú bez reformy sociálneho systému nebezpečnými pokusmi, ktoré dlhodobo nezlepšia postavenie cieľovej skupiny. Neodstránia kultúru závislosti, naopak prehĺbia ju. Neodstránia zlé spoločenské návyky, nezdravé stravovanie ani správanie sa a početné závislosti u jednotlivcov v cieľovej skupine, naopak podporia ich rozvoj. Nezvyšia osobnú zodpovednosť ani sebestačnosť príjemcov týchto programov a ich rodín. Zvyšia však deficit verejných financií, spomalia ekonomický rast a prosperitu spoločnosti vrátane jednotlivcov z cieľovej skupiny. Zlé riešenia sú riešenia „zadarmo“, vrátane úvah o darovaní pozemkov apod. **Dobré riešenia** v oblasti bývania sú návrhy a programy **podmienené vlastnou dlhodobou aktivitou príjemcov týchto programov**. Menovite **vlastnou prácou pri výstavbe a vlastnou prácou pri dlhodobom splácaní ceny stavby alebo pozemku**. Pritom ceny pozemkov môžu byť najnižšie, ako je to miestne možné a cena stavieb a infraštruktúry môže byť nižšia vďaka úsporným projektom, úsporným rozmerom stavieb a dostupnejším materiálom, ale najmä vďaka vlastnej vnesenej práci na stavbe.

**V oblasti vzdelávania** je treba dosiahnuť **plné integrované vzdelávanie rómskych a nerómskych detí**. Dôležitá je tiež obsahová reforma vzdelávania, vrátane zmeny obsahu na **prípravu detí pre praktický a zodpovedný rodinný a občiansky život a pre uplatnenie sa na trhu práce**.

Treba maximálne podporovať integrované vzdelávanie a postupne znižovať počet a kapacitu dnešných 138 špeciálnych škôl bez zvláštneho určenia. Bude potrebná finančná podpora zameraná na investície do vzdelania a výchovy Rómov, v závislosti na regionálnych rozdieloch. Bude potrebná cielená pozornosť vzdelaniu a výchove (predškolská výchova, nulté ročníky, rómski asistenti, mimoškolské aktivity, zainteresovanie rodičov, viazanie sociálnych dávok na účasť dieťaťa v školskom procese (resp. systém motivácie), štátne granty pre aktivity mimovládnych organizácií a cirkví v oblasti výchovy a vzdelávania rómskych detí i dospelých). Treba podporovať študijné smery na vysokých a stredných školách zameraných na oblasť pomoci Rómom na Slovensku.

Celková **zmena spôsobu života a kultúrnych zvyklostí** žiaduca pre dobrý zdravotný aj sociálny rozvoj rómskych komunit, sa netýka tradičných kultúrnych a rodových zvyklostí a hodnôt rómskeho etnika. Týka sa však **osvojenia si tradičných hodnôt slobody, zodpovednosti a otvorenej občianskej spoločnosti**, ako aj **upustenia od škodlivých návykov** (akými sú všetky druhy závislostí, kriminalita, návyk na sociálnu vykorenenosť zo spoločnosti apod).

Aktívny prístup vyžaduje tiež **reálnu zainteresovanosť Rómov a ich reprezentácie na riešení ich problémov**, ako aj potrebu zaangažovanosti nielen štátu, ale celej spoločnosti (mimovládny sektor, cirkvi, politické strany, médiá, spoločenské elity, samosprávy atď).

Úspešná realizácia navrhovaných zmien a reforiem predpokladá **spoluprácu obcí, neziskových organizácií a cirkví**. Kresťanské organizácie a cirkvi majú veľmi dôležité poslanie pomáhať meniť životy chudobných k lepšiemu. Neziskové organizácie a cirkvi môžu mať aj prísnejšiu politiku ako verejný sektor, pretože môžu (a mali by) poskytovať pomoc iba do vopred určeného času a vylúčiť klientov, ktorí neplánujú, ani netúžia zmeniť svoj životný štýl. Neziskové a cirkevné organizácie môžu byť aktívne v sociálnych službách, v politike zamestnanosti, pri vzdelávaní, zdravotnej výchove a pod. Verejné investície a granty na prácu neziskových organizácií a podporu aktivít cirkví sa majú realizovať v decentralizovanej podobe.

Pre spoluprácu je preto potrebné **získavať a mobilizovať lokálne authority** a miestnych obyvateľov, vrátane tradičných „miestnych autorít“, akými sú lekári a sestry, starostovia, učitelia, duchovní, občianski aktivisti apod.

Na dosiahnutie reálneho účinku spomínaných žiaducich zmien je **nevyhnutná vymožitelnosť zákona** u každej verejnej inštitúcie, medzi občanmi a súkromnými inštitúciami. Znamená to potrebu reformy súdnictva, dokončenia reformy polície, komunálnej reformy a reformy spôsobu práce verejnej správy.

## Konkrétne kroky a odporúčania

### Úroveň vlády

- Systém zdravotnej starostlivosti – dokončiť reformu zdravotníctva
- Verejné zdravotníctvo – aktívna zdravotná výchova, terénni zdravotní asistenti
- Sociálny systém – zmena prístupu vlády, decentralizácia na obce (hmotná núdza, nezamestnanosť, komunitná starostlivosť o starších ľudí) a samosprávne kraje (ústavná sociálna starostlivosť, zdravotne postihnutí občania, krízová intervencia)
- Školský systém – zavedenie integrovaného vzdelávania, obsahová reforma vzdelávania, zdravotná výchova na školách

### Samosprávny kraj

- Účasť na tvorbe siete zdravotníckych zariadení
- Komunitné sociálne plánovanie, podpora komunitných sociálnych služieb, ústavné sociálne služby, starostlivosť o zdravotne postihnutých
- Zaviesť zdravotnú výchovu na stredných školách

### Obec

- Výkon verejných služieb v oblasti zamestnanosti a hmotnej núdze (spojenie agendy nezamestnanosti a hmotnej núdze, vrátane verejnej služby podpory plánovaného rodičovstva), sociálne poradenstvo, starostlivosť o starších ľudí
- Spolupráca s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a s orgánmi verejného zdravotníctva
- Spolupráca so samosprávnym krajom pri tvorbe siete zdravotníckych a sociálnych zariadení
- Zaviesť zdravotnú výchovu na základných školách

### Občan

- Osobná iniciatíva a zodpovednosť za vlastné zdravie
- Zdravotné vzdelávanie v rodine
- Osobná iniciatíva a zodpovednosť za vlastnú sociálnu situáciu a situáciu rodiny
- Zodpovednosť za vzdelávanie detí v rodine
- Úcta k základným hodnotám a právam

Čas na dosiahnutie navrhovaných zmien, či už ako celok alebo aspoň jednotlivo, závisí od odbornej úrovne a politickej vôle vlády a nepriamo od vôle občanov.



## Záver

Žiadna technická, organizačná, legislatívna ani ekonomická zmena samotná neprinesie zlepšenie zdravotného stavu Rómov.

Na druhej strane **zmeny** potrebné v systéme zdravotnej starostlivosti **musia byť navzájom prepojené** na zmeny sociálneho systému, vzdelávania, verejnej správy a ďalšie uvádzané predpoklady zlepšenia zdravotného stavu Rómov.

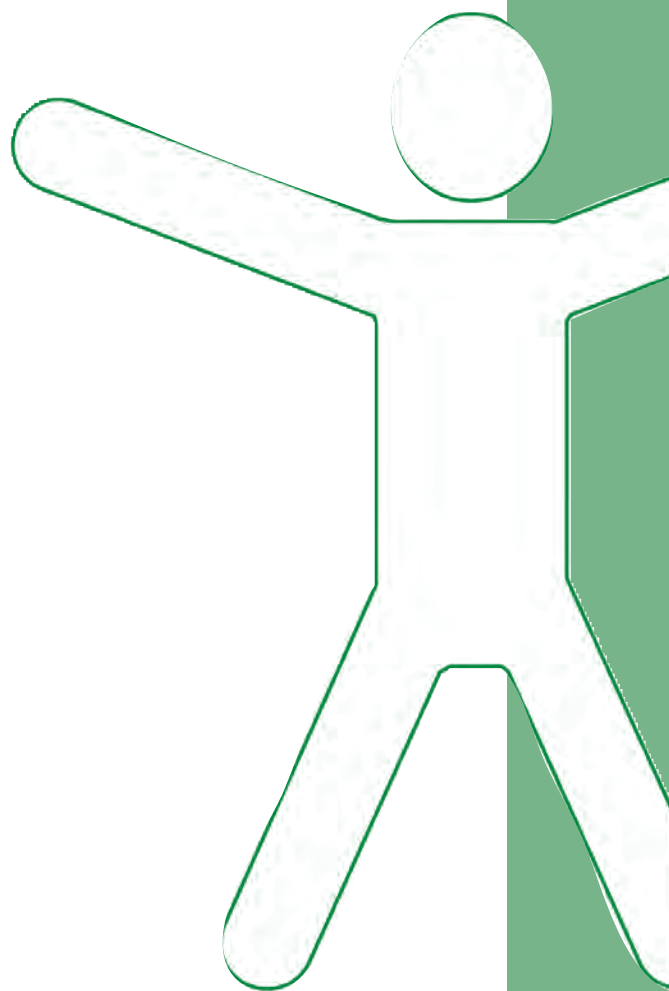
Rozhodujúca je však zmena hodnotových postojov a správania celej populácie. Zlepšenie prinesie podpora a rozvoj kultúrnej historickej pamäte, formovanie úcty k tradičným hodnotám, úcta k ľudskému životu, zodpovednosť k sebe a iným, voči rodičom a rodine, rešpekt a zodpovednosť k hodnotám občianskej spoločnosti, úcta a rešpekt voči menšinám a slabším, voči súkromnému vlastníctvu, životnému prostrediu a naučiť sa prijímať práva v rovnováhe s povinnosťami.

## Literatúra:

1. Antalová, I.: Chaos totalos. G plus G, 2002
2. Gonda, P., Novota, M., Dostál, O.: Návrh sociálnej reformy pre Slovensko. SKOI a Konzervatívny inštitút MRŠ, Bratislava, 2005
3. Hulanská, K.: Program podpory zdravia znevýhodnených komunit na Slovensku 2007-2015. Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky, 2006
4. Projekt Ministerstva zdravotníctva SR „Zlepšenie prístupu Rómov ku zdravotnej starostlivosti“ PHARE, 2003, realizovaný 2005-2006
5. Seminár „Plánované rodičovstvo v rodinách na sociálnej podpore“, Spišská Nová Ves, 2004
6. Výročné správy Nadácie Milana Šimečku



**Regionálna  
konceptia  
sociálno-ekonomickej  
integrácie rómskych  
komunít**





## Úvod

Vytvorenie spoločnej Regionálnej koncepcie sociálno-ekonomickej integrácie Rómov v banskobystrickom regióne (ďalej Koncepcie integrácie Rómov) má za cieľ posilniť spoluprácu a zefektívniť koordináciu programov, projektov a finančných prostriedkov zainteresovaných subjektov, ktoré svojím poslaním a činnosťou ovplyvňujú zlepšovanie životných podmienok Rómov. Súčasne má za cieľ vytvoriť participatívny proces, do ktorého vstupujú okrem zainteresovaných inštitúcií a neziskových organizácií aj predstavitelia rómskej komunity ako zástupcovia cieľových skupín.

Koncepciu uvádzame v tejto publikácii ako príklad uceleného procesu, ktorý sa môže významne podieľať na zlepšení podmienok Rómov. Samotná koncepcia nie je zameraná len na Rómov žijúcich v segregovaných alebo sociálne vylúčených oblastiach, ale aj na Rómov integrovaných. Podobné procesy sa v súčasnosti realizujú aj v prešovskom a košickom regióne a sú koordináčne zastrešené regionálnymi kancelármi ÚSVRK. Vzhľadom k tomu, že proces v Banskej Bystrici má ukončenú prvú fázu, uvádzame ho ako možný príklad procesu aplikovateľného aj v ďalších regiónoch Slovenska.

S iniciatívou vytvoriť spoločnú koncepciu prišiel začiatkom roku 2005 Úrad splnomocnenkyne vlády SR pre rómske komunity (ÚSVRK) prostredníctvom jeho Regionálnej kancelárie v Banskej Bystrici a Rimavskej Sobote. V priebehu marca 2005 vznikla spolupráca pre vedenie procesu vytvárania koncepcie medzi ÚSVRK ako koordinátorom celého procesu, PDCS, o.z., Partners for Democratic Change Slovakia a Priatelia zeme – CEPA ako facilitátormi procesu. V novembri 2005 sa k spolupráci pri vedení procesu pridalo Centrum vzdelávania neziskových organizácií (CVNO) v pozícii supervízora.

## Proces prípravy koncepcie

### FÁZA A:

#### Základná stratégia pre Koncepciu integrácie Rómov do roku 2013

Proces tvorby stratégie pozostával z nasledujúcich častí:

- 1 Vymedzenie oblasti spoločnej diskusie a spolupráce. Dohodnutým rámcom vytvárania koncepcie a budovania spoločného partnerstva sa stalo hľadanie možností **zlepšenia života a integrácie rómskej populácie v banskobystrickom regióne**.
- 2 Zozbieranie a zoznámenie sa s existujúcimi stratégiami a analýzami týkajúcimi sa integrácie Rómov, obzvlášť tých, ktoré sú špecifické pre banskobystrický región a ktoré sú potrebné pre porozumenie súčasnej situácie a trendov do budúcnosti.
- 3 Diskusia o vízii integrácie Rómov v banskobystrickom regióne za 10 rokov. Výsledkom diskusie bolo identifikovanie strategických oblastí/ tém. Pre každú zo strategických tém riadiaca skupina predbežne zadefinovala celkový cieľ.

Identifikovaných bolo deväť tém:

1. Vzdelávanie
2. Budovanie ľudských kapacít
3. Zamestnanosť
4. Bývanie a infraštruktúra
5. Sieť udržateľných inštitucionálnych kapacít
6. Prevencia protispoločenskej činnosti
7. Vzájomné akceptovanie Rómov a majority
8. Zdravie a spôsob života
9. Kultúra a sebauvedomovanie Rómov

(V súlade s obsahovou náplňou tejto publikácie sa budeme v analytickej časti venovať predovšetkým oblasti Zdravie a spôsob života, podobne uvádzame aj SWOT analýzu a stratégiu vytvorenú pre túto oblasť.)

- 4 Preformulovanie celkového cieľa a návrh špecifických cieľov pre jednotlivé strategické oblasti pracovnými skupinami (PS). V pracovných skupinách boli okrem členov riadiacej skupiny zapojení aj ďalší zástupcovia zainteresovaných inštitúcií, neziskových organizácií a zástupcov rómskej menšiny. Pracovné skupiny postupovali cez vytvorenie stromu problémov, cez strom cieľov až po zostavovanie logických rámcov pre jednotlivé strategické oblasti.
- 5 Prezentácia navrhnutých špecifických cieľov koordinátormi pracovných skupín riadiacej skupiny. Riadiaca skupina pripomienkovala návrh špecifických cieľov, ako aj prepájala špecifické ciele medzi jednotlivými strategickými oblasťami.
- 6 Dopracovanie celkových a špecifických cieľov pod vedením supervízorky. Pod jej metodickým vedením boli dopracované stromy problémov a ciele pre jednotlivé stratégie. Pracovné skupiny zapracovali pripomienky riadiacej skupiny, ako aj ostatných PS. V rámci práce so supervízorkou a snahy pomenovať indikátory a predpoklady v rámci logického rámca stratégie bola identifikovaná potreba doplniť exaktné dáta o východiskovej situácii Rómov v banskobystrickom regióne.
- 7 Odsúhlasenie finálnej verzie Základnej stratégie pre koncepciu integrácie Rómov do roku 2013 riadiacou skupinou.

## Fáza B:

### Akčné plány a implementačný mechanizmus pre koncepciu integrácie Rómov do roku 2013

- 1 Prieskumy a analýzy v rómskych komunitách. Pri vytváraní indikátorov pre špecifické ciele bol identifikovaný nedostatok spoľahlivých dát o rómskej populácii v bansko-bystrickom regióne. Dáta budú zozbierané pod metodickým vedením profesionálnej organizácie za účasti zástupcov rómskych komunít. Zbieranie dát bude súčasne využité ako príležitosť pre zvyšovanie zručností rómskej menšiny.
- 2 Dopracovanie logických rámcov pre identifikované strategické oblasti. Pracovné skupiny pod vedením supervízorky dopracujú k celkovému a špecifickým cieľom, aktivity aj indikátory a predpoklady.
- 3 Vytvorenie akčných plánov na 2 roky pracovnými skupinami. V akčných plánoch PS popíšu jednotlivé kroky a aktivity, určia časový rámec, zodpovednosti, odhadnú náklady a identifikujú existujúce a potrebné zdroje.
- 4 Návrh a vytvorenie implementačného mechanizmu. Riadiaca skupina preskúma možnosti existujúcich inštitúcií pre implementáciu koncepcie. Rozhodne o implementačnej inštitúcii alebo mechanizme (napr. partnerstve viacerých organizácií). ÚSVRK zrealizuje rokovania so zástupcami vybraných inštitúcií potrebné na uzavretie formálnej dohody o implementácii koncepcie integrácie Rómov.
- 5 Návrh monitoringu a evaluácie implementácie koncepcie Rómov. Riadiaca skupina navrhne časový plán a spôsob akým bude v dlhodobom rámci monitorovať a evaluovať implementáciu koncepcie.

## Fáza C:

### Implementácia koncepcie integrácie Rómov do roku 2013

- 1 Implementácia koncepcie prostredníctvom dohodnutého implementačného mechanizmu. Priebežné monitorovanie realizácie akčných plánov a ich prípadné dopracovanie / prispôsobovanie zmenám v širšom kontexte.
- 2 Monitorovanie a evaluácia implementácie koncepcie.

Nasledujúca fáza realizácie materiálu vyžaduje pokračovanie v podobe akčných plánov, ktorými sa konkretizuje program rozvoja na najbližšie dva roky. Za účelom zabezpečenia jeho kontinuity členovia expertnej skupiny spracovali projektový zámer, ktorým sa uchádzajú o finančnú dotáciu pre zrealizovanie troch plánovaných aktivít - *vytvorenia akčných plánov, prieskumu a auditu*, potrebného pre rozšírenie bázy aktuálnych, reprezentatívnych, objektívnych údajov a informácií na úrovni bansko-bystrického kraja. Treťou plánovanou aktivitou je *budovanie implementačnej kapacity*.

## Analytická časť/ konkrétne výstupy

### Zdravie a spôsob života

Najcitlivejším indikátorom zdravia obyvateľstva je tzv. očakávaná dĺžka života, ktorá sa počíta zo súčasných úmrtnostných pomerov obyvateľstva. Keďže pre objektívny výpočet týchto ukazovateľov pre rómsku národnosť nie sú k dispozícii žiadne exaktné podklady (úmrtnosť sa podľa etnika oficiálne nesleduje), používajú sa len odhady. Podľa odhadov demografických expertov zaoberajúcich sa demografickým vývojom Slovenska a jeho národnostným zložením je očakávaná dĺžka života rómskeho etnika výrazne kratšia, ako u ostatného obyvateľstva. Ak očakávaná dĺžka života pre mužov na Slovensku bola vypočítaná na 66,5 roka, tak pre mužov rómskeho pôvodu je táto hodnota odhadovaná o 12 rokov kratšia (54,5). Výrazný rozdiel sa odhaduje aj pre očakávajú dĺžku života žien, keď priemer pre ženy Slovenska je 76,5, pre ženy rómskeho etnika je tento ukazovateľ o 10 rokov kratší (68,5). Na očakávanú dĺžku života majú vplyv rôzne faktory – sociálne, ekonomické, kultúrne, od ktorých sa odvíja chorobnosť a úmrtnosť obyvateľstva. Za jeden z li-

mitujúcich faktorov možno považovať výskyt infekčných ochorení najmä u detí. Infekčné choroby zvyšujú extrémnu dojčenskú úmrtnosť, ktorá vo všeobecnej populácii má relatívne priaznivý trend 8 dojčiat na 1 000 živo narodených detí. U rómskeho etnika má dojčenská úmrtnosť hodnotu takmer 2,5 násobne vyššiu, t.j. 20 dojčiat na 1 000 živo narodených detí.

Výskyt infekčných ochorení u rómskeho etnika (napr. zápal pečene, hnačkové ochorenia, salmonelóza, ochorenia dýchacích ciest) veľmi významne ovplyvňuje aj celkový výskyt infekčných ochorení na Slovensku a to najmä u tých skupín diagnóz, ktoré sa šíria kontaktom za nízkych hygienických podmienok a nízkého zdravotného uvedomenia obyvateľstva.

Nedostatočne hygienicky zabezpečené prostredie a nedostatočná zdravotná uvedomelosť je taktiež príčinou ďalších typov kožných ochorení (svrab, vši atď.) najčastejšie sa vyskytujúcich u malých detí. Podiel rómskeho etnika na výskyte tejto choroby je 38 až 63 %-ný.

**SWOT analýza – zdravie a spôsob života**

<b>SILNÉ STRÁNKY</b>	<b>SLABÉ STRÁNKY</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Know-how</li> <li>• Socio-mapping banskobystriického kraja</li> <li>• Rómski asistenti detského lekára</li> <li>• Komunitné centrá (komunitná a sociálna práca)</li> <li>• Základné vstupné zdravotnícke a zdravotno-hygienické údaje</li> <li>• Rešpekt prirodzených autorít</li> <li>• Kult dieťaťa, úzkostlivá starostlivosť rodičov</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zlý zdravotný stav (zvýšená úmrtnosť, kratšia stredná dĺžka života)</li> <li>• Vyšší výskyt infekčných ochorení pre nízku zdravotnú gramotnosť a poučenosť</li> <li>• Vyšší výskyt pohlavných ochorení</li> <li>• Vysoký výskyt biologických rizikových faktorov (predbežné údaje)</li> <li>• Nevedomosť o zdravotných rizikách (výživa, životný štýl, fajčenie, rodinné sexuálne partnerstvá)</li> <li>• Nedostatočné vedomosti o hygienicko-epidemiologických rizikách (pitná voda, potraviny)</li> <li>• Nízka odborná spôsobilosť na prácu v zariadeniach s charakterom epidemiologicke závažných činností (kadernička, kozmetička, práca s potravinami)</li> <li>• Nedostatočná zdravotná spôsobilosť na prácu v zariadeniach s charakterom epidemiologicke závažných činností</li> <li>• Nedostatočné vedomosti v ošetrovatelstve (zdravé i choré deti, chronicky chorí ľudia v komunitách)</li> <li>• Nedostatočná znalosť poskytovania prvej pomoci</li> <li>• Nedostatočná sieť komunitných centier</li> <li>• Nedostatky v informovanosti komunitných centier a zdravotníckych zariadení</li> <li>• Rezervy v komunikácii s verejným zdravotníctvom</li> <li>• Neochota spolupracovať zo strany rómskej komunity</li> <li>• Nedostatočné podchytenie talentovaných detí a nedostatočné možnosti na prípravu v zdravotnej vzdelanosti</li> <li>• Sociálno – ekonomická nedostatočnosť potrebná pre prístup k zdravotníckej starostlivosti</li> </ul>



<b>PRÍLEŽITOSTI</b>	<b>OHROZENIA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rovné šance na zdravotnú starostlivosť na základe platnej legislatívy</li> <li>• Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou</li> <li>• Sieť Úradov verejného zdravotníctva</li> <li>• Neziskové organizácie</li> <li>• Sieť zdravotníckych škôl</li> <li>• Fakulta ošetrovateľstva, Banská Bystrica</li> <li>• Gándhiho gymnázium, Zvolen</li> <li>• Programy zdravotnej gramotnosti (ošetrovateľstvo, zásady prvej pomoci)</li> <li>• Vznik ambulancií pre pediatrov a všeobecných lekárov v odľahlých oblastiach (finančné zvýhodnenie)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diskriminácia (napr. neochota zamestnať ľudí bez odbornej spôsobilosti)</li> <li>• Nedostatok finančných zdrojov</li> <li>• Zlá dostupnosť zdravotníckych zariadení</li> <li>• Strata bývania, prístupu k pitnej vode, vykurovania, v súvislosti s neplatením za služby</li> <li>• Neexistencia legislatívy na zisťovanie údajov o rómskom etniku na zdravotnícke účely a prijímanie opatrení</li> <li>• Nedostatok podporných mechanizmov (štipendií), platných kurzov vzdelávania</li> <li>• Chýbajúca legislatíva na zaisťovanie stavu zdravia a úmrtnostných pomerov</li> <li>• Nedostatočná profilácia zdravotníckych pracovníkov na prácu so zdravotnými rizikami rómskej komunity</li> <li>• Neexistencia asistentov VZ a asistentov všeobecných lekárov</li> </ul>

<b>STRATÉGIA</b>
<b>Celkový cieľ:</b>
Prispieť v banskobystrickom kraji k zlepšeniu integrácie Rómov vo všetkých oblastiach života
<b>Špecifické ciele:</b>
8. Zlepšený zdravotný stav rómskeho etnika znížením výskytu rizikových faktorov
<b>Výsledky:</b>
8.1 Zvýšený záujem o zdravotný stav rómskej komunity
8.2 Zvýšené zdravotné povedomie rómskej komunity formou vzdelávania, poradenstva, zaškoľovania
8.3 Determinanty zdravia sú ovplyvňované systematickou zdravotníckou prevenciou
<b>Aktivity:</b>
8.1.1 Vytvoriť legislatívne podmienky pre zisťovanie údajov týkajúcich sa Rómov žijúcich v osídleniach a v rozptyle pre účely zdravotníckej štatistiky a demografickej štatistiky
8.1.2 Získať údaje o úmrtnosti a chorobnosti týkajúcich sa Rómov žijúcich v osídleniach a v rozptyle
8.1.3 Spracovať a prezentovať výsledky údajov o chorobnosti a úmrtnosti podľa diagnózy a skupín obyvateľstva podľa diagnózy, veku, pohlavia a pomerov, v ktorých žijú
8.1.4 Navrhovať nápravné, preventívne opatrenia podľa zistených negatívnych údajoch o zdravotnom stave zo strany orgánov verejného zdravotníctva
8.1.5 Spolupracovať so zodpovednými inštitúciami na riešení zistených problémov o zdravotnom stave
8.1.6 Monitorovať biologické faktory
8.1.7 Spracovať a vyhodnotiť odobraté vzorky a získané údaje, konfrontácia s výsledkami doterajších skríningov
8.1.8 Navrhnuť intervenčné postupy podľa zistených problémov – pomenovať a eliminovať hlavné rizikové faktory
8.1.9 Monitorovať rizikové faktory správania
8.1.10 Organizačne zabezpečiť a realizovať prieskumy, zber a analýzu dát
8.1.11 Vypracovať návrh intervenčných postupov podľa zistených problémov – pomenovať a eliminovať rizikové správanie
8.1.12 Vyhodnocovať efektivitu intervencie kontinuálnym monitoringom
8.2.1 Vzdelávať rómskych zdravotníckych asistentov v prevencii infekčných a neinfekčných ochorení, osobnej hygieny, správnej výživy, prevencii závislostí, prevencii ochorení z faktorov prostredia a výkon poradenstva
8.2.2 Zvýšiť počet odborne poučených vo VZ
8.2.3 Zabezpečiť program systémového zvyšovania zdravotného uvedomenia rómskej komunity prostredníctvom získania odbornej spôsobilosti na určité druhy prác
8.3.1 Zabezpečiť výberové očkovanie
8.3.2 Plánovať rodičovstvo a sexuálnu výchovu mladých Rómov
Potrebné je prepojenie aj na iné témy, pri tvorbe akčných plánov budú experti uvedených tém úzko spolupracovať.

Koncepcia sociálno-ekonomickej integrácie Rómov v banskobystrickom kraji nie je len dokument, ktorý je potrebné citovať alebo predložiť ako prílohu k projektovým žiadostiam. Ide o súbor cieľov a opatrení, ktoré vytvárajú predpoklad pre mnohé aktivity a iniciatívy občanov banskobystrického kraja. Tento materiál je súčasťou sústavy základných strategických dokumentov podporujúcich akceleráciu sociálnej inklúzie a zlepšenia ekonomického statusu Rómov v Slovenskej republike.<sup>6</sup>

6 Po dokončení prvej fázy Koncepcie sociálno-ekonomickej integrácie rómskych komunit aj v ďalších regiónoch SR, bude možné získať kompletný materiál na Úrade splnomocnenkyne vlády SR pre rómske komunity v príslušných regionálnych kanceláriách. Materiál je vlastníctvom ÚSVRK SR a autorstvo prislúcha jednotlivým regionálnym kanceláriám ÚSVRK SR.

## Literatúra:

1. Čačipen pal o Roma, Inštitút pre verejné otázky, Bratislava, 2002
2. Vybrané charakteristiky rómskych osídlení v Banskobystrickom kraji v roku 2004, Regionálny úrad verejného zdravotníctva Banská Bystrica podľa ÚSVRK, S.P.A.C.E, IVO, KcpRO, 2004
3. Terénny výskum dodržiavania práv dieťaťa, detí z rómskych osád so zohľadnením ich diskriminácie a špecifických problémov, Slovenské národné stredisko pre ľudské práva, 2005



# Prílohy





## Prípadová štúdia „Práca terénneho zdravotného asistenta a spolupráca na obecnej úrovni“

### Marta Kulíková

Obec Huncovce leží 5 kilometrov od okresného mesta Kežmarok, v lokalite severného Spiša pod Vysokými Tatrami. V obci s 2 200 obyvateľmi žije 700 metrov od centra obce asi 800 členná komunita Rómov. „Kolónia“, ako miestni označujú segregovanú osadu, pozostáva v 60% z murovaných domov postavených v období rokov 1970 – 80 a v 40% z drevených chatrčí. Väčšina chatrčí je v zlom stave s hlinenou podlahou, malými oknami a nevyhovujúcim vykurovaním.

V roku 2002 sa spojili starostovia 4 okolitých obcí – Veľká Lomnica, Stráne pod Tatrami, Rakúsy a Huncovce, aby sa pripravili na začiatok veľkého plánovaného projektu na výstavbu infraštruktúry určenej pre rómske osady v katastri ich obcí. Týmto vzniklo občianske združenie Komunita – miesto pre každého, ktoré sa začalo zaoberať vzdelávacími a komunitnými aktivitami v týchto lokalitách. V každej z nich začali pracovať jeden terénny sociálny pracovník a jeden líder komunity.

**Terénny sociálny pracovník** sa staral o pomoc občanom v sociálnej oblasti a **líder komunity** mal v náplni práce komunitné aktivity, ako napríklad dodržiavanie čistoty a poriadku v osadách. V každej obci pracovala dvojica, ktorá pochádzala priamo z danej lokality. V prevažnej miere to bola kombinácia terénnej sociálnej pracovníčky z obce a komunitného lídra z osady. V Huncovciach sa od začiatku pracovníci zapojili do projektov organizovaných občianskym združením Komunita - miesto pre každého, ako boli „Čisté osady“, „Vzdelávanie TSP a lí-

drov komunit“, „Sme šikovní a zruční a potvrdíme to“ a ďalších.

Financovanie boli cez verejno – prospešné práce zo zdrojov vtedajších úradov práce. Tento spôsob financovania sa ukázal ako trvalo neudržateľný. Najprv mali pracovníci zmluvy na 5 mesiacov, neskôr na 9. V medziobdobí pracovali ako dobrovoľníci, keďže si ľudia z osád privykli žiadať ich o pomoc/ radu a oni ich nechceli odmietnuť. V roku 2005 financovanie komunitných sociálnych pracovníkov a ich asistentov prešlo pod Fond sociálneho rozvoja (FSR) na Ministerstve práce, sociálnych vecí a rodiny SR, čo znamená veľký posun v podobe trvalejšieho zdroju financovania.

**Úlohou terénneho sociálneho pracovníka** je pomôcť ľuďom z osady riešiť problémy zo sociálnej oblasti, od vypísania jednoduchých formulárov, po komunikáciu s odborom sociálnych vecí v zložitejších záležitostiach. Od začiatku úzko spolupracovali aj so **školou** a pomáhali s komunikáciou medzi rodičmi a učiteľmi. Hovorili s rodičmi o školskej dochádzke, disciplíne v škole, potrebe školských pomôcok, ale aj o hygiene v škole.

Časté absencie v škole poukázali aj na potrebu spolupráce s **detským lekárom**. V úvode sa riešili skôr príčiny absencie v škole z dôvodov chorôb, neskôr začali spolupracovať aj v oblasti prevencie. Pediater sa rozprával s matkami o potrebe zúčastňovať sa pravidelných poradní a očkovaní detí v predškolskom veku. Neskôr začali riešiť aj otázku pomoci starším chorým ľuďom žijúcim v osade.

V októbri 2003 sa kolektív pracujúcich v Huncovciach zmenil. Príčinou bol začiatok realizácie projektu Phare, počas ktorého vzniklo a fungovalo komunitné centrum. Na pracovníkov komunitného centra boli kladené vyššie požiadavky ako v úvode. Napriek tomu, že terénni sociálni pracovníci a lídri komunit absolvovali odborné vzdelávanie organizované PDCS v rozsahu 10 dní, na pozíciu terénneho sociálneho pracovníka sa do výberového konania organizovaného starostom obce mohol prihlásiť iba kandidát s ukončeným úplným stredoškolským vzdelaním s maturitou.

Komunitné centrum začalo organizovať vzdelávacie a voľnočasové aktivity na jar 2004, po rekonštrukcii priestorov. V rámci **zdravotnej výchovy a prevencie** sa pokračovalo v úzkej spolupráci s miestnym pediatrom. Okrem stretnutí v škole s deťmi a mládežou na témy od prevencie chorôb a závislostí, až po plánované rodičovstvo, začali s pediatrikou ambulanciou spolupracovať aj **dvaja zdravotní asistenti**. Ich úlohou je pomáhať pri komunikácii medzi lekárom a rodičmi detí, pozývanie na preventívne prehliadky a očkovania, starostlivosť o donášku liekov pre dlhodobo chorých a nevládných pacientov a dohľadanie na hygienu v osade. Spoločne s terénnou sociálnou pracovníčkou riešili problémy, keď sa v škole objavili vši, či svrab.

Potreba zdravotných asistentov sa momentálne testovalo v projekte Ministerstva zdravotníctva SR (2005-2006). V obci Huncovce sa terénnym zdravotným asistentom stal komu-

nitným centrom a miestnym pediatrom „vychovaný“ asistent, čo je pre obec veľkým prínosom. V rozhovoroch sa o jeho práci veľmi kladne vyjadruje miestny lekár, zdravotné sestry i obyvatelia osady.

### **Chceli by sme poukázať na jednotlivé zložky obce, ktorých vzájomná spolupráca je pri fungovaní tohto modelu nevyhnutná:**

- starosta, ktorý má záujem, sa musí osobne i ako reprezentant obce zapojiť do riešenia problémov obyvateľov žijúcich vo veľmi zložitých sociálno – ekonomických podmienkach segregovaných osád,
- potrebný je tím pracovníkov komunitného centra pod vedením životaschopnej a tvorivej komunitnej sociálnej pracovníčky, aktívni asistenti a všetci tí, s ktorými úzko spolupracujú, ako riaditeľky a učiteľia zo základnej, špeciálnej a materskej školy, pracovníci obecného úradu,
- do projektu musí byť od začiatku včlenený obvodný lekár/ pediater a terénny zdravotný asistent,
- podstatná je tiež spolupráca zo strany Úradu práce sociálnych vecí a rodiny, spolupráca zo strany učilíšť a stredných škôl, ktoré deti z osady navštevujú.

### **Čo sme sa za tie roky naučili?**

1. Hneď na začiatku je potrebné podrobne si zmapovať terén. Spoznať ľudí v lokalite a snažiť sa porozumieť ich konaniu. Nie je dôležité súhlasiť so všetkým, čo robia. Nebezpečné je chcieť ich zmeniť zo dňa na deň. Každú novú vec je dôležité vysvetľovať, zdôvodňovať, predkladať fakty, skúsenosti a nechať ľuďom čas na ich „strávenie“. Je to dlhý proces a veľakrát pre človeka zvonku nepochopiteľne pomalý, ale každá zmena v správaní je veľmi náročná. Občas sú výsledky

pôsobenia viditeľné po niekoľkých rokoch náročnej práce. Ako jeden z príkladov uvádzam našu prácu v oblasti hygieny spojenú s likvidáciou tuhého komunálneho odpadu, ktorý sa nachádzal v celej osade. Postupne sa podarilo zaviesť systém veľkokapacitných kontajnerov na okrajoch osady a v súčasnosti väčšina obyvateľov osady má samostatné nádoby na domový odpad a dokonca sa zapojili aj do separovaného zberu. Je to výsledok dlhoročnej spolupráce všetkých zainteresovaných ľudí.

2. Spolupráca je jedným z veľmi dôležitých atribútov práce v lokalite. Tak v úzkom tíme kolegov, v našom prípade pracovníkov komunitného

centra, ako aj s ostatnými členmi komunity.

3. Práca asistenta lekára je užitočným článkom v komplexnej starostlivosti o skvalitnenie života obyvateľov osád a segregovaných častí miest a obcí. Asistent lekára má základné vzdelanie, ako poskytnúť prvú pomoc a vie zhodnotiť situáciu, či je potrebné volať rýchlu zdravotnú pomoc. Výsledkom je, že občania sa častejšie obracajú s prosbou o pomoc na asistenta lekára a nevolajú pohotovosť tak často, ako v minulosti a to aj v menej závažných prípadoch. Pravidelná práca asistenta lekára sa odzrkadľuje aj v pravidelných návštevách rodičov s deťmi v poradni a účasti na očkovaní.





## Dotazník na zistenie postojov voči Rómom <sup>7</sup>

### Dušan Ondrušek

*Ako je to s predsudkami, stereotypmi vo vzťahu k Rómom? Ktoré z predpokladov, s ktorými sa bežne stretávame, sú nepravdivé a vytvárajú bariéry pre možnú zdravotnú pomoc a ktoré by sme si naopak mali osvojiť, pretože ich neakceptovaním môžeme narobiť viac škody než osohu?*

*Nasledujúce dve sady otázok by mohli pomôcť formulovať témy, ktorými sa musíme zaoberať, pokiaľ pracujeme s Rómami a nerómami v projektoch zdravotnej starostlivosti. Na tieto otázky neexistujú správne a nesprávne odpovede. Sociálne želané odpovede nie vždy vystihujú situáciu presnejšie. Otázky skôr pomenúvajú témy, ktoré by sme si mali vyjasniť, pokiaľ pracujeme s Rómami. Možno by si pracovný tím, ktorý smeruje k pomoci Rómom, mal postaviť nasledujúce otázky. Mal by hľadať odpovede, na ktorých sa vie zhodnúť. Možno by sme podobné otázky mali položiť záujemcovi o prácu v oblasti zdravotnej starostlivosti o Rómov. V závislosti od odpovedí inak formulujeme vhodný postup prác, vo väčšej alebo menšej miere ju upravujeme a odlišujeme od spôsobu práce, na ktorý sme zvyknutí v práci s väčšinovou populáciou.*

*Aj keď majú všetci občania rovnaké právo na poskytnutie zdravotnej starostlivosti, špecifický spôsob, ako sa táto starostlivosť poskytuje, sa môže v snahe vyjsť im v ústrety líšiť. Stratégia môže byť odlišná v jednotlivých krajoch, inak môže vyzeráť zdravotná starostlivosť tam, kde sú Rómovia dobre integrovaní a sociálne a vzdelanostne sa neodlišujú od väčšiny, inak v problémových osadách, kde sa u väčšiny miestnych obyvateľov kopia všetky typy sociálnych a zdravotných problémov.*

*Ujasniť si, aká je situácia v našej cieľovej komunite a ako teda postupovať v konkrétnom prípade, by mohli aj nasledujúce otázky. Prvá sada sa týka všeobecných postojov k situácii Rómov na Slovensku, druhá sada je špecificky orientovaná na okruh zdravotnej starostlivosti.*

---

<sup>7</sup> Dotazník vychádza z materiálu Handbook for Action in the Area of Health Services with the Roma Community, Fundación Secretariado Gitano, upravený na slovenské podmienky

# Všeobecné otázky o skúsenostiach s Rómami a postojoch k nim

## 1. Ako často máte možnosť stretnúť sa s Rómami:

- Bežne, dochádza k tomu často
- Občas, nepravidelne
- Veľmi zriedka, takmer vôbec

## 2. Dôvod stretávania Rómov je najčastejší:

- Kontakty blízkej či vzdialenej rodiny
- Pracovné povinnosti
- Priateľské stretnutia

## 3. Sú podľa vás pravdivé negatívne hodnotenia Rómov, ktoré sa im zvyknú prisudzovať?

- Ak ich tak vidí veľa ľudí, asi na to majú nejaký reálny dôvod
- Veľmi často majú v týchto negatívnych hodnoteniach pravdu
- Nie, ide iba o predsudky

## 4. Rómovia sú:

- Veľmi rôznorodí, ide o veľmi širokú paletu rôznych ľudí
- Skoro všetci chudobní, sociálne neprispôsobiví a zaostalí
- Väčšinou znevýhodňovaní a diskriminovaní

## 5. Myslíte si, že Rómovia sa dostatočne snažia integrovať sa do väčšinovej spoločnosti?

- Je to veľmi rôznorodé, väčšina robí, čo sa len dá, ale narážajú na diskriminačné bariéry
- Určite by sa mali viac snažiť
- Nie, väčšina táto situácia vyhovuje a v zásade sa nechce integrovať

## 6. Aký podiel zodpovednosti na diskriminácii majú samotní Rómovia?

- Žiadny, za to môže väčšinová populácia
- Niekedy provokujú situácie, ktoré logicky vedú k diskriminačným postojom
- Plne za to môžu sami. Ich postoje a správanie sú príčinou diskriminácie

## 7. Obava z Rómov zo strany väčšinovej populácie je:

- Zveličujúca a neodôvodnená
- Oprávnená
- Len výhovorkou a prejavom proti rómskych predsudkov zo strany väčšiny

## 8. Ako sú podľa vás zobrazovaní Rómovia v médiách (v televízii, novinách...)?

- Primerane. Média o nich hovoria objektívne.
- Niekedy primerane, niekedy nie
- Takmer vždy nezodpovedajúco, sú zobrazovaní oveľa negatívnejšie, než je skutočnosť

## 9. Ide v prípade postoja k Rómom skôr o rasizmus, alebo triedne predsudky?

- Jednoznačne rasizmus. Všetci Rómovia sú posudzovaní hlavne na základe farby kože...
- Ide o triedne predsudky. Bohatých Rómov nerómovia akceptujú bez problémov.
- Ani jedno, ani druhé

**10. Ako vidíte otázku Rómov a väčšiny na Slovensku:**

- Je to vážny problém, ktorý na Slovensku nemá pozitívne riešenie. Vždy tu bol a bude.
- Ide o problém, ktorý sa ale dá riešiť, ak by sme sa viac snažili
- Vôbec nejde o tak vážny problém, ako sa to niekedy opisuje

**Otázky k problematike zdravotných služieb pre Rómov**

**11. Nazdávate sa, že problémy v poskytovaní zdravotnej starostlivosti pre Rómov:**

- Predstavujú veľmi vážny problém a situácia v tejto oblasti sa zhoršuje
- Občas sa vyskytujú, ale je to problém, ktorý sa trochu preháňa
- V zásade neexistujú

**12. Pri práci s rómskymi pacientmi:**

- Som v strehu, lebo očakávam, že sa môžu vyskytnúť konflikty
- Pracujem s nimi citlivejšie, snažím sa o väčšie pochopenie kultúrnych odlišností
- Nevidím žiadny rozdiel oproti iným pacientom, ani nevidím dôvod pre akýkoľvek iný prístup

**13. Nazdávate sa, že pre zdravotníckeho pracovníka sú potrebné špeciálne vedomosti o rómskej kultúre:**

- Nie - nemyslím si, že v potrebách pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa Rómovia odlišujú od nerómov
- Áno - predpokladám, že takéto poznatky môžu pomôcť lepšie porozumieť špecifickému správaniu alebo postojom rómskych pacientov
- Áno – rovnako by sa mali poskytovať o špecifikách kultúr v správaní sa pacientov všetkých u nás žijúcich menšín (Vietnamci, Arabi, Albánci apod.)

**14. V prijímaní zdravotnej starostlivosti Rómovia:**

- Nazdávajú sa, že povinnosťou zdravotného personálu je urobiť čokoľvek, čo požadujú
- Majú nerealistické očakávania voči zdravotníkom a zdravotníckym zariadeniam
- Nie je rozdiel voči iným pacientom

**15. Prítomnosť širšej rómskej rodiny, ktorá sprevádza pacienta v zdravotníckych zariadeniach (nemocniciach, liečebniach apod.):**

- Vytvára problém, ktorý treba občas citlivo riešiť
- Je treba akceptovať, keďže sprevádzanie chorého je kultúrne dôležitou funkciou širšej rómskej rodiny. Treba to rešpektovať a vytvoriť v zdravotnom zariadení podmienky, ktoré to umožňujú.
- Netreba pripustiť. U pacientov sa nemôžu robiť výnimky a rodina musí pochopiť, že jej prítomnosť v zdravotnom zariadení je vo väčšine prípadov neprípustná.

**16. Myslím, že Rómovia väčšinou vyhládajú pomoc v zdravotnom zariadení:**

- Len na poslednú chvíľu, keďže nedôverujú lekárom a zdravotníckym zariadeniam.
- Zodpovedajúco potrebe. Dôverujú lekárom a zdravotníckym zariadeniam.
- Nedá sa takto zovšeobecňovať. Sú medzi nimi rozdiely podobne, ako u nerómov. Závisí to od špecifického prípadu a predchádzajúcej skúsenosti.

**17. Pokusy zaviesť postupy k zvýšeniu kultúrnej citlivosti v zdravotníckych zariadeniach:**

- Nie sú úlohou zdravotníckych zariadení. Tie majú na starosť oveľa dôležitejšie úlohy a nemôžu si dovoliť zaoberať sa takýmito drobnosťami.
- Sú namieste. Mohlo by to pomôcť všetkým menšinám, nielen Rómom.
- Sú stratou času. Nikam by to nevedlo, nikomu nepomohlo.

**18. Moja doterajšia skúsenosť v poskytovaní zdravotnej pomoci Rómom je, že:**

- Dobré sa mi s nimi pracuje, nie sú žiadne problémy
- Je to prípad od prípadu, niekedy v poriadku, niekedy som mal/a aj vážne problémy
- Takmer vždy to bolo stresujúce a oveľa komplikovanejšie, ako s nerómskymi pacientmi

**19. Ktoré typy rómskych pacientov predstavujú najväčší problém pri kontakte so zdravotníckym personálom?**

- Sociálne zanedbaní a málo vzdelaní ľudia z osád
- Ľudia, ktorí sú lepšie informovaní a snažia sa zneužívať zdravotnú starostlivosť
- Je to vážny problém, ktorý na Slovensku nemá pozitívne riešenie. Vždy tu bol a bude.
- Nevidím rozdiely medzi rôznymi podskupinami

**20. Pre ktoré typy rómskych pacientov je pomoc najviac potrebná:**

- Pre matky a deti, ktorí sú sociálne zanedbaní a žijú v nevyhovujúcich podmienkach v osadách
- Pre starších, sociálne izolovaných ľudí
- Nevidím rozdiely medzi rôznymi podskupinami, všade je pomoc rovnako naliehavá, nemožno stanoviť priority

