M.E.S.A.10

VÝSLEDKY MONITORINGU DOMOVOV SOCIÁLNYCH SLUŽIEB, ICH KLIENTOV A VYBRANÝCH AKTÉROV PROCESU DI

V Banskobystrickom kraji

Autori: Oľga Reptová, Martin Valentovič

M.E.S.A.10
Bajkalská 25
827 18 Bratislava
Slovenská republika
tel.: +421–2–544 35 328
e-mail: mesa10@mesa10.org
www.mesa10.org

november 2014

www.eeagrants.org
www.eeango.sk/aoi

Projekt je podporený programom Aktívne občianstvo a inklúzia, ktorý realizujú:

nadácia ekopolis

NADÁCIA PRE DETI SLOVENSKA
CHILDREN OF SLOVAKIA FOUNDATION

socia

ICELAND LIECHTENSTEIN NORWAY
eea grants

Tento dokument vznikol v rámci projektu „Podpora integrácie inštitucionalizovaných klientov do lokálnych komunít na príklade pilotného územia Banskobystrického kraja“ (projekt M.E.S.A. 10, SS-1-14)

Výstupné dokumenty z projektu *(na adrese www.mesa10.org)*

1. Správa o stave deinštitucionalizácie sociálnych služieb SR
   na národnej úrovni a regionálnej úrovni na príklade Banskobystrického kraja
2. Ako sa skepsa zmenila na podporu
   úlohy jednotlivých aktérov a ich postoje v procese DI v Nórsku
3. *Odkiaľ a kam v procese deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb v SR*
   výsledky konferencií projektu
4. Výsledky monitoringu domovov sociálnych služieb, ich klientov a vybraných aktérov procesu DI v Banskobystrickom kraji
5. Výsledky dotazníkového prieskumu vybraných aktérov procesu DI v Banskobystrickom kraji
6. SWOT analýza procesu deinštitucionalizácie sociálnych služieb SR
7. Odporúčania pre proces deinštitucionalizácie sociálnych služieb SR
8. Model vzorovej miestnej komunity
   ktorá aj pre občanov so zdravotným postihnutím vytvára podmienky pre integráciu a plnohodnotný život
9. Príručka pre riadenie rozvoja miestnych komunít
   alebo ako a prečo vytvárať miestne partnerstvá alebo miestne podporné skupiny, ktoré sa postarajú o integráciu klientov z DSS a o miestnych občanov so zdravotným postihnutím, aby ich rodičia nemuseli umiestňovať do inštitúcií vzdialených mnoho kilometrov od domova
10. Príklady dobrej praxe
    v procese deinštitucionalizácie sociálnych služieb a integrácie osôb so zdravotným postihnutím do miestnych komunít
11. Adresár vybraných inštitúcií v Banskobystrickom kraji
    aktérov v procese deinštitucionalizácie sociálnych služieb a integrácie osôb so zdravotným postihnutím do miestnych komunít

Realizátor projektu

Partneri projektu

Realizácia projektu: september 2013 - november 2014

Projekt bol podporený Islandom, Lichtenštajnskom a Nórskom prostredníctvom Programu Aktívne občianstvo a inklúzia, ktorý realizuje Nadácia Ekopolis v spolupráci s Nadáciou pre deti Slovenska a SOCIA - nadácia pre sociálne zmeny.

Obsah

Správa z monitoringu DSS a ich klientov 5
Hlavné zistenia 7
Správa z monitoringu vybraných aktérov procesu DI 10
Hlavné zistenia 10
Zamestnávanie OZP 10
Miestna samospráva 12
Prístupy k pomoci OZP 13
Ďalšie alternatívne služby 13
Prílohy 15
Prehľady o vybraných ukazovateľoch DSS a ich klientov 16
Správa z workshopu pre OZP, ich rodičov a príbuzných 18
Metodika monitoringu vybraných DSS v Banskobystrickom kraji 19
Ciele 19
Výber DSS do monitoringu 19
Štruktúra zberu informácií 20
Identifikačný list DSS - otázky 22
Metodika monitoringu vybraných aktérov procesu DI sociálnych služieb v Banskobystrickom kraji 23
Ciele 23
Výber subjektov 23
Identifikácia navrhovaných monitorovaných subjektov 24
Štruktúra zberu informácií 25
Osobné príbehy 28
DSS Veľký Blh 28
Nie je Femina ako FEMINA 28
DSS Kotva Brezno 30
Príbeh Igora 30
Príbeh Ivana 31
Príbeh Tibora 32
DSS Čeláre - Kírť 32
Ako Štefan našiel svoj domov 32
DSS Detva - Piešť 33
Príbeh z nášho domova 33
DSS Symbia 34

Príbeh Martiny ____ 34

DSS Zvolen ____ 35

Láska dáva nádej i životnú pohodu ____ 35

DSS Drábsko ____ 37

Lucia – životný príbeh ____ 37

Správa z monitoringu DSS a ich klientov

Cieľom monitoringu bolo zmapovať klientov vo vybraných DSS v BBSK (ďalej len „klientov"), potenciál ich integrácie ako aj aktuálny stav procesu DI v týchto zariadeniach.

Výber DSS sme konzultovali s BBSK ako partnerom projektu. Zohľadňovali sme najmä:

- priority stanovené v *Koncepcii rozvoja sociálnych služieb v BBSK na roky 2011-2017 a DI*, najmä prioritu č. 3 – *rozvoj nepobytových sociálnych služieb* a v jej rámci opatrenie 3.1. *akcentácia potreby nepobytových sociálnych služieb so zameraním sa na aktivitu 3.1.1 – analyzovať vyťaženosť a účelnosť pobytových zariadení sociálnych služieb pre jednotlivé sociálne skupiny občanov s cieľom nahradenia niektorých sociálnych služieb nepobytovými formami, navrhnúť možnosti riešenie a realizovať ich;*
- priority BBSK vo vzťahu k občanom so zdravotným postihnutím;
    - bod č. 8 - *podpora vzniku a vytvárania nových kapacít zariadení podporovaného bývania, a to v mestách s existujúcou infraštruktúrou umožňujúcou viesť v čo najväčšej miere samostatný život, nie na perifériách miest prípadne v obciach, kde infraštruktúra potrebná pre občana so ZŤP zaostáva (doprava, dostupnosť lekárov, bánk, úradov a pod.), ako aj v dosahu potenciálnych zamestnávateľov, nie v areáloch domovov sociálnych služieb*;
    - bod č. 10 – *pokračovanie v začatom transformačnom procese, ktorý spočíva v odbornej príprave klientov a ich rodín pre prechod klientov už umiestnených v DSS do ZPB a prechod zo ZPB do samostatného života s podporou*;
- uznesenie BBSK č. 350/2012 zo dňa 30.4.2012 o návrhu zámeru procesu DI;
- informácie o procesoch DI v podmienkach SR a BBSK (správa na web stránke BBSK).

Okrem uvedených dokumentov sme pri výbere DSS do monitoringu zohľadnili aj skutočnosť, že proces DI a s ním spojený rozvoj alternatívnych služieb je potrebné riešiť aj pre klientov v obciach.

Monitoring sme vykonali v dňoch 25.11 – 29.11. 2013. Zoznam navštívených DSS uvádza Tabuľka 1.

Tabuľka 1
DSS navštívené v rámci Monitoringu DSS a ich klientov

Názov zariadenia	Počet klientov	Forma pobytu	Typ zariadenia
1. DSS Nová Baňa – Hrabiny*	149	AF, TP, CP	DSS, ŠZ, ZPB, RS
2. DSS Ladomerská Vieska	50	CP	DSS
3. DSS Doména Žiar nad Hronom	16	AP	DSS
4. DSS Prameň Banská Bystrica	44	AF,TP	DSS, RS
5. DSS Kompa Banská Bystrica	20	AF	DSS
6. DSS Kotva Brezno	21	AF, CP	ŠZ
7. DSS Pohorelská Maša	120	CP, DP	DSS
8. DSS Lom nad Rimavicou – Drábsko	32	CP	DSS
9. DSS Veľký Blh	102	CP	DSS
10. DSS Libertas Lučenenc	109	CP	DSS
11. DSS Slatinka	74	CP,TP,AF	DSS, ZPB
12. DSS Bušince (Čeláre-Kirť)	107	CP	DSS, ŠZ
13. DSS Detva – deti	47	AF, TP	DSS
14. DSS Detva – Piešť II – dospelí	58	CP	DSS

Názov zariadenia	Počet klientov	Forma pobytu	Typ zariadenia
15. DSS Symbia Zvolen	38	AF, TP, TSS	DSS, ŠZ
16. DSS Zvolen	75	CP	DSS
SPOLU	1062	-	-

Zdroj: Identifikačné listy DSS, ktoré boli súčasťou monitoringu

** Banskobystrický samosprávny kraj (stav k 1. 8 .2013)*

Legenda: AF=ambulantná forma, TP=týždenný pobyt, CP=celoročný pobyt, DP=denný pobyt, TSS=terénna sociálna služba, ŠZ=špecializované zariadenie, RS=rehabilitačné stredisko, ZPB=zariadenie podporovaného bývania

Aby sa DSS mohli pripraviť na interview, ešte pred samotným monitoringom sme im zaslali zoznam predbežných otázok (štruktúru zberu informácií). Bol im zaslaný aj identifikačný list DSS so žiadosťou o jeho vyplnenie. Otázky v identifikačnom liste sa týkali základných údajov o DSS a ich klientoch (ako napríklad forma pobytu, počet klientov s uvedením postihnutia a počet potenciálne integrovateľných klientov(viď poznámka), pomenovanie ich pracovných zručností, integračné faktory), identifikácie silných, slabých stránok, príležitostí a ohrození vo vzťahu k DI ako aj informácií o personálnych podmienkach v DSS. Získané údaje nám slúžili ako neskorší podklad pri samotnom štruktúrovanom interview. Bližšie informácie o štruktúre zbere informácií ako aj identifikačnom liste uvádzame v prílohách.

Poznámka: K termínu „potenciálne integrovateľní klienti“ z pohľadu monitorovaných DSS sme dospeli po vzájomnej dohode s partnerom projektu BBSK, ktorý identifikačný list odsúhlasil.

Monitoring bol rozdelený do dvoch základných častí. Zúčastnil sa ho trojčlenný kolektív riešiteľa projektu. Predpokladaný čas na jedno zariadenie bol stanovený 120 minút a obsahoval:

- štruktúrované interview – diskusia k vybraným okruhom a doplňujúcim otázkam (čas 90 min.);
- prehliadku zariadenia a stretnutia s klientmi (30 min.) .

Interview sa aktívne zúčastnilo 50 zamestnancov v 16 monitorovaných DSS, v ktorých je umiestnených 1062 klientov. O serióznom záujme o proces DI vypovedá skutočnosť, že išlo prevažne o riaditeľov zariadení, vedúcich stredísk, sociálnych pracovníkov a sociálnych rehabilitačných pracovníkov. Príležitosti prehliadnuť si zariadenia sme využili aj na neformálne rozhovory s klientmi.

Výsledkom monitoringu sú štatistické výstupy o klientoch, o zamestnancoch ako aj zistenia o možnostiach pre integrovateľných inštitucionalizovaných klientov. Niektoré pohľady DSS o klientoch sme spracovali do *„Prehľadu o počte klientov podľa zariadení a ich potenciálny počet integrovateľných podľa hlavných skupín zdravotného postihnutia z pohľadu DSS“*, podrobné výsledky sa nachádzajú v prílohách. Podľa uvedených výsledkov je potenciálne integrovateľných 663 klientov, t.j. 64,8% z počtu umiestnených klientov v DSS, z toho samostatného života s podporou 24 hodín je 416 klientov (62,8%), s čiastočnou podporou je 226 klientov (34,1%) a bez podpory je 21 klientov (3,1%). V *„Prehľade o vybraných ukazovateľoch za monitorované DSS v BBSK (počet zamestnancov, priemerné mzdy, normatívy“* sú zaznamenané výsledky, ktoré vypovedajú aj o dodržiavaní normatívov o počtoch prijímateľov služby na jedného zamestnanca, ako aj o dodržiavaní percentuálneho podielu odborných zamestnancov na celkovom počte zamestnancov podľa normatívu, ktoré stanovuje *Zákon č. 448/2008 o sociálnych službách*. Normatívy sú v prevažnej miere dodržané, až na nepatrné rozdiely v troch prípadoch pri počte klientov na zamestnanca (DSS Kotva Brezno, DSS Libertas Lučenec, DSS Detva- Piešť II - dospelí) a v jednom prípade v ukazovateli podiel zamestnancov v priamom kontakte (DSS Drábsko). Podrobné výsledky zachytávajú tabuľky v prílohách.

Priemerné ohodnotenie práce zamestnancov zaznamenané z monitoringu na základe podkladov z BBSK predstavovalo 506 eur. Mzda zamestnancov DSS sa tak pohybuje na úrovni 74,2% z priemernej nominálnej mesačnej mzdy v Banskobystrickom kraji (Tabuľka 2 v prílohe).

Zistenia nám poslúžili ako podklad pre ďalšiu fázu projektu: mapovanie postojov aktérov DI, názorov a skúseností formou dotazníkového prieskumu o procese DI, o jeho aktuálnom stave, o jeho príprave, informovanosti aktérov, o informovanosti širšej verejnosti, ale aj pre formulovanie návrhov odporúčaní.

Súčasťou výstupu z tejto aktivity sú aj osobné príbehy klientov z niektorých DSS uvádzané v prílohách. Príbehy môžu poslúžiť ako inšpirujúce príklady pre ostatné DSS, ktoré ešte nedospeli do štádia zapojiť sa do procesu DI. Tiež pre tvorcov legislatívy a v neposlednom rade aj pre informovanosť širšej verejnosti o živote, snoch a túžbach klientov v DSS.

Hlavné zistenia

Hlavným cieľom prvotného monitoringu bolo oboznámiť sa so situáciou a definovať problémy, pozitívne skutočnosti a ďalšie faktory použiteľné pre ďalšie zlepšovanie procesu DI. Medzi najdôležitejšie skutočnosti, ktoré sme v tejto fáze zistili a ktoré bolo možné označiť za problémové, patria:

- **Postoje zamestnancov k procesu DI**. Všetci zamestnanci DSS, ktorých sme navštívili, boli pozitívne naklonení k procesu integrácie klientov svojich zariadení do lokálnych komunít. Medzi jednotlivými klientmi však boli veľké rozdiely, ktoré by si v prípade ich integrácie vyžadovali väčšiu či menšiu mieru asistencie. Objavovali sa názory, že klientov s najťažšími zdravotnými postihmi a veľmi starých klientov nie je možné integrovať.
    - V jednotlivých DSS bol evidentný proces transformácie, ktorý smeroval k snahám o rozvoj väčšej samostatnosti klientov a ich voľnosti (napríklad možnosť samostatných vychádzok). Všetci zúčastnení poukazovali v tomto smere na veľké rozdiely medzi súčasným stavom a stavom v minulosti. Zaregistrovali sme predovšetkým zmenu prístupu ku klientovi, ktorý je založený na individuálnom prístupe a ktorý dostáva priestor na uplatnenie samostatnosti, slobody výberu činnosti, či aktivity, ktorá mu napomáha v rozvoji pre sebarealizáciu alebo získanie nových zručností nevyhnutných pre integráciu do miestnych komunít.
    - Mnohí vedúci pracovníci vyslovovali otázky typu „kto celú reformu procesu DI zaplatí“.
    - Medzi jednotlivými DSS boli veľké rozdiely v prístupe ku svojim klientom, ako aj rozdiely v podmienkach kvality ich života. Prejavoval sa tu vplyv štruktúry klientov a ich diagnóz, prístupu a úsilia personálu, umiestnenia zariadení (ktoré mohli byť viac alebo menej izolované od komunity) a podobne.
- **Angažovanosť rodičov klientov**. Len veľmi malý počet rodičov a príbuzných sa zaujíma o klientov umiestnených do DSS na celoročný pobyt. Ide o následok nezáujmu o príbuzných. Mnohí príbuzní tiež pochádzajú zo sociálne slabších rodín a je pre nich problematické doplácať úhrady za pobyt klientov, takže sa týmto platbám vyhýbajú, s čím súvisí aj ich vyhýbanie sa akémukoľvek kontaktu so zariadením. Zaznamenali sme aj príklady, keď rodičia zámerne zbavili svoje dieťa spôsobilosti na právne úkony a umiestnili dieťa do DSS z dôvodov ich finančného prospechu. Kým proces zbavenia spôsobilosti na právne úkony je v podmienkach SR pomerne jednoduchý, veľmi problematický je proces návratu, pretože „žiadny lekár nepôjde proti sebe“.

- Zmiernenie predsudkov obyvateľov a rodičov klientov pri prvom stretnutí s informáciami o procese DI
- Podmienky klientov v DSS poskytovaných ambulantnou a týždennou formou sa značne odlišovali od podmienok klientov v celoročnom pobyte. Pravidelný kontakt s ich rodinou a s prostredím komunity, odkiaľ pochádzajú, znamená aj väčšiu mieru integrácie.

- **Prevaha zamestnaných ženských kolektívov a nízke ohodnotenie**. Nedostatočné ohodnotenie zamestnancov v sociálnej oblasti spôsobuje v prevažnej miere existenciu takmer 100% ženských kolektívov. Najmä v zariadeniach, kde sú umiestňovaní muži s diagnózou schizofrénie a s poruchami správania, a teda v prostredí, kde dochádza aj k fyzickým útokom na personál, by bola prítomnosť mužov žiadúca z dôvodov bezpečnosti a lepšieho zvládania krízových stavov. Alarmujúce je, že aj v takomto prostredí sme sa viacnásobne stretli s čisto ženským kolektívom zamestnancov. Jedinou možnosťou v krízových situáciách bolo volať externú záchrannú službu.
  - V mnohých prípadoch účastníci interview označovali za negatívnu skutočnosť zníženie počtu odborných pracovníkov (na počet klientov).

Ďalšími negatívnymi skutočnosťami boli:

- **Spolupráca s inými aktérmi procesu DI**. Nedostatočná kooperácia medzi hlavnými aktérmi procesu DI, a to medzi miestnou a regionálnou samosprávou.
- **Osveta**. Absencia osvety o procese medzi verejnosťou, ale aj medzi rodičmi klientov. U rodičov sa prejavuje obava z procesu DI, pretože majú zafixovaný ochranársky prístup v inštitúciách.
- **Centralizácia niektorých činností v DSS**. Negatívne skúsenosti nedávnej centralizácie niektorých činností v zariadeniach (ako napríklad činnosť stravovania, kde sme sa stretli so zrušením kuchyne a nahradzovaním dovozu, čo negatívne vplývalo na možnosti aktivít klientov).
- **Vzdelávanie zamestnancov**. Absencia možností vzdelávania, ktoré by viedli k novým možnostiam prípravy k procesu DI tak zamestnancov, ako aj klientov.
- **Sociálne väzby medzi zamestnancami a klientmi.** Existencia silných neprimeraných sociálnych väzieb medzi zamestnancami a klientmi v zariadeniach s celoročnými pobytmi spojenú s ich podceňovaním.

Zo štruktúrovaných interview vyplynuli aj problémy zapojenia do prípravného procesu DI nízkeho počtu subjektov participujúcich na procese DI.

Medzi zistené **pozitívne skutočnosti** patria :

- **Individuálny prístup zariadení k procesu DI**. Individuálne prístupy niektorých zariadení, ktorých výstupom sú názorne spracované pomôcky, či programy pre prípravu klientov na proces DI (podporované bývanie, získavanie sebaobslužných zručností).
- **Individuálne plány klientov**. Všetci klienti v monitorovaných zariadeniach až na jedno zariadenie majú spracované individuálne plány rozvoja (ďalej len IPR). Pri ich tvorbe spolupracujú v mnohých prípadoch aj s rodičmi a s príslušnými odbornými zamestnancami, ale najmä s klientmi.

- **Podmienky pre nové sociálne väzby.** Zlepšenie podmienok pre vytváranie nových sociálnych väzieb mimo zariadení, ale aj pre vytváranie nových terapeutických činností.
- **Pozitívne trendy v DSS**. poukázanie na časť procesu transformácie, v ktorej sa v minulosti humanizovali podmienky pre klientov, hlavne v oblasti bývania.
    - uplatňovanie dobrovoľníckej práce v spolupráci s UPSVaR;
    - existencia tréningových domov, v ktorých sa klienti pripravujú a osvojujú si zručnosti potrebné na samostatnosť v podporovanom bývaní;
    - zástupcovia – zamestnanci špecializovaných zariadení, najmä rehabilitačných s denným pobytom a ambulantnou formou poukazovali na výbornú spoluprácu s rodičmi;
- **Príklady dobrej praxe** – odmena za prácu, či činnosť v zariadeniach, zavedenie „miestnej meny“ pre motiváciu klientov;

Zamestnanci DSS celkovo hodnotili zmeny za posledných päť rokov vo svojich zariadeniach veľmi pozitívne, najmä z hľadiska zavedenia nového režimu - individuálneho prístupu ku klientovi. Vysoko vyzdvihli aj príchod mladých kreatívnych pracovníkov. Zo strany klientov sa ozývali hlasy o spokojnosti s novými možnosťami sa vyjadrovať k zostavovaniu IPR a rozprávali o túžbach navštíviť svoje rodné obce, rodiny, priateľov, čo im je v istých možnostiach umožnené.

Správa z monitoringu vybraných aktérov procesu DI

Monitoring bol uskutočnený v dvoch fázach. Jeho prvá časť sa uskutočnila v dňoch 10. až 14. februára 2014 a druhá časť v dňoch 4. až 7. marca 2014. Celkovo sme navštívili **36** rôznorodých **subjektov**, z toho:

- 7 mestských úradov;
- 6 obecných úradov;
- 10 chránených dielní;
- zariadenie podporovaného bývania;
- komunitné multifunkčné centrum;
- 2 pracoviská ÚPSVaR – odbor služieb zamestnanosti;
- 3 mestské podniky;
- subjekt, ktorý združuje občanov so zdravotným postihnutím;
- 6 neverejných poskytovateľov sociálnych služieb.

Počas tejto časti monitoringu sme uskutočnili interview s 65 zamestnancami vybraných aktérov. Boli medzi nimi primátori, starostovia, riaditelia subjektov poskytujúcich sociálne služby a chránené dielne, sociálni pracovníci, zdravotníci a ďalší zamestnanci uvedených subjektov, klienti denných stacionárov.

Jeden subjekt nám namiesto stretnutia poslal odpovede na otázky zo štruktúrovaného interview.

Hlavné zistenia

Zamestnávanie OZP

- Vzhľadom na vysokú nezamestnanosť osôb aj bez zdravotného postihnutia, zamestnávanie OZP je problematické. Existuje **vysoké riziko,** že **klienti** DSS, ktorí odídu do komunitných zariadení, si **nenájdu uplatnenie v zamestnaní**. Podarilo sa nám identifikovať ich uplatnenie predovšetkým v chránených dielňach za predpokladu, že im to umožní ich zvyškový pracovný potenciál. Nevylučujeme však ani iné možnosti uplatnenia, hľadanie ktorých bude predmetom modelu tvorby miestnej komunity. Zaujímavým je napríklad nástroj využívania príležitostnej práce, ktorý sa v súčasnosti pripravuje v Centre pre rozvoj zamestnanosti v Lučenci.
- Pracovný potenciál OZP je potrebné otestovať najmodernejšími spôsobmi v diagnostických centrách. Vzhľadom na to, že takýchto centier je zatiaľ nedostatočný počet, pre skúsených odborníkov je možné pracovný potenciál zisťovať aj prostredníctvom kladenia otázok. Dôležité však je, aby výsledky testov neboli prezentované negatívnym spôsobom (čo klient nemôže robiť) ale spôsobom pozitívnym (čo robiť môže, vie a v čom môže mať dokonca výhodu oproti zdravým občanom). Takýmto spôsobom budú aj potenciálni zamestnávatelia viac motivovaní vyskúšať zamestnávanie OZP. Výsledkom testov by mali byť aj identifikované podmienky, ktoré je potrebné dodržať, aby OZP mohol byť uplatnený v pracovnom procese.
- Do procesu zamestnávania je potrebné zapojiť nielen APZ a ÚPSVaR, ale aj samotné podnikateľské subjekty.

- **Novela Zákona** o službách zamestnanosti (č. 5/2004), platná od 1.mája 2013 **výrazne zhoršuje podmienky zamestnávania OZP**, najmä v oblasti chránených dielní. Takmer všetky navštívené chránené dielne, ktoré dostávajú príspevok na mzdu a odvody, budú pravdepodobne nútené ukončiť svoju činnosť po skončení obdobia, ktoré pre nich platí. Najdôležitejšie problematické faktory platnej legislatívy:
    - zníženie celkových príspevkov podpory až o 2/3;
    - ruší sa zákonný nárok na príspevky, čo vytvorí priestor pre klientelizmus a korupciu;
    - Chránené dielne (CHD) majú dilemu: buď chcú prežiť a tým poskytovať prácu pre OZP, alebo budú obchádzať nezmyselné opatrenia zákona. Ako príklad uveďme prax zatvárania a otvárania nových subjektov každé dva roky, keďže príspevky sa týkajú len dvojročného obdobia. Ďalším príkladom obchádzania opatrení je rozdrobovanie toho istého subjektu zamestnávajúceho väčší počet OZP kvôli limitom príspevkov na jeden subjekt;
    - sprísnenie toho, čo je možné uznať ako oprávnený výdavok;
    - CHD sa nedá zriadiť v exteriéri, čo znemožňuje zamestnávať OZP v pôdohospodárstve. Avšak práve v pôdohospodárstve by bolo možné využiť veľké množstvo OZP pre náročnosť na manuálnu prácu, lepšie podmienky v prírode ako v uzavretom priestore „pásovej“ výroby a pod. Mnohí klienti inštitúcií majú zručnosti prác v „záhradkách“;
    - pre zriadenie a prevádzkovanie CHD je potrebné pravidelne vypĺňať a posielať veľké množstvo potvrdení, čo odrádza zamestnávateľov od zriaďovania CHD.
- Zaznamenali sme prípady, keď zamestnanci UPSVaR boli motivovaní radšej príspevok na CHD neposkytnúť ako poskytnúť (radšej povedali, že príspevok poskytnúť možné nie je, vyžadovali nezmyselné potvrdenia aj tam, kde by to nebolo potrebné, bezdôvodne rušia pozíciu a pod).
- Dôvodom, prečo dochádza k reštrikciám voči prevádzkovateľom CHD je skúsenosť UPSVaR s podvodmi. Takýto plošný prístup však znevýhodňuje a doslova demotivuje veľký počet jednotlivcov, ktorých motiváciou je pomôcť OZP. Aj pracovníci na ÚPSVaR sú demotivovaní prílišnou byrokraciou. Riešením by preto malo byť obmedzovanie komplikovaného preukazovania účelnosti a hospodárnosti výdavkov, a prechod na **paušálne príspevky**. Namiesto byrokratickej záťaže je možné posilniť náhodné kontroly v teréne, či k zamestnávaniu OZP skutočne dochádza.
- Chránené dielne sú znevýhodnené v konkurencii. Predpokladajú vysoký podiel manuálnej práce, čím nie sú schopné konkurovať podnikateľským subjektom, ktoré pracujú na vysokej technologickej úrovni. To neplatí pre niektoré činnosti – ako napríklad odvetvie stolárskej výroby, kde však nie je možné zamestnávať OZP s nízkym zostatkovým pracovným potenciálom. Vzhľadom na vysokú byrokraciu a možnosti zneužívania existujúcich príspevkov bol na jednom z interview predostretý návrh zamerať systém podpory CHD na podporu odbytu, hoci by aj príspevky mohli byť zrušené.
- V mnohých prípadoch je motiváciou manažérov CHD možnosť získania dotácie na odvody, alebo aj refundácia miezd. Pre štát ide o investíciu, ktorá sa aspoň čiastočne „vráti“ na ďalších daniach. Výhodnejšie je platiť malý príspevok ako klienta umiestniť do DSS, kde sa cena za neho pohybuje „rádovo na úrovni 1 500 eur“.
- U podnikateľov je motivácia zamestnať OZP nízka. Akým spôsobom by sa do tohto mala angažovať miestna samospráva? Mala by podnikať tak, aby z jednej aktivity bolo možné dotovať aj chránené dielne. Úspešným príkladom, ktorý však je potrebné hlbšie preskúmať, je obec Spišský Hrhov v Prešovskom samosprávnom kraji.
- Na viacerých miestach sme zaznamenali problémy **morálneho úpadku obyvateľstva**. Zaznamenali sme viaceré prípady úmyselného poškodzovania záujmov CHD alebo spôsobovanie

im problémov motivované závisťou (posielanie anonymov, problémy s odbytom a pod). Zaznamenali sme aj príklady absencie spolupráce CHD s miestnou samosprávou resp. negatívnej spolupráce, ktorá smerovala k presťahovaniu do inej lokality, hoci CHD patrila k najväčším zamestnávateľom v danej lokalite. Tiež sme zaznamenali pri prevádzkovaní CHD aj prax udavačstva a ohováračstva z radov vlastných zamestnancov v niektorých úspešných zariadeniach.

- Založenie CHD býva motivované aj nezamestnanosťou zakladateľa. V mnohých prípadoch tu však hrá úlohu aj životná skúsenosť s OZP priamo v najbližšej rodine. CHD je založená s cieľom pomôcť pri jeho uplatnení. Stretli sme sa aj so zamestnávateľmi, ktorí založili CHD s prvoradým cieľom zisku, pričom snaha pomôcť, či poskytnúť zamestnanie OZP bola až druhoradá, i keď spôsobovala zamestnávateľovi pocit uspokojenia.
- V mnohých prípadoch absentuje komunikácia medzi samosprávou a CHD.
- Výrazné obmedzenie pre CHD aj OZP je nutnosť registrovať sa na UPSVaR pred tým, ako vôbec môžu byť zamestnaní, a treba čakať 1 mesiac na vydanie rozhodnutia. To obmedzuje flexibilitu. Zaznamenali sme aj konkrétny prípad OZP bývajúceho mimo mesta, s invalidným dôchodkom 180 eur a s psychickým postihnutím, ktorý si preto nemôže dovoliť nákladnú dochádzku na UPSVaR. Tí od neho navyše vyžadujú potvrdenia o tom, že si stále hľadá prácu, hoci si ju už v CHD našiel, ale nemôže sa tam ihneď zamestnať práve kvôli nutnosti existencie jednomesačnej evidencie na UPSVaR.
- „Jedom“ pre rozvoj zručností a schopností pracovného uplatnenia je strata pracovných návykov dlhodobo nezamestnaných ľudí vrátane OZP. Podobne pôsobí aj sociálna pasca – stretli sme sa s prípadmi, keď OZP odmietol nastúpiť do práce, pretože by stratil dôchodok alebo sociálne dávky. V tomto ohľade je zaujímavým nástrojom nástroj aktivačných prác. Tento je však v súčasnosti výrazne pokrivený rovnakým príjmom osôb na aktivačných prácach a tých, čo nerobia nič. Napriek tomu sme zaznamenali príklady starostov, ktorí dokázali využiť prácu aktivačných pracovníkov na rôzne prospešné činnosti (murári, údržbári, drobné investície a opravy, ktoré by museli byť verejne obstarávané).
- V rámci monitoringu sme našli **príklady dobrej praxe**, keď mestá a obce vytvorili pracovné miesta pre OZP prostredníctvom CHD, ako napr. kamerový monitorovací systém . Mestá však svoje CHD bez finančnej podpory nevedia udržať.

Miestna samospráva

- Existuje veľký rozdiel v jednotlivých mestách/obciach v kvalite služieb pre občanov (aj pre OZP). Prejavuje sa tu výrazný vplyv osôb vedenia úradov.
- Niektoré menšie obce sa dokázali vysporiadať s kompetenciami v sociálnych službách komplexnejšie ako väčšie obce, či mestá.
- Nie všetky mestá a obce majú spracovaný základný dokument pre zabezpečovanie sociálnych služieb pre svojich občanov – komunitný plán rozvoja sociálnych služieb, nie všetky mestá a obce disponujú sociálnymi pracovníkmi.
- Nie všetci zástupcovia miest a obcí vnímali proces DI pozitívne. V niektorých prípadoch odzneli názory na riešenie integrácie OZP v rámci rodiny: „ Samospráva má už aj tak veľa kompetencií, málo ľudí a málo peňazí“.
- Nie je možné, aby samotné mesto a obec zabezpečovali všetky alternatívne služby. Je len potrebné, aby dokázali vytvoriť impulzy pre ostatné subjekty.

- Celkovo je na oblasť sociálnych služieb nedostatok zdrojov. V tejto súvislosti sa objavili podnety na financovanie sociálnych služieb prostredníctvom účelových štátnych dotácií. To by však problém neriešilo, len presúvalo o úroveň vyššie, a navyše by otvorilo priestor pre väčšiu byrokraciu a klientelizmus. Aj v miestnej samospráve sú úradníci často preťažení administratívou, a nezostáva im čas na hľadanie možností doplnkového financovania. Riaditelia zariadení, ktoré založili mestá, či obce, sú v tomto prípade vo výhode. Aj preto sa javí lepším riešením financovať niektoré sociálne služby prostredníctvom založenia n.o. priamo samosprávou, čo uvoľňuje ruky riaditeľovi zariadenia, napriek tomu, že zakladateľom je verejná správa.
- Príklady dobrej praxe v tejto oblasti: príklady dať do rámiku alebo do rámikov?
    - Mesto založilo neziskovú organizáciu, kde sústredilo sociálne služby pobytové (pre seniorov, pre OZP), ale aj terénne ambulantné (opatrovateľská služba, jedáleň pre seniorov, prepravná služba), ako aj ďalšie činnosti (základné sociálne poradenstvo, odľahčovacia služba, reealizácia opatrovateľských kurzov). Pripravujú aj ďalšie služby, a to denný stacionár pre OZP a požičovňu kompenzačných pomôcok pre OZP.
    - Obec so 600 obyvateľmi má komunitný plán, zabezpečuje a poskytuje sociálne služby, ktoré občania potrebujú (opatrovateľská služba, stravovanie, prepravná služba, denný stacionár, stredisko osobnej hygieny, práčovňa, riešenie bytovej politiky) a ponúkla služby aj okolitým obciam, ktoré ich pre nedostatok finančných prostriedkov nevyužívajú.

Prístupy k pomoci OZP

- Výsledky monitoringu potvrdili, že pobyt klientov k DSS môže viesť k strate ich samostatnosti. V tomto ohľade sa javia lepšie rehabilitačné strediská (rehabilitačné strediská by mali vytvoriť podmienky pre návrat k schopnosti integrácie do spoločnosti), čo nám potvrdil monitoring u neverejného poskytovateľa.
- U niektorých typov klientov (napr. s diagnostikovanou schizofréniou) dochádza k strate vôle na sebe pracovať (navyše si nepriznajú ani svoju chorobu), následkom čoho chradnú, strácajú návyky, majú tendenciu k užívaniu návykových látok, dokonca to môže viesť až k ich smrti. Pokiaľ aj navštevujú rehabilitačné zariadenia, hlavnou motiváciou je získanie príspevku na automobil alebo iného prospechu.
- Diskusie s neverejnými poskytovateľmi o možnostiach financovania alternatívnych služieb spočívali : či príspevky majú ísť priamo zariadeniam (napríklad denným stacionárom), alebo rodičom OZP. Existujú obavy, že ak by išli priamo rodičom, tí by si službu už neobjednali a svoje deti so ZP by zanedbávali. Na druhej strane, ak by išli len zariadeniam, rodičia by tam dávali svoje deti aj v prípade, ak by to nebolo potrebné, čo by zaťažovalo systém.

Ďalšie alternatívne služby

- Služby špecializovaného poradenstva plnia kľúčovú úlohu pri nasmerovaní deinštitucionalizovaných klientov, ako aj pri ich psychickej podpore. Napriek tomu sú však v BBSK len veľmi slabo rozvinuté – pôsobia tu len 2-3 subjekty. Novela Zákona o sociálnych službách pôsobí v niektorých smeroch obmedzujúco - napríklad podmienka absolvovania druhého stupňa VŠ v odbore sociálnej práce pre odborného garanta (pred tým sa uznávala aj špeciálna pedagogika). Zaťažujúco pôsobí aj udeľovanie akreditácie len na 3 roky, i keď zamestnanci sú stále tí istí, musia sa zbytočne stresovať.

- Pomerne slabo rozvinuté sú aj agentúry podporovaného zamestnávania, najmä z dôvodu finančnej udržateľnosti.
- Je potreba zrovnoprávnenia financovania verejných a neverejných subjektov. Verejné subjekty sú zvýhodňované, ich riaditelia môžu byť odvolávaní z politických dôvodov, čo môže negatívne vplývať na kvalitu poskytovania týchto služieb. Ďalšie zvýhodnenie oproti neverejným poskytovateľom je skutočnosť, že majú pravidelné príspevky na prevádzku zariadení (ide o rozpočtové organizácie pod samosprávnymi krajmi).
- Neverejní poskytovatelia alternatívnych služieb (denné centrá pre OZP) pociťujú absenciu širšej spolupráce s miestnou samosprávou.
- Neverejní poskytovatelia alternatívnych služieb (denné centrá pre OZP) majú pozitívnu skúsenosť s rodičmi OZP, ktorí posúvajú a podporujú „deti“ v integrácii do spoločnosti.
- Služby podporovaného bývania sa poskytujú zatiaľ vo veľmi obmedzenom počte. Chýba v nich však individuálny prístup – nie sú spracované individuálne plány rozvoja klientov a absentuje nadväznosť na ďalší dôležitý prvok integrácie – zamestnávanie.
- Nejednotný posudkový systém pri stanovovaní zníženej pracovnej schopnosti OZP. **Posudková činnosť** existuje na mnohých miestach (Sociálna poisťovňa, regionálna a miestna samospráva, Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny) pri posudzovaní zdravotného stavu podľa rôznych právnych noriem v závislosti od účelu posudzovania. Pri podpore integrácie klientov DSS do lokálnych komunít bude nevyhnutné roztrieštený systém posudkovej činnosti zjednotiť.

Prílohy

Prehľady o vybraných ukazovateľoch DSS a ich klientov

Tabuľka 2: Prehľad o vybraných ukazovateľoch za monitorované DSS v BBSK (počet zamestnancov, priemerné mzdy, normatívy)

Názov zariadenia	Typ zariadenia	Forma pobytu	Počet klientov	Počet zamestnancov	Priem počet zamestnancov k 1.07.2013	Počet zamestnancov v priamom kontakte s klientmi	Počet pracovníkov v priamom kontakte na 1 klienta	Priemerný tarifný plat (min. mzd. Nárok k 1.07.2013	Priemerný mesačný plat 2013 (vrátane príplatkov k tarifnému platu)	Maximálny počet prijímateľov sociálnej služby na jedného zamestnanca podľa normatívu	Percentuálny podiel odborných zamestnancov na celkovom počet zamestnancov podľa normtívu	Počet klientov na zamestnanca	Podiel zamestnancov v priamom kontakte
a	*b*	*c*	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*
1. DSS Nová Baňa – Hrabiny*	DSS, ŠZ, ZPB, RS	AF, TP, CP	149	85			0,48					1,76	
v tom: DSS Hrabiny				*74*	76,6			424	473	*2,00*	60%		
DD a DSS				*11*	10,9			398	471	*2,00*	52% - 60%		
2. DSS Ladomerská Vieska	DSS	CP	50	28	27,7	17	0,34	429	489	2,00	60%	1,79	61%
3. DSS Doména Žiar nad Hronom	DSS	AP	16	6	5,6	4,6	0,29	453	453	3,00	60%	2,86	82%
4. DSS Prameň Banská Bystrica	DSS, RS	AF,TP	44	16	24,7	14	0,32	510	525	2,3-3,0	60%	2,75	88%
5. DSS Kompa Banská Bystrica	DSS	AF	20	9		8	0,44			3,00	60%	2,22	89%
6. DSS Kotva Brezno	ŠZ	AF, CP	21	10	10,0	9	0,43	450	558	1,3 - 2,0	65%	2,10	90%
7. DSS Pohorelská Maša	DSS	CP, DP	120	70	72,9	46	0,39	432	509	2,0-3,0	60%	1,71	66%
8. DSS Lom nad Rimavicou – Drábsko	DSS	CP	32	18	16,3	10	0,31	467	523	2,00	60%	1,78	56%
9. DSS Veľký Blh	DSS	CP	102	56	56,0	36	0,35	421	483	2,00	60%	1,82	64%
10. DSS Libertas Lučenenc	DSS	CP	109	54	54,9	46	0,42	428	501	2,00	60%	2,02	85%
11. DSS Slatinka	DSS, ZPB	CP,TP,AF	74	46	43,9	38	0,51	503	605	2,0-2,5	50% - 60%	1,63	84%
12. DSS Bušince (Čeláre-Kirť)	DSS, ŠZ	CP	107	65	66,3	44	0,41	425	488	1,3 -2,0	60% - 65%	1,65	68%
13. DSS Detva – deti aj dospelí	DSS	AF, TP	47	19	44,5	14	0,93	488	528	2,3-3,0	60%	2,47	74%
14. DSS Detva – Piešť II – dospelí	DSS	CP	58	26		16	0,28			2,00	60%	2,23	62%
15. DSS Symbia Zvolen	DSS, ŠZ	AF, TP, TSS	38	18	54,2	14	0,37	452	497	1,5 - 2,0	60%-65%	2,17	80%
16. DSS Zvolen	DSS	CP	75	37		25	0,33			2,00	60%	2,03	68%
SPOLU	**-**	**-**	**1 062**	**561**	**564,5**	**342**	**0,32**	**445**	**506**	**1,3 - 3,0**	**52% - 65%**	**1,89**	**61%**
Spolu - DSS - čisto celoročný pobyt			**426**	**219**	**155**	**150**	**0,35**	**430**	**495**	**2,00**	**60%**		

Legenda:

DD - domov dôchodcov
DSS - domov sociálnych služieb
ŠZ - špecializované zariadenie
RS- rehabilitačné zariadenie
ZPB- zariadenie podporovaného bývania

CP - celoročný pobyt
AF - ambulantná forma
TP-týždenný pobyt
DP - denný pobyt
TSS - terénna sociálna služba

Zdroj:Identifikačné listy z monitoringu (stĺpec 1)
podklady BBsK-stĺpce, 2,3,6,7
prepočty MESA10 -stĺpce 4,5,10,11
zákon č.448/2008 Z.z.-stĺpce 8,9

Tabuľka 3: Prehľad o počte klientov podľa zariadení a ich potenciálny počet integrovateľných podľa hlavných skupín zdravotného postihnutia z pohľadu riaditeľov DSS

Názov zariadenia	Postih	Mentálne postihnutie					s duševnými chorobami					s telesným postihnutím					kombinované postihnutie					Spolu				
			Potenciálne integrovateľných schopných sam. života:					Potenciálne integrovateľných schopných sam. života:				Potenciálne integrovateľných schopných sam. života:					Potenciálne integrovateľných schopných sam. života:					Potenciálne integrovateľných schopných sam. života:				
	Počet klientov	spolu	spolu	s podp.: 24. hod	s podp.: čiastočnou	bez podpory	spolu	spolu	s podp.: 24. hod	s podp.: čiastočnou	bez podpory	spolu	spolu	s podp.: 24. hod	s podp.: čiastočnou	bez podpory	spolu	spolu	s podp.: 24. hod	s podp.: čiastočnou	bez podpory	spolu	spolu	s podp.: 24. hod	s podp.: čiastočnou	bez podpory
1. DSS Nová Baňa – Hrabiny*	145											8	3		3		0	46	25	19	2	145	49	25	22	2
2. DSS Ladomerská Vieska	50	28	19	0	14	5	22	20	0	7	13	0	0	0	0	0						50	39	0	21	18
3. DSS Doména Žiar nad Hronom	16																16	10	10			16	10	10	0	0
4. DSS Prameň Banská Bystrica	44																44	19	9	10		44	19	9	10	0
5. DSS Kompa Banská Bystrica	18						0	0	0	0	0						18	18	16	2		18	18	16	2	0
6. DSS Kotva Brezno	21	8	5	3	2	0	11	4	3	1	0	2	1	1	0	0						21	10	7	3	0
7. DSS Pohorelská Maša	119																119	119	105	14		119	119	105	14	0
8. DSS Lom nad Rimavicou – Drábsko	32	17	11	10	1	0	12	7	7	0	0						3	1	1			32	19	18	1	0
9. DSS Veľký Blh	102	51	35	23	12	0	50	23	4	18	1	1	0									102	58	27	30	1
10. DSS Libertas Lučenenc	109	109	10	0	10	0																109	10	0	10	0
11. DSS Slatinka	74	54	54	25	29	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	19	19	17	2		74	74	42	32	0
12. DSS Bušince (Čeláre-Kirť)	107	44	21	14	7		63	32	17	15		0	0									107	53	31	22	0
13. DSS Detva – deti aj dospelí	15	6	6	3	3	0	0					9	9	5	4	0						15	15	8	7	0
14. DSS Detva – Piešť II – dospelí	58	20	20	16	4	0	36	36	31	5	0	2	2	0	2	0						58	58	47	11	0
15. DSS Symbia Zvolen	38	23	23	8	15	0	8	7	6	1	0	7	7	6	1	0						38	37	20	17	0
16. DSS Zvolen	75	2	2	2	0	0	31	31	27	4	0	42	42	22	20	0						75	75	51	24	0
SPOLU	**1023**	**362**	**206**	**104**	**97**	**5**	**233**	**160**	**95**	**51**	**14**	**72**	**65**	**34**	**31**	**0**	**219**	**232**	**183**	**47**	**2**	**1 023**	**663**	**416**	**226**	**21**

Legenda: - identifikačné listy DSS z monitoringu, prepočty M.E.S.A. 10

Správa z workshopu pre OZP, ich rodičov a príbuzných

V rámci projektovej aktivity „*monitoring vybraných aktérov procesu deinštitucionalizácie sociálnych služieb (DI) v Banskobystrickom kraji*“ sme v spolupráci s Centrom sociálnych služieb KA (ďalej len Centrum) uskutočnili workshop pre rodičov a príbuzných OZP, klientov Centra, ako aj zástupcov Mestského úradu v Krupine. Cieľom workshopu bolo informovať o procese DI v SR a o projekte M.E.S.A.10 „*Podpora integrácie inštitucionalizovaných klientov DSS do lokálnych komunít na príklade pilotného územia Banskobystrického kraja*“. Doplnkovým cieľom bolo aj motivovať účastníkov k lepšej vzájomnej spolupráci.

Okrem zamestnancov Centra sa stretnutia zúčastnili predovšetkým rodičia OZP (v prevažnej miere matky a jeden otec) a ich príbuzní (sestra). Prítomný bol aj jeden klient s diagnózou intolerancia stresu, paranoidná schizofrénia. Za Mestský úrad sa zúčastnili dve pracovníčky.

Workshop sa konal v priateľskej atmosfére. Bol veľmi inšpiratívny aj pre ďalšiu prácu v rámci projektu M.E.S.A.10. V niektorých záveroch sa nám potvrdili zistenia z uskutočneného monitoringu v priebehu mesiaca február a marec.

Závery workshopu

- OZP majú sťažené podmienky pre nadväzovanie sociálnych vzťahov a najmä priateľstiev. Sociálne vzťahy im veľmi chýbajú. Toto by však malo byť uskutočňované prirodzenou formou. Jednou z príležitostí pre realizáciu sociálneho života je práca. OZP si však prácu nehľadajú, skôr využívajú možnosti, ktoré im ponúka Centrum (práca v chránenej dielni).

- U OZP sa objavujú výnimočné zručnosti (výtvarné umenie, plastiky). Nie je to však verejnosti známe.

- Rodičia často podceňujú svoje deti so zdravotným postihnutím. Existujú prípady, keď ich pozbavili svojprávnosti v snahe „uchrániť ich“ od vonkajšieho prostredia. Snažia sa ich udržať pri sebe, čo neprospieva ich rozvoju, práve naopak. Na druhej strane cítia s narastajúcim vekom obavu, čo s „dieťaťom“ bude, až tu raz oni nebudú.

- Podpora samostatnosti (podporovaného vlastného bývania) u OZP, ktorí na to majú predpoklady, je v komunite vítaná. OZP sa chcú osamostatniť, a prispeje to k ich rozvoju.

- Potvrdila sa nevyhnutnosť spolupráce medzi aktérmi procesu, ako aj nevyhnutnosti vyššej informovanosti rodičov a príbuzných OZP o možnostiach lepšieho života OZP.

- Príklady dobrej praxe: OZP využívajú dennú pobytovú formu, avšak nedokážu si nájsť prácu. Je potrebné o nich hovoriť, písať a hľadať spoločne nové riešenia na skvalitnenie ich života. Samospráva, rodičia a príbuzní OZP majú k tomu predpoklady, je ich len treba identifikovať .

Metodika monitoringu vybraných DSS v Banskobystrickom kraji

Ciele

- Zmapovať inštitucionalizovaných klientov vo vybraných DSS a potenciál ich integrácie
- Aktuálny stav procesu DI vo vybraných DSS

Výber DSS do monitoringu

Pri výbere DSS do monitoringu sme zohľadnili:

- priority stanovené v Koncepcii rozvoja sociálnych služieb v BBSK na roky 2011-2017 a DI, najmä prioritu č. 3 – rozvoj nepobytových sociálnych služieb a v jej rámci opatrenie 3.1. akcentácia potreby nepobytových sociálnych služieb so zameraním sa na aktivitu 3.1.1 – analyzovať vyťaženosť a účelnosť pobytových zariadení sociálnych služieb pre jednotlivé sociálne skupiny občanov s cieľom nahradenia niektorých sociálnych služieb nepobytovými formami. Navrhnúť možnosti riešenie a realizovať ich;
- priority BBSK vo vzťahu k občanom so zdravotným postihnutím;
- bod č. 8 - podpora vzniku a vytvárania nových kapacít zariadení podporovaného bývania, a to v mestách s existujúcou infraštruktúrou umožňujúcou viesť v čo najväčšej miere samostatný život, nie na perifériách miest prípadne v obciach, kde infraštruktúra potrebná pre občana so ZP zaostáva (doprava, dostupnosť lekárov, bánk, úradov a pod.), ako aj v dosahu potenciálnych zamestnávateľov, nie v areáloch domovov sociálnych služieb;
- bod č. 10 – pokračovanie v začatom transformačnom procese, ktorý spočíva v odbornej príprave klientov a ich rodín pre prechod klientov už umiestnených v DSS do ZPB a prechod zo ZPB do samostatného života s podporou;
- uznesenie BBSK č. 350/2012 zo dňa 30.4.2012 o návrhu zámeru procesu DI;
- informácie o procesoch DI v podmienkach SR a BBSK (správa na web stránke BBSK).

Okrem uvedených dokumentov sme pri výbere DSS do monitoringu zohľadnili aj skutočnosť, že proces DI a s ním spojený rozvoj alternatívnych služieb je potrebné riešiť aj pre klientov v obciach.

Zoznam navrhovaných navštívených DSS

1. Ladomerská Vieska
2. Nová Baňa Hrabiny
3. Banská Bystrica (stredisko Kompa, Prameň) – ide o 2 samostatné objekty
4. Brezno (stredisko Kotva)
5. Pohorelská Maša
6. Lom nad Rimavicou Drábsko
7. Bušince Čeláre - Kírť

8. Detva – Pionierska, Detva – Piešť – ide o 2 samostatné objekty
9. Zvolen (Symbia, DSS na ul. M.R. Štefánika)
10. Veľký Blh
11. Lučenec, Libertas
12. Slatinka, Lučenec

Štruktúra zberu informácií

Identifikačný list DSS

(pozri prílohu)

Doplňujúce okruhy otázok k diskusii

1. Pracujete s procesom DI? Ak áno, čo robíte? Ak nie, prečo?
   Ak áno, koľko zamestnancov, resp. ktoré okruhy zamestnancov sú oboznámené s podstatou a procesom DI? Ide o systematické alebo náhodné oboznamovanie, akým spôsobom?
   Poznáte postoj zamestnancov k DI?
   Aká je Vaša predstava o odbornej príprave zamestnancov na proces DI?

2. Spolupracujete s inými aktérmi procesu DI? Čo je obsahom spolupráce? Uveďte konkrétne výsledky, uveďte adresu a kontakt na inštitúcie, s ktorými spolupracujete. Príklady aktérov, s ktorými je možné spolupracovať:
   - rodičia alebo iní rodinní príslušníci klientov;
   - združenia rodičov klientov;
   - agentúra podporovaného zamestnávania; zamestnávatelia v okolí;
   - iné podnikateľské subjekty ochotné spolupracovať a zamestnávať klientov;
   - miestna samospráva a občania obcí/miest;
   - iné formy poskytovania sociálnych služieb – napr. denný stacionár;
   - chránené dielne / chránené pracoviská;
   - úrady práce;
   - kultúrne inštitúcie;
   - zdravotné zariadenia;
   - komunitné centrá;
   - neverejné subjekty, ktoré poskytujú sociálne služby;
   - zariadenia podobného zamerania ako DSS;
   - cirkevné inštitúcie, občianske združenia, neziskové organizácie.
3. Venujete v rámci IPR osobitnú pozornosť oblasti integrácie klienta v zmysle DI:
   - u všetkých klientov;
   - u niektorých klientov;
   - vôbec nevenujete pozornosť.
4. Ako zabezpečujete v individuálnom pláne rozvoja klientov jeho komplexnosť, koordináciu a hodnotenie pre podporu procesu integrácie? (IPR má napomôcť plánovať služby podľa potrieb

klienta a podľa jeho želaní a je prostriedkom na efektívne využitie času pracovníkov, výsledky pre klienta sa dostavujú rýchlejšie, nemusia sa poskytovať služby, ktoré klient nepotrebuje.)

   a. Ak robíte odbornú prípravu klientov a ich rodín, čo obsahuje táto odborná príprava?
   b. Podľa akých pravidiel ju robíte?
   c. Ako ste vyberali klientov na odbornú prípravu? (lebo nie všetci klienti sú vhodní). Počet klientov zaradených do odbornej prípravy.
   d. Realizovali ste tréningy zamerané na oblasti bývania, práce, voľného času? (malo by to byť systematické).
   e. Prezentujú klienti svoje požiadavky a predstavy o svojom živote? O čom sú tieto predstavy? Sú o tom záznamy?
   f. Poskytujete klientom možnosti rozhodovať o sebe samom, akou formou?
   g. Čo Vy – profesionáli - považujete za rozvojové faktory a potreby Vašich klientov? Sú tieto faktory a potreby vo Vašej inštitúcii dostatočne naplnené?

5. Viete si predstaviť rozvoj klienta v komunite? Akým spôsobom by ste tento rozvoj navrhovali realizovať?
6. Pomenujte konkrétne pracovné, kultúrne a voľnočasové príležitosti v komunite, ktoré môžu využiť OZP.
7. Majú klienti možnosť nadväzovať neformálne kontakty, vzťahy mimo zariadenia? Viete nám prezentovať dobré príklady nadviazaných priateľských vzťahov? (faktor podpory integrácie)
8. Čo sa podľa Vás zmenilo vo vašej organizácii oproti za posledných 5 rokov z pohľadu klienta?

Identifikačný list DSS - otázky

Názov zariadenia: Miesto:
Kapacita zariadenia:
Druh sociálnej služby:
Forma pobytu:

Počet klientov:

- s mentálnym postihnutím
  - z toho počet potenciálne integrovateľných
    - z toho: počet schopných samostatného života len s 24 hodinovou podporou
    - schopných samostatného života s čiastočnou podporou
    - schopných samostatného života bez podpory
- s duševnými chorobami
  - z toho počet potenciálne integrovateľných
    - z toho: počet schopných samostatného života len s 24 hodinovou podporou
    - schopných samostatného života s čiastočnou podporou
    - schopných samostatného života bez podpory
- s telesným postihnutím
  - z toho počet potenciálne integrovateľných
    - z toho: počet schopných samostatného života len s 24 hodinovou podporou
    - schopných samostatného života s čiastočnou podporou
    - schopných samostatného života bez podpory

Pracovné zručnosti klientov využiteľné pri ich potenciálnej integrácii do spoločnosti

- Všeobecné zručnosti (pri jednotlivých zručnostiach zmapovať aj počty klientov)
- Špeciálne zručnosti pri jednotlivých zručnostiach zmapovať aj počty klientov)

Integračný faktor – vzdialenosť

- Nachádza sa ZSS v extraviláne, alebo intraviláne obce?
- do centra najbližšej obce ..... je km.....
- Existuje v uvedenej obci potrebná infraštruktúra pre ŤZP klientov? Ak áno, aká?
- do najbližšieho mesta ..... je km .....
- Existuje v uvedenom meste potrebná infraštruktúra pre ŤZP klientov? Ak áno, aká?
- do najbližšieho okresného mesta ..... je km .....

Silné, slabé stránky klientov vo vzťahu k DI, príležitosti a ohrozenia

- Silné stránky
- Slabé stránky
- Príležitosti
- Ohrozenia.

Personálne podmienky v DSS

- Počet zamestnancov v DSS .....
- Počet zamestnancov v priamom kontakte s klientom ..... Aké sú ich pracovné pozície?
- Koľko zamestnancov je oboznámených o procese DI resp. o potrebe transformácie zariadenia na komunitnú formu?
- Akých je Váš názor na proces DI?

Metodika monitoringu vybraných aktérov procesu DI sociálnych služieb v Banskobystrickom kraji

Ciele

Cieľom monitoringu bolo:

- zistiť informovanosť a prípadne aj informovať monitorované subjekty o procese DI sociálnych služieb;
- zmapovať pripravenosť na poskytovanie alternatívnych služieb vybraných aktérov procesu DI;
- zmapovať postoje, názory o procese DI, skúsenosti, možnosti a predpoklady poskytovania alternatívnych služieb integrovateľným klientov v DSS, ale aj ostatným občanom so zdravotným postihnutím (ďalej OZP) v procese DI;
- získať podklady k dotazníkovému prieskumu;
- získať podklady k tvorbe adresára hlavných subjektov v procese DI (poskytujúcich alternatívne služby);
- vyvinúť úsilie na podporu spolupráce rôznych subjektov – aktérov v procese DI – so spoločným cieľom – pomoc OZP pri integrácii do spoločnosti;
- získavať podklady pre tvorbu efektívneho modelu komunity, diskutovať o problémoch a možnostiach efektívnych riešení;
- získavať a šíriť príklady dobrej praxe.

Výber subjektov

Výber subjektov do monitoringu sa riadil komplexnosťou prístupu. V integrácii OZP zohrávajú dôležitú úlohu oblasti, bez ktorých sa integrácia nemôže uskutočniť:

- **bývanie** (na tento aspekt sa kladie v súčasnom procese DI najväčší dôraz, keďže bez toho je integrácia nemožná);
- **zamestnávanie** (kam patrí aj oblasť zmapovania a využitia zostatkového potenciálu inštitucionalizovaných klientov v DSS a mimo nich); z existujúcich skúsenosti vyplýva, že docieliť uplatnenie OZP v nejakej forme zamestnania adekvátnej ich schopnostiam je najväčším problémom nielen u nás, ale aj v krajinách kde proces DI už prebehol);
- **podporné služby sociálnej starostlivosti**;
- **využitie voľného času.**

Pre každú z uvedených oblastí sme pripravili databázu aktérov, ktorí sa danými činnosťami zaoberajú a môžu pozitívne prispieť k integrácii OZP. Sú medzi nimi subjekty, ktoré budú zohrávať kľúčovú úlohu pri tvorbe alternatívnych služieb v procese DI, najmä pri tvorbe komunitných služieb: miestne samosprávy, mimovládne subjekty poskytujúce sociálne služby / služby v sociálnej oblasti, neverejné subjekty, ako aj chránené dielne.

Kritériá pre výber subjektov majú podporu v existujúcich dokumentoch, ktoré rámcujú proces DI v SR na národnej a regionálnej úrovni. Na národnej úrovni ide o:

- Zákon o sociálnych službách č. 448/2008 Z.z.,

- Zákon o službách zamestnanosti č. 5/2004 Z.z.,
- Zákon o obecnom zriadení 369/1990 Z.z.

Na regionálnej úrovni sú to najmä dokumenty:

- priority BBSK vo vzťahu k občanom so zdravotným postihnutím,
- priority stanovené v Koncepcii rozvoja sociálnych služieb BBSK na roky 2011-2017.

Dôležitým kritériom pri výbere monitorovaných subjektov bol aj súhlas subjektu k monitorovaniu danej problematiky.

Identifikácia navrhovaných monitorovaných subjektov

- v oblasti bývania:
    - miestna samospráva ako zodpovedná za sociálnu politiku a politiku bývania na svojom území (Zákon o obecnom zriadení č. 369/1990 Z.z.);
    - zariadenia podporovaného bývania;
- v oblasti zamestnávania:
    - agentúry podporovaného zamestnávania (APZ) - legislatívne ukotvenie v zákone o službách zamestnanosti;
    - sociálne podniky (zákon o službách zamestnanosti);
    - podnikateľské subjekty, ktoré zamestnávajú OZP - chránené dielne (CHD) a chránené pracoviská(CHP) - zákon o službách zamestnanosti;
    - miestna samospráva; (mestské, či obecné podniky);
- v oblasti podporných služieb sociálnej starostlivosti:
    - subjekty špecializovaného sociálneho poradenstva;
    - denné centrá;
    - subjekty poskytujúce prepravnú službu;
    - monitorovanie a signalizácia potreby pomoci;
    - integračné centrá;
- v oblasti využitia voľného času:
    - integračné centrá;
    - komunitné a multifunkčné centrá.

Štruktúra zberu informácií

Chránené dielne (CHD), podnikateľské subjekty

Základné identifikačné údaje

- Rok založenia, predmet činnosti, aktuálny počet zamestnancov.

Zamestnávanie OZP

- Akú máte motiváciu pre zamestnávanie OZP? Kontaktoval vás, alebo komunikujete ohľadne zamestnávanie OZP s: ÚPSVaR, APZ, miestnou samosprávou, združeniami pre pomoc OZP, s inými subjektami?
- Čo by sa mohlo podľa Vás zlepšiť, aby zamestnávatelia – podnikateľské subjekty viac zamestnávali OZP? Aké verejné služby by Váš podnik potreboval na to, aby mohol zvýšiť zamestnanosť OZP?
- Aké zmeny ste si všimli v politike štátu v podpore zamestnávania OZP za ostatné 2 roky?
- S ktorými subjektmi spolupracujete? Ak áno tak prečo? Čo je obsahom spolupráce?
- Viete si predstaviť, že OZP, ktorí u vás pracujú, zvládnu samostatne alebo s podporou život v komunite?

Kľúč k budovaniu komunít pre integráciu OZP

- Aké faktory by podľa Vás mali byť brané do úvahy pri zakladaní/fungovaní komunity pre integráciu OZP? Na čo by mali zakladatelia myslieť, čo nesmie byť opomenuté?

APZ

Základné identifikačné údaje

- Rok založenia, počet pracovníkov.
- Aká je vaša prevažná činnosť? S ktorými skupinami občanov pracujete?

Zamestnávanie OZP

- Akú máte motiváciu pre pomoc OZP, aby sa mohli ľahšie zamestnať?
- S ktorými z nasledovných subjektov spolupracujete: ÚPSVaR, CHD, podnikateľské subjekty, miestna samospráva, rôzne združenia pre pomoc OZP, iné subjekty?
- Ak spolupracujete, akú formu má vaša spolupráca? Je sporadická, intenzívna, pravidelná, prináša výsledky? Čo je obsahom spolupráce?
- Môžete uviesť príklad integrácie OZP do spoločnosti, na ktorej ste sa podieľali? Bola úspešná? Čo si myslíte, že bolo základom úspechu, ak bola neúspešná – čo zlyhalo?
- Sú prínosy v činnosti zväzov zdravotne postihnutých pre podporu integrácie OZP prostredníctvom zamestnávania dostatočné (pozitívne, alebo nedostatočné)? Čo by sa malo zmeniť, aby verejnosť zmenila postoj k pozitívnemu nazeraniu na OZP?
- Aké zmeny ste si všimli v politike štátu v podpore zamestnávania OZP za ostatné 2 roky?

- Čo by ste navyše od súčasných sluižieb privítali od štátu/obce/regiónu pre zlepšenie zamestnanosti OZP?

Kľúč k budovaniu komunít pre integráciu ZP

- Aké faktory by podľa Vás mali byť brané do úvahy pri zakladaní/fungovaní komunity pre integráciu OZP? Na čo by mali zakladatelia myslieť, čo nesmie byť opomenuté?

Subjekty na podporu života OZP v sociálnej starostlivosti v komunite

(denné centrum, integračné centrum, monitorovanie a signalizácia potreby pomoci, prepravná služba, špecializované sociálne poradenstvo, zariadenie podporovaného bývania)

Základné identifikačné údaje

- rok založenia, počet pracovníkov, počet klientov – prijímateľov služby, prevažná činnosť, cieľová skupina, s ktorou pracujete
- Spolupráca s inými subjektami, rodičmi a inými rodinnými príslušníkmi klientov (obsah spolupráce, intenzita, forma, výsledky)
- Prezentujú klienti svoje požiadavky a predstavy o svojom živote?
- Poskytujete klientom možnosti rozhodovať o sebe? Majú možnosť výberu činnosti, záujmu, záľuby?
- Čo považujete vy – ako profesionáli – za rozvojové faktory a potreby vašich klientov? napĺňa ich Vaša inštitúcia?
- Môžete nám prezentovať dobré príklady poskytovania služieb na podporu integrácie do spoločnosti OZP? Sú vaše služby dostatočné, kvalitné?
- Aké iné služby plánujete v prospech integrácie OZP poskytovať?
- Aká je, aká by mala byť úloha samosprávy v procese budovania komunitných služieb?
- Aká je motivácia obce, aby založila subjekt, ktorý bude poskytovať služby pre OZP?

Subjekty špecializovaného poradenstva

Základné identifikačné údaje

- Rok založenia, počet pracovníkov, počet klientov – prijímateľov služby, prevažná činnosť, cieľová skupina, s ktorou pracujete.
- Akí sú Vaši klienti, čo potrebujú a akým spôsobom je možné pomôcť im integrovať sa do spoločnosti?
- Aké služby poskytujete na integráciu OZP do spoločnosti?

Kľúč k budovaniu komunít pre integráciu OZP

- Aké faktory by podľa Vás mali byť brané do úvahy pri zakladaní/fungovaní komunity pre integráciu OZP? Na čo by mali zakladatelia myslieť, čo nesmie byť opomenuté?

Miestna samospráva (mestá a obce)

Základné identifikačné údaje:

- počet obyvateľov, počet zamestnancov.
- Máte skúsenosti s DI? Počuli ste niečo o tomto procese? Aké sú k tomuto postoje verejnosti/zamestnancov Vášho úradu?
- Aké sociálne služby poskytujete svojim občanom, máte program pre OZP? Plánujete nejaké aktivity/projekty na integráciu inštitucionalizovaných OZP?
- Aká by mala byť úloha samosprávy v procese budovania komunitných služieb?
- Ak ste založili subjekt, ktorý pooskytuje OZP služby, čo vás k danému kroku motivovalo (napr. komunitný plán rozvoja sociálnych služieb, alebo návrhy občianskych aktivistov, samotní občania, či rodinní príslušníci OZP)?
- Poznáte dobrý príklad poskytovania služieb na podporu integrácie do spoločnosti OZP vo Vašej obci, meste?
- Spolupracujete so subjektmi, ako sú napríklad APZ, CHD, subjekty poskytujúce podporu pri starostlivosti pre OZP, alebo s inými samosprávami? Na akej báze? Čo je jej výsledkom?
- Zaujímate sa o OZP z Vašej obce, ktorí sú umiestnení v inštitúcii? Viete si predstaviť ich integráciu do spoločnosti – komunity v obci?
- Kto sa má podieľať na financovaní budovania komunít na úrovni miestnej samosprávy?
- Má možnosť Vaša obec využívať služby iných subjektov v oblasti sociálnych služieb?
- Boli by obyvatelia Vašej obce - OZP v pobytových zariadeniach, keby existovali v čase ich umiestnenia do inštitúcie komunitné služby na úrovni obce?
- Aké sú možnosti poskytovania služieb pre vašich obyvateľov obce/mesta ?
- Čo je vo Vašej obci prítomné pre lepšiu integráciu v oblastiach bývania, zamestnávania, zdravotných a sociálnych podporných služieb a využitia - voľného času?

Kľúč k budovaniu komunít pre integráciu OZP

- Aké faktory by podľa Vás mali byť brané do úvahy pri zakladaní/fungovaní komunity pre integráciu OZP? Na čo by mali zakladatelia myslieť, čo nesmie byť opomenuté?

Osobné príbehy

DSS Veľký Blh

Nie je Femina ako FEMINA

FEMINA Domov sociálnych služieb vo Veľkom Blhu vznikol v roku 1959 a od začiatku jeho vzniku prešiel viacerými etapami vývoja.

Úplne na začiatku tu sídlil domov dôchodcov, ktorý sa postupne zmenil na zariadenie pre duševne choré osoby.

Momentálne sme zariadenie s celoročným pobytom pre plnoleté fyzické osoby s duševnými poruchami a poruchami správania. Kapacita nášho zariadenia je 100 osôb.

Našim klientkam – ženám sa venuje 54 členný kolektív zamestnancov. Z uvedeného počtu zamestnancov je 35 odborných, teda zdravotné sestry, opatrovatelia, sociálni pracovníci, inštruktori sociálnej rehabilitácie ako aj pracovní terapeuti. Svojim klientkam poskytujeme sociálne služby v zmysle *Zákona 448/2008 Z.z. o sociálnych službách*. Našim zriaďovateľom je Banskobystrický samosprávny kraj.

Základným poslaním sociálnej práce je život humanizovať, pomáhať vytvárať reálne dôstojné prostredie pre každý individuálny život bez ohľadu na to, v akom stave sa jednotlivec, alebo skupina nachádza a čo spôsobilo existujúci stav. Dôležité je vedieť, že práca v zariadení sociálnych služieb nemôže byť len zamestnaním, ale predovšetkým je potrebné chápať ju ako poslanie. Človek, ktorý nemá vzťah k duševne chorým ľuďom a nevykonáva túto prácu srdcom, nemôže byť v tejto oblasti pre nikoho prínosom.

V našom zariadení sme mali to šťastie, že sa podarilo dať dokopy tím ľudí zanietených a ochotných pracovať celým srdcom pre ľudí, ktorí to potrebujú, pretože pre svoj zdravotný stav nie sú schopní sa sami o seba postarať. Sme jedno zo zariadení sociálnych služieb, ktoré sa pripravuje na deinštitucionalizáciu.

DI je proces, ktorý je zameraný na vrátenie ľudí s postihnutím z ústavných zariadení do prirodzeného prostredia, do rodiny, medzi priateľov, susedov, známych.

Je to proces zložitý, postupný, na ktorý sa treba dôsledne pripraviť.

Vychádzajúc z týchto skúseností sme pred dvomi rokmi zaviedli niektoré nové druhy terapií, ktoré majú pomôcť našim klientom začleniť sa do spoločnosti a viesť samostatný život. Jednou z týchto terapií bolo aj zavedenie vlastnej meny – Feminy. Cieľom tohto opatrenia bolo naučiť naše ženy – klientky spoznať hodnotu peňazí, naučiť sa hospodáriť a vedieť, čo si za konkrétnu sumu môžu dovoliť kúpiť. Musím poznamenať, že obyvateľky nášho zariadenia neradi označujeme pojmom „*klient*“. Zdá sa nám to neosobné a formálne. Pre mnohé z nich sme ich jedinou rodinou, pevným bodom na Zemi, a preto sú pre nás jednoducho „*naše ženy*“. Preto budem tento termín používať v svojich ďalších riadkoch.

Zaviedli sme 2 druhy Femín : 0,50 Feminy – 0,50F čo predstavuje hodnotu 0,50 €a 1 Feminu – 1F, čo prestavuje hodnotu 1€.

Spočiatku sme boli dosť pesimisticky naladení. Samozrejme sme si mysleli, že naše ženy nebudú schopné rozoznať hodnotu Femín a nebudú sa chcieť tým vôbec zaoberať.

Práve preto sme začínali pomerne opatrne. Dali sme natlačiť bankovky – Feminy v hodnote 0,50 F a 1F. Tomu samozrejme predchádzali rozhovory o práci, odmene za prácu, o peniazoch, nakupovaní a zmysle nakupovania. Bolo potrebné ich naučiť alebo im pripomenúť, že prácou sa dajú získať peniaze. Museli sme ich naučiť, že drobnými pomocnými prácami – zametanie dvora, pomoc pri upratovaní, práca v záhrade.... sa dá celkom slušne prísť k peniazom. Každé popoludnie terapeuti v svojich skupinách vyplácali Feminy za odvedenú prácu a zároveň si viedli evidenciu za konkrétny odpracovaný čas, aby nedošlo k odcudzovaniu a obchodovaniu s Feminami. Ženy, ktoré mali našetrené Feminy, mohli začať nakupovať.

Nasimulovali sme vlastný domáci obchod - spočiatku len s bižutériou, koženou galantériou a kozmetikou.

Tovar samozrejme nebol zakúpený v obchode, ale priniesli sme ho my, zamestnanci, z vlastných domácich zásob.

Vychádzali sme z prirodzeného záujmu všetkých žien - byť peknou a chcieť sa páčiť.

Potom už zostávalo len čakať na výsledok.

Záujem o tovar bol veľký a rýchlo sa vypredal. Naše ženy nepozerali na cenu tovaru, iba na to, čo sa im na prvý pohľad zapáčilo. Nakupovali úplne chaoticky, vzali, čo mali najbližšie, najradšej by si bez rozmýšľania vzali všetko. Tu sme zistili, že v prvom rade ich musíme naučiť rozlišovať stupeň dôležitosti nakupovania, teda čo je pre nich potrebné kúpiť hneď, čo im stačí aj neskôr, ak si na to našetria, alebo čo nepotrebujú vôbec.

Postupne začali zisťovať, že ak sa budú zapájať do prác pri skrášľovaní zariadenia, môžu sa dostať k peniazom, a tým skôr k veciam, po ktorých túžili.

Malo to zároveň aj výchovný charakter – s väčšou ochotou sa zapájali do práce, a tým aj do života zariadenia.

Väčšina z nich postupne začala rozlišovať hodnotu peňazí . Zistili, že je pre ne výhodnejšie kúpiť si viac lacnejších vecí, ako jednu drahšiu, alebo kúpiť si práve to, čo potrebujú.

Vlastný obchod sme začali otvárať čoraz častejšie – približne 1x do mesiaca a ponúkaný sortiment sme rozšírili o potraviny a textil.

Nie každá sa však s hodnotou peňazí stotožnila rovnako.

Tým, ktorým to išlo najlepšie, sme Feminy vymenili za euro, aby mohli nakupovať reálne. Vzali sme ich do dedinského obchodu a pod dozorom terapeutov si mohli nakúpiť akýkoľvek tovar, pokiaľ naň mali dostatok peňazí.

Počas prvých nákupov ich bolo potrebné usmerniť. Postupne sme však dospeli do štádia, v ktorom vybrané ženy chodia na bežné nákupy samé a vedia si peniaze rozpočítať do posledného centa. Dokonca rady pomôžu tým, ktoré majú s nakupovaním ešte problém.

Naše poďakovanie patrí samozrejme aj personálu v obchode. Boli o celom projekte informovaní a ochotne našim ženám pomohli a poradili.

Získali viac sebavedomia, viery v svoje vlastné schopnosti a v neposlednom rade si získali dôveru ľudí z obce, ako aj nových priateľov z radov obyvateľov Veľkého Blhu.

Už aj Beáta - jedna z našich žien - pochopila, že ak v čase keď bola doma predala novú manželskú posteľ za 50 Sk, teraz si za túto sumu – približne 1,60 € - kúpi len 1 pár náušníc. Prišla sama na to, že v minulosti urobila neuveriteľnú chybu.

DSS Kotva Brezno

Príbeh Igora

P. Igor je 43 ročný klient strediska *ŠZ Kotva* ambulantnej formy pobytu. Býva v Brezne spolu so svojimi rodičmi a súrodencami.

V roku 2000 prekonal úraz hlavy. Po stabilizovaní zdravotného stavu sa opakovane liečil na neurologickom oddelení pre organickú poúrazovú poruchu a následkom toho vyvolané epileptické záchvaty. Niekoľko krát hospitalizovaný v Psychiatrickej nemocnici Kremnica pre organické psychózy.

Je najmladší z troch súrodencov. Otec ešte pracuje, aj keď je už v dôchodkovom veku, vyhľadáva ešte prácu za účelom zvýšenia financií v rodine. Matka je poberateľom starobného dôchodku, je márnotratná, všetky peniaze míňa za účelom kupovania rôznych nepotrebných vecí do domácnosti. V neposlednom rade aj na alkohol, v ktorom vidí mieru uspokojenia a kompenzácie zlého zdravotného stavu jej syna. Igor má troch súrodencov. Od seba starších bratov, ktorí sú nezamestnaní. Súrodenci so sebou nevychádzajú dobre. Majú medzi sebou neustále roztržky pre nedoriešené rodinné problémy. Často dochádza v rodine k hádkam a bitkám.

Igor má ukončené štúdium na odbornom učilišti výučným listom. Vyučil sa za stolára, no ešte nikdy nepracoval. Je poberateľom invalidného dôchodku. Vie písať aj čítať, ale po úraze sa stav písania zhoršil. Musí veľa trénovať, aby dosiahol stav pred úrazom. Má parézu pravej hornej končatiny, čo mu sťažuje jeho manuálne zručnosti. Klient má sťaženú aj komunikáciu, ale napriek zlej výslovnosti a artikulácii vie povedať všetko, a aj rozumie všetkému, čo hovoríme. V kolektíve je pomerne obľúbený, rád komunikuje s klientmi aj s personálom. Medzi klientmi má obľúbených kamarátov, s ktorými komunikuje, chodí na vychádzky a iné záujmové činnosti. Aj v susedstve v mieste svojho bydliska má veľa známych a priateľov. Jeho voľnočasové aktivity v domácom prostredí spočívajú len krátkymi prechádzkami do blízkeho okolia. V zariadení je bezproblémový - až na občasné zmeny nálad spôsobené rodinným prostredím. Má vytvorený pomerne dobrý rebríček hodnôt, vie čo by v živote chcel dosiahnuť. Igor je veľmi iniciatívny, zapája sa do všetkých činností, ktoré sa mu ponúkajú. Či už ide o upratovacie práce v zariadení i mimo neho, rôzne terapie (arteterapie, muzikoterapie, ergoterapie, ale aj dramaterapie a iné.). V zariadení sa cíti dobre a hlavne bezpečne. Chce byť veľmi osožný, čo prejavuje tým, že pomáha aj personálu.

Igor je slobodný mladý muž, ktorý je schopný zvládať väčšinu životných situácií. Je komunikatívny, udržuje mnoho vzťahov a priateľstiev, jeho sociálne kontakty sú udržiavané. Do zariadenia chodí striedavo v doprovode otca, matky alebo staršieho brata Jána. Chodí primerane oblečený, aj pomerne čisto upravený. No niekedy sa sťažuje, že sa doma nemôže starať o svoju hygienu.

Nedovoľuje mu to matka z úsporných dôvodov. Klientov problém vidíme v tom, že matka bráni Igorovi vo svojej sebarealizácií, tým narúša jeho práva a dôstojnosť, uplatniť sa v spoločnosti. Nedovoľuje mu, aby sa venoval takým činnostiam, ktoré Igora bavia. Igor by chcel chodiť predávať noviny, tak by sa cítil prospešný a uspokojený. Tiež je narušené právo klienta tým, že jeho matka nechce umiestniť Igora na celoročný pobyt z dôvodu straty Igorovho príjmu invalidného dôchodku. Ďalším narúšaním klientovej dôstojnosti je častovanie nadávok od svojich súrodencov, čo Igora tiež veľmi trápi a cíti sa z toho frustrovaný.

Klientov pohľad:

Igor by strašne chcel, aby bol umiestnený v našom zariadení na celoročný pobyt. Obáva sa, že po smrti rodičov stratí strechu nad hlavou, a stane sa z neho bezdomovec. Doma sa nemôže tak realizovať ako v zariadení, cíti sa tu bezpečne, je tu prospešný a užitočný. Chcel by predávať noviny ako jeho kamarát. Doma mu to matka zakazuje, a tu v zariadení by to mohol vykonávať. Doma sú samé hádky, bratia ho dokonca často bijú, nadávajú mu, mama sa potom hnevá a pije.

Príbeh Ivana

Pán Ivan je 46 ročný klient strediska ŠZ Kotva celoročnej formy pobytu.

Diagnóza schizofrénie sa začala u neho vyvíjať v jeho dvadsiatom prvom roku života, keď po smrti otca začal trpieť depresiami, následne po tom sa vyvinula diagnóza schizofrénia. Po častých hospitalizáciách v Psychiatrickej nemocnici Kremnica a psychiatrických oddeleniach v nemocnici s poliklinikou Banská Bystrica je momentálne v stabilizovanom zdravotnom stave. Je pod stálou liečbou psychiatra, pravidelne užíva psychofarmaká. Občas je preliečený elektrokonvulzívnou terapiou, ktorá mu stabilizuje jeho zdravotný stav a po ktorej vymiznú stavy depresii a suicidálnych sklonov. Klient Ivan pochádza z usporiadanej rodiny. Matka už nežije, tiež sa liečila na schizofréniu. Ivan pochádza z troch súrodencov. Sestra je najstaršia, je vydatá a má dvoch synov. S Ivanom má dobrý vzťah, vedia sa o všetkom porozprávať. Ivan má ešte mladšieho brata, ten je ešte slobodný, bez záväzkov. Kontakty s ním sú už vzácnejšie, pretože pracuje v zahraničí.

Ivan sa ako dvadsaťročný oženil. Z tohto manželstva pochádzajú dve deti vo veku 26 a 24 rokov. Ivan pracoval ako živnostník v stavebnej firme. Po častých hospitalizáciách a po diagnostikovaní schizofrénie musel Ivan svoju živnosť zrušiť. Začali prichádzať komplikácie v rodine. Manželka túto situáciu ťažko znášala, preto podala žiadosť o rozvod. Ivan túto situáciu neuniesol, mal často suicidálne sklony, čo zhoršovalo ešte priebeh jeho ochorenia. Možno skonštatovať, že následkom diagnózy sa p. Ivan o synov nestaral, nezaujímal sa o nich. Na strane druhej ani synovia o neho neprejavujú záujem, pretože od ranného detstva s nimi nebol, a tak ho ani nepoznali.

Ivan poberá invalidný dôchodok vo výške 206,30 €. Keďže úhrada za pobyt v zariadení je vo výške 300,- €, je mu stanovená čiastočná úhrada mesačne v sume 156,-€, pohľadávka je v sume 141,- €.

V zmysle platného zákona o sociálnych službách (§ 73, ods. 10) prechádza povinnosť platiť úhradu na deti a rodičov. Je morálne, že synovia Ivana majú platiť každý mesiac za otca úhradu vo výške pohľadávky, t.j. 141,- €? Obaja synovia majú svoje rodiny, má im stačiť 1,65 násobok sumy životného minima - 326,85 € a zvyškom sa majú podieľať na splácaní úhrady za svojho otca, ktorý sa v dôsledku psychického ochorenia o nich nestaral a ani nemohol starať. Ešte raz zdôrazňujeme, že synovia otca vôbec nepoznajú.

Je to správne?

Iveta Jurošová, vedúca strediska ŠZ Kotva v Brezne

Príbeh Tibora

Pán Tibor je 47 ročný klient strediska ŠZ Kotva celoročnej formy pobytu.

Diagnóza schizofrénie sa začala u neho vyvíjať v čase puberty, v jeho 16 roku veku.

Viackrát bol hospitalizovaný v psychiatrickej nemocnici. Klient je zbavený spôsobilosti na právne úkony, opatrovníčka je jeho matka. Tibor mal doma kvalitné rodinné zázemie. Matka ho nesmierne miluje. Teraz, keď je umiestnený v našom zariadení, mu telefonuje, navštevuje ho tak často, ako sa jej dá, aj napriek tomu, že naše zariadenie je v Brezne a ona býva v Detve. Pán Tibor má dve sestry a jedného brata. Otec nežije. So súrodencami má veľmi pekný vzťah, stále si spolu telefonujú. Matka sa o Tibora zodpovedne starala naozaj dovtedy, kým to bolo možné. V r. 2012 bola však situácia už neúnosná, matka už ďalej nezvládala starostlivosť o syna, a tak podala žiadosť o umiestnenie do nášho zariadenia. Tibor je u nás od februára 2013. Chceme upozorniť ešte na dôležitý fakt, že aj brat Tibora je duševne chorý, o neho sa tak isto matka stará už 42 rokov. Brat má okrem diagnózy schizofrénie ešte aj mentálne ochorenie od narodenia.

Matka Tibora má 74 rokov, už sama má zdravotné problémy. Poberá starobný dôchodok a zaslúžený vdovský dôchodok, spolu vo výške 386,- €.

Tibor poberá invalidný dôchodok vo výške 177,70 €. Keďže úhrada za pobyt v zariadení je vo výške 300,- €, je mu stanovená čiastočná úhrada mesačne v sume 127,-€, pohľadávka je mesačne v sume 170,- €.

V zmysle platného zákona o sociálnych službách (§ 73, ods. 10) prechádza povinnosť platiť úhradu na deti a rodičov. Je morálne, že matka, ktorá kým sa dalo sa takmer celý svoj život starala o syna schizofrenika a sama by už potrebovala pomoc a starostlivosť v nejakom zariadení, by mala doplácať za syna každý mesiac úhradu vo výške 60,- € ?

Je to presne opačný prípad, ako keď v Domove dôchodcov majú doplácať deti na úhradu pre svojich rodičov, čo je správne, ale takto, keď by mala platiť matka dôchodkyňa za syna, je to podľa nás nespravodlivé. Matka si predsa zaslúži na staré kolená užiť si svoj dôchodok. Má jej stačiť 1,65 násobok sumy životného minima - 326,85 € a zvyškom sa má podieľať na splácaní úhrady za svojho syna?

Je to správne?

DSS Čeláre - Kírť

Ako Štefan našiel svoj domov

Štefanovi osud nedoprial, aby vyrastal v spokojnej a zdravej rodine, ale mal šťastie na dobrých ľudí, ktorí mu pomohli nájsť svoj domov. Jeho prvé roky života ovplyvnil alkoholizmus rodičov. Preto ako dvojročný musel odísť z rodinného hniezda do detského domova, kde mu lásku a starostlivosť, ktorá mu chýbala, nahradili nové tety. Svojím detským srdiečkom upútal tetu Helenku, ktorá si ho vzala do pestúnskej starostlivosti, aj napriek jeho mentálnemu postihnutiu. Tak Štefan šťastne vyrastal v pestúnskej rodine. Navštevoval osobitnú školu a vyučil sa za murára, no i napriek tomu sa mu nepodarilo nájsť si zamestnanie.

S pribúdajúcim vekom sa u neho začalo výraznejšie prejavovať mentálne postihnutie, čo spôsobilo, že bol v devätnástich rokoch invalidizovaný. V pestúnskej rodine po odchode väčšiny príbuzných do USA zostal sám s pestúnskou matkou, ktorá pre svoj vysoký vek nezvládala usmerňovať jeho správanie.

Dostal sa do zlej spoločnosti kamarátov, ktorými bol veľmi ovplyvňovaný, čo vyvrcholilo až jeho trestným stíhaním.

Ako 30 ročný prišiel do Domova sociálnych služieb Čeláre - Kírť. Hneď po príchode sa veľmi dobre adaptoval, našiel si nových priateľov. Aktívne sa zapájal do pracovnej rehabilitácie. Spoločne so zásobovačom chodil nakupovať tovar. Nových známych si veľmi ľahko našiel aj medzi dodávateľmi. So zamestnancami zariadenia má veľmi dobré vzťahy, často ich navštevuje v ich domácnostiach. Jeho veľkou túžbou bol bicykel a preto ako odmenu za aktívne zapájanie sa do pracovnej rehabilitácie dostal vianočný darček - bicykel. Splnil sa mu sen a dnes, keď to počasie dovolí, každý deň sa bicykluje, čo mu umožňuje stretávať sa s priateľmi aj mimo zariadenia a spoznávať nových ľudí. Keď je zlé počasie, veľmi rád pracuje s počítačom, ktorý získal z podporeného projektu *Nadácie SPP*. Dnes mu nerobí problém nájsť si potrebné informácie na internete, alebo stiahnuť si hudbu, ktorá patrí medzi jeho ďalšie záľuby. V rámci kultúrno - záujmovej činnosti sa aktívne zapája do nacvičovania hudobno - dramatických scénok, s ktorými klienti chodia vystupovať do okolitých obcí. Prezentuje sa aj ako disdžokej, pri zabezpečovaní hudby pri rôznych akciách spojených s tancom. Už piaty rok je ubytovaný v tréningovom chránenom bývaní s klientmi s vyššou mierou samostatnosti a spoločne tvoria jednu malú rodinu. Ak Štefana niekto stretne pri návrate z vychádzky a opýta sa ho ,,*Kde ideš?*“ odpovie: ,,*Domov*“.

Dnes po 22 rokoch pobytu v zariadení ho Štefan považuje za svoj skutočný domov, kde našiel teplo domova, porozumenie a priateľstvo.

DSS Detva - Piešť

Príbeh z nášho domova

V našom domove sociálnych služieb sa od roku 1985 poskytujú sociálne služby pre mužov s duševnými poruchami a poruchami správania. Počas tejto doby sme sa stretli s rôznymi osudmi, životnými tragédiami, ale aj so šťastnými koncami, keď sa klient vrátil domov, ku svojej rodine.

Jedným z tých, pre ktorých je naše zariadenie náhradným domovom, je aj 59 ročný pán Milan. Stredoškolsky vzdelaný muž, ktorý mal záujem študovať na vysokej škole technického smeru musel v dôsledku svojho duševného ochorenia zmeniť svoje plány. Choroba postupne zasahovala do všetkých oblastí jeho života a postupne natoľko ovplyvňovala jeho konanie, že bol v roku 2005 prijatý do nášho domova.

Okrem zapájania sa do rôznych spoločných aktivít Milan rád píše krátke úvahy. V roku 2003 sme mu pomohli vytvoriť zbierku jeho úvah, ktorú daroval svojim bratom a vtedy ešte žijúcej matke. Niekoľko krát sa zapojil aj do rôznych literárnych súťaží. Pred dvoma rokmi sa naučil používať počítač, aby si svoje myšlienky zachytené so zošita mohol sám prepísať do nám „čitateľnej“ formy.

Úvahy zachytávajú jeho spomienky, terajšie prežívanie, vnútorné pocity, predstavy a sú častokrát pre nás ako čitateľov podnetom na zamyslenie sa a lepšie pochopenie jeho „vnútorného“ života.

Ako príklad uvádzame niekoľko úvah.

Sám

Sám v dome, obzerajúc sa na všetky strany, nikoho nenachádzam. Opustená duša. Sama vyrovnaná so všetkým dobrým a zlým. Iba občas duša postrehne, kam kráča dav, vtedy ožije dav. Alebo keď si spomenie na detstvo alebo na ženu. Tak vtedy zahrajú žilky na tvári a tvár sa rozžiari do širokého dobráckeho úsmevu. Prototyp staršieho pána, taký, aký si predstavuje ten Pán tam najvyššie. Ale

teraz je toho korenia čím ďalej tým menej. Zostáva sa len nemo pozerať sa ako svet beží vôkol nás a my nemáme príčiny ani chuti starať sa. Ono to môže byť preto, že sme ich prerástli. Pravda je, že sme zostarli a sme unudení. Zo samoty sa udievajú najväčšie skutky, láska, vedecké vynálezy, keď si ostatní myslia, že si čudák. Alebo umenie. To presne zodpovedá ľudskej duši.

Nevraciam sa tam

Naspäť cesta nemožná, napred sa ísť musí. Asi nič nového, keď pred sedemdesiatimi rokmi to bol slogan. Prežil som kus krásneho života na majeri. Spomienky zostávajú. Ale ísť tam žiť je nemožné. Dom už je zrútený. Susedia tam už nebývajú. A pastva zarástla horou brezovou. Všetko sa rozsypalo na prachno. Prach si, aj na prach sa obrátiš. Tak je to so všetkými mojimi životnými úsekmi. Potom škola, kamaráti. Človek si uvedomuje až teraz, že ich mal na svojich krídlach. Majú svoje rodiny. A potom vysoká, nástup do života. Vtedy svet patril mne. To je len záblesk, ktorý sa už nezopakuje. Ani do roboty sa už nevrátim, neposlúchajú ma oči ani ruky. Môj život je rozrobené, nedokončené dielo. Ešte pokračujem vo svojich koníčkoch. Ale dieru do sveta s tým neurobím. Na to nie je vôľa, lebo je to zbytočné. Zbytočné by to nebolo, keby bol mladý nápad.

Treba čin

Všetko sa začína slovom. Možno dávno predtým sa nahovorí určitá situácia a potom v úzkom spektre názorov to vykonáme. Ostatné necháme ako hudbu slov. Keď robíme málo alebo nič, tak na otázku, čo robíme, nemôžeme odpovedať a cítime sa trápne. Nie to ešte keď sa v kolektíve vyskytne nejaká činnosť a nezapojíme sa, tak sa cítime, akoby sme ruky stratili a je nám rovnako trápne. To je všeobecné potrestanie. Ak dostaneme nejakú prácu za úlohu, tak pri jej nesplnení dostaneme osobný trest. Finančný aj kádrový. A u nás v domove je naším najväčším trestom krátenie cigariet.

Zaznamenala: Bc. Katarína Fekiačová, vedúca strediska DSS- Detva-Piešť

DSS Symbia

Príbeh Martiny

Volám sa Martina, mám 25 rokov. Ako pätnásťročná som šla do školy, ktorá sa volá Vila Gaňu v Banskej Bystrice, ktorá je trojročné učilište.

Vyučila som sa ako opatrovateľka a ošetrovateľka. Po troch rokoch som dala žiadosť do *DSS Symbia* vo Zvolene. Počas toho, kým som čakala na odpoveď, tak som brigádovala v nemocnici na oddelení + ambulancii ORL, kde pracuje moja mamina. Počas tých mesiacov sa uvoľnilo 1 miesto, tak som nastúpila ako klientka. Od tej chvíle som mala sen mať robotu v škôlke, tak pani Janka ten môj sen zrealizovala, s pomocou Ingy, Majky a pani riaditeľky s pani učiteľkami zo škôlky. Sen, čo som mala, sa uskutočnil. Tak som sa tak tešila, ale aj bála, ako ma zoberú k sebe pani učiteľky a deti. To bol môj pocit. Ale všetci boli spokojní, ale aj radi, že majú takú dobrú pomoc. Zobrali ma k sebe ako dobrú kamarátku. Za pol roka som pomáhala pani učiteľkám aj deťom. Ako to bolo s obliekaním, obúvaním, na prechádzkach, pri desiate, vyzliekaní, na obede, hrať sa s deťmi, utierať im ritky.

Pohľad jej mamy

Touto cestou by som chcela poďakovať *SPP a.s*. ktorý splnil sen mojej dcére Martinke, financovaním projektu. Aj keď to trvalo len 6 mesiacov, moja dcéra s láskou spomína na pani učiteľky a na ulici stretáva detičky zo škôlky, ktoré ju už z diaľky zdravia „Ahoj, teta Maťka."

Ďakujeme všetkým ľuďom s veľkým srdcom, ktorí chcú pomáhať slabším.

S úctou Jana Franková

DSS Zvolen

Láska dáva nádej i životnú pohodu

V úvode môjho príbehu by som chcela citovať významného anglického filozofa, etika a právnika Jeremyho Benthama: *„Jediný spôsob, ako si zaistiť príjemný život, je zaistiť príjemný život ostatným. Jediný spôsob, ako zaistiť ostatným príjemný život, je správať sa k nim, ako keby sme ich milovali. A jediný spôsob, ako sa k niekomu správať tak, ako keby sme ich milovali, je naozaj ich milovať"*. Myšlienka tohto citátu ovplyvnila celý môj doterajší život, výber môjho povolania a celú moju prácu. Pracujem ako sociálna pracovníčka už 15 rokov v *Domove sociálnych služieb pre telesne postihnutých dospelých a seniorov vo Zvolene*. Pobytová forma sociálnej služby sa v tomto zariadení poskytuje ako celoročná sociálna služba. Počas moje práce som sa stretla s veľkým počtom ľudských príbehov – osudov. Spoločným menovateľom začiatku každého príbehu bol smútok, utrpenie, bolesť, nepotrebnosť, beznádej, dezilúzia. No v zmysle citátu a „tvrdou prácou" sa podarilo odstrániť alebo zmierniť tieto spoločné menovatele. Počas mojej práce sa mi navždy vryl do pamäti a hlavne do srdca príbeh dvoch mladých ľudí, ktorí sa ocitli v dôsledku svojho ochorenia, postoja okolia či rodiny v našom zariadení.

Do nášho zariadenia najskôr nastúpila Oľga vo veku 35 rokov, z veľkého mesta na Východnom Slovensku. Oľga sa narodila s rázštepom chrbtice, v útlom veku bola operovaná, a následne do dvoch rokov v mieste operácie jej urobili plastiku. Od narodenia mala skrátene šľachy na ľavej dolnej končatine. Ako 12 ročnej jej opäť operovali chrbticu, následne jej amputovali predkolenie ľavej dolnej končatiny pre chronickú osteomyelitídu päty a nohy. Už ako dospelá žena mala autohavárii, pri ktorej mala rôzne odreniny a vybočenie platničky. Pohybuje sa za pomoci protézy a ortopedickej pomôcky, a keď sa zle cíti, tak len za pomoci invalidného vozíka. Do zariadenia prišla vzhľadom na to, že na tento druh sociálnej služby bola odkázaná, ale hlavne kvôli tomu, že počas života vo svojom rodnom meste sa stretávala len s posmechom, urážkami, odsudzovaním - a to aj vo vlastnej rodine a aj vo svojom okolí. V zariadení sa zmenil jej život - ako hovorila - úplne od základu, a to v pozitívnom zmysle slova. Rýchlo sa adaptovala, našla si kamarátky, bola spokojná, usmievavá a to aj napriek tomu, že počas celého pobytu v zariadení ju nebol navštíviť nikto z rodiny. Venovala sa ručným prácam, naučila sa pracovať s počítačom, mobilným telefónom, pomaly začala sama chodiť do mesta na nákup, či posedieť si do cukrárne. Už vôbec netrpela tým, ako sa na ňu ľudia pozerajú, či ju odsudzujú alebo nie. Trpela „len" keď mala bolesti, ktoré pramenili z jej ochorenia, no bola veľká optimistka, vždy sa smiala a veľmi rada pomáhala klientom, ktorí boli odkázaní na pomoc druhej osoby ešte viac ako ona sama. Príchodom do zariadenia a s pomocou mojej intenzívnej sociálnej práce sa Oľga pred mojimi očami menila na sebavedomú, sebaistú a zo života sa radujúcu ženu.

Tu preruším príbeh o Oľge, pretože po troch rokoch jej pobytu v zariadení prichádza do zariadenia mladý muž vo veku 40 rokov, ktorého pomenujem napríklad Ondrej. Ondrej bol ženatý, mal dve maloleté deti a pri svojom zamestnaní utrpel úraz, ktorého následkom bola kvadruplégia a drvivé poranenie hlavy. Manželka sa so vzniknutou situáciou nevedela vyrovnať, nechcela mať takého

manžela, a už vôbec nie v meste, v ktorom bývali. Rýchlo mu začala vybavovať umiestnenie čo najďalej od rodného mesta, a tak zo Západu Slovenska prišiel k nám Ondrej. Ondrej po nástupe do zariadenia bol ležiacim klientom, pesimistický, smutný, rezignovaný. Stále sa pýtal na manželku, či náhodou netelefonovala, či neoznámila, že ho príde navštíviť, a neskôr, keď mal svoj mobilný telefón, neustále jej volal. Manželka mu často nezdvíhala telefón, nenavštevovala ho vôbec, až nakoniec mu navrhla, aby sa rozviedli, s tým, že ona chce ešte žiť a nájsť si muža, ktorý by sa o ňu a jej deti postaral. Poprosila však Ondreja, aby návrh na rozvod podal on, pretože ako telesne postihnutý má rôzne úľavy aj na súde a v celom rozvodovom procese. Ondrej ma oslovil v tejto záležitosti, a tak som na diaľku pracovala na ich rozvode. Skvelá bola spolupráca aj s miestnym súdom, či už pri písomnej, ale aj ústnej komunikácii. Ondreja hneď na prvý krát rozviedli, no ostal v kontakte s deťmi, ktoré ho v zariadení aj navštevovali pomocou jeho priateľov z rodného mesta. Manželka sa veľmi zadĺžila, neplatila za byt, ako aj iné poplatky. Ondrej aj napriek tomu, že už boli rozvedení pomocou splátok všetko vyplatil, aby jeho deti netrpeli a neprišli o bývanie.

Po roku sa cesty Oľgy a Ondreja v našom zariadení spojili. Ich vzťah bol krásny plný lásky, porozumenia, pochopenia a neskutočného vzájomného obetovania sa a pomoci. Ich dni na začiatku vzťahu prebiehali tak, že Oľga, keď sa naraňajkovala v spoločnej jedálni, utekala na izbu k Ondrejovi, aby mu pomohla naraňajkovať sa, potom sedela až do obeda pri jeho lôžku, kde sa stále rozprávali, a Oľga sa pri tom venovala ručným prácam. To isté bolo pri obede, ale aj večeri. No pre ich ďalší život to bolo veľmi málo, preto som s nimi začala postupne pracovať na tom, aby sa osamostatnili úplne.

Najskôr sa presťahovali na dvojlôžkovú izbu ako druh a družka, následne sa začali zúčastňovať canisterapie, ktorú vediem už niekoľko rokov spolu s diplomovaným canisterapeutom. Tu sa naučili spoločne pracovať, rozhodovať, viac sa spoznávať v rôznych situáciách, emocionálne sa rozvíjať, trénovať si pamäť. A keďže canisterapiu spájam s arteterapiou, tu Ondrej prvý krát pohol zápästím a namaľoval obrázok. Vôbec si neveril, neveril, že niečo také dokáže, a keď videl, že sa to dá, začal na sebe veľmi tvrdo pracovať. Pri jeho snahe mu pomáhala aj Oľga, ale hlavne rehabilitačná pracovníčka.

Dovolím si tvrdiť, že pevná vôľa, chuť žiť, canisterapia a aktívna rehabilitácia pomohla Oľge a Ondrejovi v tom, že si vysnívali sen – rozhodli sa pre život mimo zariadenia. Pomaly som ich začala na to pripravovať. Prvým krokom bolo vybaviť im trvalý pobyt v danom meste, a tým aj nový občiansky preukaz. Druhým: spoločne sme podali žiadosť na mestskom úrade o bezbariérový byt (nie sociálny byt). Nasledovala doba, v ktorej sme spoločne očakávali pridelenie bytu, a kedy sa Oľga učila, ako Ondreja polohovať, obliecť, vyzliecť, presunúť na invalidný vozík a z vozíka späť, zabezpečiť mu základnú hygienu. Bezbariérový byt im bol pridelený v pomerne krátkom čase.

Ich radosť pri preberaní bytu bola neprekonateľná a neopísateľná. Sprevádzala som ich na každom kroku, a bola som nesmierne rada, že sa im splnil ich sen. Pokračovali sme ďalej pri presťahovaní, maľovaní bytu, ale aj pri jeho zariaďovaní. Tu im už ale pomáhali aj kamaráti Ondreja z jeho rodného mesta. A tak po niekoľkých rokoch v zariadení sa spoločne Oľga a Ondrej osamostatnili a začali žiť život ako ostatní zdraví ľudia.

Uplynuli tri roky, a môj kontakt s nimi, ako aj ich kontakt so zariadením, sa vôbec neprerušil. Pravidelne si telefonujeme, navštevujem ich aspoň raz za štvrť roka, aby som zistila či niečo nepotrebujú, s niečím nemajú problém. Naďalej navštevujú našu obvodnú lekárku, komunikujú s hlavnou sestrou zariadenia a navštevujú svojich kamarátov v zariadení, a to aspoň raz do týždňa. Oľga sa príkladne stará o Ondreja, a len na nevyhnutné úkony chodí k Ondrejovi kamarát, ktorý mu zabezpečuje celkový kúpeľ. Pomocou kamarátov a priateľov si zakúpili auto, ktoré je prerobené na ručné ovládanie, aby ho mohla šoférovať Oľga, a v ktorom sa Ondrej môže voziť sediaci na invalidnom vozíku. Chodia na spoločné výlety, navštevujú priateľov, obnovili väzby s rodinou. Ondrejove deti ich pravidelne navštevujú a chodia k ním na prázdniny. Uvedomujú si, že už spoločné dieťatko nebudú mať, ale spomienky na canisterapiu ich priviedli k nápadu, že si kúpili malého psa. Robí im spoločnosť a pomáha pri rozvíjaní a udržiavaní jemnej a hrubej motoriky. Zároveň si však

uvedomujú, že vekom už nebudú zvládať svoje ochorenia, a budú potrebovať opäť pomoc inštitúcie, ale ten čas pokiaľ príde si užívajú naplno.

Som nesmierne hrdá na Oľgu a Ondreja, na ich odvahu, silu, energiu, chuť žiť a na ich skutočnú a naplnenú lásku, na to že som im pomohla a zrealizovala ich sen. Naučila som ich stotožniť sa s mojím názorom, že medzi zdravým a chodiacim človekom a človekom, ktorý sedí na invalidnom vozíku, nie je žiadny rozdiel, len ten, že jeden sa na svet pozerá postojačky, a druhý pri tom sedí.

Som presvedčená na základe tohto krásneho príbehu o tom, že láska dáva nádej i životnú pohodu.

Mgr. Ingrid Čerkalová, sociálna pracovníčka

DSS Drábsko

Lucia – životný príbeh

Životná cesta mladej 24-ročnej Lucie bola komplikovaná už od jej narodenia. Svetlo sveta uzrela začiatkom septembra v r. 1989 ako piate dieťa matke Anne a otcovi Martinovi, ktorý bol jej druhý muž. Z prvého manželstva mala tri deti. S Martinom mala ešte syna Mareka, staršieho o dva roky od Lucii. No láska a rodinná harmónia ju opäť obchádzala. Martin nevedel riešiť svoje problémy, začal byť agresívny k matke a tiež aj k deťom. Obidvaja často požívali alkohol. Otec synovi Marekovi ublížil, začo bol odsúdený k dlhodobému trestu odňatia slobody. Matka mala ťažký život s dvoma malými deťmi. Nevedela to zvládnuť, mala veľké psychické problémy, pre ktoré sa čoraz menej starala o deti. Nechávala ich doma samé, prestala navštevovať detskú poradňu. Počas návštev detskej sestry byt neotvárala. Doktorku navštívila, až keď mala Lucia infekt dýchacích ciest a musela byť hospitalizovaná.

Lucia sa narodila ako zdravé dieťa. Do dvoch rokov jej psychomotorický vývoj zodpovedal veku dieťaťa, napriek zlej starostlivosti zo strany matky. Syn Marek bol už po fyzickom útoku otca umiestnený v Špeciálnej základnej škole internátnej (ŠZŠI) v Hrachove. Starších súrodencov vychovávali starí rodičia. Vzhľadom k uvedeným skutočnostiam počas návštev detskej sestry bol podaný návrh prešetriť rodinné pomery. Lucia ako 2-ročná bola umiestnená v Detskom domove (DD) Cerovo, kde navštevovala materskú škôlku. Ťažko si zvykala na nové prostredie. Prejavilo sa to na jej správaní, začala napádať deti, škaredo rozprávať, vyvolávala hádky, nerešpektovala vychovávateľov. Jej psychický vývoj sa zhoršil v 1. ročníku ZŠ. Vyučovacie výsledky boli neuspokojivé, správanie často nezvládnuteľné, preto bola po pobyte v diagnostickom centre v 5. ročníku preradená do ŠZŠI. Naďalej nemala záujem o osvojenie nových poznatkov, potrebovala stály dozor. Naopak veľmi rada kreslila, vyšívala, starala sa o menšie deti. Veľmi dobre ju motivovala pochvala, trest a pokarhanie neprijímala. Dokázala byť vtedy drzá, odvrávala.

Ako 15-ročné dievča bola hospitalizovaná v detskej psychiatrickej liečebni pre agresivitu voči spoluchovancom a personálu, kde jej diagnostikovali ľahkú mentálnu retardáciu a poruchy správania. Mala problém s udržiavaním sociálnych vzťahov, často sa dostávala do konfliktov. Ani psychiatrická liečba a starostlivosť personálu DD jej nepomohlo. Lucia pokračovala v štúdiu ŠZŠI ako kuchár, čašník. Vymeškávala vyučovanie, túlala sa, začala fajčiť aj marihuanu, fetovať, požívať alkohol. Aby upútala pozornosť, začala so sebapoškodzovaním. Rezala si ruky, nohy, simulovala odpadnutie, odmietala stravu a lieky. V dôsledku jej správania školu neukončila. Prechádzala z jedného liečenia na druhé, no jej stav sa neupravil. Tety vychovávateľky jej písali často listy, povzbudzovali ju, chválili za dobré skutky, i keď ich bolo málo.

Dospelú Luciu zbavili rozhodnutím súdu svojprávnosti na právne úkony a dali žiadosť o umiestnenie do DSS. Počas pobytu v DD mala okolo seba veľa ľudí, ktorí jej chceli v živote pomôcť, no chýbala rodina. Nikdy ju nenavštívila matka, súrodenci, nenapísali jej list. Na hranici dospelosti stáli pri nej

cudzí ľudia, ktorí jej už ďalej pomáhať nemohli. Pobyt v DD sa skončil, a Lucia bola umiestnená v našom zariadení.

Prišla k nám ako celkom sympatické mladé dievča. Pomerne rýchlo sa zoznámila s prostredím, personálom aj klientkami, no ešte rýchlejšie nám predviedla, kto je.

Po 2-hodinovom pobyte nasimulovala odpadnutie, ktoré nezvládla riešiť ani rýchla zdravotná služba. Jej výčiny pokračovali naďalej. Vydierala, zneužívala situácie, keď sme sa jej nemohli osobne venovať. Odpadávala, rezala si ruky, nohy, jedla muchotrávky, aby upútala pozornosť na seba. Počas pracovnej a záujmovej činnosti sa aktívne zapája. Rada kreslí, vyšíva, pletie náramky priateľstva. Pomáha pri čistení zemiakov, umývaní riadu a stolovaní. Ochotne pomôže aj iným klientkám a personálu. No nestačíme odísť z práce, Lucia zneužije prítomnosť len stálej služby, opäť vydiera sebapoškodzovaním.

Počas prvých troch rokov bola dva razy na psychiatrickom liečení v Hronovciach a raz v Kremnici. Neustále sme ju usmerňovali, prevychovávali, vyžadovala stály dozor. Často sme boli už na pokraji svojich síl, nevedeli ako s ňou ďalej a neverili, že sa jej správanie upraví.

Po troch rokoch nastal u Lucii zlom k lepšiemu. Zrazu si prestala ubližovať, dala sa usmerniť v správaní, menej vydierala. Sme radi, že sme spoločnými silami, trpezlivosťou, neustálym presvedčovaním dosiahli zlepšenie jej správania. Teraz je už Lucia dva roky v dobrom psychickom stave. Podarilo sa nám nadviazať kontakt s rodinou. Brat ju zobral domov na dovolenku, stretla sa s mamou a sestrou. Napíšu jej pohľadnicu k sviatku, zatelefonujú jej. Lucia je rada, že má opäť rodinu, ktorá jej dlhé roky chýbala.

Do jej „rodiny“ nepochybne patrí aj personál nášho zariadenia. Lucia vie, že sme na jej ceste životom pomohli a stáli vždy pri nej.

Vypracovala : Drahomíra Bitalová, inštruktor sociálnej rehabilitácie

V Drábsku 10.01.2014

M.E.S.A.10 *Centrum pre ekonomické a sociálne analýzy je nezávislá, mimovládna a nezisková organizácia. Vznikla v roku 1992, kedy sa venovala podpore prerodu Slovenska na modernú slobodnú spoločnosť s hodnotami trhovej ekonomiky. Experti M.E.S.A.10 boli autormi celého radu hospodársko-spoločenských zmien v oblasti štrukturálnych zmien hospodárstva, sociálnych služieb, bankovníctva, súdnictva, verejných financií a verejnej správy zameraných na vyššiu aktivizáciu obyvateľstva a posilnenie účasti na vlastnom živote a osude. Podieľali sa na ich odbornom spracovaní a aktívnom presadzovaní.*

M.E.S.A.10 v súčasnosti pokračuje vo svojej orientácií na riešenie problémov v hospodárskej a sociálnej oblasti. Venuje sa rôznorodým výskumným a analytickým projektom, rozvíja poradenskú činnosť doma i v zahraničí.