

Rozvoj komunitní péče

Zpráva ESN, která se zasazuje o komunitu,
nastiňuje první kroky v deinstitucionalizaci
a identifikuje klíčové prvky pro kvalitní
komunitní péči.

 www.esn-eu.org

Nezávislost
a důstojnost

Vize a
lídršip

Žít jako ostatní
a s ostatními

Skupina ESN
pro vytváření
politiky a praxe
Poradní výbor ESN
na vysoké úrovni



Zaměření na člověka, ne na struktury

Život v komunitě pro všechny

Informovaná volba pro uživatele

Společenské začlenění pro všechny



Rozvoj komunitní péče

Zpráva ESN, která se zasazuje o komunitu,
nastiňuje první kroky v deinstitucionalizaci
a identifikuje klíčové prvky pro kvalitní
komunitní péči.

ČINNOST ESN V OBLASTI ROZVOJE KOMUNITNÍ PÉČE

Rozvoj komunitní péče je významnou součástí programu Evropské sociální sítě (European Social Network, ESN), který je financován Evropskou komisí již od roku 2008. V roce 2011 byl zahájen vzdělávací program ESN určený pro místní úřady v nových členských zemích EU zaměřený na řízení změny a roli těchto úřadů při deinstitucionalizaci. Na evropské úrovni ESN aktivně působí v rámci Expertní skupiny pro přechod od institucionální ke komunitní péči.

Tuto zprávu vypracovala Dorota Tomalak (referentka pro politiku a rozvoj) ve spolupráci se Stephenem Barnettem (ředitelem politiky ESN) a Johnem Halloranem (výkonným ředitelem ESN). Tato zpráva vychází z materiálů ESN, praktických příkladů a doporučení pracovní skupiny ESN zaměřené na politiku a praxi rozvoje komunitní péče (2009 – 2010) a jejího poradního výboru; ESN chce oběma skupinám poděkovat za jejich průběžné aktivní zapojení do tohoto projektu a to od vytvoření koncepce až po komentáře týkající se struktury a používané terminologie.

O EVROPSKÉ SOCIÁLNÍ SÍTI (ESN)

Evropská sociální síť (ESN) spojuje lidi z celé Evropy, kteří hrají klíčové role při navrhování a poskytování místních veřejných sociálních služeb. Podporuje je, aby se od sebe navzájem učili, sdíleli své zkušenosti a odborné znalosti a přispívali tak k budování efektivní sociální politiky a praxe. Členové ESN jsou rozhodnuti společně podporovat poskytování kvalitních veřejných sociálních služeb a především pomoci zlepšit kvalitu života těch nejzranitelnějších lidí ve společnosti.

Zprávu vydala Evropská sociální síť (ESN), 2011
Victoria House
125 Queens Road
Brighton BN1 3WB
Spojené království

Copyright © European Social Network, 2011

FINANCOVÁNÍ

Evropská sociální síť je finančně podporována z programu Evropského společenství pro zaměstnanost a sociální solidaritu (PROGRESS 2007–2013).

Tento program v souladu se sociálním programem Evropské unie finančně podporuje implementaci cílů v oblasti zaměstnanosti a sociálních věcí a v těchto oblastech tedy přispívá k dosažení strategických cílů Lisabonské dohody.

Program se během sedmi let své realizace zaměřuje na všechny, kteří mohou pomoci k rozvoji patřičné efektivní pracovní a sociální legislativy a politiky v rámci dvaceti sedmi členských zemí EU, ESVO a také v kandidátských a potenciálních kandidátských zemích Evropské unie.

Cílem programu PROGRESS 2007 – 2013

(<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=327&langId=en>) je:

- zpracovat analýzy a doporučení týkající se politiky zaměstnanosti, sociální solidarity a rovnosti žen a mužů;
- monitorovat a podávat zprávy o dodržování právních předpisů EU a politiky zaměstnanosti, sociální solidarity a rovnosti žen a mužů;
- pomáhat při přenosu politik, vzájemném učení a podpoře mezi jednotlivými členskými zeměmi EU tak, aby bylo dosaženo cílů a priorit EU; a
- předávat a komunikovat názory a pohledy všech účastníků a společnosti.

Podrobnější informace o programu PROGRESS najdete na stránkách www.ec.europa.eu/progress.



Informace obsažené v této zprávě nemusí nutně odrážet stanovisko nebo názory Evropské komise.

PODĚKOVÁNÍ

Autoři by rádi poděkovali členům pracovní Skupiny pro rozvoj politiky a praxe komunitní péče za zpracování informací o jejich zemích a za účast v diskuzích, které napomohly k sestavení této zprávy.

Zsolt Bugarszki	Institute for Social Policy and Labour (Institut pro sociální politiku a práci)	Maďarsko
Aleksandra Čalošević	Social Innovation Fund Serbia (Srbský fond pro sociální inovaci)	Srbsko
Bruno Forti	Veneto Region (Region Veneto)	Itálie
Cate Hartigan	Health Service Executive (Státní zdravotní péče Irské republiky)	Irsko
Mikael Johansson	Swedish Association of Social Directors (FSS) (Švédská asociace ředitelů sociálních služeb)	Švédsko
Ralitsa Petrova	Municipality of Sofia (Městský úřad Sofie)	Bulharsko
Radka Soukupová	Union of Towns and Municipalities of the Czech Republic (Svaz měst a obcí České republiky)	Česká republika
Guido Verschaeren	Flemish Association of Social Directors (VVOS) (Vlámská asociace ředitelů sociálních služeb)	Belgie

Další zdroje informací týkající se sociální politiky a praxe, které tato skupina vypracovala, jsou k dispozici na stránkách <http://www.esn-eu.org/towards-community-care>.

Zvláštní poděkování náleží členům a bývalým členům Poradního výboru ESN, kterými jsou: John Bowis, Virginia Bras Gomez, Štefan Čulík, Bo Könberg, Mária Nádaždyová, Jan Pfeiffer, Władysław Sidorowicz a Agnes Simonyi. Každý z nich svými komentáři a radami přispěl nejen k vydání této zprávy, ale také k celkové práci ESN v oblasti rozvoje komunitní péče.

Evropská sociální síť (ESN) nese veškerou zodpovědnost za jakékoliv chyby nebo nepřesnosti obsažené v tomto dokumentu.

OBSAH

Předmluva	9
Shrnutí	12
Slovník užívaných pojmů	15
Úvod	17
Část I Prosazování komunitní péče	19
Část II První kroky ke komunitní péči	33
Část III Řízení komunitní péče: překážky a příležitosti	43
Další kroky	61
Seznam použité literatury	65

Poznámky:

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

PŘEDMLUVA

Vážený čtenáři,

Evropská sociální síť (ESN) už několik let aktivně vede kampaň za deinstitucionalizaci, tedy za přechod ke službám poskytovaným v komunitě. Kromě toho, že byla založena pracovní skupina pro sociální politiku a praxi a poradní výbor na vysoké úrovni, je ESN také členem *Evropské expertní skupiny pro přechod od institucionální ke komunitní péči*. Cílem této skupiny je zvyšovat povědomí o této problematice na evropské úrovni a poskytovat poradenství ohledně využívání finanční podpory z Evropských fondů pro podporu deinstitucionalizace. ESN v nedávné době zahájila výcvikový program pro účastníky z České republiky, Maďarska, Polska a Slovenska.

ESN reprezentuje obce, kraje a regiony, které plánují, navrhují, financují a mohou také poskytovat sociální služby jak v institucích, tak v komunitě. Pokud totiž mají být ústavní zařízení v Evropě zrušena a jejich (bývalí) obyvatelé mají žít nezávisle v běžných domech a bytech, v běžných ulicích, budou místní a regionální úřady hrát klíčovou roli.

Tato zpráva má za cíl pomoci lidem lépe porozumět tomu, co komunitní péče znamená a zvýšit povědomí o jejich lidských, sociálních, ekonomických a politických přínosech.

S pozdravem



John Halloran
Generální ředitel
Evropská sociální síť

Poznámky:

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

Rozvoj komunitní péče

 www.esn-eu.org

Shrnutí

Slovník
užívaných
pojmu

Úvod



SHRNUTÍ

Klíčové sdělení

Přechod od ústavní ke komunitní péči je potřebný a – navzdory všem obtížím – dosažitelný a možný, pokud v tomto procesu každý z aktérů hraje svoji roli. Výzkumní pracovníci, instituce Evropské unie a členské státy mohou přispět k úspěchu této významné změny týkající se způsobu poskytování sociálních služeb. ESN se zavázala k naplňování vize Evropy, ve které bude každý člověk mít možnost žít běžným způsobem života, pokud možno společně s ostatními.

Úvod

Většina lidí vnímá skutečnost, že žije v komunitě a je její součástí, jako samozřejmost. Přesto v Evropě takto nežije více než 1,2 milionu osob se zdravotním postižením, 300 000 osob s duševním onemocněním a 150 000 dětí¹. Tito lidé žijí dlouhodobě v ústavní péči. Přetrvávání institucionálního modelu péče je jednou z hlavních výzev, kterým Evropský sociální model čelí.

Prosazování komunitní péče

Pro poskytování péče v komunitě lze oproti institucionální péči nalézt řadu argumentů, které se opírají o zkušenosti uživatelů sociálních služeb, o lidská práva, hodnoty sociální práce a možnosti efektivního využití finančních prostředků.

Výpovědi bývalých uživatelů ústavní péče potvrzují, že ačkoliv v institucích lze nalézt fyzické bezpečí, jídlo a střechu nad hlavou, nemohou nabídnout pocit spokojenosti a úspěchu, který je spojen se začleněním do

společnosti, tedy s možností být milován a oceňován přáteli a příbuznými. Jeden bývalý uživatel ústavní péče tuto skutečnost popsal slovy: „*dokonce i kousek chleba doma chutná lépe*“.

Mezinárodní deklarace a dokumenty o **ochraně lidských práv a principů** také jednoznačně preferují péči v komunitě. Respektování lidské důstojnosti, osobní nezávislosti a možnost dělat vlastní rozhodnutí jsou všeobecně uznávaná práva, která by nikomu neměla být odepřena na základě zdravotního postižení, věku nebo stavu duševního onemocnění.

Sociální práce je založena na respektování základní hodnoty a důstojnosti všech lidí. Péče poskytovaná v ústavních zařízeních však lidem důstojnost poměrně často upírá, vytváří pevné hierarchizované struktury a nutí obyvatele, aby dodržovali stanovenou rutinu bez ohledu na jejich zájmy a potřeby. Je jasné, že **principům sociální práce** odpovídají spíše služby poskytované v komunitě, protože podporují samostatnost uživatelů a jejich zapojení tím, že s každým z nich jednájí jako s jedincem, který má vlastní potřeby, preference a silné stránky.

Ekonomické argumenty jsou ovlivněny představami tvůrců politik a poskytovatelů služeb, že pouze velké instituce jsou schopny realizovat sociální služby způsobem, který zajistí jejich finanční dostupnost. Ukazuje se však, že komunitní péče nemusí být nutně finančně náročnější, než péče ústavní. Pokud vezmeme v úvahu zvýšení kvality života lidí žijících v komunitě, jde ve skutečnosti o lépe vynaložené prostředky.

¹ ESSC, 6. – 8. července 2011, Varšava, prezentace Jana Pfeiffera, předsedy plenární sekce „Směrem ke komunitní péči“, dostupné na: <https://esn-conference.org/sites/default/files/Jan%20Pfeiffer.pdf>

První kroky ke komunitní péči

Přechod ke komunitní péči může proběhnout úspěšně pouze tehdy, pokud bude založen na jasné společné vizi, kterou pomohou formulovat samotní uživatelé služeb a kterou bude prosazovat i místní politické a odborné vedení.

Formulace **vize deinstitutionalizace** znamená vytvoření představy o komunitě, ve které už lidé nežijí v ústavech, ale dostává se jim potřebné podpory doma nebo v domácím prostředí. Taková vize může být silným zdrojem inspirace a měla by být podporou při průběžných operativních rozhodnutích potřebných k úspěšně rozvinuté komunitní péči.

Pro změnu, během které dojde k zaměření pozornosti na potřeby lidí, spíše než na potřeby institucí a struktur, je potřeba změna v **řízení na místní úrovni**. Tato změna bude vyžadovat dodatečné finanční prostředky na pokrytí přechodných **nákladů** na udržování institucionální péče v době, kdy dochází k investicím do výcviku a proškolení zaměstnanců a k investicím do nových služeb poskytovaných v komunitě. Přechod na komunitní péči proto vyžaduje podrobné plánování a pečlivé řízení.

Deinstitutionalizace nemůže být úspěšná bez **zapojení uživatelů, jejich rodin, pečujících pracovníků a komunity**, ve které mají žít. V Evropské Ad-hoc zprávě je obsažen tento základní společný princip přechodu z ústavní na komunitní péči:

„Uživatelé péče (a jejich rodiny) by měli být plnohodnotnými partnery v procesu transformace. Měli by být aktivně zapojeni a dotazováni ohledně rozvoje, poskytování a hodnocení služeb.“

Příbuzní uživatelů ústavní péče také hrají klíčovou roli pro úspěch nebo neúspěch deinstitutionalizačních projektů. Stejně tak musí být do procesu začleněni od samého počátku **zaměstnanci** a musí mít možnost získat kvalifikaci nebo rekvalifikaci pro práci v komunitních službách. Úspěch také závisí na podpoře v místě, kde uživatelé služeb

pravděpodobně budou žít. Otevřená a akceptující **komunita** tvořená sousedy, obchodními a občanskými uskupeními může výrazně zvýšit nezávislost bývalých uživatelů ústavní péče a jejich zařazení do společnosti.

Co udělat pro to, aby komunitní péče úspěšně fungovala

Aby bylo zajištěno efektivní a koordinované poskytování komunitní péče, musí být v procesu deinstitutionalizace v souladu celá řada klíčových prvků.

Strategické hodnocení potřeb a plánování je procesem, který vychází ze sociálně-ekonomických dat a kvalitativních informací od místních občanů a v rámci kterého jsou identifikovány současné a předpokládané budoucí sociální a zdravotní potřeby místních obyvatel. V modelech založených na institucionální péči nemusí strategické plánování přesáhnout problematiku kapacity a rozpočtu. V modelu založeném na komunitních službách je podstatné hlubší zhodnocení toho, zda poskytované služby uspokojují potřeby a preference občanů.

Pro každého, kdo může potřebovat péči a podporu jsou nezbytné dostatek **informací a poradenství**. Na první pohled se ústavním zařízením může zdát propagace nabízených služeb jednodušší: jsou zde neměnné prvky, jako je kapacita, počet zaměstnanců, umístění zařízení a nabídka služeb. Také budova zařízení je často v daném místě významným bodem, který lze v případě potřeby snadno najít. Oproti tomu komunitní služby bývají více rozptýlené a méně v povědomí místní komunity. Budou se teprve muset naučit vyvolávat v komunitě důvěru, pocit bezpečí a závazek ke zvyšování kvality života uživatelů.

Posouzení individuálních potřeb obvykle vyžaduje specializovaného odborníka (nebo multidisciplinární tým), který spolupracuje s uživatelem služeb (a jeho rodinou) a identifikuje jeho potřeby a způsoby, kterými budou co nejlépe uspokojeny. Je tak vytvářen osobní plán podpory. V institucích posouzení

potřeb obvykle provádí zaměstnanci instituce a vychází při tom z toho, co je instituce schopná nabídnout. Při dobré komunitní péči však jde o celkové posouzení osobních potřeb a životních okolností uživatele, jehož výsledkem je podpora odpovídající potřebám jedince prostřednictvím různých služeb.

Kapacita služeb znamená dostatečné pokrytí poptávky požadovaných služeb. Skutečnost, že existují pořadníky žadatelů čekající na poskytnutí služby a také nestejně pokrytí potřeb ve městech a na venkově, svědčí buď o nedostatečném strategickém plánování nebo financování. Kapacita a dostupnost služeb by měly být pravidelně kontrolovány místními orgány a dalšími organizacemi, které jsou zodpovědné za plánování a financování služeb, a to v závislosti na strategickém hodnocení potřeb a plánování.

Pojem **výběr** zahrnuje v komunitní péči širokou škálu možností. Není to jen volba mezi různými poskytovateli stejné služby nebo mezi různými službami, ale také volba toho, jak člověk chce žít svůj život. Oproti tomu volba v ústavním prostředí může být omezena na výběr specializovaných služeb uvnitř jedné instituce. Představa, že instituce nabízejí větší výběr než běžná komunita, byl vyvrácen v Evropské zprávě z roku 2009². Tato zpráva upozorňuje na to, že instituce mají tendenci poskytovat všem uživatelům službu jednotným, unifikovaným způsobem a omezovat tak jejich možnosti individuální volby ve prospěch rutiny.

Přechod od institucionální ke komunitní péči má mít za cíl zlepšení **kvality života** uživatelů služeb, tj. zvýšení jejich celkové životní spokojenosti zahrnující všechny emocionální, sociální a fyzické aspekty života jednotlivce. V ústavních zařízeních je však kvalita často

chápana jako splnění parametrů stanovených regulačním orgánem a zahrnuje taková kritéria, jako je například poměrný počet zaměstnanců vzhledem k počtu uživatelů žijících v instituci nebo velikost místnosti na osobu. Komunitní péče se oproti tomu zaměřuje na individuální potřeby a přání uživatelů péče. Díky tomu služby založené na komunitní péči spíše vidí člověka jako celistvou osobnost s emocionálními, sociálními a fyzickými potřebami.

Být v péči instituce znamená být mimo domov, často v úplně jiném městě nebo regionu, mít omezený kontakt s okolním světem, a to včetně rodiny a přátel. Takové podmínky lidi vylučují, izolují a dávají jim stereotypní nálepky. Komunitní péče je naopak často poskytována takovým způsobem, aby lidé mohli zůstat doma nebo v domácím prostředí, jak nejdéle je to možné. Právě takový postup jim dává větší šanci na plné **zařazení do společnosti**. Aby komunitní služby byly úspěšné a schopné uspokojit základní i komplexní potřeby uživatelů, musí být koordinovány a vzájemně propojeny.

² Zpráva Ad-hoc expertní skupiny o přechodu z institucionální ke komunitní péči byla vypracována skupinou nezávislých expertů, svolanou v únoru 2009 komisařem EU, Vladimírem Špidlou, aby projednala problémy reformy institucionální péče ve své komplexnosti. Dostupné na: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/8387/Zprava-Ad-hoc-expertni-skupiny.pdf>

SLOVNÍK UŽÍVANÝCH POJMŮ

Pro termíny „instituce“ ani „komunitní péče“ neexistují žádné jednotné, mezinárodně uznávané definice. V literatuře lze dohledat řadu definic užívaných specificky v různých prostředích a oborech, které se týkají postižení nebo duševního zdraví. Vzhledem k tomu, že tato zpráva je kromě těchto dvou skupin zaměřena také na děti a seniory, kteří vyžadují péči, budou ve zprávě objasněny základní pojmy v následujících pracovních definicích, které by měly čtenáři usnadnit porozumění používaným termínům:

Uživatel služeb / Obyvatel / Zranitelná osoba

Tyto termíny jsou ve zprávě používány pro označení osob, které žijí v institucích nebo v komunitě a které potřebují péči nebo podporu v každodenním životě. Čtyři hlavní skupiny uživatelů, o kterých se ESN ve své práci o rozvoji komunitní péče zmiňuje, jsou: lidé s postižením; lidé s duševním onemocněním; děti vyžadující péči mimo původní rodinu a starší osoby s potřebou podpory.

Služby poskytované v komunitě; péče v komunitě; komunitní péče

Tyto pojmy znamenají jakoukoliv formu pomoci, podpory a péče, která lidem umožňuje překonávat nebo zvládat různé zdravotními problémy, postižení nebo životní okolnosti, kterým musí čelit. Termín „poskytované v komunitě“ odkazuje na myšlenku, že zranitelní lidé by měli žít spolu s „normálními“ lidmi na stejné ulici, spíše než odděleně od nich. Nadto „služby poskytované v komunitě“ bývají vnímány jako nejlepší prostředí, které uživatele zplnomocňuje k tomu, aby se začlenil do společnosti a měl kontrolu nad vlastním životem. V případě dětí je komunitní péče chápána jako „péče, která se co nejvíce podobá péči v rodině“ a kde se na procesu podpory dítěte podílí celá

komunita. Příkladem takové péče v komunitě jsou podpůrné a pěstounské rodiny.³³

Instituce je zařízení pro dlouhodobý pobyt, ve kterém lidé žijí a kde se jim dostává péče na časově neomezenou dobu od chvíle, kdy proběhne zhodnocení jejich zdravotních a sociálních potřeb nebo od chvíle vynesení soudního rozhodnutí. Tato zařízení obvykle mívají prostory pro spaní, společné koupelny a společenské prostory, kde se uživatelé mohou stýkat s ostatními lidmi. Uživatelé mohou mít vlastní pokoje, společné pokoje, větší společné ložnice nebo pokoje zařízené nemocničním způsobem. Instituce zaměstnává zdravotní a sociální personál, který poskytuje péči obyvatelům těchto institucí. Instituce mohou být charakterizovány jednotvárným designem, výzdobou a rutinou. V souvislosti péčí o děti s mentálním postižením WHO definuje instituce jako zařízení, která:

- jsou izolována od běžné společnosti, nabízejí jen málo příležitostí k začlenění do běžného každodenního života a k prožívání běžných situací;
- ubytovávají relativně velké skupiny lidí, kteří nejsou členy jedné rodiny a jsou nuceni žít společně;
- mají za následek oddělení dětí od rodiny, přátel a společnosti po dlouhá časová období;
- jsou organizována podle přísné rutiny, která nemůže uspokojit potřeby a přání jednotlivých dětí; a
- vyčleňuje děti ze společnosti na základě diagnostikování postižení a/nebo chronického onemocnění.⁴

³ Better Care Network (Síť pro lepší péči), Nástroje a slovník klíčových pojmů, dostupné na: <http://bettercarenetwork.org/BCN/Toolkit/Glossary/index.asp>

⁴ Světová zdravotnická organizace, Evropská sekce, Lepší zdraví, lepší život: děti a mladí lidé s mentálním postižením a jejich rodiny, EUR/51298/17/PP/3, listopadu 2010, s. 4

Ačkoliv pojem „instituce“ je nejčastěji používaný název, některá zařízení pro dlouhodobý pobyt se mohou skrývat také pod takovými názvy, jako je „centrum“, „internátní / zvláštní škola“, „nemocnice“, „dětský domov“, „dům s pečovatelskou službou“, „penzion“ a různými dalšími názvy.

Evropská Ad-hoc skupina pro přechod od institucionální ke komunitní péči považuje za jednu ze základních charakteristik instituce **institucionální kulturu**. Tato skupina zastává názor, že externí znaky typické pro instituce (jako jsou zdi, brány, velké oddělené budovy) jsou sice „*nejviditelnějšími prvky, ale ne nezbytně těmi nejdůležitějšími pro definování toho, co znamená instituce*“. Namísto fyzických znaků tato skupina navrhuje zaměřit se na takové interní charakteristiky jako je: „1) odosobnění (depersonalizace); 2) přísná, rigidní rutina (neměnné časové rozvrhy pro buzení, jídlo a aktivity nerespektující preference nebo potřeby uživatelů); 3) skupinové zacházení (jednání s lidmi ve skupinách bez možnosti soukromí nebo individuálního přístupu) a 4) velké sociální rozdíly (symbolizující rozdílné postavení zaměstnanců a uživatelů institucionální péče).“⁵

Deinstitucionalizace / přechod k péči v komunitě znamená posun v tom, jakým způsobem je poskytována péče zranitelným osobám. Potřeby bývalých (a potenciálních) uživatelů jsou zde zhodnoceny a konzultovány tak, aby tito lidé měli možnost žít v alternativním prostředí, které vyhovuje jejich potřebám a preferencím, a kde se jim dostane takové podpory, kterou potřebují. Není to „řada událostí, ale proces, který nikdy nekončí. Nejedná se o pouhé vystěhování lidí z budov zvaných instituce; je to spíše proces, který lidem pomáhá získat nebo znovu získat

*kontrolu nad vlastním životem a stát se součástí společnosti.“*⁶

Normalizace je princip, který znamená, že lidé s mentálním postižením by měli vést život, který se co nejvíce podobá tomu, jak žije zbytek společnosti, s možností mít přátele, žít ve vlastním domě, studovat, pracovat, radovat se z blízkých vztahů a volnočasových aktivit.⁷

Plánování zaměřené na člověka je přístup k osobní podpoře, který byl vyvinut organizacemi poskytujícími podporu lidem s mentálním postižením, a který se snaží realizovat přání jednotlivých lidí tím, že jim nechává kontrolu nad procesem plánování. Pracovníci uznávají tyto osoby jako experty a respektují jejich vlastní životy.⁸ Tento proces zahrnuje „*neustálé naslouchání a zjišťování přání osob a spolupráci na jejich naplnění za pomoci rodiny a přátel.*“⁹

Personalizace znamená uvažovat o sociálních službách zcela jiným způsobem. Znamená to pracovat s každým člověkem jako s jedincem, který má své silné stránky, vlastnosti, preference a přání a klást je na první místo v procesu identifikování jeho potřeb a rozhodování o tom, jak a kdy mu bude v jeho životě poskytnuta podpora. To vyžaduje významnou změnu v péči o dospělé osoby, která umožní, aby byly všechny systémy, procesy, personál a služby nastaveny tak, aby u nich byli lidé na prvním místě.¹⁰

⁶ Henderson, J., Krátká studie o deinstitucionalizaci v kontextu programu řecké reformy (nezveřejněna)

⁷ Baldock, J., Manning, N., Vickerstaff, S., Sociální politika, 3. vydání, Oxford University Press, 2007 (s. 473)

⁸ uvedeno tamtéž

⁹ Collinsův slovník sociální práce, Pierson, J., Thomas, M., (ed.) nakl. HarperCollins 2006

¹⁰ SCIE, „Na první pohled“, roč. 41, duben 2011, Instruktaž o personalizaci: Důsledky zákona o rovnoprávnosti z roku 2010, dostupné na: <http://www.scie.org.uk/publications/ataglance/ataglance41.asp>

⁵ Zpráva Ad-hoc expertní skupiny o přechodu z institucionální ke komunitní péči byla vypracována skupinou nezávislých expertů, svolanou v únoru 2009 komisařem EU, Vladimírem Špidlou, aby projednala problémy reformy institucionální péče ve své komplexnosti. Dostupné na: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/8387/Zprava-Ad-hoc-expertni-skupiny.pdf>

ÚVOD

Vedle problémů jako je stárnutí populace, migrace, diskriminace, nezaměstnanost či dětská chudoba zůstává jednou z hlavních výzev, kterým evropský sociální model čelí, přechod od institucionálního modelu péče k modelu péče v běžné komunitě. Jedná se o výzvu, jejímuž dosažení brání řada překážek:

- neexistuje žádná univerzální definice „instituce“,
- neexistují žádné spolehlivé oficiální údaje o počtu institucí, ani o tom, kolik lidí v nich žije,
- je zde domněnka, že instituce jsou problémem střední a východní Evropy, kde byly rozšířeny během komunistické éry,
- někteří lidé předpokládají, že instituce jsou pro „zranitelné osoby“ dobrým místem, protože tam budou v bezpečí a bude o ně dobře postaráno,
- objevuje se názor, že přechod ke komunitní péči je žádoucí, ale není reálný a dosažitelný.

Nicméně objevují se některé slibné pokusy, které tyto bariéry překonávají.

Kvůli obtížím, resp. absenci, jednotné, univerzální definice pojmu instituce tato zpráva používá definici užívanou ve významné zprávě EU, která je založena na třech klíčových charakteristikách:

- „Uživatelé jsou izolováni od širší společnosti a/nebo jsou nuceni žít společně;
- uživatelé nemají dostatečnou kontrolu nad vlastními životy a rozhodnutími, která se jich týkají;
- požadavky organizace (která provozuje a řídí instituci) zpravidla mívají přednost před potřebami jednotlivých uživatelů.“¹¹

¹¹ uvedeno tamtéž, s. 8

Různé studie poskytují **orientační** údaje o počtu lidí žijících v ústavech podle kategorií uživatelů služeb. V předmluvě výše zmíněné Evropské zprávy je uvedeno, že *"skutečný počet osob v ústavní péči, je vzhledem k nedostatku dostupných dat obtížné zjistit, ale je to určitě v řádu milionů"*¹². Většina informací o počtech lidí v institucích totiž není čerpána z oficiálních statistik, ale sběr informací probíhá prostřednictvím "samo-ohlašování", což může vzbuzovat pochybnosti o jejich spolehlivosti. Srovnání v rámci jednotlivých států, natož mezi nimi, je samo o sobě obtížné kvůli rozdílům v tom, jaké údaje a jakým způsobem jsou shromažďovány a také kvůli závislosti na úrovni vlády a resortu, pod který instituce spadají (sociální, zdravotnictví, školství). Delegáti na semináři ESN v roce 2009 uváděli, že průměrná **kapacita instituce** byla (jak ve "staré" tak i v "nové" Evropě) přes 120 lůžek.¹³ A přestože instituce v severní a západní Evropě mohou vypadat jinak, mohou být účelově postaveny a mohou mít dobře proškolený personál - když se vrátíme k výše uvedené definici - *"izolují uživatele od společnosti"* a *"nedávají jim dostatečnou kontrolu nad jejich životy"*.

Předsudek, že "zranitelné osoby" (pro nedostatek lepších termínů) jsou značně závislé, potřebují být opatrovány, ochraňovány a je nutné se o ně starat, byl postupně vyvrácen různými uživatelskými sdruženími, organizacemi a reformami, které uživatelům dávají větší kontrolu nad jejich životy, včetně toho, že žijí ve svých vlastních domovech. Vladimír Špidla, bývalý evropský komisař pro zaměstnanost, sociální věci a rovné příležitosti, napsal:

"Po celá desetiletí byla existence takovéto ústavní péče považována za

¹² uvedeno tamtéž, s. 5

¹³ Průzkum členských zemí ESN o vývoji deinstitucionalizace a komunitní péče z roku 2009, dostupné na: <http://www.esn-eu.org/get-document/index.htm?id=400>

důkaz toho, že společnost se o zranitelné osoby stará, že je nenechá bez pomoci a poskytuje potřebným jídlo, přístřeší, oblečení a péči. Ale je toto... nejlepší možný model, jaký vyspělé evropské společnosti mohou nabídnout ... ve 21. století?"¹⁴

Institucionální model péče je zajisté o prostředí, v jakém je péče poskytována, a také o velikosti těchto zařízení, ale možná je dán především tím, jak společnost vnímá lidi, kteří v ústavech žijí. Nicméně jakkoliv dobře je tento názor míněn, dnes již existuje dostatek důkazů o tom, že zranitelní lidé jsou schopni žít relativně běžným způsobem života v běžných bytech nebo domech na běžných ulicích, a to za předpokladu, že bylo dostatečně investováno do klíčových služeb.

Navzdory důkazům, které normalizaci podporují, stále existují lidé, kteří jsou přesvědčeni, že zavedený institucionální model poskytování služeb je jednoduše příliš obtížné změnit. Skeptici tvrdí, že přechod je příliš složitý a nákladný na řízení a že služby v komunitě jsou finančně nedostupné. V této zprávě zastáváme názor, že deinstitucionalizace je žádoucí - a ačkoliv je náročná - je dosažitelná. Naše zpráva popisuje, jaké překážky zde existují a jak mohou být překonávány, aby byl učiněn konec masovému vyloučení lidí v institucích ze společnosti a jak bychom mnoha lidem mohli dát to, co mnozí z nás považují za samozřejmost - možnost žít jako ostatní a společně s ostatními.

¹⁴ Předmluva Zprávy Ad-hoc skupiny, viz pozn., s. 2

Rozvoj komunitní péče

 www.esn-eu.org

Část I:

Prosažování
komunitní péče



ČÁST I

Prosazování komunitní péče

Pro přechod od institucionální ke komunitní péči existují silné argumenty. V Části I představíme čtyři různé skupiny argumentů, které přechod podporují, počínaje tím nejdůležitějším – hlasem uživatelů služeb.

Potom přezkoumáme mezinárodní nástroje na ochranu lidských práv a principy sociální práce a přehled pak uzavřeme ekonomickými argumenty.

1. Hlas bývalých uživatelů ústavní péče

Mnohé výpovědi (bývalých) uživatelů, obyvatelů ústavů odhalují nedostatky modelu institucionální péče: ukazují, že život v ústavech se od „běžného života“ naprosto liší. Některé instituce se to snaží napravit tím, že dělají maximum pro – často těžce postižené – obyvatele; nabízejí jim kvalitní péči a alespoň do určité míry možnost volby, pokud se týká jejich aktivit. Negativní zkušenosti s ústavní péčí, jaké jsou popsány v této části, nemají nezbytně všichni bývalí uživatelé ústavní péče. Někteří uživatelé mohou mít příjemné vzpomínky na obzvláště starostlivého pracovníka nebo na přátelství, které si vytvořili s jinými obyvateli ústavu. Avšak ani moderní instituce s dobrým ubytováním, vhodným vybavením a dobře školeným personálem nejsou schopny nabídnout „normální život“ včetně nakupování, vaření, chození ven nebo trávení času podle vlastních přání. Zkrátka: neumožňují žít život jako ostatní lidé a spolu s nimi.

Tato část využívá výpovědí bývalých uživatelů ústavní péče k ilustraci rozdílů mezi běžným životem a životem v ústavu. Následující text může pro některé země odrážet situaci, jaká byla v ústavech před dvaceti nebo třiceti lety. U jiných zemí, jejich částech nebo v některých oblastech služeb to může být nepřilíš vzdálená minulost nebo i aktuální realita každodenního života.

Výpověď bývalé obyvatelky nizozemského ústavu pro lidi s mentálním postižením ukazuje, co instituce ve skutečnosti znamená a nakolik se život v ústavu liší od „normálního života“.

„Když jsem přišla do Vijvervreugd, připadala jsem si jako v nemocnici, ale nemocná jsem vůbec nebyla. Personál nosil bílé uniformy. Spala jsem ve společné ložnici s dalšími 11 lidmi. Neměli jsme žádné místo, kde bychom mohli být sami, a trávili jsme celé dny ve skupině. Co pro mě bylo nejhorší, bylo společné koupání. Jsem docela stydlivá, ale všichni se každý den museli vykoupat. Stály jsme nahé a čekaly jsme, až na nás přijde řada. A potom jste si musela obléct pyžamo - v pět hodin odpoledne – zkuste si to představit, v té době mi bylo dvacet let.“¹⁵

Dnes tato bývalá obyvatelka ústavu žije sama a pracuje v květinářství.

Tato výpověď ilustruje nejen rozdíl mezi „normálním“ a „ústavním“ životem, ale poukazuje také na to, jak je důležité provádět nezávislé posouzení individuálních potřeb. Je jasné, že tato mladá žena, vzhledem k tomu, že je schopná s určitou podporou vést samostatný život v komunitě, nepotřebovala péči v instituci. Tento případ může svědčit o tom, že člověk, který byl zodpovědný za umístění této ženy do péče ústavu Vijvervreugd, nebral v úvahu řadu jejích schopností, její přání ani potřeby. Naopak se zaměřil pouze na skutečnost, že uživatelka měla mentální postižení, a to bylo samo o sobě považováno za rozhodné kritérium pro její umístění do tohoto ústavu.

¹⁵ Van Loon, J., Van Hove, G. (2001). Emancipace a sebeurčení lidí s mentálním postižením v menších ústavních zařízeních. *Disability & Society*, 16 (2), s. 233 - 254, dostupné na: <http://www.arduin.nl/english/index.asp>

Otázka individuálního posouzení potřeb je podrobněji popsána v části III.

Institucionální péče je často kritizována za to, že nezplnomocňuje uživatele k rozhodování o svém životě. Jedna bulharská uživatelka popsala svůj život v ústavu takto:

„Paní (sociální pracovnice) vědí ty věci, na které se mě ptáte, o mých osobních dokladech. Starají se o to... Já nevím, jestli zase pojedeme na výlet k moři. Možná, jestli paní rozhodnou, že pojedeme ... říkají nám, když jsou ve městě koncerty a někdy nás berou s sebou...“¹⁶

Bývalý ředitel sociálních služeb v Anglii vzpomíná na své zkušenosti s ústavu pro lidi s postižením:

„Uživatelé byli vždy nazýváni „chlapci“ nebo „děvčata“ a když byly oslovení osobně, nikdy to nebylo jejich řádným jménem, ale vždy zdvojnásobením jako „Teddy“ nebo „Johnny“. Zaměstnanci byli rozhodně starostliví a milí, ale s obyvateli ústavů zacházeli jako s malými dětmi, ne jako s dospělými, kteří mají nějaký potenciál.“

Pro děti a mladé lidi je zážitek ústavní péče často traumatický, odcházejí z ní s pocitem hanby a zloby. Jeden mladý Rumun řekl: *„Ústav nebyl bezpečný. Starší kluci mě bili a nutili mě dělat ponižující práce“*.¹⁷ Další řekl: *„Bylo opravdu těžké jít každý den do školy s tím, že jsem věděl, že ostatní si ze mě*

budou utahovat jenom proto, že jsem žil v dětském domově.“¹⁸

Děti a mladí lidé, kteří byli v ústavní péči, mluví také o tom, že se cítí osamělí a neviditelní. Podle slov dítěte z Moldavska:

„Když jsme byli doma s našimi prarodiči, cítili jsme, že nás má někdo rád. Tady necítím, že by mě měli rádi. Ostatní děti se mnou moc nekamarádí. Raději bych byla doma, povídala si se sestrami a bavila se.“¹⁹

Není překvapením, že i senioři preferují zůstat doma. Téměř 90 % respondentů jednoho evropského průzkumu je přesvědčeno, že systém sociální a zdravotní péče by měl starším lidem pomáhat, aby mohli zůstat ve svých domovech, co nejdéle je to možné.²⁰ Ačkoliv lidé souhlasí s tím, že v určitém bodě života může být nutné využívat péči v léčebně nebo v domově pro seniory, představa, že by museli opustit svůj domov, sousedy a přátele, pokud by stále byli schopní se sami o sebe postarat, je většinou děsivá. *„Být v domově pro seniory je někdy stejně jako být ve vězení, jen s tím rozdílem, že na zemi jsou koberce,“* říká jeden starší člověk z Anglie.²¹

Třeba že lze tedy v institucích poskytnout fyzické bezpečí, jídlo a střechu nad hlavou,

¹⁶ ESSC, 6. – 8. červenec 2011, Varšava, prezentace Agentury Evropské unie pro základní práva (FRA), dostupné na: <https://esn-conference.org/sites/default/files/FRA%20English.pdf>

¹⁷ UNICEF Profil země „Odchod z ústavní péče – Rumunsko“, dostupné na: <http://www.unicef-irc.org/research/ESP/youth/r12inst.pdf> Smith G. P., Vnímání sebe sama a pocit hanby, akademická studie předložená roku 2011 Australské sociologické asociaci, dostupné na: <http://www.tasa.org.au/uploads/2011/01/Smith-Gregory.pdf>

¹⁸ Smith G. P., Vnímání sebe sama a pocit hanby, akademická studie předložená roku 2011 Australské sociologické asociaci, dostupné na: <http://www.tasa.org.au/uploads/2011/01/Smith-Gregory.pdf>

¹⁹ Citace v Lumos - část „Naše zprávy a názory“, Proč jsou oslavy lepší doma, vydáno v elektronické podobě 31. března 2011, dostupné na: <http://www.lumos.org.uk/news.php/392/whycelebrations-are-better-at-home>

²⁰ Evropská nadace pro zlepšení životních a pracovních podmínek. Zdraví a péče v rozšířené Evropě. Lucemburk, Úřad pro úřední tisky Evropských společenství, 2004.

²¹ Formování našich životů, konzultace pro hrabskou radu Cumbria County Council / a státní zdravotní služby Primary Care Trust: Posouzení budoucích potřeb bydlení pro starší lidi, dostupné na: www.cumbria.gov.uk/elibrary/view.asp?ID=36288

nemohou nabídnout pocit spokojenosti a úspěchu, který je spojen se začleněním do společnosti, s možností být milován a oceňován přáteli a příbuznými. Je pozoruhodné, jak často zranitelné osoby přirovnávají ústavy k vězení a jak touží po „normálním životě“ – doma, nikoli v domově. Jeden bývalý uživatel ústavní péče tuto skutečnost popsal těmito slovy: „*dokonce i kousek chleba doma chutná lépe.*“²²

²² Citace v Lumos - část „Naše zprávy a názory“, Proč jsou oslavy lepší doma, vydáno v elektronické podobě 31. března 2011, dostupné na: <http://www.lumos.org.uk/news.php/392/whycelebrations-are-better-at-home>

2. Argumenty sociální práce

Sociální práce je založena na respektu k základní hodnotě a důstojnosti všech lidí. To je základem přístupu, který zplnomocňuje lidi k tomu, aby žili nezávislým a naplněným životem. Dokument „Etika v sociální práci, vyhlášení principů“²³, který byl v roce 2001 přijat Mezinárodní federací sociálních pracovníků (IFSW) uvádí, že „sociální pracovníci by se měli zaměřit na silné stránky všech jednotlivců, skupin a komunit a prosazovat jejich zplnomocnění.“ Dále také podporují svobodu volby:

„Sociální pracovníci by měli respektovat a podporovat práva lidí na vlastní volbu a vlastní rozhodnutí bez ohledu na jejich hodnoty a životní volby, pokud tím nejsou ohrožena práva nebo oprávněné zájmy jiných lidí.“

Lidem žijícím v instituci však rigidní rutina zpravidla neumožňuje dělat vlastní rozhodnutí, například o tom, kdy chtět vstávat, umýt se a kdy a co chtějí jíst.

Sebeurčení a možnost volby jsou klíčové hodnoty sociální práce, které by měly být vodítkem při designování a poskytování sociálních služeb. Yannis Vardakastanis, Prezident Evropského fóra pro lidi s postižením, který v roce 2011²⁴ promluvil na Konferenci evropských sociálních služeb, je přesvědčen o tom, že:

„Svoboda volby je nejposvátnějším právem každého člověka. Pokud člověk není schopen tato práva uplatňovat, v podstatě

je v zajetí. Je to forma sociálního otroctví.“²⁵

Vardakastanis ústavy přirovnává k věznicím a povinnou institucionalizaci považuje za „zjevné porušování lidských práv“. Vyzval uživatele a poskytovatele sociálních služeb – veřejných i soukromých – aby v tomto společně pracovali na dosažení změny.

Britský etický kodex Národní asociace sociálních pracovníků zdůrazňuje princip podpory mezilidských vztahů. To znamená, že eticky vystupující sociální pracovník „s uživateli služeb jedná jako s partnery... zapojuje je do celého procesu a průběžně usiluje o posílení vztahů mezi lidmi tak, aby došlo k znovuoobnovení, udržení a zlepšení duševní pohody jednotlivců, rodin a komunit.“²⁶ V prostředí ústavní péče, kde jsou uživatelé odděleni od ostatních, může být tento obecný závazek posilování kontaktů mezi uživateli péče a širší komunitou snadno porušen.

Oproti tomu péče v komunitě vytváří více příležitostí k tomu, aby lidé rozvíjeli smysluplné vztahy a byli začleněni do společnosti. Přestože sociální práce prošla v druhé polovině 20. století mnoha změnami, pokud jde o organizační kontext nebo o povahu sociálního a politického prostředí, její principy se nemění. Ve 21. století by měly být chápány ve smyslu podpory zplnomocnění a inkluzivních služeb poskytovaných v komunitě.

²³ Mezinárodní federace sociálních pracovníků, „Etika v sociální práci“, prohlášení o zásadách, které bylo schváleno na valných hromadách Mezinárodní federace sociálních pracovníků a Mezinárodní asociace škol sociální práce v Adelaide, Austrálie, říjen 2004, dostupné na: <http://www.ifsw.org/f38000032.html>

²⁴ ESSC, 6. – 8. červenec 2011, Varšava, program a všechny prezentace dostupné na: <http://esn-conference.org/programme-warsaw>

²⁵ ESSC, 6. – 8. červenec 2011, Varšava, Projev Yannise Vardakastanise prezentovaný na plenárním zasedání „Směrem ke komunitní péči“, dostupné na: https://esn-conference.org/sites/default/files/Vardakastanis%20Speech_0.pdf

²⁶ Národní asociace sociálních pracovníků, etický kodex, schválený v roce 1996 a upravený v roce 2008 Shromážděním delegátů NASW, dostupné na: <http://www.socialworkers.org/pubs/code/code.asp>

V těchto službách by pak měla být podpořena nezávislost a spoluúčasť tím, že bude s každým člověkem zacházeno jako s plnohodnotným jedincem a budou identifikovány jeho silné stránky.

3. Argumenty lidských práv

Stejně jako hlasy bývalých uživatelů ústavní péče a hodnoty sociální práce, také mezinárodní smlouvy a konvence jednoznačně upřednostňují komunitní péči před péčí institucionální. Široká škála mezinárodních, evropských a národních zákonů a deklarací má za cíl předcházet vyčlenění lidí ze společnosti, zaručit rovné příležitosti a ochránit lidská práva těch nejzranitelnějších lidí. Zdůrazňují, že každý člověk, ať už mladý nebo starý, bez ohledu na jakékoli postižení nebo zdravotní problémy, by měl užívat stejných práv a zodpovědností. Tato práva nemohou být převedena na jinou osobu a nesmí být svévolně, bez jasných kritérií, omezena nebo odejmuta. Tato část shrnuje některá z těchto práv a prezentuje je v přehledné tabulce, která umožňuje porovnání mezi různými uživatelskými skupinami a dokumenty.

Děti	Lidé s postižením (včetně lidí s duševním onemocněním)	Senioři²⁷
<p>Respekt</p> <p>Listina základních práv Evropské unie²⁸, článek 24:</p> <p>„Při všech činnostech týkajících se dětí, ať už uskutečňovaných veřejnými orgány nebo soukromými institucemi, musí být prvořadým hlediskem nejvyšší zájem dítěte.“</p> <p>„Děti [...] mohou svobodně vyjadřovat své názory. V záležitostech, které se jich dotýkají, se k těmto názorům musí přihlížet s ohledem na jejich věk a vyspělost. Také musí mít přístup ke všem potřebným informacím.“</p>	<p>Listina základních práv Evropské unie, článek 26:</p> <p>"Unie uznává a respektuje právo osob se zdravotním postižením na opatření, jejichž cílem je zajistit jejich nezávislost, sociální a profesní začlenění a jejich účast na životě společnosti."</p>	<p>Listina základních práv Evropské unie článek 25:</p> <p>"Unie uznává a respektuje práva starších osob na to, aby vedly důstojný a nezávislý život a podílely se na společenském a kulturním životě."</p>

²⁷ Další informace o právech starších lidí a Madridském mezinárodním akčním plánu pro stárnutí (včetně Průvodního rámce a nástrojů pro odborníky a tvůrce konceptů) jsou dostupné na: http://www.un.org/ageing/documents/building_natl_capacity/guiding.pdf

²⁸ Listina základních práv Evropské unie zveřejněná 18. prosince 2000 v Úředním věstníku Evropských společenství (C 364/1), dostupné na: http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_en.pdf

Děti	Lidé s postižením (včetně lidí s duševním onemocněním)	Senioři
Volba		
<p>Úmluva OSN o náhradní rodinné péči²⁹, odstavec 94</p> <p>"Všechny pečující osoby by měly podporovat a povzbuzovat děti a mladé lidi k tomu, aby se rozhodovali na základě získaných informací, a braly při tom v potaz přijatelná rizika a věk dětí i jejich rozvíjející se schopnosti."</p>	<p>Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením³⁰, článek 3:</p> <p>„Úmluva je založena na následujících zásadách: a) respektování přirozené důstojnosti, osobní nezávislosti, zahrnující také svobodu volby, a samostatnosti osob;“</p>	<p>Zásady OSN pro seniory³¹, zásada č. 14:</p> <p>"Starší lidé by měli mít možnost užívat lidských práv a základních svobod, ať už bydlí kdekoli, včetně sociálních nebo zdravotnických zařízení, počítaje v to i právo na plné respektování jejich důstojnosti, přesvědčení, potřeb, soukromí a právo rozhodovat o péči a kvalitě jejich života."</p>
Místo pro život		
<p>Úmluva OSN o náhradní rodinné péči, odstavec 23:</p> <p>"...tam, kde stále existují velká ústavní zařízení, je v návaznosti na strategii celkové deinstitutionalizace nezbytné vytvořit jiné možnosti a stanovit jasné záměry a cíle vedoucí k postupné eliminaci těchto zařízení."</p>	<p>Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, článek 19:</p> <p>"Osoby se zdravotním postižením musí mít možnost si zvolit, na rovnoprávném základě s ostatními, místo pobytu, kde a s kým budou žít a nebyly nuceny žít ve specifickém prostředí;"</p>	<p>Zásady OSN pro seniory, zásada č. 5:</p> <p>"Starší lidé by měli mít možnost žít v prostředí, které je bezpečné a přizpůsobené jejich osobním preferencím a měnícím se schopnostem."</p>

²⁹ Úmluva OSN o náhradní rodinné péči; usnesení přijaté Valným shromážděním (A/64/434) 24. února 2010, dostupné na: <http://www.europe.ohchr.org/Documents/UN%20Docs/UN%20Guidelines%20for%20the%20Alternative%20Care%20of%20Children.pdf>

³⁰ Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (UNCPRD) a opční protokol, přijaty dne 13. prosince 2006 na Valném shromáždění OSN, dostupné na: <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>

³¹ Usnesení valné hromady o provádění Mezinárodního akčního plánu pro stárnutí a související činnosti a přijetí zásad OSN pro seniory (A/RES/46/91) přijaté dne 16. prosince 1991, dostupné na: <http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r091.htm>

Děti	Lidé s postižením (včetně lidí s duševním onemocněním)	Senioři
Participace		
<p>Úmluva OSN o náhradní rodinné péči, směrnice 131:</p> <p>„Po celou dobu trvání péče by měly organizace a zařízení v dětech systematicky pěstovat soběstačnost a připravovat je na začlenění do společnosti, zejména díky osvojení si sociálních dovedností a dovedností potřebných k samostatnému životu...“</p> <p>Úmluva OSN o právech dítěte³², článek 23:</p> <p>„Členské státy uznávají, že dítě se zdravotním postižením nebo duševním onemocněním má požívat plného a řádného života v podmínkách zabezpečujících důstojnost, podporujících sebedůvěru a umožňujících aktivní účast dítěte ve společnosti.“</p>	<p>Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, článek 26:</p> <p>„Státy přijmou účinná a vhodná opatření, mimo jiné prostřednictvím vzájemné podpory osob v rovnocenné situaci, aby umožnily osobám se zdravotním postižením dosáhnout a udržet si co nejvyšší úroveň samostatnosti, uplatnit v plné míře tělesné, duševní, sociální a profesní schopnosti a dosáhnout plného začlenění a zapojení do všech aspektů života společnosti.“</p>	<p>Zásady OSN pro seniory, zásada č. 7:</p> <p>„Starší osoby by měly zůstat začleněny ve společnosti, aktivně se podílet na formulování a realizaci politiky a postupů, které přímo ovlivňují jejich spokojenost a sdílet své znalosti a dovednosti s mladšími generacemi.“</p>
Ochrana		
<p>Úmluva OSN o právech dítěte, článek 20:</p> <p>„Dítě dočasně nebo trvale zbavené svého rodinného prostředí nebo dítě, které ve svém vlastním zájmu nemůže být ponecháno v</p>	<p>Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, článek 16:</p> <p>„Členské státy přijmou veškerá odpovídající opatření, zahrnující i poskytování podpůrných</p>	<p>Zásady OSN pro seniory, zásada č. 10:</p> <p>„Starší osoby by měly využívat rodinnou a komunitní péči a ochranu v souladu s</p>

³² Úmluva o právech dítěte (UNCRC), která byla přijata a otevřena k podpisu, ratifikaci a přistoupení rozhodnutím Valného shromáždění OSN 44/25 ze dne 20. listopadu 1989, dostupné na: <http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm>

<p>tomto prostředí, má právo na zvláštní ochranu a pomoc poskytovanou státem."</p>	<p>služeb, aby podpořily tělesné, kognitivní a duševní zotavení, rehabilitaci a opětovné sociální začlenění osob se zdravotním postižením, které se staly oběťmi jakékoli formy vykořisťování, násilí nebo zneužívání."</p>	<p>kulturními hodnotami každé společnosti."</p>
--	---	---

4. Porozumění ekonomickým faktorům

Mnoho lidí, kteří mají na starosti tvorbu sociálních politik a konceptů, ale také poskytovatelé služeb jsou přesvědčeni o tom, že pouze velké instituce jsou schopny vytvářet dostatečné úspory potřebné pro to, aby péče mohla být finančně dostupná. Absence obecně uznávané definice „instituce“, vymezení toho, co je komunitní péče a nedostatek spolehlivých údajů vedou k obtížím při vypracování komparativní analýzy nákladů na tyto služby. Přestože bylo v této oblasti provedeno jen málo výzkumů, vyplývají z dostupné literatury již některé závěry.³³

Dobrá komunitní péče by neměla být považována za levnější alternativu: vyžaduje odpovídající infrastrukturu, dostatečně vyškolený personál a politický, odborný a administrativní závazek k lepšímu modelu péče. Uzavření velkých institucí nemusí okamžitě znamenat úsporu peněz, obzvláště v oblastech, kde se komunitní služby teprve budují. Náklady na přechod zahrnují „*jak počáteční investice do komunitních služeb, tak i dvojí náklady na provoz paralelních služeb po řadu let*“.³⁴

I když komunitní služby nemusí být levnější než ústavní péče, nemusí být nutně dražší. Výše nákladů na péči se liší u různých skupin uživatelů. Je potvrzeno, že ústavní výchova dětí a mládeže není jenom ta nejhorší, ale také nejdražší forma péče. Studie

financovaná Evropskou unií³⁵ odhaduje, že institucionální péče o tyto skupiny je třikrát dražší než péče v pěstounských rodinách, a to jak pro děti s postižením, tak pro děti bez postižení. Také se uvádí, že opatření na podporu rodiny jsou desetkrát levnější než péče v institucích.³⁶ To se však nemusí týkat některých vysoce specializovaných pěstounských služeb v zemích západní Evropy, které sice bývají zpravidla velmi drahým, ale také vysoce efektivním způsobem péče o děti, které nemohou žít v jejich vlastní rodině.

Ani pokud se týká služeb pro osoby s duševním onemocněním, komunitní péče (nastavená podle potřeb) nemusí být nezbytně dražší. V britských a amerických studiích³⁷ byla dokonce zhodnocena jako levnější, což částečně přispělo k motivaci pro zahájení deinstitucionalizačních reforem v obou zemích. Stejně tak u základních zdravotnických služeb jsou náklady na provoz nemocnic s plným stavem personálu příliš vysoké na to, aby byly využívány jako trvalý model péče. U služeb pro lidi s mentálním postižením se komunitní péče zdá být o něco dražší.³⁸ Důvodem je především skutečnost,

³³ Kromě práce Martina Knappa a Davida McDaida při univerzitě King's College a LSE a kromě studie DECLOC vypracované univerzitou v Kentu, je v této oblasti k dispozici velmi málo výzkumného materiálu. Většina autorů cituje Knappa a McDaida nebo zveřejněnou zprávu DECLOC. I tato část zprávy je také založena na těchto zdrojích.

³⁴ Mansell, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J. a Beecham, J. (2007) Deinstitucionalizace a život v komunitě - výsledky a náklady: Zpráva z evropské studie. Č. 2, Hlavní zpráva, s. 79, Canterbury: Tizard Centre, Univerzita v Kentu, dostupné na: http://www.kent.ac.uk/tizard/research/DECL_network/documents/DECLOC_Volume_2_Report_for_Web.pdf

³⁵ De-institucionalizace a transformace služeb pro děti – Průvodce dobrou praxí, vydáno roku 2007, GR pro spravedlnost a vnitřní záležitosti ve spolupráci s Regionální kanceláří WHO pro Evropu a Univerzitou v Birminghamu, Velká Británie, dostupné na: http://www.crin.org/docs/Deinstitutionalisation_Manual_Daphne_Prog_et_al.pdf

³⁶ De-institucionalizace - zajištění lepších výsledků pro jednotlivé děti, PowerPoint prezentace, připravila Georgette Mulheir, 2010

³⁷ Světová zdravotnická organizace, Jaké argumenty existují pro komunitní péči o lidi s duševním onemocněním?, vypracovala HEN, Souhrnná zpráva dostupná na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/74710/E82976.pdf

³⁸ ESSC, 6. – 8. červenec 2011, Varšava, prezentace Martina Knappa během plenárního zasedání „Směrem ke Komunitní Péči“, dostupné na: https://esn-conference.org/sites/default/files/Martin%20Knapp_0.pdf

že v ústavních zařízeních je obvykle zaměstnáno méně pracovníků v poměru na jednoho obyvatele. Tento poměr nemusí být až tak významný pro lidi s méně závažným postižením, ale pro lidi s těžkým a hlubokým postižením představuje menší podpora personálu horší kvalitu života.³⁹

Při srovnávání je důležité porovnávat uživatele s podobnými potřebami. Zpráva DECLOC cituje studie z Německa a Velké Británie, které porovnávají náklady a výsledky u lidí s podobnými potřebami⁴⁰ žijícími ve svých bytech s uživateli žijícími v zařízeních s plným počtem personálu. Je zajímavé, že celkové náklady na péči v prvním případě byly téměř třikrát nižší: 442€ ve srovnání s 1256€. ⁴¹

V oblasti služeb pro lidi se zdravotním postižením studie naznačují, že péče je nejdražší pro osoby, které mají nejkompexnější potřeby, a že pro tyto uživatele instituce možná nabízejí péči s vynaložením nižších nákladů. Bohužel toto zjištění může mít vliv na výběr způsobů a forem péče, jak je tomu například v Německu:

„Jestliže je uznáno, že umístit lidi do ústavní péče je levnější, potom nemají žádné zákonné právo se proti tomuto rozhodnutí bránit.“⁴²

³⁹ Mansell, J., Beadle-Brown, J., Efektivita komunitního bydlení pro lidi s mentálním postižením: mezinárodní perspektiva, dokument zveřejněn na výroční konferenci Národního úřadu pro osoby se zdravotním postižením v Dublinu 6. října 2009, dostupné na: [http://www.nda.ie/Website/NDA/CntMgmtNew.nsf/DCC524B4546ADB3080256C700071B049/C60FC2E1F2A530068025768E003F108E/\\$File/prof_jim_mansell_proceedi ngs.htm](http://www.nda.ie/Website/NDA/CntMgmtNew.nsf/DCC524B4546ADB3080256C700071B049/C60FC2E1F2A530068025768E003F108E/$File/prof_jim_mansell_proceedi ngs.htm)

⁴⁰ Mansell, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J. a Beecham, J. (2007), Svazek 2: Hlavní zpráva, op. s. 71

⁴¹ Původně vyjádřeny v librách šterlinků v roce 2003/2004 cenové hladiny 379 liber oproti 1076 libráům za týden

⁴² Akademická síť evropských odborníků na zdravotní postižení (ANED) Souhrnná zpráva provádění politik podpory nezávislého života osob se zdravotním postižením v Evropě 2010 (VT/2007/005), s. 24, dostupné na: <http://www.disability-europe.net/content/aned/media/ANED->

Obecně ovšem platí, že pokud jsou zváženy jak finanční náklady, tak kvalita života, komunitní péče se z hlediska nákladů jeví jako efektivnější. Tam, kde je komunitní péče podstatně dražší, je spojována s výrazně lepšími výsledky pro jednotlivé uživatele, tj. lepší kvalitou života lidí, kteří by jinak byli v ústavních zařízeních.

Ve výše zmíněné studii provedené ve Velké Británii se částečně nezávislý život ukázal při hodnocení jako lepší, protože lidem nabízel možnost výběru životního stylu, více svobody, větší možnost volby a sebeurčení, třebaže byla u osob v ústavní péči identifikována i některá rizika týkající se spokojenosti a zdraví. V jiné studii, která byla zaměřena na uzavření dvou psychiatrických léčeben v severním Londýně, se ukázalo, že pacienti „jeden rok a pět let po propuštění z nemocnice hodnotili svou kvalitu života na stejně tak dobré úrovni, jako v nemocnicích“ a uvedli, že „velmi upřednostňují život v komunitě oproti životu v nemocnici.“⁴³

Deinstitucionalizace je z hlediska nákladů neefektivnější, když je považována za maistreamovou politiku a je realizována v rámci celého systému. Profesor Knapp ve svém projevu na evropské konferenci o sociálních službách ve Varšavě v roce 2011 řekl:

"Deinstitucionalizace je neúspěšnější, pokud je zasazena mezi další politické snahy jako je personalizace, osobní nezávislost, podpora péče, destigmatizační aktivity, přístup k pracovním příležitostem, zapojení do společnosti, integrovaná péče a další."⁴⁴

Stojí také za to poznamenat, že deinstitucionalizace, přestože vyžaduje

Task%205%20Independent%20Living%20Synthesis%20Report%2014.01.10.pdf

⁴³ Mansell, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J. a Beecham, J. (2007), Svazek 2: Hlavní zpráva, op. s. 65

⁴⁴ Viz ESN bulletin, vydání z července 2011, dostupné na: <http://esn-eu.org/e-news-jul11-dcc-session>

investice v krátkodobém a střednědobém časovém období, z dlouhodobého hlediska může peníze ušetřit. „Finanční výhody“ deinstitucionalizace (tj. úspory z ní vyplývající) mohou spadat do různých rozpočtů. Je důležité rozeznat úspory, které vzniknou v širším systému, spíše než se soustředit na příjmy a výdaje každé poskytované služby.

Tyto úspory by mohly být snadno pominuty bez povšimnutí, pokud by „*profesní rivalita, krátkozraká ochrana rozpočtu, nevědomost, lhostejnost, nebo jednoduše otupující byrokracie*“ odradily od pohledu na širší perspektivu⁴⁵. Tvůrci koncepcí a odborníci si těchto rizikových faktorů musí být vědomi s tím cílem, aby byli schopni zhodnotit výhody zahrnující zdraví, ubytování, zaměstnanost, vzdělání a služby péče o děti v dobře řízeném procesu deinstitucionalizace. Je možné, že jedna nebo více organizací bude muset vynaložit více vlastních prostředků na to, aby jiná organizace dosáhla úspor, nebo na to, aby systém jako celek dosáhl lepších výsledků.

Úspory mohou také následovat po zavedení nezávislých mechanismů pro hodnocení individuálních potřeb. Přehled dokumentů o posouzení potřeb (pokud existují) může prokázat, že někteří uživatelé rezidenčních služeb tento typ podpory vůbec nepotřebují, nebo že důvod, proč tento typ služby potřebovali v minulosti, již není aktuální. Podpora těchto lidí v obnovení jejich nezávislosti na tomto celodenním typu péče vytvoří kapacity a úspory, které budou zpětně kompenzovat vyšší náklady na kvalitní komunitní péči pro ty, kdo potřebují trvalou podporu profesionálních služeb.

Analýza výdajů na ústavní péči a na podporu lidí, kteří budou žít v komunitě nebo nezávisle, je nepochybně „*oblastí plnou obtíží, která umožňuje mnoho rozdílů ve způsobu výkladu.*“⁴⁶

⁴⁵ Mansell, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J. a Beecham, J. (2007), Svazek 2: Hlavní zpráva, op. s. 88

⁴⁶ Souhrnná zpráva ANED, viz pozn. s. 22

Lze zde tedy jednoznačně rozpoznat potřebu mít k dispozici lepší a kvalitnější informace a výzkumy v oblasti ekonomiky intervencí sociální politiky. Avšak ani tvůrci koncepcí, ani veřejnost by vzhledem ke zvýšení kvality života spoluobčanů neměli být při přechodu od ústavní ke komunitní péči odrazeni náklady:

„Neexistuje žádný důkaz toho, že by modely komunitní péče byly jednoznačně dražší, než péče v ústavních zařízeních, pokud při porovnávání posuzujeme srovnatelné potřeby uživatelů a srovnatelnou kvalitu péče. Jestliže budou komunitní systémy nezávislého a podporovaného bydlení správně nastaveny a spravovány, měly by vykazovat lepší výsledky než instituce.“⁴⁷

⁴⁷ Mansell, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J. a Beecham, J. (2007) Svazek 1: Shrnutí, s. 7. Canterbury: Tizard Centre, Univerzita v Kentu, dostupné na: http://www.kent.ac.uk/tizard/research/DECL_network/documents/DECLLOC_Volume_1_Exec_Summary_final.pdf

ČÁST I: Shrnutí

Stojí za to realizovat přechod od institucionální ke komunitní péči? Tato část zprávy čtenáře nenechá na pochybách, že je to správné rozhodnutí – a již dlouho potřebné. Podle slov jednoho člena pracovní skupiny Evropské sociální sítě (ESN) nám uživatelé řekli, jak by chtěli žít: „jako ostatní a společně s ostatními“. Profesionální sociální pracovníci, kteří dbají na zásady etického kodexu, chápou, že respekt, důstojnost, volbu a zplnomocnění lze lépe naplňovat v prostředí komunitní péče. Právníci a aktivisté prosazující lidská práva nám připomínají existenci Listiny základních práv Evropské unie a řadu úmluv OSN, které mají za úkol

chránit právo zranitelných osob na to, aby rozhodovali o tom, kde chtějí žít a aby dostávali přiměřenou míru podpory. Nakonec i ekonomové podávají přesvědčivá argumenty toho, že komunitní péče je jednoduše lepší volba z hlediska efektivnosti nákladů, protože nabízí lepší využití peněz a lepší kvalitu života lidí, kteří služeb využívají.

Tyto rozmanité a bohaté argumenty jasně dokazují, že přechod ke komunitní péči je rozhodnutí, které by už nemělo být déle odkládáno. Jakmile dojde k pochopení této skutečnosti, je možné začít dělat první kroky. Druhá část této zprávy napomáhá jejich pochopení.

Rozvoj komunitní péče

 www.esn-eu.org

Část II:

První kroky ke
komunitní péči



Část II

První kroky ke komunitní péči

Deinstitucionalizace vyžaduje vizi změny a leadera, vedení, které tuto změnu nastolí. Zároveň je nutné zapojit všechny, kterých se

tato změna a tento proces týká. Tato část zprávy zkoumá klíčové prvky nutné k zahájení deinstitucionalizační reformy.

1. Vize a vedení

Deinstitucionalizace není jednoduchá změna velkých jednotek péče na malé – jde o změnu zaměření pozornosti od struktury a potřeb organizace směrem k lidem a jejich potřebám. Dosažení této změny vyžaduje v první řadě vizi a vedení, které ji dále povedou. Vize poskytuje vedení a slouží jako „směrovka, která ukazuje cestu všem, kdo potřebují rozumět tomu, co organizace je a kam směřuje.“⁴⁸

Vize deinstitucionalizace je mentální obraz, mapa, představa komunity, kde lidé už nežijí v ústavech, ale dostávají péči a podporu doma nebo v domácím prostředí. Jasná vize by měla povzbuzovat neustálé zlepšování a nové způsoby designování a poskytování služeb. Znamená tedy nejen samotný posun od ústavního prostředí, ale také od kultury typické pro instituce, směrem ke komunitním službám, které podporují sebeurčení, důstojnost a spokojenost každého člověka.

Nedostatečná vize byla identifikována ve zprávě DECLOC jako jedna z hlavních překážek přechodu ke komunitní péči. Tento nedostatek bývá často spojen s pesimistickými názory na schopnosti některých jedinců vést nezávislý nebo částečně nezávislý život.

Formulace vize vyžaduje změnu způsobu, jakým uvažujeme o službách, o tom, jak jsou poskytovány a k čemu by měly být, čeho by měly dosáhnout. To je role vedení. Výkonný ředitel ESN John Halloran poznamenal:

⁴⁸ Nanus, B. (1992). Vizionářské vedení: Vytvoření přesvědčivé představy o směru vaší organizace. San Francisco: Jossey-Bass.

„Vedení je schopnost proměnit vizi ve skutečnost.“

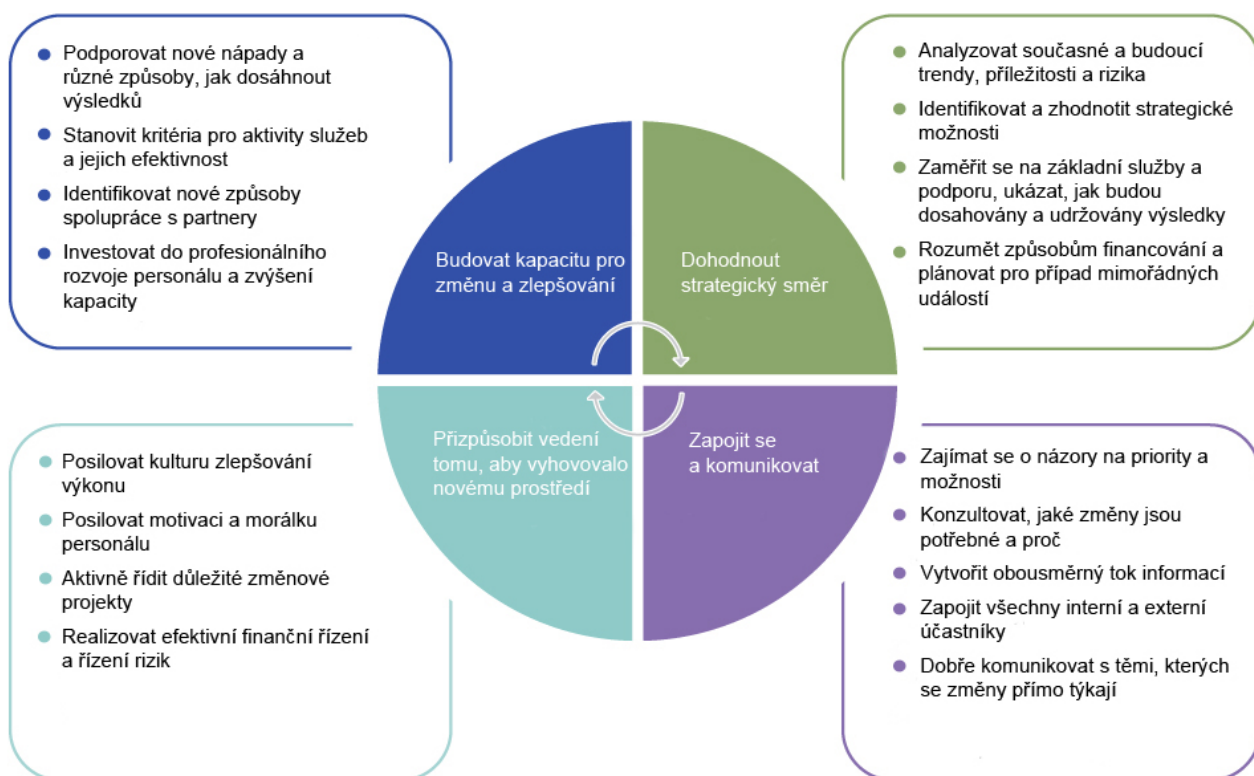
Co zahrnuje efektivní vedení? Podle členské organizace ESN ve Skotsku se efektivní vedení v sociálních službách skládá z následujících prvků:

- „pohled do budoucnosti, plánování a předvídání budoucích požadavků;
- komunikace významu vedení, inspirování a propojování lidí, kteří sdílí stejný závazek;
- přizpůsobení stylu vedení tak, aby vyhovoval daným okolnostem;
- sestavení vysoce výkonného týmu vyšších manažerů;
- řízení změn a efektivní komunikace během období změn.“⁴⁹

⁴⁹ Průvodce vedením - Bližší pohled na vedení ve službách sociální práce (2010), studie, kterou skotská vláda zadala k vypracování u Agentury pro inspekci sociální práce, dostupné na: <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2010/09/02163616/2>

Tyto prvky jsou uvedené v diagramu⁵⁰ (dole), který poskytuje dobrou vizualizaci toho, co je třeba pro řízení zvyšování kvality a řízení změn ve službách sociální práce:

Podle názoru Julie Beadle-Brownové, spoluautorky studie DECLOC, mají ředitelé sociálních služeb na místní a regionální úrovni dobrou pozici pro to, aby se ujali vedení deinstitucionalizačních reforem. Během semináře ve Varšavě v roce 2009 delegáty ujistila: „Pokud máte vizi, najdete způsob jak ji realizovat.“⁵¹



⁵⁰ Uvedeno tamtéž.

⁵¹ Seminář ESN "Směrem ke komunitní péči", 8. - 9. května 2009, Varšava, prezentace Julie Beadle-Brownové, dostupné na: <http://www.esn-eu.org/get-document/index.htm?id=258>

2. Financování

Srovnávací analýzy efektivity nákladů vynaložených na komunitní oproti institucionální péči ukazují, že služby poskytované v komunitě nemusí být nutně dražší a že kvalita života a spokojenost uživatelů v těchto službách bývá vyšší.

V počátečním období, kdy jsou zřizovány nové služby a zároveň jsou ještě zachovány ty staré, mohou být náklady značné. Tyto přechodné náklady mohou zahrnovat jednak investice do nových budov a prostor v rámci komunity, jednak investice do (pře)školení personálu tak, aby mohl poskytovat péči v komunitě. To vyžaduje závazek dodatečných finančních prostředků pro počáteční období.

Prvním krokem při tvorbě finanční části deinstitucionalizační strategie by mělo být posouzení nákladů na provoz stávajících institucí. To je pravděpodobně nejtěžší částí, protože rozpočty ústavních zařízení mohou být postaveny na starší sociální legislativě nebo na státních dotacích. V mnoha případech rozpočet vzrostl pouze vlivem inflace. V některých zemích jsou instituce dotovány podle obsazenosti (obložnosti) lůžek, což tato zařízení vede k udržování plné kapacity (tj. aby udržovaly lidi v ústavech nebo přijímaly nové obyvatele). Studie provedená irskou vládou odhalila obrovské rozdíly mezi náklady na institucionální péči o osoby s postižením. Ústavní zařízení obdobných velikostí, s uživateli vyžadujícími obdobnou péči a poskytující stejně kvalitní péči v Irsku si mohou účtovat mezi 37 000 a 240 000 euro na osobu a rok.⁵²

Zjišťování skutečných výdajů může být také obtížné kvůli tomu, že finanční prostředky jsou získávány z různých zdrojů (např. zdravotní pojištění nebo sociální zabezpečení) a od různých veřejných orgánů. Abychom uspěli, je nutné, aby všechny příslušní donoři

v budoucnu financovali jeden společný rozpočet, a aby tento rozpočet byl spravován orgánem zodpovědným za alternativy založené na péči v komunitě. Takový postup by mohl zvýšit transparentnost financování a umožnit soudržnější strategické plánování a rozvoj služeb. Toto přerozdělení rozpočtu se může setkat s odporem těch organizací, které mohou ztratit část svého rozpočtu.

I když bude úspěšně vyjednáno přerozdělení rozpočtu ve prospěch rozvoje komunitní péče, samotný rozpočet možná nebude tak velký, aby pokryl veškeré náklady spojené s přechodem. Lidé, kteří o něm rozhodují, proto mohou zvážit následující varianty, kterými by mohly vést k zajištění dalších finančních prostředků:

- prodej budovy instituce nebo jejích pozemků;
- podání žádosti o mimořádnou finanční podporu z vládních, regionálních nebo místních zdrojů;
- hledání podpory u dobročinných organizací nebo jednotlivců;
- oslovení mezinárodních dárcovských organizací (Světová banka, Institut pro otevřenou společnost atp.);
- podání žádosti o prostředky ze strukturálních fondů EU (ESF a ERDF).

První možnost může být komplikována otázkami vlastnictví. V mnoha zemích střední a východní Evropy jsou největší instituce v prostorách zámků nebo domech zabavených místním šlechtickým rodům během komunistické éry. Jestliže potomci bývalých majitelů mají na budovy a objekty institucí nárok, nejprve možná bude nutné vyřešit majetkové spory.

V některých zemích jsou zatím velké instituce financovány přímo ze státního rozpočtu, i když zodpovědnost leží na místních úřadech. Ovšem přestože je rozpočet převeden na

⁵² Uvedeno Christy Lynch na semináři EASPD „Deinstitucionalizace v zemích západní Evropy“, která se konala 3. - 4. října 2011 v Bruselu.

obce, ústřední vláda se může rozhodnout ponechat si nemovitost a používat ji pro jiné účely. Bohužel krize v roce 2008 vedla k významnému poklesu cen nemovitostí v celé Evropě. Obce ochotné (a schopné) prodat bývalé instituce mohou zjistit, že o ně za nabízenou cenu není zájem nebo že nabízená cena není dostatečná. Dochází k tomu, zejména pokud se nemovitost nachází na venkově, není zde občanská vybavenost, firmy a obydlené území.

Zde mohou pomoci strukturální fondy EU. Je třeba zmínit, že návrhy nařízení ESF a ERDF pro období 2014 - 2020 zdůrazňují přechod ke komunitní péči a považují za potřebné jeho dodatečné financování. Teprve se ukáže, kolik členských států EU (se souhlasem Evropské komise) tuto možnost využije ve svých operačních programech. Zdá se, že zařazení přechodu ke komunitní péči do programu napomohla především ratifikace Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením Evropskou unií, zejména článku 19 (právo na život v komunitě).

Přechodné období, během kterého budou poskytovány jak institucionální, tak i komunitní služby, by mělo být časově omezeno a měl by být stanoven reálný konečný termín pro uzavření ústavních zařízení. Je však obtížné odhadnout, jak dlouho bude trvat, než se komunitní služby dostatečně zaběhnou a budou schopné zajistit podporu bývalým obyvatelům ústavů. Příklady příliš rychlé, uspěchané deinstitucionalizace v 60. letech v USA a v Rumunsku těsně před jeho přijetím do EU ukazují, že takový postup může mít negativní dopad na spokojenost uživatelů i místních komunit. Udržování dvou paralelních systémů po příliš dlouhou dobu však zároveň představuje riziko vyčerpání finančních prostředků a nastavení dvouúrovňového systému, v němž je některým uživatelům nabízena péče v komunitě a těm, kteří budou ohodnoceni jako méně schopní péče institucionální. Problém při vytváření takových dočasných řešení spočívá i v tom, že tato dočasná řešení se v průběhu času mohou stát trvalými. Některé země se rozhodly investovat do takzvaných „domů na půli cesty“, kde

uživatelé mohou žít po omezenou dobu, aby si osvojili základní dovednosti nutné pro samostatnější život a získali sebevědomí. Pokud by však služby komunitní péče a přiměřené ubytování nebyly vyvinuty včas, hrozí, že se i z těchto „domů na půli cesty“ stanou instituce. K takovému případu došlo v Lotyšsku, kde byly na pozemcích šesti velkých institucí⁵³ postaveny domy pro dočasné ubytování. Ovšem po čase se staly dlouhodobými ubytovacími zařízeními, ve kterých byli lidé stále izolováni od místní komunity.

Nakonec zkušenosti amerického procesu deinstitucionalizace potvrzují výhody principu „peníze sledují uživatele“. To je však možné pouze tehdy, pokud jsou známy skutečné náklady na péči a kdy jsou pečlivě zhodnoceny potřeby uživatele (viz. Část III). Jestliže jsou tyto dvě podmínky splněny a finance jdou za člověkem, pak je přesunuta pozornost od potřeb systému k potřebám jednotlivých lidí. Takový postup již připravuje cestu pro osobní rozpočty a může také redukovat tendenci místních orgánů, aby zranitelné lidi „odklízeli“ do institucí, které jsou financovány z rozpočtů regionálních úřadů.⁵⁴

⁵³ Ztracený čas, promrhané peníze, promarněné životy... Promarněná příležitost? Evropská koalice pro komunitní život, práva z roku 2010, dostupná na: <http://community-living.info/documents/ECCL-StructuralFundsReport-final-WEB.pdf>

⁵⁴ Tobis, D. Přechod od pobytových zařízení ke komunitním sociálním službám ve střední a východní Evropě a zemích bývalého Sovětského svazu, Světová banka 2000, dostupné na: <http://siteresources.worldbank.org/DISABILITY/Resources/280658-1172671461088/MovingFromResTobis.pdf>

3. Zapojení uživatelů, příbuzných, personálu a komunit

Přechod ke komunitní péči nemůže být úspěšný bez zapojení uživatelů, jejich rodin a komunity, ve které mají žít. Evropská Ad-hoc zpráva obsahuje základní společný princip pro přechod z ústavní na komunitní péči:

„Uživatelé péče (a jejich rodiny) by měli být plnohodnotnými partnery v procesu transformace. Měli by být aktivně zapojeni a dotazováni ohledně rozvoje, poskytování a hodnocení služeb.“

Je důležité uvědomovat si, že každý z těchto účastníků může zpočátku být proti deinstitucionalizaci. Bude ovšem možné získat jejich podporu, když uvidí, co všechno může komunitní péče přinést.

Pro úspěch nebo neúspěch deinstitucionalizačních projektů hrají klíčovou roli rodiče obyvatelů ústavů. Ve Švédsku stála sdružení rodičů v čele bitvy proti institucím. Jejich společná víra v princip „normalizace“ a rostoucí povědomí o snížené kvalitě života jejich dětí (i v dospělosti), jaké musí čelit v institucích, vedla ke kampani za alternativní formy péče. Člen švédské pobočky Evropské sociální sítě si dobře vzpomíná na její dopad:

„Díky nim jsme si všichni uvědomili, že institucionální péče není v souladu se švédským způsobem života, kde je každý člověk váženým členem své komunity a má svoje práva a zodpovědnost.“

Nicméně rodiče a rodinní příslušníci obyvatelů institucí, kteří po dlouhou dobu byli závislí na službách ústavu, by se k takovému přechodu mohli stavět s podezřením. Vlivná americká organizace "Hlas retardovaných" je příkladem malého, leč dobře financovaného sdružení rodičů, které stojí proti deinstitucionalizaci. Argumentují tím, že ne každý je schopen žít v komunitě a že ne každá rodina by měla nést břemeno péče o svého zranitelného příbuzného. Ve svých legislativních a osvětových kampaních používají ekonomické argumenty a upozorňují na mimořádné události, kdy ve službách komunitní péče

došlo ke zneužívání a zanedbávání uživatelů.⁵⁵

Ve střední a východní Evropě se rodiny mohou obávat, že systém ústavní péče nebude nahrazen rozsáhlou sítí komunitních služeb, což by pro ně mohlo znamenat převzatí role trvalých pečovatелů bez podpory a pomoci. Jejich obavy mohou být umocněny dopadem situace na jejich finanční situaci, pokud by se v souvislosti s převzetím role pečovatele museli vzdát práce (na plný úvazek).

Z kanadského přehledu literatury týkající se deinstitucionalizace a lidí se zdravotním postižením vyplývá, že rodiny mohou potřebovat čas na to, aby získaly důvěru v nový model péče a přesvědčili se o jeho výhodách:

„Rodinní příslušníci jsou zpočátku často proti deinstitucionalizaci, ale nakonec se s ní smíří a dokonce mohou život v komunitě začít aktivně podporovat. Rodinní příslušníci své příbuzné kontaktují mnohem častěji po deinstitucionalizaci a četost návštěv zůstává vyšší dokonce i po několika letech po přechodu uživatele do komunity.“⁵⁶

Podobně i samotní lidé žijící v ústavech mohou zpočátku deinstitucionalizaci vzdorovat. Mnozí z nich mohli v instituci strávit celý svůj život, a tak je život v ústavu jediný svět, jaký znají a kterému rozumí. Představa, že by měli opustit bezpečí a jistou předvídatelnost instituce a vykročit do

⁵⁵ Webové stránky organizace Hlas retardovaných, dostupné na:
<http://www.vor.net/images/AbuseandNeglect.pdf>

⁵⁶ Lemay R., Deinstitucionalizace lidí s mentálním postižením: Přehled literatury [in:] Kanadský časopis pro duševní zdraví v komunitě, roč. 28, č. 1, jaro 2009, dostupné na:
<http://www.turningforward.org/documents/Lemay2009-Deinstitutionalization.pdf>

neznáma, pro uživatele nemusí nezbytně být lákavá. To by mělo ovlivňovat způsob, jakým je přechod připravován:

„Uživatelům musí být poskytnuty příslušné informace takovým způsobem, kterému jsou schopni porozumět. Tam, kde je to nutné, by při rozhodování měli získat podporu od osoby, kterou si sami vyberou. Měly by být respektovány konkrétní potřeby a požadavky každého člověka.“⁵⁷

Uživatelé těchto služeb však nemohou být těmi, kdo prolomí kruh sociálního vyloučení a kdo bude bojovat za svoje právo o zapojení do společnosti. John Evans, prezident organizace Independent Living (Nezávislý život), strávil roky přesvědčováním úřadů, aby jemu samotnému a jeho vrstevníkům umožnili opustit ústav a používat své soukromé finance pro zaplacení služeb, které by v komunitě potřebovali. Evans v roce 2008 svoje zkušenosti popsal v rozhovoru pro britský deník „The Guardian“:

„Vždycky jsem byl nezávislý, takže [skončit v ústavu] pro mě bylo jako uvěznění. Byl jsem odveden od svých kořenů, své rodiny, svých společenských kontaktů, od všeho.“⁵⁸

Založil skupinu s názvem "Projekt 81" a po několika letech se jim podařilo přesvědčit jejich poskytovatele ústavní péče a místní úřady, aby jim věřili v oblasti zacházení s financemi a to dlouho předtím, než v roce 1997 byly zavedeny přímé platby.

Stejně jako případ Johna Evanse i další úspěšné příklady deinstitucionalizace jasně ukazují, jak je důležité zapojovat uživatele služeb do procesu přechodu od institucionální ke komunitní péči. Uživatelé se mohou podílet na hodnocení a zpětné vazbě jako členové správních rad nebo poradních skupin osob se zdravotním postižením a při vlastním

rozhodování o sobě. Taková aktivní účast stimuluje rozvoj komunitní péče a staví uživatele do centra celého procesu.

Je třeba také vzít v úvahu pracovníky. Vzhledem k tomu, že během své práce ve velkých institucích byli zvyklí na určitý status, možná nebudou deinstitucionalizací hned nadšeni. Členové ESN uvádějí, že když v jejich okresech nebo regionech byla učiněna politická rozhodnutí uzavřít ústavní zařízení, zaměstnanci těchto institucí patřili k hlavním odpůrcům. Získat podporu všech není vždy možné, ale většina pracovníků v průběhu změnila stanovisko, když jim byla nabídnuta možnost rekvalifikace pro práci v komunitních službách.

Dovednosti a charakteristiky pracovníků potřebné pro práci v komunitě se liší od těch, které jsou nutné v prostředí instituce. To je nutno brát v úvahu v průběhu výběrových řízení, aby se zabránilo replikaci institucionální kultury. Ne každý bývalý zaměstnanec instituce bude schopný získat nové dovednosti, takže lze očekávat určitou míru fluktuace pracovníků. To však může zároveň vytvořit nové pracovní příležitosti pro ty, kdo dosud o kariéře v oblasti sociálních služeb neuvažovali. V takových případech mohou být obzvláště užitečné strukturální fondy EU. Na pokrytí veškerých nákladů na přeškolení pracovníků bude možné získat dotace z Evropského sociálního fondu, což zaměstnancům dá možnost pokračovat v jejich profesionální kariéře nebo se posunout do jiné oblasti.

Dalším klíčovým prvkem pro úspěšný přechod je místní komunita, kde bývalí uživatelé ústavní péče pravděpodobně budou žít. Jedná se tedy o sousedy nebo obchodní a občanské skupiny v dané oblasti. Otevřená a akceptující komunita uživatelům může výrazně pomoci získat větší sebevědomí a lépe se zařadit do společnosti. Lidé v komunitě nemusejí mít vždy dostatečné vědomosti o některých druzích postižení, což může vést k určitým pochybám, obtížím při akceptování člověka nebo obavám o bezpečí nebo kvalitu života obyvatel. V případě osob s duševním onemocněním, jeden z delegátů

⁵⁷ Zpráva Ad-hoc expertní skupiny, viz pozn., s. 19

⁵⁸ Brindle D. Neúnavný bojovník za nezávislost, publikováno v deníku Guardian dne 22. října 2008, dostupné na: <http://www.guardian.co.uk/society/2008/oct/21/john-evans>

na konferenci EU prohlásil, „*nikdo nechce šileného souseda.*“

Tuto neochotu přijmout některé lidi jako sousedy lze částečně vysvětlit obecnou nedostatečnou informovaností nebo nedostatkem zkušeností s jednáním se zranitelnými osobami. Ředitel komunitní služby pro osoby s duševním onemocněním v Brightonu (Velká Británie) připomíná jejich začátky:

„Když jsme naše prostory před 20 lety otevřeli, místním lidem se to nelíbilo. Dnes mohu s pýchou říci, že máme silné vazby s komunitou a naše služby jsou přístupné jak pro uživatele služeb, tak i pro veřejnost.“

Jakmile místní lidé viděli, že uživatelé nejsou ponecháni sami sobě a že v sousedství existují efektivní služby, se skupinou uživatelů se postupně seznámili a zapomněli na počáteční obtíže.

Místní komunity se však také mohou aktivně postavit proti deinstitucionalizaci, především pokud deinstitucionalizace ohrožuje jejich ekonomickou prosperitu. Lidé se obávají uzavření ústavů v oblastech, kde jsou tyto instituce jediným zaměstnavatelem. Tak tomu bylo i v případě města Legnickie Pole v jihozápadním Polsku, kde je kromě radnice ústav pro 450 žen s mentálním postižením jediným zaměstnavatelem a v každé místní rodině je někdo, kdo tam pracuje. V současné době neexistují žádné plány pro zavření této instituce, ani pro snížení její kapacity.

Uzavření instituce přináší otázky ohledně toho, kde bývalí uživatelé budou bydlet a kde budou jejich nové domovy. Bude to místo jejich narození, místo, kde žijí jejich příbuzní, město nebo vesnice co nejbližší od instituce, nebo nějaké úplně nové místo? Kromě toho, že pro některé uživatele taková změna představuje zásadní životní rozhodnutí, pro úřad, který nový systém komunitní péče financuje, to může mít i ekonomické důsledky a mohou vznikat spory ohledně oficiálního místa bydliště uživatelů.

Zdravý rozum společně s ochotou najít kompromis by úřadům a uživatelům služeb měli pomoci k tomu, aby společně našli řešení. Do diskuse a řešení situace by měla být od samého začátku zapojena místní komunita, a to tak, aby byla vytvořena „*kultura spolupráce, důvěry a otevřené diskuze, kde jsou zapojeny všichni relevantní účastníci.*“⁵⁹ Evropská koalice pro komunitní život v pokynech pro úspěšný přechod ke komunitní péči předkládá následující doporučení pro zlepšení zapojení komunit:

1. *„Snažte se o jednoduchost – celý proces nemusí být zdlouhavý a složitý. Používejte jednoduché nástroje a zdravý rozum.*
2. *Vyjasněte si hned na začátku terminologii – vyhýbejte se používání žargonu nebo odborných výrazů, co nejvíce můžete. Pokud již je musíte použít, vysvětlete, co jimi myslíte. Slova jako deinstitucionalizace, život v komunitě atd. jsou v politických dokumentech široce používána, ale pro různé lidi mohou znamenat různé věci.*
3. *Hned na začátku celého procesu vyjasněte, co je pro vás důležité a co předpokládáte, že nastane.*
4. *Zapojte lidi, kteří mají odlišná východiska, různé dovednosti a odborné znalosti, a které by tato problematika mohla zajímat.“*⁶⁰

Pokud místní komunita bude zapojena od začátku a bude součástí celého procesu, dodá to místním lidem pocit spolupodílení se na projektu a porozumění cíli. Pomůže jim to uvědomit si vizi změny a přispívat k její postupné realizaci. Samotné používání

⁵⁹ Seminář ESN "Směrem ke komunitní péči", 8. - 9. května 2009, Varšava, prezentace Dieter Kulke, dostupné na: <http://www.esn-eu.org/get-document/index.htm?id=26>

⁶⁰ Tvorba úspěšných kampaní pro komunitní život, Návod na prosazování kampaní pro organizace, které poskytují služby lidem se zdravotním postižením, Evropská koalice pro komunitní život 2008, dostupné na: <http://www.community-living.info/documents/ECCL-Manual-final-WEB.pdf>

termínu „komunita“ nakonec odráží, jak je důležité přijetí a pomoc členů veřejnosti. Ti zde vystupují v rolích sousedů, přátel, pracovníků v obchodech a tak dále, což bývalým obyvatelům ústavů dodá oporu prostřednictvím podpůrných vztahů, které nejsou založeny čistě na základě platby.

4. ČÁST II: Závěry

V ideálním případě by každá deinstitucionalizační reforma měla být zahájena vytvořením vize budoucnosti, ve které nebudou instituce a kde lidé s postižením nebo s duševním onemocněním, závislí senioři a děti v náhradní péči budou žít doma, co nejdéle to bude možné. Přesvědčivě zformulovat takovou vizi a transformovat ji do akčního plánu je úkolem vůdce. Ten také musí dát dosažení stanoveného cíle smysl a zavázat se k dosažení změn. K tomuto cíli nelze dospět bez účasti samotných uživatelů, jejich příbuzných, pečujícího personálu a širší komunity. Přechod z ústavní ke komunitní péči není o přechodu z institucí s velkou do institucí s malou s kapacitou. Je to cesta ke zplnomocnění zranitelných lidí, aby se stali odborníky na svoji vlastní péči a aby dostali nástroje, které jim umožní vést svůj život tak, jak sami chtějí.

Nic z toho však není možné bez dostatečných finančních prostředků. Pochopení (skutečných) nákladů na institucionální péči a hledání způsobů, jak financovat přechodné období, není snadný úkol. Není ovšem ani nerealizovatelný, pokud bude pro deinstitucionalizaci existovat široká shoda. Dostatečné finanční prostředky mohou být získány spojením rozpočtů, ale pro přechod možná bude nutné získat dodatečné zdroje. Ať už peníze nakonec přijdou odkudkoliv, je důležité, aby sledovaly jednotlivé uživatele a ne struktury, které jim slouží.

To se může stát pouze tehdy, pokud budeme znát potřeby každého uživatele, pokud budou identifikovány strategické potřeby populace a pokud bude jejich naplňování pečlivě naplánováno. Třetí část této zprávy obsahuje kapitoly, které popisují nejen oba typy hodnocení potřeb, ale také další průřezová témata, která bude nutné vzít v úvahu během plánování a poskytování místních komunitních služeb, jejichž cílem je posílit postavení lidí, kteří těchto služeb využívají.

Rozvoj komunitní péče

 www.esn-eu.org

Část III:

Řízení
komunitní péče:
překážky a
příležitosti



Část III

Řízení komunitní péče: překážky a příležitosti

Tato část zprávy se zabývá překážkami a příležitostmi při řízení komunitní péče a je určena především manažerům služeb a odborníkům v dané oblasti. Její první část je věnována [oblasti strategického hodnocení potřeb a plánování](#). Provádění takového hodnocení poskytuje tvůrcům koncepcí informace o místní populaci a současné kapacitě služeb. Na tomto základě mohou být prováděna politická rozhodnutí a mohou také být poskytovány [informace a poradenství](#) (potenciálním) uživatelům a jejich příbuzným. Ve chvíli, kdy tedy občané budou mít potřebu určité pomoci nebo podpory, měli by vědět, na koho se obrátit s žádostí o [nezávislé posouzení potřeb](#). Toto posouzení by jim mělo pomoci [zvolit a vybrat si adekvátní službu](#), která nejlépe uspokojí jejich potřeby a

preferenci. Zároveň se občané také budou moci spolehnout, že tvůrci koncepcí zajistí [dostupnost služeb a jejich dostatečnou kapacitu](#). Péče a podpora, jaké se uživatelům dostane, by ideálně měly přispět k jejich [začlenění do společnosti](#). Tvůrci koncepcí a stejně tak i poskytovatelé služeb by měli zajistit, aby komunitní služby splňovaly stanovené [normy](#) a aby [snaha o zvyšování kvality](#) byla součástí celého systému.

Sledování této cesty od strategického zhodnocení potřeb až po zajištění kvality nám pomůže detekovat klíčové překážky, které mohou mít vliv na úspěšný rozvoj místních komunitních služeb.

1. Oblast strategického hodnocení potřeb a plánování

Deinstitucionalizační reforma zahájená formulací vize a ustanovením leaderů, musí být vedena tak, aby se mohl rozvinout plný a kvalitní systém komunitních služeb. Oblast strategického hodnocení potřeb a plánování je jedním z prvků dobře fungujícího modelu komunitní péče. Jedná se o proces, který identifikuje současné a předpokládané sociální a zdravotní potřeby místní populace na základě údajů o zaměstnanosti a ekonomických, zdravotnických a sociologických dat. V ideálním případě by součástí tohoto procesu měla být také reflexe již existujících služeb, hlavních problémů, kterým čelí, stručné zhodnocení jejich výsledků a návrhy na zlepšení pro lepší uspokojení potřeb uživatelů. Aby byla zajištěna validita tohoto procesu, musí do něj být zapojeny všechny zainteresované strany (včetně uživatelů a rodin).

V modelech založených na institucionální péči obvykle nebývají v centru zájmu otázky volby a zplnomocnění, které umožňuje právě prostředí dobré komunitní péče. V takových systémech může strategické plánování znamenat zaznamenání a srovnání zvýšení nebo snížení počtu lůžek v porovnání s pořadníky nebo s plánovanými počty zaměstnanců. Takový postup může poskytovat jen omezené informace o nákladech a také o tom, jaké změny a inovace by byly ve službě potřeba. Jediným zájmem je zachování kapacity ústavu, aniž by byla položena otázka, zda je to to, co uživatelé a občané chtějí a potřebují. V komunitní péči má strategické plánování velmi široký záběr a zohledňuje potřeby místní populace ve střednědobém časovém horizontu.

V Polsku je v rámci nově vznikajícího způsobu strategického hodnocení potřeb prováděno v regionálních centrech pro sociální politiku (RCSP) každý rok šetření, a to s využitím počítačem řízených rozhovorů přes internet (metoda CAWI – Computer-Aided Web Interviews). RCSP odešle speciální dotazník do sociálních asistenčních center na obecní a krajské úrovni a jejich odpovědi pak dále analyzuje a hodnotí. Toto zhodnocení je prezentováno ve Výroční zprávě hodnocení potřeb⁶¹. Tyto výstupy napomáhají identifikovat nejnaléhavější potřeby, lépe plánovat budoucí přidělování zdrojů a ukazuje, jak by služby mohly být zlepšovány.

Strategický plán rady hrabství Staffordshire pro období 2011 - 2016⁶² je dokument, který umožňuje regionu lépe zajistit, že bude možné poskytnout ty služby, které pravděpodobně budou potřeba. Během dvanácti měsíců jeho platnosti zajistily průzkumy, diskusní setkání s místními obyvateli, uživateli služeb a se členy Výboru obyvatel regionu Staffordshire, internetové konzultace, workshopy zaměřené na konkrétní služby a další aktivity plnou účast veřejnosti. V důsledku těchto aktivit regionální úřady nyní svoji roli chápou jinak:

„Naše role již nespočívá v uvažování o řadě různých služeb. Jde o poskytování infrastruktury, rozsáhlé nabídky a o kulturní změnu, která lidem umožní převzít kontrolu nad vlastními životy.“⁶³

⁶¹ "Bilans potrzeb w zakresie pomocy społecznej" byl zaveden schválením zákona o sociální pomoci ze dne 12. března 2004 a týká se všech oblastí sociální politiky, které jsou definovány zákonem a poskytovány na místní, okresní a regionální úrovni. Je předkládán regionálními centry pro sociální politiku centrální vládě do 1. března každého roku.

⁶² Strategický plán rady hrabství Staffordshire 2011 - 2016 „Pro vaši rodinu, naše obce a prosperující region Staffordshire“, dostupné na: <http://www.staffordshire.gov.uk/yourcouncil/strategicplan/strategicplan2011-2016printfriendlyversion.pdf>

⁶³ Regionální zastupitel Mike Lawrence, člen vlády zasazující se o blaho dětí, citován ve strategickém plánu regionu hrabství Staffordshire pro období 2011 - 2016, viz pozn.

Proces strategického hodnocení potřeb by měl vést k vytvoření místní strategie pro rozvoj služeb a zvyšování jejich kvality. Tento proces je úspěšně realizován v Katalánsku, kde v roce 2006⁶⁴ autonomní vláda představila Program pro rozvoj místního plánování sociálního začleňování. Tyto plány stanovují strategické a operační cíle, včetně toho, jak na místní úrovni finančně udržet služby a budovat jejich kapacitu. Odráží také nové zásady, kterými se vláda řídí, jako například angažovanost v komunitě, podpora autonomie uživatelů služeb a spoluúčast všech zainteresovaných stran.

Porozumění místním potřebám a v návaznosti na ně tvorba místních plánů podporuje aktivní přístup místních tvůrců koncepcí a poskytovatelů služeb. Ti tak mohou předvídat sociální trendy a mohou být připraveni reagovat na potřeby měnící se populace nyní i v budoucnu.

⁶⁴ Přečtěte si více v Peer Review (Posudky členů): Program pro rozvoj místního plánování sociálního začleňování, 7. - 8. října 2010, Španělsko – zpráva hostitelské země, dostupné na: http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2010/the-programme-for-developing-local-plans-for-social-inclusion-in-catalonia/host_country_paper_es10/download

2. Informace a poradenství

Informace a poradenství jsou nezbytné pro všechny uživatele, jejich příbuzné a pečovatele, kteří potřebují nebo by mohli potřebovat služby a podporu. Informacemi rozumíme „otevřený a dostupný přísun materiálů, které jsou považovány za důležité pro určitou skupinu lidí“, zatímco poradenství zahrnuje „rady a vedení v konkrétním postupu nebo kroky, které je nutné učinit v zájmu naplnění potřeb, přístupu ke službám nebo splnění individuálních nároků“.⁶⁵

Jednou z hlavních překážek objevujících se při zavírání ústavů a rozvoji komunitní péče je, že uživatelům bývá i nadále doporučován pobyt v ústavních zařízeních, protože zde je jen nízké povědomí o komunitních službách. To jasně ukazuje na potřebu zapojit nejen veřejnost, ale i ty organizace, které poskytují informace a poradenství, aby i ony byly přesvědčeny o hodnotě a výhodách komunitní péče.

Na první pohled se může zdát propagace institucí jednodušší než propagace komunitních služeb. Je to dáno stálými a neměnnými prvky jako je kapacita, počet zaměstnanců, umístění zařízení nebo nabídka služeb. Budova ústavu také bývá v daném místě po mnoho let významným bodem, který lze v případě potřeby snadno najít. Oproti tomu komunitní služby bývají v lokalitě více rozptýlené a jsou méně v povědomí společnosti. Jsou – nebo by alespoň měly být – více adaptabilní na potřeby uživatelů, což opět vede k tomu, že je mnohem těžší je popsat. Poskytovatelé, kteří přejdou od provozování institucí k provozování komunitních služeb, tak budou muset změnit způsob, jakým komunikují s veřejností, potenciálními uživateli, investory a organizacemi poskytujícími informace a

poradenství veřejnosti. Budou se teprve muset naučit vyvolávat v komunitě důvěru, pocit bezpečí a závazek ke zvyšování kvality života uživatelů.

Instituce mají tendence hodnotit potřeby uživatele v rámci toho, jakou péči jsou samotné schopny nabídnout. V reformách komunitní péče je kladen větší důraz na nestranné informace a poradenství od veřejných orgánů ohledně toho, jaká služba nebo služby by mohly konkrétním osobám pomoci. Roli nezávislých poradců a advokátů uživatelů mohou převzít také občanská sdružení.

Kvalita informací a poradenství může být nízká i v systémech, které už nějakou dobu poskytují převážně služby založené na péči v komunitě. Ve zprávě zveřejněné v roce 2008 britskou Agenturou pro zlepšování a rozvoj místní vlády (IDEA - Improvement and Development Agency for local government)⁶⁶ je uvedeno:

„Přetrvávají zde takové problémy jako omezené množství informací, velmi proměnlivé reakce, nízká úroveň webových stránek, informace napsané způsobem srozumitelným spíše odborníkům než laické veřejnosti; lidé mají konkrétní potřeby, které vyžadují více než jen informační banku.“⁶⁷

Stejně tak zpráva Generálního inspektorátu pro sociální věci ve Francii (IGAS) uvádí, že informace jsou často „napsány pro odborníky a ne pro uživatele“ a dostupné informace

⁶⁵ Transformace sociální péče o dospělé: přístup k informacím, poradenství a hájení jejich zájmů, zpráva, IDEA, dostupné na: <http://www.idea.gov.uk/idk/aio/9580624>

⁶⁶ Internetové stránky Agentury pro zlepšování a rozvoj místní vlády (IDEA) www.idea.gov.uk

⁶⁷ Strategie městské rady v Traffordu: Informace, rady a advokacie 2010 - 2013, dostupné na: <http://www.idea.gov.uk/idk/aio/9580624>

„nejsou prezentovány systematickým způsobem, což brání porovnání.“⁶⁸

K poskytování informací a poradenství o službách je stále více využíván internet. V Polsku jsou všechny potřebné formuláře (pro podání žádosti o sociální příspěvky) a kontaktní údaje na poskytované služby dostupné na webových stránkách městských center pro sociální pomoc. Avšak vzhledem k nízké úrovni počítačových dovedností⁶⁹ mezi polskými občany je sporné, kolik potenciálních uživatelů k nim skutečně má přístup. Město Manchester (Velká Británie) šlo ještě dále, když spustilo webové stránky sociálních služeb pro dospělé osoby „Moje služby v Manchesteru“, které obsahují přehled všech služeb, jejich poskytovatelů, adres a také poradenské služby týkající se sociálních služeb. Texty na těchto webových stránkách jsou psány jednoduchou angličtinou a usilují o to, aby byly centrem a zdrojem informací pro uživatele, jejich rodiny a další osoby, které o ně pečují, a také pro profesionály.⁷⁰ Ve Flandrech se vláda v roce 2009 rozhodla vytvořit v každém městě tzv. „sociální domy“. V těchto centrech jsou místnímu obyvatelstvu prostřednictvím webových stránek, po telefonu nebo při individuálních schůzkách poskytovány informace a rady o všech službách.

Pokud jsou služby a jejich poskytovatelé roztrženi, je jednotný bod, ať už virtuální nebo fyzický, umožňující přístup k různým informacím obzvláště důležitý. V zemích, které se rozhodly podpořit poskytování široké škály služeb v rámci různých sektorů a na různých vládních úrovních, lze nalézt i jistou

⁶⁸ IGAS, Zpráva o informacích pro uživatele o kvalitě péče ve zdravotnických zařízeních, Generální inspektorát sociálních věcí (RM2010-090P), publikováno v červenci 2010, dostupné na:

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000502/0000.pdf>

⁶⁹ Výsledky testu Eurostatu zjišťující počítačovou gramotnost lidí; více na:

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/mapToolClosed.do?tab=map&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tsdsc460&toolbox=types>

⁷⁰ Webové stránky služeb v Manchesteru
website:www.manchester.gov.uk/mymanchesterservices

roztržiténost sociální politiky a služeb, což je matoucí nejen pro uživatele, ale také pro tvůrce konceptů.

„Přístup zahrnující různorodé účastníky a partnerství samozřejmě není vyloučen; jenom je zde zdůrazněna potřeba bližší spolupráce a koordinace služeb, například prostřednictvím „otevřených informačních center“, která mohou být centrálním přístupovým bodem k celé řadě služeb a poskytovatelů a která uživatelům mohou poskytovat informace.“

71

Rozvoj komunitní péče musí jít ruku v ruce s poskytováním nezávislých informací a poradenstvím ohledně hodnocení potřeb, nároku na určité dávky a služeb dostupných v dané oblasti. Veškeré návody, příručky nebo komunikace musí užívat jednoduchý jazyk srozumitelný uživatelům služeb. Neměly by také obsahovat odborný, právní nebo technický žargon a měly by být dostupné z různých zdrojů a v podobě různých médií (např. ve vizuální nebo audio podobě).

⁷¹ Zpráva ESN, Přístup ke kvalitním sociálním službám, vydaná v roce 2005, dostupné na: <http://esn-eu.org/get-document/index.htm?id=169>

3. Hodnocení individuálních potřeb

Ve chvíli, kdy se životní situace člověka změní a on potřebuje podporu, je důležité, aby získal informace o službách, které jsou v komunitě poskytovány a jak se k nim dostane. Bez ohledu na původ této situace by každý měl mít nárok na nestranné posouzení potřeb. To obvykle vyžaduje specializovaného pracovníka (nebo multidisciplinární tým), který pracuje s uživatelem služeb (a jeho rodinou), aby identifikoval jejich potřeby a naplánoval, jak je co nejlépe uspokojit. Služba nebo služby, které bude potřeba poskytnout, aby byly uspokojeny potřeby člověka, by pak měly připravit plán péče a podpory, který bude pokrývat následující prvky⁷²:

- kdy a jak často bude uživatel dostávat podporu
- organizace, které mu tuto podporu budou poskytovat
- rizikové plány pro řešení nouzových situací
- veškerá péče a podpora, kterou uživateli bude poskytovat jeho rodina nebo přátelé
- datum, ke kterému služby plánují přehodnocení potřeb a způsobu podpory
- zhodnocení příjmu a majetku uživatele, aby mohla být provedena kalkulace, jakým podílem bude uživatel na služby přispívat.

Takový přístup je podmínkou pro personalizovanou formu podpory a zabraňuje nevhodným řešením, kdy je všem uživatelům poskytována stejná péče a rutinnímu jednání, které je typické pro institucionální kulturu.

V ústavních zařízeních obvykle provádějí posouzení potřeb pracovníci instituce, a to v kontextu toho, co je instituce schopná nabídnout. U dobrých komunitních služeb se oproti tomu jedná o celkové posouzení osobních potřeb a životní situace člověka, které vedou k zajištění řady různých služeb. Tyto služby pak mohou, ale nemusí realizovat různí poskytovatelé. Bohužel posouzení potřeb bývá často omezeno na klasifikaci osoby podle různých stupňů zdravotního postižení nebo stupňů závislosti a na základě toho je člověku přidělen příspěvek nebo úroveň služeb. Na Slovinsku jsou například senioři vyžadující péči rozděleni do čtyř kategorií: 1) uživatelé schopní samostatného pohybu; 2) uživatelé částečně schopní samostatného pohybu; 3) uživatelé neschopní samostatného pohybu a 4) zcela závislé osoby. Rozhodnutí o zařazení do konkrétní kategorie provádí všeobecný lékař a je předmětem dalšího přezkoumání a kontroly v rámci systému národního pojištění⁷³. Součástí stejného procesu bývá i posouzení příjmů a majetku uživatele (posouzení nároku na sociální přídatky podle osobní finanční situace) a bývá navrženo tak, aby bylo vyhodnoceno, kolik uživatelé mohou sami přispívat na pokrytí nákladů péče.

Stále častější v dlouhodobé péči o seniory a v péči o lidi s duševním onemocněním je společné zhodnocení potřeb zdravotnickými a sociálními službami, ačkoliv v některých zemích může být překážkou dobré praxe dědictví medicínského modelu péče. Například v Rumunsku je pro hodnocení potřeb osob s postižením a stanovení stupně jejich postižení využívána typologie a terminologie lékařské klasifikace nemocí. Jeden z aktivistů transylvánské nevládní neziskové organizace vysvětluje, jaké tento zastaralý přístup může mít v praxi důsledky:

⁷² Založeno na informacích uvedených na webových stránkách Britské vlády Directgov, které obsahují informace o veřejné zprávě, včetně informací o péči o osoby se zdravotním postižením a dostupných podpůrných mechanismech, dostupné na: http://www.direct.gov.uk/en/DisabledPeople/HealthAndSupport/ArrangingHealthAndSocialCare/DG_4000436

⁷³ CEPS ENEPRI, Výzkumná zpráva č. 87, Systém dlouhodobé péče ve Slovinsku, červen 2010, dostupné na: <http://www.isn.ethz.ch/isn/Digital-Library/Publications/Detail/?id=122421&lng=en>

„U dítěte může být stanovena diagnóza „autismu“, ale v den, kdy dosáhne osmnáctého roku věku, začne být označováno jako „psychotické“. Toto označení však neříká nic o skutečných potřebách člověka a neumožňuje žádnou orientaci pro konkrétní službu.“⁷⁴

Souvisí to s problémem jakési dominance lékařské profese nad profesemi sociálními a vyšší kredibilitou lékařů před veřejností. Je však zásadní, aby hodnocení potřeb v komunitní péči bralo v potaz celého člověka a ne jenom jeho zdravotní stav nebo postižení.

V minulosti bylo hodnocení potřeb omezováno pouze na oblast zranitelnosti uživatelů, tedy na jejich postižení, věk nebo onemocnění. V současné době jsou do hodnocení zahrnovány i sny a přání uživatelů, jejich vztahy s blízkými, jejich vzdělávání a pracovní příležitosti. Odborníci – často pracující v týmu – mohou společně s uživateli přemýšlet o tom, jak by je komunitní služby mohly podpořit v tom, aby naplnili svůj potenciál.

Výsledky těchto rozhovorů by měly být zaneseny v přehledné osobní dokumentaci, kterou vlastní uživatel služeb a kterou vytváří on sám s pomocí odborníka. Osobní dokumentace některých lidí s mentálním postižením žijících v londýnské čtvrti Redbridge jsou v některých případech plné fotografií a kreseb, které vyjadřují jejich potřeby, přání a sny.

Na závěr je potřeba poznamenat, že hodnocení potřeb by mělo být pravidelně aktualizováno, protože zdraví a spokojenost většiny lidí se v průběhu času mění. Veškeré zjištěné změny by se měly odrazit v aktualizovaném plánu péče. To je důležité zejména pro uživatele, kteří opouštějí prostředí ústavu a začínají žít v komunitě. Mohou totiž získat sebedůvěru, rozvíjet nové dovednosti a jejich zdravotní stav se může zlepšit. Naopak pokud se zdraví a stav člověka zhorší, ať už v jakémkoliv prostředí, možná budou potřebovat více podpory. Měním se potřebám jednotlivce by se měly přizpůsobovat služby, což se může odrazit i ve změnách ve výši nákladů vynaložených na péči.

⁷⁴ Peer Review (Posudky členů): Kombinace volby, kvality a spravedlnosti v sociálních službách, Dánsko 01. 04. 2009, Rumunský nezávislý komentující dokument, dostupný na: <http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2009/combining-choice-quality-and-equity-in-social-services/romania-dk09/download>

4. Kapacita a dostupnost služeb

V dobrém systému komunitní péče by počáteční informování a poradenství mělo být následováno hodnocením potřeb a finanční situace uživatele. V dalším kroku pak člověk začne služeb využívat. Kapacita určité služby je jednoduše o tom, zda je služba schopna uspokojit poptávku, zatímco dostupnost služeb znamená, že je zajištěno, aby komunitní služby mohli využívat lidé ve všech regionech. Toto je okamžik, ve kterém mohou vyvstat první problémy kolem geografického pokrytí a kapacity – pokud nenastaly již v okamžiku, kdy člověk hledal poradenské služby.

Nejjednodušším ukazatelem nízké kapacity služeb je pravděpodobně pořadník, jehož existence může odrážet neúspěch strategického plánování nebo nedostatečné financování. Tento fenomén se dotýká komunitní i institucionální péče a může být vykládán různými způsoby. Ředitelé a správci institucí takové seznamy mohou považovat za důkaz důvěry žadatelů v instituci a projev jejich skutečného přání v ní žít. Nicméně je pravděpodobnější, že spíše poukazují na nedostatek alternativ a že lidé, kteří stojí tvář v tvář nejisté budoucnosti, si vyberou to, co znají nejlépe – instituci. Jakmile se místní lidé o pořadníku dozvědí, vytváří se kolem nich jakýsi samohybný bludný kruh. Lidé žádají, aby jejich potřeby byly zhodnoceny dříve, než je tomu nutné, aby si zajistili místo v ústavu v budoucnosti. V komunitní péči může být pořadník po deinstitutionalizaci považován za znamení rostoucí důvěry v nový model; je však stále také odrazem špatného plánování a nedostatečného financování.

Dokonce i v zemích, kde má komunitní péče dlouholetou tradici, je pravděpodobně geografické pokrytí na venkově a v městských oblastech stále ještě rozdílné. Na mnoha místech je tento rozdíl umocněn špatnou ekonomickou situací v méně rozvinutých, převážně zemědělských oblastech. Venkovské oblasti od Finska přes Španělsko až po Srbsko stále nejsou dostatečně pokryty

službami a celý tento problém dále roste kvůli migraci mladých lidí do měst.

„Poskytování univerzálních veřejných služeb v řadě případů nevedlo k pomoci potřebným lidem a navíc se tyto služby začaly být nákladné. Malé nevládní organizace a soukromé společnosti skládající se z jednoho nebo dvou místních lidí, kteří jsou částečně podporováni státem, tak začaly za malý poplatek poskytovat služby, jako jsou rozvážky jídla, zahradničení, úklid, pomoc s osobní hygienou nebo doprovod.“⁷⁵

V Maďarsku byly založeny komunitní služby pro lidi s duševním onemocněním, ale jejich pokrytí je podle člena ESN spíše „symbolické“. V zemi, kde 300 000 – 400 000 lidí jednou za život čelí závažným duševním onemocněním a potřebují tak pomoc, aby se zotavili, nenajdeme více než „50 center denní péče pro lidi s duševním onemocněním a asi 90 mobilních týmů pracujících formou case managementu, které jsou dohromady schopné pomoci pouze 5 000 – 7 000 uživatelům.“ Podobný problém nalzáme v Rumunsku, kde je celkový počet lidí s mentálním postižením kolem 89 000, ale podle oficiálních statistik „pouze 96 lidí žije v domácím prostředí skupinového bydlení, což je pouhých 0,11 %. Kromě toho má pouze 263 osob místo v centru denní péče (0,3 %).“⁷⁶

V Maďarsku byla ve venkovských oblastech ještě dlouho po pádu komunismu dostupnost i těch nejzákladnějších služeb velmi omezená. Maďarsko na tuto mezeru ve službách zareagovalo rozvojem modelu místních služeb. V 828 vesnicích a obcích je ústřední postavou těchto služeb takzvaný „Gondnok“ neboli správce, který ve vesnici žije. Správci

⁷⁵ Zpráva ESN, Přístup ke kvalitním sociálním službám, viz pozn.

⁷⁶ Peer Review (Hodnocení členů), Dánsko 2009, Rumunský nezávislý komentovaný dokument, viz pozn.

vykonávají celou řadu služeb včetně toho, že rozvážejí lidi do denních center, vyzvedávají pro ně léky, rozvážejí děti do školy a potom je zase vozí domů, připravují a rozvážejí jídlo atd. Tyto základní služby zvyšují nezávislost osob a umožňují jim, aby ve svých domácnostech mohli zůstat co nejdéle. Ukázalo se, že program je tak efektivní, že musí být dále rozvíjen a v současné době je považován za klíčový prvek systému.⁷⁷

Kapacita a dostupnost služeb by měla být udržována místními orgány na základě strategického hodnocení potřeb, místního plánování a rozpočtové odpovědnosti. Demografické trendy, migrace, technologický pokrok a ekonomická situace totiž mohou mít výrazný vliv na kapacitu a dostupnost, stejně tak jako měnící se potřeby a preference uživatelů služeb.

⁷⁷ Více si můžete přečíst ve shrnující zprávě ESN „Základní sociální služby ve venkovských sídlištích, poskytování péče lidem žijícím na vesnicích a v odlehlých usedlostech v Maďarsku“, dostupné na: <http://esn-eu.org/get-document/index.htm?id=141>

5. Výběr

V komunitní péči je výběr širokým pojmem: nejedná se jen o volbu mezi různými poskytovateli stejné služby nebo mezi zcela odlišnými službami, ale také o volbu toho, jak člověk bude žít svůj život. Výše v této zprávě jsme viděli, jak nástroje na ochranu lidských práv podporují volbu, protože člověku umožňují převzít kontrolu nad vlastním životem, tedy být nezávislý a svobodný. Když člověk vybírá, uskutečňuje nějaké volby, měla by to být informovaná volba toho, jaké služby bude využívat, kde bude žít a co se svým životem bude dělat, pokud se týká vzdělání nebo práce. To nás opět vede ke zdůrazňování potřebnosti srozumitelných a jednoznačných informací a poradenství a posouzení individuálních potřeb a preferencí každé osoby. Takový přístup může výměnou za příležitosti k lepší kvalitě života vyžadovat akceptaci určitých rizik (například rizika, že ve společnosti budou uživatelé muset čelit stigma, nebo že práce, kterou dostanou, jim nevyjde).

Oproti tomu volba v instituci může znamenat výběr ze specializovaného vybavení, pomůcek nebo personálu, které jsou v budově ústavu k dispozici. Existuje široce rozšířený názor, že pouze větší instituce jsou schopné zajistit takové materiální a personální vybavení, jako je bazén nebo každodenní přítomnost odborného lékaře. Přesvědčení, že instituce nabízejí větší výběr, však vyplývá z nepochopení toho, jaký výběr máme na mysli. Tento názor byl vyvrácen v Evropské zprávě z roku 2009, která upozorňuje na to, že instituce mají tendence jednat se všemi uživateli stejným způsobem, což omezuje jejich možnosti volby a upřednostňuje rutinu.

Dát uživatelům možnost volby není snadný úkol a mnohé země jen s námahou usilují o to, aby se to podařilo. V Estonsku je vstup nových dlouhodobých poskytovatelů služeb na trh pomalý kvůli malé finanční podpoře, takže výběr služeb pro uživatele prostě není

možný z důvodu omezené nabídky.⁷⁸ Typická opatření pro posílení možnosti výběru v komunitní péči zahrnují osobní rozpočty nebo poukázky, které mohou stimulovat trh. Proti nim však může vystupovat opozice s argumentem, že tyto prostředky představují „*dodatečnou administrativní zátěž a jsou problémy s jejich sledováním.*“⁷⁹ V zemích s malou kapacitou služeb mají poskytovatelé možnost vybírat si, komu služby nabídnou. Potencionálně si tedy mohou vybrat takové případy, které jsou nejméně problematické a nejméně nákladné. To je pravým opakem takového výběru, jaký chceme obhajovat.

V některých zemích lze nalézt velké regionální rozdíly v nabídce poskytovaných služeb, což může ztěžovat informovaný, kvalifikovaný výběr mezi poskytovateli. Členové ESN například uvádějí, že taková volba je možná v severní a střední Itálii, kde mají sociální služby díky lepšímu financování a počtu pracovníků pro státní, ziskový a neziskový sektor dobré geografické pokrytí. Oproti tomu v jižní Itálii volba není příliš možná, protože základní služby buď neexistují vůbec, nebo mají nedostatečnou kapacitu. Tyto mezery v poskytování formálních služeb jsou však zaplňovány pro jižní Itálii typickou neformální rodinnou péčí, která je doplňována zaměstnáváním pečovatelských z řad přistěhovalců.

V zemích střední a východní Evropy jsou komunitní služby stále považovány za nedostatečně prověřené a s větší

⁷⁸ Peer Review (Recenze členů), Kombinace volby, kvality a spravedlnosti v sociálních službách, Dánsko 01. 04. 2009; Litevská studie, dostupné na: <http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2009/combining-choice-quality-and-equity-in-social-services/lithuania-dk09/download>

⁷⁹ Peer Review (Recenze členů), Kombinace volby, kvality a spravedlnosti v sociálních službách, Dánsko 01. 04. 2009; Maďarská studie, k dispozici na: <http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2009/combining-choice-quality-and-equity-in-social-services/hungary-dk09/download>

pravděpodobností bývá jejich působení předčasně ukončeno (zejména když je zastaven přísun financí od externího dárce nebo když se změní vláda). Proto není překvapením, že zranitelné osoby a jejich příbuzní upřednostňují ústavní péči před komunitní. Dokonce i když právní předpisy jednoznačně podporují komunitní péči spíše než péči institucionální, ve skutečnosti je přístup k těmto službám ztěžován. Lidé proto mají tendenci, jak poznamenal člen české pobočky ESN, spíše žádat o péči ústavní:

„Poptávka v mnoha případech převyšuje nabídku do takové míry, že jen hovořit o možnosti volby, je falešné. Lidé odcházejí do ústavní péče, protože je dostupná, přestože pořadníky jsou stále delší a delší.“

Možnost výběru může být také omezena z finančních důvodů, protože komunitní péče je často spolufinancována uživateli. Bohatší lidé by tak mohli mít lepší přístup ke kvalitnějším službám. Tak je tomu například v Litvě, kde ceny sociálních služeb nejsou regulovány a poskytovatelé si stanovují vlastní sazby. Dražší služby jsou většinou kvalitnější, ovšem v praxi mohou uživatelé upřednostňovat spíše levnější služby, protože jsou cenově dostupné i lidem v nouzi.⁸⁰

Někdy mohou být zapotřebí zvláštní právní předpisy, aby byla volba pro uživatele služeb skutečně umožněna. Ve Švédsku vláda v roce 2009 schválila Zákon o svobodě volby, který stanovuje jednotnou sazbu za hodinu služby bez ohledu na poskytovatele. V tomto modelu jsou poskytovatelé zároveň certifikováni místními úřady, které mohou nastavit různá kritéria kvality služeb. Očekává se, že soutěž mezi poskytovateli služeb se stane hnací silou

pro zvyšování kvality péče a bude dále stimulovat trh.⁸¹

Podobně mohou trh stimulovat osobní rozpočty, které umožňují těm nejlepším poskytovatelům, aby zvýšili svoji kapacitu. Jestliže jsou služby dobře řízeny, přeměňují uživatele z pasivních příjemců péče na jejich ko-producenty. To však vyžaduje jasný právní rámec, který chrání uživatele i poskytovatele, stabilní finanční systém a jednoznačně vymezuje, co by mělo být bezplatně dostupné v případě potřeby všem lidem a které služby by měly být spolufinancovány uživatelem poté, co bude zhodnocena jeho finanční a majetková situace.

Zavedení osobních rozpočtů může někdy mít neočekávané dopady. Když byly osobní rozpočty zavedeny ve Švédsku, lidé se zdravotním postižením se zorganizovali, spojili své zdroje a nakoupili si péči společně. Stali se tak správci své vlastní péče.

V České republice byly osobní rozpočty v podobě příspěvků zavedeny v roce 2007. Zavedení tohoto mechanismu však nevedlo ke zlepšení nabídky poskytovaných služeb a většímu výběru pro uživatele. Nedostatek kontrolních mechanismů a nedostatečná pružnost služeb vedly značné množství lidí k tomu, aby si tyto příspěvky ponechali jako doplněk svých příjmů a nikoliv jako prostředek k nákupu péče.

Podle názoru ESN mohou být osobní rozpočty účinným nástrojem, který může napomoci zaměřit prostředky a úsilí na lidi, spíše než na struktury. Nemohou však samy o sobě vytvořit větší výběr v komunitní péči. Pokud však byly vytvořeny tržní podmínky a poskytovatelé sociálních služeb jsou připraveni poctivě soutěžit o zákazníky, mohou podpořit stranu nabídky. Trh nicméně stále vyžaduje pečlivé řízení, které bude zajišťovat alespoň základní kvalitu služeb pro všechny.

⁸⁰ Peer Review (Recenze členů), Kombinace volby, kvality a spravedlnosti v sociálních službách, Dánsko 01. 04. 2009; Litevská studie, dostupné na: <http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2009/combining-choice-quality-and-equity-in-social-services/lithuania-dk09/download>

⁸¹ Zpráva ESN, Kontraktování pro kvalitu, publikováno v roce 2010, dostupné na: <http://www.esn-eu.org/get-document/index.htm?id=498>

6. Zajištění kvality, kontroly a zlepšování

Cílem přechodu od institucionální ke komunitní péči je zlepšení kvality života uživatelů služeb, tedy zvýšení jejich celkové životní spokojenosti, včetně všech emocionálních, sociálních a fyzických aspektů života jednotlivce. Na tomto místě je také důležité připomenout, že tento přechod není procesem, v rámci kterého jsou uživatelé přemístěni z ústavní péče nízké kvality do stejně nekvalitních komunitních služeb. Pokud není totiž zajištěna vysoká kvalita, pak může i komunitní péče vést ke snížené kvalitě života uživatelů služeb a jejich oddělení od společnosti. Zajištění a neustálé zvyšování kvality péče a kvality života lidí, kteří sociálních služeb (založených na péči v komunitě) využívají, je jednou z nejdůležitějších otázek.

Skutečnost, že kvalita života (pocit spokojenosti člověka) již bývá ztotožňována s kvalitou služeb, naznačuje, že poskytovatelé dodržují vládní nařízení. V ústavní péči je snazší nalézt druh způsob posuzování kvality. Instituce může sledovat takové parametry, jako je poměr počtu zaměstnanců vzhledem k počtu obyvatelů nebo velikost prostoru na osobu v pokoji. Pokud se však podíváme na oblast kvality života, dosahují horších výsledků, protože vzhledem k rutíně, velikosti a institucionální kultuře nelze naplňovat individuální potřeby uživatelů. V komunitních službách je hodnocení kvality péče pravděpodobně obtížnější, protože služby jsou flexibilnější a na potřeby uživatelů reagují pružněji. To jim však umožňuje vidět člověka jako celistvou osobnost, která má emocionální, sociální a fyzické potřeby.

Zájem o kvalitu (péče) vedl k vytvoření standardů kvality a kritérií, podle kterých mohou být služby hodnoceny. Ve střední a východní Evropě (na rozdíl od starých členských států) byly první standardy kvality zavedeny kvůli zvýšení kvality služeb veřejného sektoru. Veřejné služby a domovy musely splňovat řadu pravidel týkajících se velikosti pokojů, otevíracích hodin a

individuální práce s uživateli. Tento způsob regulace ještě většinou není rozšířen na ziskové a neziskové poskytovatele, kteří v té době nebyli na trhu nebo jejich činnost nebyla zaregistrována jako „sociální“.

Například v Polsku byly soukromé instituce pro dlouhodobou péči často registrovány jako „hotely“ nebo „rekreační ubytovny“, aby tím zabránili registraci a inspekcím. Obyvatelé měli výhody v podobě nižších poplatků a kratší nástupní doby, ale často na úkor řádné sociální a zdravotní péče. Jak uvedla polská média, tento přístup byl někdy vystupňován až k zanedbávání péče a zneužívání uživatelů. Tento problém si však Ministerstvo práce a sociálních věcí uvědomuje a probíhá diskuze o tom, jak zvýšit povědomí o rizicích spojených s neregistrovanými pečovatelskými domy a jak poskytovatele povzbudit k tomu, aby vstoupili do systému sociální péče.

Standardy kvality jsou po celé Evropě velmi rozdílné. Dokonce se v některých zemích značně liší od jednoho kraje či obce k druhé. To řadu zemí vedlo k tomu, že se pokusily sestavit obecné systémy pro zajišťování kvality, a to buď specifické pro určité typy služeb (např. péče o děti), nebo rozšířené na všechny sociální služby. Takový postup obvykle vyžaduje registraci poskytovatelů služeb, pravidelné zprávy poskytovatelů sestavené v souladu s celonárodně uznávanými standardy a kontrolní inspekce zařízení služeb.

Řada systémů byla vyvinuta také na evropské úrovni. Příkladem mohou být EQUASS⁸², E-Qalin⁸³ a v nedávné době Dobrovolný evropský rámec pro kvalitu sociálních

⁸² Evropský certifikát kvality v sociálních službách (EQUASS), informace naleznete na: <http://www.epr.eu/index.php/equass>

⁸³ Řízení kvality v péči o seniory: E-Qalin, information available at: <http://www.ede-eu.org/index.php?page=eqalin>

služeb⁸⁴, který byl vyvinut Výborem pro sociální ochranu (Social Protection Committee – SPC)⁸⁵. Rámec SPC „se zaměřuje na rozvoj společného porozumění tomu, co znamená kvalita sociálních služeb v rámci EU, a to tím, že určuje všechny principy kvality, jaké by tyto služby měly splňovat.“ Je navržen tak, aby byl „natolik flexibilní, aby mohl být aplikovatelný v národním, regionálním a místním kontextu... a u řady sociálních služeb“, aby byl „kompatibilní a aby doplňoval stávající národní přístupy ke kvalitě.“

Dobrovolný evropský rámec pro kvalitu stanovil čtyři kategorie principů kvality:

- obecné zásady pro poskytování služeb (např. dostupnost, finanční dosažitelnost, úplnost, přístup zaměřený na člověka)
- principy vztahů mezi poskytovateli služeb a uživateli (např. účast, zplnomocnění a respektování uživatelů)
- principy vztahů mezi poskytovateli služeb, veřejnými orgány, sociálními partnery a dalšími zainteresovanými stranami (např. partnerství a dobré vedení)
- principy lidského a fyzického kapitálu (dobré pracovní podmínky, odpovídající infrastruktura).

Ačkoliv uznává strukturální a procedurální dimenze kvality péče (budovy, počet zaměstnanců, proces, výsledky), bere také v úvahu pohled uživatele, jeho respekt, důstojnost a zplnomocnění. Tyto hodnoty, které ukazují na kvalitu života zranitelných lidí, v regionálních nebo národních systémech kvality často chybí. Důvodem je především to, že je obtížné je měřit, zvláště ve srovnání s numerickými parametry, jako plocha, počet zaměstnanců na osobu atd. Například v Bulharsku je podle člena ESN „sledování

⁸⁴ Dobrovolný Evropský rámec kvality pro sociální služby (SPC/2010/10/8 v konečném znění) dostupné na: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=6140&langId=en>

⁸⁵

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=758&langId=en>

kvality zaměřeno především na adekvátnost výdajů, nikoli na dopady na kvalitu života“.

Poskytovatelé služeb by v ideálním případě měli mít v každé službě svůj vlastní systém managementu kvality – příkladem jsou EQUASS a E-Qalin. Je to důkazem toho, že se zavazují poskytovat kvalitní péči a neustále ji zlepšovat. V nedávno zveřejněné studii⁸⁶ ESN „Kontraktování pro kvalitu“ je uvedeno, že poskytovatelé služeb pro seniory vyžadující péči ve Španělsku, Švédsku a v České republice používají systémy ISO, systémy založené na principu EFQM nebo vyvinuli svoje vlastní nástroje pro měření a zvyšování kvality. Pro tyto poskytovatele byl při výběru důležitý také postoj poskytovatele finančních prostředků (nejčastěji místních nebo regionálních orgánů) vůči problematice kvality. Některé místní orgány mohou velmi podporovat zlepšování kvality. Například regionální úřad Surrey County Council ve Velké Británii poskytuje granty těm poskytovatelům, u nichž byla kvalita služeb národní inspekcí vyhodnocena jako nízká.

Klíčovou rolí externí (nezávislé) inspekce je také zajištění toho, aby standardy (bez ohledu na jejich rozsah) byly dodržovány. Například v České republice byl v roce 2000 realizován pilotní projekt, v rámci kterého byly definovány standardy a inspekce v oblasti sociálních služeb. O šest let později byla založena nezávislá inspekční agentura se 14-ti regionálními pobočkami.⁸⁷

Ve Skotsku Kontrolní úřad sociální práce (Social Work Inspection Agency - SWIA)⁸⁸ do

⁸⁶ Leichsenring, K., Barnett, S., Rodrigues, R. (2010). Kontraktování pro kvalitu, Evropská sociální síť. Dostupné na: <http://www.esn-eu.org/get-document/index.htm?id=498>

⁸⁷ ESSC, 22. – 24. června 2009 v Praze, Workshop a prezentace českého Ministerstva práce a sociálních věcí, Středočeský kraj a Bellevue (poskytovatel sociálních služeb), dostupné na: http://www.esn-eu.org/prague/downloads/workshop_presentations/3_MoLSA_Cermakova_fin.ppt

⁸⁸ Dne 1. dubna 2011 práce Agentury inspekce sociální práce přešla pod nový subjekt, Zlepšování sociální péče a sociální práce ve Skotsku (SCSWIS), dostupné na:


dubna 2011 zkontroloval všechny služby sociální práce ve Skotsku a podal zprávu veřejnosti a parlamentu. Kontrolní úřad sociální práce klade velký důraz na získávání důkazů o kvalitě služeb přímo z jednotlivých obcí:

„Naše nezávislá systematická kontrola služeb (byla) založena na základních důkazech přímo od lidí, kteří služeb využívají: od pečovatелů, pracovníků a dalších klíčových zúčastněných stran.“

Zatímco registrace a inspekce poskytovatelů tedy byla provedena jinou agenturou, prostřednictvím kontrolního modelu SWIA (viz schéma dole) byl získán rozsáhlý přehled o celém systému v rámci každé jednotlivé oblasti od informování a poradenství pro uživatele po strategické plánování místních orgánů.

V průběhu přechodu od ústavní ke komunitní péči bude nějakou dobu trvat, než se změní systém kontroly institucí (pokud takový systém existuje) podle kvantitativních kritérií na takové kontroly, které budou schopné vyhodnotit výsledky služby pro uživatele služeb, tedy z hlediska zvýšení kvality jejich života a které budou podporovat všechny aktéry systému komunitní péče, aby své služby neustále zlepšovali. Znamená to zavázat se ke změně inspirované vizí, s efektivním vedením, které kontrolním orgánům pomůže odpoutat se od statického modelu „dodržování pravidel“ a přejít k dynamičtějšímu modelu hodnocení, který je zaměřený na výsledky, který podporuje kulturu zvyšování kvality v organizacích a který do centra zájmu jednoznačně staví lidi a nikoli struktury.

MODEL ZLEPŠOVÁNÍ VÝSLEDKŮ

<p>Jakých klíčových výsledků jsme dosáhli?</p>	<p>Jaký vliv jsme měli na lidi, kteří využívají našich služeb a na ostatní účastníky?</p>	<p>Jak dobře provádíme naše klíčové procesy?</p>	<p>Jak dobré je naše operativní řízení?</p>	<p>Jak dobré je naše vedení?</p>	<p>Jaké jsou naše možnosti pro zlepšování?</p>
<p>1. Klíčové výsledky Výsledky pro dospělé, pečující osoby, děti a rodiny výkon v porovnání s národními a místními plány</p>	<p>2. Vliv na lidi, kteří využívají našich služeb Zkušenosti jedinců, kteří využívají naše služby, ve vztahu k přístupu, posouzení a průběhu poskytování služby 3. Vliv na zaměstnance Motivace a spokojenost Podíl zaměstnanců na vytváření vize, politiky a strategie</p>	<p>5. Realizace klíčových procesů Každodenní plánování a přidělování zdrojů Přístup ke službám Posouzení a vedení jednotlivých případů (case management) Řízení rizik a zodpovědnost Partnerský přístup k uživatelům a jejich pečujícím osobám Začlenění, rovnost a spravedlnost v realizaci služeb Multidisciplinární přístup</p>	<p>6. Politika a rozvoj služeb, plánování a výkonový management Vytváření politiky a rozvoj Operativní plánování včetně plánování partnersví Zapojení účastníků do plánování a rozvoje služeb Rozsah a kvalita služeb Záruka kvality a neustálého zlepšování</p>	<p>9. Vedení a řízení Vize, hodnoty a cíle Vedení lidí Řízení změn a zlepšování</p>	<p>10. Možnosti pro zlepšování Komplexní posouzení založené na důkazech ze všech klíčových oblastí, obzvláště výsledků, vlivů a směru řízení</p>
<p>4. Vliv na komunitu Vnímání, chápání a účast komunity Dopad na ostatní účastníky Kapacita komunity</p>	<p>7. Vedení a podpora zaměstnanců Nábor a udržení zaměstnanců Rozmístění zaměstnanců a týmová práce Rozvoj personálu</p>	<p>8. Zdroje a budování kapacity Finanční management Management zdrojů Management informačních systémů Dohody o partnersví Dohody o zprostředkování služeb</p>			
<p>KLÍČ</p>  <p>6 Klíčových otázek 10 oblastí pro hodnocení Ukazatele kvality</p>					

7. Sociální začleňování

Přechod ke komunitní péči a její rozvoj by měl být prováděn důsledně s ohledem na respektování lidských práv, volbu, účast a ochranu, s ohledem na etické aspekty sociální práce jako je zplnomocnění a důraz na individuální silné stránky, ale také s ohledem na výpovědi bývalých obyvatelů tradičních ústavních zařízení. Být v péči ústavu, ať už jako dítě, osoba se zdravotním postižením nebo senior, znamená být mimo domov, často v jiném městě nebo regionu a mít omezený kontakt s okolním světem, včetně rodiny a přátel. To lidi vylučuje, izoluje a dává jim stereotypní nálepky; nedává jim to možnost žít jako ostatní a společně s nimi: je to masová forma sociálního vyloučení.

Komunitní péče oproti tomu usiluje o to, aby lidé mohli zůstat doma nebo v domácím prostředí co nejdéle, jak je to jen možné. Takový postup jim dává více příležitostí k plnému zařazení do společnosti. Dobré komunitní služby se zaměřují na zvyšování nebo udržování nezávislosti uživatelů, aby mohli – co nejdéle je to možné – žít tak, jak chtějí. Někdy poskytovatelé nabízejí služby jak uživatelům, tak i veřejnosti, což pomáhá prolomit bariéry mezi „lidmi v nouzi“ a „normálními lidmi“. Mohou tak společně docházet na kurz meditace nebo mohou společně navštěvovat místní kavárnu. Některé komunitní služby jsou umístěny blízko místní knihovny, zdravotnického střediska nebo jiných veřejných služeb. Vytvářejí tak příležitosti pro uživatele, aby mohli vstupovat do kontaktu se sousedy, přáteli a příbuznými v běžných situacích.

Je však důležité poznamenat, že rozvoj komunitní péče nemusí automaticky vést k úplnému začlenění do společnosti; pouze k tomu vytváří podmínky. Žít doma, ve vlastní domácnosti, může také vést k sociální izolaci (je to možné například u starší osoby s omezenou pohyblivostí, jejíž rodinní příslušníci se odstěhovali do jiných částí země a která kromě svých pečovatelů nikoho jiného nevidá). Člen ESN z Islandu uvedl, že někteří starší lidé dokonce dávají přednost přestěhování do malých bytových jednotek pro seniory, protože se tam cítí bezpečněji a je pro ně snadnější být v kontaktu s ostatními lidmi.

V Itálii, kde proces deinstitucionalizace začal již koncem 70. let, je stále ještě potřeba pracovat na posílení sousedských vztahů mezi lidmi, kteří využívají sociálních služeb, a zbytkem společnosti. Italský kolega ESN poznamenal:

„Očekávání se nenaplnila: mnoho uživatelů sociálních služeb i nadále zůstává bez práce, má omezený kontakt se společností a často žije v chráněných podmínkách.“

Přechod ke komunitní péči často bývá traumatickým zážitkem pro ty uživatele, kteří byli izolováni od společnosti po mnoho let. Cesta k tomu, aby získali nebo znovuzískali sociální dovednosti a měli odvahu navázat kontakt s cizími lidmi, pro ně nebývá snadná. Na druhou stranu to však místní obyvatelé mohou bývalým obyvatelům ústavů také ztěžovat, pokud se jim vyhýbají, ignorují je nebo se dokonce uchylují ke slovním útokům nebo fyzickému násilí. Zkušenosti z Itálie i USA ukazují, že obě strany – bývalí obyvatelé ústavů a místní lidé – potřebují pomoc s přípravou na přechod ke komunitním službám.

Postoje veřejnosti k bývalým obyvatelům ústavů mohou přispět k úspěchu či neúspěchu deinstitucionalizace. Ve Švédsku byla této problematice věnována zvýšená pozornost a bylo dosaženo pozoruhodného pokroku⁸⁹:

„Přešli jsme z velkých institucí k individuálnímu nebo skupinovému bydlení a k integraci do společnosti. V minulosti byli lidé se zdravotním postižením schovávaní před zraky širší společnosti – dnes je můžeme vidět dokonce i v televizních reklamách a v televizních pořadech.“

I přesto švédští členové ESN uznávají, jak je důležité, aby bylo zvyšováno povědomí o různých typech zdravotního postižení a o duševních onemocněních. Někteří lidé, zejména lidé s duševním onemocněním, jsou stále stigmatizováni:

„Lidé musí jít příkladem a zajistit, že s lidmi s duševním onemocněním zdravě budeme zacházet jako s rovnoprávnými občany, které respektujeme a diskrétně jim pomáháme k tomu, aby mohli žít jako ostatní a společně s nimi.“

Bude trvat dlouhou dobu, než budou negativní stereotypy a předsudky odstraněny. Lidé opouštějící ústavní péči musí často čelit nevlídnosti místních obyvatel, kteří mají obavy o vlastní bezpečí a o pověst jejich lokality. V České republice sociální pracovníci a manažeři tráví spoustu času tím, že chodí ode dveří ke dveřím a mluví se sousedy o plánech na založení chráněného bydlení v jejich lokalitě. Reakce zpočátku bývají negativní, ale jakmile se první lidé nastěhují, postoj místních lidí se mění z nepřátelského na lhostejný. Přestože tato změna je známkou pozitivního vývoje, k tomu, aby tito uživatelé byli integrováni do společnosti, vede ještě dlouhá cesta.

K posílení společenské soudržnosti a inkluze je nutné, aby služby v komunitě byly koordinovány a propojeny tak, aby naplňovaly jak základní, tak i komplexní potřeby. To se ovšem v praxi často nestává. Člen ESN z Itálie tvrdí, že italská reforma deinstitucionalizace v roce 1978 nenaplnila očekávání z toho důvodu, že nově zřízené komunitní zdravotnické služby pro osoby s duševním onemocněním nebyly napojeny na sociální služby a služby podporující pracovní uplatnění. V menších obcích, kde každý zná každého, byl tento nedostatek kompenzován osobními kontakty mezi pracovníky příslušných služeb. Nicméně ve větších městech jsou pro uživatele s duševním onemocněním rizika sociálního vyloučení stále velká.

Na rozdíl od institucionální péče mají komunitní služby potenciál přispět k sociální inkluzi. K tomu ale nedojde bez zdatného místního vedení a jeho schopnosti přesvědčit členy komunity, že prevence deinstitucionalizace a vytvoření podmínek dokonce i pro nejzranitelnější členy společnosti, aby byli zařazeni do společnosti a vedli svůj život co nejběžnějším způsobem, je úkolem, který se týká všech. Do jaké míry se bývalí uživatelé ústavní péče zapojí do vzdělávacího a pracovního procesu a do jaké míry budou stigmatizováni veřejností, bude hlavními indikátory úspěchu deinstitucionalizace v přechodu od sociální exkluze k sociální inkluzi.

⁸⁹ Citát člena Evropské sociální sítě

Část III: Shrnutí

Založení a rozvoj efektivní komunitní péče je náročným úkolem. V ideálním případě by měl začít strategickým hodnocením potřeb a plánováním, které identifikují současné a předpokládané potřeby obyvatelstva. Na základě těchto souhrnných informací, místní tvůrci koncepcí mohou učinit informovaná rozhodnutí o financování, designování a poskytování místních služeb.

Podobné individuální hodnocení musí být provedeno pro každou osobu vyžadující péči nebo podporu. V tomto hodnocení by měly být zjištěny potřeby a preference člověka a na základě nich by měly být poskytovány potřebné služby. Každý uživatel by rovněž měl mít přístup k informačním a poradenským službám, aby mohl zvážit své možnosti. Měl by tedy mít informace o tom, na co má nárok a jaké má povinnosti, a také o místních poskytovatelích a jejich službách.

Jakmile je hodnocení potřeb jedince dokončeno a uživatel ví, jaké jsou jeho možnosti, měl by mít přístup ke službám, které si vybral. Aby to vůbec bylo možné, musí místní politici zajistit, aby tyto služby byly k dispozici, aby byly variabilní a udržitelné. Nejprve možná bude nutné odstranit strukturální překážky a v průběhu času pak zvýšit kapacitu a dostupnost služeb.

Jakékoliv nové nebo již existující služby komunitní péče by měly být zaměřeny na zvýšení kvality života uživatelů služeb, tj. jejich celkovou spokojenost, včetně všech emocionálních, sociálních a fyzických aspektů života. Znamená to posun od systému kontroly služeb podle strukturálních standardů směrem k systému, který je schopen zhodnotit výsledky, která má služba pro uživatele služeb, tedy jestli dochází ke zvýšení kvality jeho života. Tento systém by také měl podporovat všechny subjekty v systému komunitní péče, aby mohly neustále zlepšovat služby, které lidem poskytují.

Nakonec musí být místní lidři ostražití, aby v rámci komunitní péče nebyla znovu vytvořena rigidní institucionální kultura. Znamenalo by to přetrvání v začarovaném kruhu stigmatizace a sociálního vyloučení. Na rozdíl od ústavní péče mají služby založené na péči v komunitě potenciál přispět k sociálnímu začlenění. Ovšem to se nestane automaticky. Je třeba dobrého vedení, které místní lidi dokáže přesvědčit, že prevence institucionalizace a vytvoření podmínek dokonce i pro nejzranitelnější členy společnosti, aby byli zařazeni a vedli svůj život co nejběžnějším způsobem, je úkolem, který se týká všech.

Rozvoj komunitní péče

 www.esn-eu.org

Další kroky



DALŠÍ KROKY

Zahájení deinstitucionalizačních reforem znamená změnu zaměření pozornosti od struktur a procedur směrem k lidem. Znamená naslouchání a respektování jejich přání, podporování jejich autonomie a ochranu jejich důstojnosti. Nahrazení institucionální péče službami poskytovanými v komunitě je některými lidmi považováno za „nejdůležitější změnu v politice a modelu poskytování služeb za posledních 50 let.“⁹⁰

Hlavní myšlenkou této zprávy je, že přechod z ústavní ke komunitní péči je žádoucí a - navzdory všem obtížím – možný. Je to příležitost k budování soudržnějších a dynamičtějších místních komunit, v nichž každý může realizovat svůj potenciál. Komunity, které pomáhají rozvíjet vloh a odstraňovat překážky, mají větší šanci na dosažení ekonomické prosperity a jsou považovány za dobré místo k bydlení i podnikání.

My všichni v tomto procesu můžeme hrát nějakou roli. Vysoké školy a výzkumné ústavy po celé Evropě mohou přispívat k lepšímu pochopení fenoménu institucionalizace tím, že vytvoří společnou terminologii a zhodnotí silné a slabé stránky obou, komunitní i institucionální péče. Mohou také pomoci při zlepšování našich znalostí o efektivitě nákladů na intervence sociální politiky. Tento druh výzkumu v oblasti duševního zdraví již přináší pod vedením Prof. Martina Knappa vědecky podložené odpovědi na otázky kolem toho, „co funguje“ a ukazuje, kam je nejvýhodnější investovat čím dál tím omezenější veřejné prostředky. Kromě toho mohou vědci navrhnout společnou metodiku pro sběr kvalitnějších dat. To by mohlo statistickým úřadům ve 27 zemích EU pomoci shromáždit a zhodnotit (ideálně s použitím stejných evropských ukazatelů) místní a regionální údaje o kapacitě a udržitelnosti institucionální

⁹⁰ Mansell, J., Ericsson, K. (ed.) „Deinstitucionalizace a život ve společnosti: Služby pro osoby s mentálním postižením v Británii, Skandinávii a USA“, Londýn: Chapman a Hall, 1996.

a komunitní péče. Standardizované a srovnatelné statistiky by otevřely cestu k porovnání úspěšnosti podle měřítek na evropské úrovni a mohly by posloužit jako zdroj informací pro debatu o budoucích reformách a vývoji na poli sociální politiky.

Sama Evropská komise může dát silný podnět k dalšímu rozvoji alternativních možností komunitní péče. Komise je do tohoto procesu dokonce již zapojena a „financuje studie o poskytování komunitních služeb (...), aby byla dosažena správná úroveň bezpečnosti, svobody a nezávislosti pro život v komunitě.“⁹¹ Organizace, jako je GŘ EMPL, REGIO, SANCO a JUST, se zapojují do setkávání Evropské expertní skupiny pro přechod ke komunitní péči a podporují její mandát. Nicméně stále je otázkou, zda využívat prostředky ze strukturálních fondů EU na opravu nebo modernizaci velkých zastaralých institucí v nových členských státech. Tato otázka by mohla být vyřešena v rámci strategie Evropa 2020, jak je uvedeno ve sdělení "Evropská strategie péče o osoby se zdravotním postižením 2010 - 2020: Obnovený závazek pro bezbariérovou Evropu", ve které se Komise zavazuje k tomuto kroku:

„Podpořit přechod od institucionální ke komunitní péči za pomoci prostředků ze strukturálních fondů a fondů pro rozvoj venkova, za účelem rozvoje komunitních služeb a zvyšovat povědomí o situaci lidí se zdravotním postižením, kteří žijí v ústavech, zejména dětí a starších lidí.“⁹²

⁹¹ GŘ pro spravedlnost, Sledování diskriminace - Lidé s postižením na první straně, dostupné na: http://ec.europa.eu/justice/discrimination/disabilities/index_en.htm

⁹² Sdělení Komise Evropskému parlamentu, Radě, Evropskému hospodářskému a sociálnímu výboru a Výboru evropských regionů, Evropská strategie péče o lidi se zdravotním postižením, Obnovený závazek pro bezbariérovou Evropu (COM/2010/0636 final), vydáno 15. listopadu 2011, dostupné ve všech jazycích na: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52010DC0636:EN:NOT>

Tento důležitý závazek se promítá i do návrhů předpisů týkajících se strukturálních fondů EU pro období 2014 - 2020, které oba zmiňují „přechod od institucionální ke komunitní péči“ jako jednu ze žádoucích aktivit v rámci prosazování rovných příležitostí a boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení.⁹³

Členské státy rovněž musí sehrát důležitou roli. V konečném důsledku jsou zodpovědné svým občanům za formu a kvalitu sociální politiky a praxe. Jsou v pozici, která umožňuje zavést a řídit legislativní změny umožňující rozvoj komunitní péče. Mohou také vyhradit prostředky, které jsou nezbytné pro budování místní kapacity a na ochranu komunitních služeb v prvních letech, a zároveň postupně omezovat podporu velkým institucím.

A nakonec i ESN a její členové musí splnit svoji úlohu. Můžeme v malém měřítku doplňovat politiku Evropské komise a finanční mechanismy prostřednictvím praktické podpory lidem ve vedoucích pozicích na různých úrovních, a tím zvýšit jejich schopnost vést transformaci sociálních služeb tak, aby byly naplněny principy volby a nezávislého života v komunitě. Vzdělávací program ESN „Řízení změn: role veřejných orgánů v procesu deinstitucionalizace“⁹⁴ byl vytvořen společně se spoluautorem zprávy DECLOC a sdružuje profesionální pracovníky veřejného sektoru a politiky ze čtyř zemí střední a východní Evropy, kteří se stanou jádrem změny v jejich obcích a regionech.

Členové ESN mohou také sdílet své vlastní zkušenosti o přechodu z ústavní ke komunitní péči a podpořit tak kolegy, kteří na tuto cestu teprve vyкроčí. Máme již velké množství zkušeností a musíme se zasadit o to, aby náš hlas byl slyšet.

Nyní nastal čas, kdy by se mělo stát naší prioritou ukončení segregace a sociálního vyloučení zranitelných osob. Naší společnou snahou by mělo být poskytnout těmto lidem stejné možnosti volby a kontroly nad jejich vlastními životy, jaké máme my sami, a podporovat je, aby mohli žít co nejběžnějším způsobem života ve svých komunitách.

⁹³ Návrh pro nařízení Evropského parlamentu a Rady o Evropském sociálním fondu a o zrušení nařízení (ES) č. 1081/2006, dostupné na:

<http://ec.europa.eu/esf/BlobServlet?docId=231&langId=en>

a návrh nařízení Evropského parlamentu a Rady o zvláštních ustanoveních týkajících se Evropského fondu pro regionální rozvoj a investice pro růst a zaměstnanost a o zrušení nařízení (ES) č. 1080/2006, dostupné na:

http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docoffic/official/regulation/pdf/2014/proposals/regulation/erdf/erdf_proposal_en.pdf

⁹⁴ <http://www.esn-eu.org/e-news-dec11-managingchange-training-programme/index.htm>

Poznámky:

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

Rozvoj komunitní péče

 www.esn-eu.org

Seznam použité
literatury



Seznam použité literatury

Dokumenty a zdroje EU

Akademická síť evropských odborníků na zdravotní postižení (ANED), Souhrnná zpráva: Realizace politiky podporující nezávislý život osob se zdravotním postižením v Evropě 2010 (VT/2007/005), dostupné na: <http://www.disability-europe.net/content/aned/media/ANED-Task%205%20Independent%20Living%20Synthesis%20Report%2014.01.10.pdf>

Listina základních práv Evropské unie, zveřejněna 18. prosince 2000 v Úředním věstníku Evropských společenství (C 364/1), dostupné na: http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_en.pdf

Sdělení Komise Evropskému parlamentu, Radě, Evropskému hospodářskému a sociálnímu výboru a Výboru evropských regionů „Evropská strategie péče o lidi se zdravotním postižením 2010 - 2020: Obnovený závazek pro bezbariérovou Evropu" (COM/2010/0636 v konečném znění), který byl publikován 15. listopadu 2011, dostupný ve všech jazycích EU na: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52010DC0636:EN:NOT>

GŘ za spravedlnost, Boj proti diskriminaci - Lidé s postižením na přední straně, dostupné na: http://ec.europa.eu/justice/discrimination/disabilities/index_en.htm

Tisková zpráva Evropské komise "EU ratifikovala Úmluvu OSN o právech osob se zdravotním postižením (IP/11/4), zveřejněná 5. ledna 2011, dostupné na: <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/11/4&format=HTML&aged=0&language=EN&guiLanguage=en>

Evropská nadace pro zlepšení životních a pracovních podmínek. Zdraví a péče v rozšířené Evropě. Lucemburk, Úřad pro publikace Evropské Unie, 2004.

Návrh nařízení Evropského parlamentu a Rady o zvláštních ustanoveních týkajících se Evropského fondu pro regionální rozvoj a investice pro růst a zaměstnanost a o zrušení nařízení (ES) č. 1080/2006, dostupné na: http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docoffic/official/regulation/pdf/2014/proposals/regulation/erdf/erdf_proposal_en.pdf

Návrh na nařízení Evropského parlamentu a Rady o Evropském sociálním fondu a o zrušení nařízení

(ES) č. 1081/2006, dostupné na: <http://ec.europa.eu/esf/BlobServlet?docId=231&langId=en>

Zpráva Ad-hoc expertní skupiny o přechodu z ústavní na komunitní péči, Nezávislá expertní skupina, manuskript byl dokončen v září 2009, k dostupné na

<http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=4017&langId=en>

Dobrovolný Evropský rámec kvality pro sociální služby (SPC/2010/10/8 v konečném znění), dostupné na: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=6140&langId=en>

Materiály Evropské metodiky Peer Review

Evropská metodika Peer Review: Kombinace volby, kvality a spravedlnosti v sociálních službách, Dánsko 01. 04. 2009; Litevská studie, dostupné na: <http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2009/combining-choice-quality-and-equity-in-social-services/lithuania-dk09/download>

Evropská metodika Peer Review: Kombinace volby, kvality a spravedlnosti v sociálních službách, Dánsko 01. 04. 2009, Rumunský nezávislý komentující dokument, dostupné na: <http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2009/combining-choice-quality-and-equity-in-social-services/romania-dk09/download>

Evropská metodika Peer Review: Kombinace volby, kvality a spravedlnosti v sociálních službách, Dánsko 01. 04. 2009; Estonská studie, dostupné na: <http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2009/combining-choice-quality-and-equity-in-social-services/estonia-dk09/download>

Evropská metodika Peer Review: Kombinace volby, kvality a spravedlnosti v sociálních službách, Dánsko 01. 04. 2009; Maďarská studie, dostupné na: <http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2009/combining-choice-quality-and-equity-in-social-services/hungary-dk09/download>

Přečtěte si více v Evropské metodice Peer Review: Program pro rozvoj místního plánování sociálního začleňování, 7. - 8. října 2010, Španělsko – zpráva hostitelské země k dispozici na: http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2010/the-programme-for-developing-local-plans-for-social-inclusion-in-catalonia/host_country_paper_es10/download

Zdroje OSN

Úmluva o právech dítěte, která byla přijata a otevřena k podpisu, ratifikaci a přistoupení rozhodnutím Valného shromáždění OSN 44/25 ze dne 20. listopadu 1989, dostupné na: <http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm>

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením a opční protokol, přijatý dne 13. prosince 2006 na Valném shromáždění OSN, dostupné na:

<http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>

Pokyny pro náhradní péči o děti; usnesení přijalo Valné shromáždění A/64/434) 24. února 2010, dostupné na: [http://www.europe.ohchr.org/Documents/UN%20Docs/UN%20Guidelines%20for%20the%20Alternative%](http://www.europe.ohchr.org/Documents/UN%20Docs/UN%20Guidelines%20for%20the%20Alternative%20)

Madridský mezinárodní akční plán pro stárnutí (včetně vůdčího rámce a nástrojů pro odborníky a tvůrce konceptů), dostupné na: http://www.un.org/ageing/documents/building_natl_capacity/guiding.pdf

Usnesení valné hromady o provádění Mezinárodního akčního plánu pro stárnutí a související činnosti a přijetí zásad OSN pro seniory (A/RES/46/91) přijaté dne 16. prosince 1991, dostupné na: <http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r091.htm>

Projev Jana Jařaba, regionálního zástupce Úřadu vysokého komisaře OSN pro lidská práva, který pronesl 29. dubna 2010; v plném znění dostupné na: <http://www.europe.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DeinstitutionalizationSpeech.aspx>

Profil Rumunska: "Ukončení institucionální péče, UNICEF, dostupné na: <http://www.unicef-irc.org/research/ESP/youth/r12inst.pdf>

Zdroje ESN

Hodnoty a poslání ESN, dostupné na: <http://esn-eu.org/mission-and-values/index.htm>

Průzkum členských zemí ESN o vývoji deinstitucionalizace a komunitní péče z roku 2009, dostupné na: <http://www.esn-eu.org/get-document/index.htm?id=400>

Zpráva ESN: Přístup ke kvalitním sociálním službám, publikováno v roce 2005, dostupné na: <http://esn-eu.org/get-document/index.htm?id=169>

Souhrnná zpráva ESN: Základní sociální služby ve venkovských oblastech, vesnicích a poskytování péče v odlehklých usedlostech v Maďarsku, dostupné na: <http://esn-eu.org/get-document/index.htm?id=141>

Zpráva ESN, Leichsenring K., Barnett S., R. Rodrigues, Kontraktování pro kvalitu, Evropská sociální síť, publikováno v roce 2010, dostupné na: <http://www.esn-eu.org/get-document/index.htm?id=498>

ESN Seminář "Směrem ke komunitní péči", 8-9. května 2009 Varšava, prezentace Julie Beadle-Brownové, dostupné na: <http://www.esn-eu.org/get-document/index.htm?id=258>

ESN Seminář "Směrem ke komunitní péči", 8. - 9. května 2009, Varšava, prezentace Dieter Kulke,

dostupné na: <http://www.esn-eu.org/get-document/index.htm?id=264>

ESSC, 6. – 8. červenec 2011, Varšava, program a všechny prezentace dostupné na: <http://esn-conference.org/programme-warsaw>

ESSC, 6. – 8. července 2011, Varšava, prezentace Jana Pfeiffera, předsedy plenární sekce „Směrem ke komunitní péči“, dostupné na: <https://esn-conference.org/sites/default/files/Jan%20Pfeiffer.pdf>

ESSC, 6. – 8. července 2011, Varšava, projev Yannise Vardakastanise, prezentovaný na plenárním zasedání „Směrem ke Komunitní Péči“, dostupné na: https://esn-conference.org/sites/default/files/Vardakastanis%20Speech_0.pdf

ESSC, 6. – 8. července 2011, Varšava, Workshop a prezentace Agentury Evropské unie pro základní práva (FRA), dostupné na: <https://esn-conference.org/sites/default/files/FRA%20English.pdf>

ESSC, 22. - 24. června 2009 v Praze, Workshop a prezentace českého Ministerstva práce a sociálních věcí, Středočeského kraje a Bellevue (poskytovatele služeb), dostupné na: http://www.esn-eu.org/prague/downloads/workshop_presentations/3_MoLSA_Cermakova_fin.ppt

Ostatní zdroje

Baldock J., Manning N., Vickerstaff S., *Sociální politika*, 3. vydání, Oxford University Press, 2007

Better Care Network (Síť pro lepší péči), *Nástroje a Slovníček klíčových pojmů*, dostupné na: <http://bettercarenetwork.org/BCN/Toolkit/Glossary/index.asp>

Brindle D., *Neúnavný bojovník za nezávislost*, článek vytištěl britský deník 'The Guardian' 22. října 2008, dostupné na: <http://www.guardian.co.uk/society/2008/oct/21/john-evans>

CEPS ENEPRI, *Výzkumná zpráva č. 87, Systém dlouhodobé péče ve Slovinsku*, červen 2010, dostupné na: <http://www.isn.ethz.ch/isn/Digital-Library/Publications/Detail/?id=122421&lng=en>

Collinsův slovník sociální práce, Pierson, J., Thomas, M. (ed.), HarperCollins, 2006

Directgov – webové stránky Britské vlády, které obsahují všechny informace o veřejné zprávě, včetně informací o péči o osoby se zdravotním postižením a dostupných podpůrných mechanismech, dostupné na: http://www.direct.gov.uk/en/DisabledPeople/HealthAndSupport/ArrangingHealthAndSocialCare/DG_4000436

ECCL, *Tvorba úspěšných kampaní pro komunitní život*, návod pro organizace, které pečují o lidi se zdravotním postižením a pro poskytovatele služeb, Evropská koalice

pro komunitní život 2008, dostupné na:
<http://www.community-living.info/documents/ECCL-Manual-final-WEB.pdf>

ECCL, *Ztracený čas, promrhané peníze, promarněné životy... Promarněná příležitost?* Evropská koalice pro komunitní život, zpráva z roku 2010, dostupné na:
<http://community-living.info/documents/ECCL-StructuralFundsReport-final-WEB.pdf>

Evropský certifikát kvality v sociálních službách (EQUASS), informace dostupné na:
<http://www.epr.eu/index.php/equass>

Henderson, J., *Krátká studie o Deinstitutionalizaci v kontextu programu řecké reformy* (nezveřejněna)

Generální inspektorát sociálních věcí (IGAS), webové stránky: <http://www.igas.gouv.fr/>

IGAS *Zpráva o informacích pro uživatele ohledně kvality zdravotnických zařízení*, Generální inspektorát sociálních věcí (RM2010-090P),

publikováno v červenci 2010, dostupné na:
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000502/0000.pdf>

Mezinárodní federace sociálních pracovníků, *Etika v sociální práci*, prohlášení o zásadách, které bylo schváleno na valných hromadách Mezinárodní federace sociálních pracovníků a Mezinárodní asociace škol sociální práce v Adelaide, Austrálie, říjen 2004, dostupné na: <http://www.ifsw.org/f38000032.html>

Internetové stránky regionálních úřadů britské vlády: Zlepšování a rozvoj místní vlády (IDEA) www.idea.gov.uk

Lemay, R., *Deinstitutionalizace lidí s mentálním postižením: Přehled literatury* [in:] Kanadský časopis pro duševní zdraví komunity, roč. 28, č. 1, jaro 2009, dostupné na:
<http://www.turningforward.org/documents/Lemay2009-Deinstitutionalization.pdf>

Lumos - část „Naše zprávy a názory“, *Proč jsou oslavy lepší doma*, vydáno v elektronické formě 31. března 2011, dostupné na: <http://www.lumos.org.uk/news.php/392/whyccelebrations-are-better-at-home>

Mansell, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J. a Beecham, J. (2007) *Deinstitutionalizace a život v komunitě - výsledky a náklady: Zpráva o evropské studii*. Canterbury: Tizard Centre, Univerzita v Kentu, Úplná zpráva, shrnutí a dodatečné užitečné zdroje jsou dostupné na:
http://www.kent.ac.uk/tizard/research/DECL_network/

Mansell, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J. a Beecham, J. (2007) *Deinstitutionalizace a život v komunitě - výsledky a náklady: Zpráva o evropské studii*. Svazek 1: Shrnutí, s. 7. Canterbury: Tizard Centre, Univerzita v Kentu,

dostupné na:
http://www.kent.ac.uk/tizard/research/DECL_network/documents/DECLOC_Volume_1_Exec_Summary_final.pdf

Mansell, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J. a Beecham, J. (2007) *Deinstitutionalizace a život v komunitě - výsledky a náklady: Zpráva o evropské studii*. Svazek 2: Hlavní zpráva. Canterbury: Tizard Centre, Univerzita v Kentu, dostupné na:
http://www.kent.ac.uk/tizard/research/DECL_network/documents/DECLOC_Volume_2_Report_for_Web.pdf

Mansell, J., Beadle-Brown, J., *Efektivita komunitního bydlení pro lidi s mentálním postižením: mezinárodní perspektiva*, dokument zveřejněn na výroční konferenci Národního úřadu pro osoby se zdravotním postižením v Dublinu 6. října 2009, dostupné na:
[http://www.nda.ie/Website/NDA/CntMgmtNew.nsf/DCC524B4546ADB3080256C700071B049/C60FC2E1F2A530068025768E003F108E/\\$File/prof_jim_mansell_proceedings.htm](http://www.nda.ie/Website/NDA/CntMgmtNew.nsf/DCC524B4546ADB3080256C700071B049/C60FC2E1F2A530068025768E003F108E/$File/prof_jim_mansell_proceedings.htm)

Mansell, J., Ericsson, K. (ed.), *Deinstitutionalizace a život ve společnosti: Služby pro osoby s mentálním postižením v Británii, Skandinávii a USA*, Londýn: Chapman a Hall, 1996

Webové stránky služeb státní správy v Manchesteru [website:www.manchester.gov.uk/mymanchesterservices](http://www.manchester.gov.uk/mymanchesterservices)

Nanus, B., *Vizionářské vedení: Jak přesvědčivě udávat směr vaší organizace*. San Francisco: Jossey-Bass, 1992

Národní asociace sociálních pracovníků, *Etický kodex*, schválený v roce 1996 a upravený v roce 2008 Shromážděním delegátů NASW, dostupné na:
<http://www.socialworkers.org/pubs/code/code.asp>

Řízení kvality v péči o seniory: E-Qalin, informace dostupné na:
<http://www.ede-eu.org/index.php?page=eqalin>

SCIE, „*Na první pohled*“, série č. 41, duben 2011, Instruktaž o personifikaci: Zákon o důsledcích rovnoprávnosti z roku 2010, dostupné na:
<http://www.scie.org.uk/publications/ataglance/ataglance41.asp>

Formování našich životů, konzultace pro hrabskou radu Cumbria County Council a státní zdravotní služby Primary Care Trust, *Posouzení budoucích potřeb bydlení pro starší lidi*, dostupné na:
www.cumbria.gov.uk/elibrary/view.asp?ID=36288

Smith G. P., *Vnímání sebe sama a pocit hanby*, akademická studie předložená roku 2011 Australské sociologické asociaci, dostupné na
<http://www.tasa.org.au/uploads/2011/01/Smith-Gregory.pdf>

Agentura pro inspekci sociální práce, *Průvodce po vedení - Bližší pohled na vedení ve službách sociální práce*, 2010, studie, kterou skotská vláda zadala

k vypracování Agentuře pro inspekci sociální práce,
dostupné na:
<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2010/09/02163616/2>

Strategie městské rady v Traffordu: Informace, rady a
advokacie 2010 - 2013, dostupné na: <http://myway>

Van Loon, J., Van Hove, G. (2001). *Emancipace a
sebeurčení lidí s mentálním postižením a snižování
institucionální péče*. Postižení a společnost, 16 (2), 233-
254. Dostupné na:
<http://www.arduin.nl/english/index.asp>

Webové stránky Hlas retardovaných:
<http://www.vor.net/images/AbuseandNeglect.pdf>

Světová banka, Tobis David, *Přechod z pobytových
zařízení sociálních služeb na sociální služby
poskytované v komunitě ve střední a východní Evropě a
bývalém Sovětském svazu*, Světová banka 2000,
dostupné na:
<http://siteresources.worldbank.org/DISABILITY/Resources/280658-1172671461088/MovingFromResTobis.pdf>

Světová zdravotnická organizace v Evropě, *Lepší
zdraví, lepší životy: děti a mladí lidé s mentálním
postižením a jejich rodiny*, EUR/51298/17/PP/3, listopad
2010

Světová zdravotnická organizace, *Jaké jsou argumenty
pro komunitní péči o lidi s duševním onemocněním?* Síť
pro informace o zdraví (HEN), Souhrnná zpráva,
dostupné na:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/74710/E82976.pdf

Poznámky:

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

JAK ČÍST TUTO ZPRÁVU

Autoři doufají, že se v této studii s pomocí úvodu a obsahu budete moci snadno orientovat.

I když doufáme, že si přečtete celou zprávu, pokud hledáte odpovědi na některé z následujících otázek, doporučíme Vám, na co se zaměřit:

- *Nejste si jisti, co deinstitucionalizace vlastně znamená,* tj. jak si vyložit termín používaný v této zprávě - přečtěte si, prosím, Slovník užívaných pojmů
- *Zajímá vás, proč je komunitní péče lepší než péče v ústavech,* tj. jaké jsou hlavní argumenty na podporu přechodu z instituční ke komunitní péči - prosím, přečtěte si Část I
- *Uvažujete o přechodu ke komunitní péči a nejste si jisti, kde začít* - přečtěte si Část II, která popisuje klíčové prvky, které je potřeba nejprve zajistit
- *Řešíte problémy v řízení komunitní péče po přechodu* - prosím přečtěte si Část III, která nastiňuje prvky dobře fungujícího modelu komunitní péče a obsahuje i různé praktické příklady.

JAK TUTO ZPRÁVU MOHU POUŽÍT?

Cílem této zprávy je informovat a také podnítit k zamyšlení. Možná budete chtít více uvažovat o roli vaší země, regionu nebo obce v procesu deinstitucionalizace a komunitního rozvoje a položíte si některou nebo všechny z následujících otázek:

- Jaké služby komunitní péče jsou dostupné v místě, kde žijete?
- Jaké argumenty by byly nejúčinnější pro přesvědčování místních tvůrců konceptů a kolegů v ostatních službách o potřebě deinstitucionalizace?
- Jaké jsou u vás podpůrné podněty a jaké překážky toho, aby se přechod ke komunitním službám uskutečnil?
- Je opravdu tak drahé zavřít instituce? Jaká je dlouhodobá návratnost investování do komunitní péče?
- Jak mohou být mobilizovány místní zdroje, aby byla poskytnuta lepší péče zranitelným osobám?
- Jaké druhy partnerství a spolupráce jsou potřebné k tomu, aby bylo této změny dosaženo?
- Jak můžete získat přízeň zaměstnanců, obyvatel ústavů a místních lidí, aby uznali výhody komunitní péče a aby se sociální začleňování stalo otázkou, která se týká všech?

Tato zpráva je k dispozici v češtině, angličtině, polštině, maďarštině a rumunštině. Budeme také schopni pomoci vám navázat kontakty se členy našeho poradního výboru na vysoké úrovni, skupiny pro politiku a praxi a účastníky programu školení, kteří se mohou podělit o svoje odborné znalosti a zkušenosti o rozvoji komunitní péče v řadě zemí hovořící širokou škálou jazyků.

Evropská Sociální Síť (ESN):

Adrienn Sz. Nagy

adrienn.sz.nagy@esn-eu.org

Po několika letech práce s manažery služeb, odborníky na danou oblast ve skupině zaměřené na politiku a praxi a poradním výboru na vysoké úrovni, zveřejňuje ESN zprávu "Rozvoj komunitní péče", která v hlavních rysech nastiňuje důvody pro deinstitucionalizaci, první kroky v transformaci služeb a klíčové prvky pro kvalitní komunitní péči.

ESN také nabízí strategickou podporu pro tvůrce koncepcí a manažery služeb z České republiky, Maďarska, Polska a Slovenska ve vzdělávacím programu, který je realizován v letech 2011 až 2012. Současně je ESN na úrovni EU členem Evropské skupiny odborníků pro přechod od ústavní péče k péči komunitní, která zvyšuje povědomí o této problematice v rámci vytváření konceptů a programů financování v EU.

European Social Network
Victoria House
125 Queens Road
Brighton BN1 3WB
United Kingdom

Tel: +44 (0) 1273 739 039
Fax: +44 (0) 1273 739 239
Email: info@esn-eu.org
Web: www.esn-eu.org