

# Stanovisko APSS ČR

## k deinstitucionalizaci sociálních služeb

**Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR jako největší profesní organizace v oblasti sociálních služeb, sociálně-právní ochrany dětí a sociálních pracovníků vydává tímto svoje stanovisko k deinstitucionalizaci sociálních služeb.**

### Co je proces deinstitucionalizace

Deinstitucionalizace je nejčastěji ve světě spojována s osobami s duševním onemocněním. Jedná se o proces, jehož výsledkem je odchod klienta/pacienta z rezidenčního zařízení (instituce). Proces deinstitucionalizace může taktéž znamenat transformaci či modifikaci instituce tak, že pozbyde svůj institucionální charakter, popř. zcela zanikne. První pokusy známe z období okolo roku 1950 z Kanady, následovaly pak navazující pokusy a aktivity v anglicky mluvících zemích.

Jakkoliv chceme deinstitucionalizaci hodnotit, posuzovat, ale i prosazovat, obhajovat či konstruktivně kritizovat, musíme vždy oddělovat jednotlivé cílové skupiny a řešenou nepříznivou sociální situaci osob. Pokud budeme deinstitucionalizaci studovat a pronikat do její historie ve vyspělých zemích, pak velmi často narazíme na deinstitucionalizaci u osob s duševním onemocněním, osob s mentálním postižením, méně pak u osob s kombinovaným postižením (dospělých i dětí), minimálně pak u seniorů a zcela výjimečně u osob trpících demencí.

### Jaké jsou důvody pro deinstitucionalizaci

Důvody pro realizaci deinstitucionalizace jsou stavěny na humánním a akceptujícím lidském přístupu, který vychází ze základního předpokladu, že každý člověk chce žít ve svém sociálně přirozeném prostředí, které nazývá svým domovem, a má na to právo.

Toto však pro naplnění realizace tohoto práva nestačí, a proto je důležitá i oblast legislativní, resp. zákonoděrné důvody. Konkrétně jde o dodržování a naplňování legislativních norem a mezinárodních úmluv, jako je např. Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, tj. právních předpisů, které zaručují všem lidem individuální přístup, možnost seberealizace, bezpečí, důstojného života, respektu apod., včetně volby formy bydlení a péče.

### Proč nebude deinstitucionalizace pravděpodobně nikdy realizována všude a pro všechny

Z ekonomie známe představu ideálního světa pro popis některých ekonomických procesů (např. dokonale konkurenční trh). Při jednoduché otázce, zda deinstitucionalizaci ano či ne, si pomozme odpovědět na úrovni ideálního prostředí. Možnost žít ve svém domácím a přirozeném prostředí, v komunitním bydlení by měl mít každý (výjimku mohou tvořit potřeby osob s těžkým kombinovaným postižením či onemocněním vyžadujícím intenzivní ošetrovatelskou a lékařskou péči, širší zdravotnické vybavení a dostupnost různých odborností, tj. zejména důvody zdravotní, nikoliv sociální). Zásadním důvodem, proč však není tato možnost dostupná (a pokud se zásadně nezmění stávající poměry, ani nebude) pro všechny osoby s duševním onemocněním, zdravotním postižením, seniory, osoby trpící demencí apod., je nedostatek zdrojů. Nedostatek



**Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR**

Vančurova 2904, 390 01 Tábor

IČ: 60445831 • DIČ: CZ60445831

e-mail: apsscr@apsscr.cz • www.apsscr.cz

tel./fax: 381 213 332 • datová schránka: 6c63cgd

**Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR je členem:**



zdrojů finančních i lidských. Jde o nedostatek financí jakékoliv země, její vlády a také drtivé většiny rodin finančně zabezpečit a zajistit personálně kvalitní a bezpečnou péči všem lidem v jejich přirozeném prostředí. Deinstitucionalizace je tedy zásadní směr, avšak jde o cíl, kterého nebude a nemůže být ve 100% případech dosaženo. Jde o cíl, který chce asi každý z nás, nikdo si nepřeje skončit v institucionálním zařízení, a každý by rád dožil doma. Většina lidí však doma dožít nemůže z důvodů nedostatku finančních zdrojů na zajištění potřebné péče v důsledku rapidního zhoršení jejich zdravotního stavu, nedostatku zdravotních sester, lékařů, ošetřovatelek či pečovatelek poskytujících tuto péči, nebo v důsledku svých zdravotních komplikací. Samozřejmě však není možné z důvodu limitů k dosažení úplného cíle rezignovat na zásadní usilování, tedy co nejvíce se k tomuto cíli přibližovat a podpořit lidi v jejich přirozeném sociálním prostředí, popř. umožnit jim institucionální péči opouštět, pokud je to možné a pokud si to v daný moment přejí.

## Jak jsou na tom jiné země

Pokud porovnáme stav, jak probíhá deinstitucionalizace v jiných zemích, pak dojdeme ke zjištění, že všechny<sup>1</sup> vyspělé země řeší primárně cílové skupiny osob s duševním onemocněním (některé aktuálně, jiné před desítkami let), dále pak i další osoby se zdravotním postižením. Méně se pak zabývají cílovou skupinou seniorů či osob trpících demencí. Cílová skupina dětí je pak většinou řešena mimo pojem a proces deinstitucionalizace.

Toto tvrzení je lehce doložitelné i růstem, či naopak redukcí kapacit pobytových služeb pro dané cílové skupiny. Tato je zcela v korelaci s předchozí tezí, tedy

<sup>1</sup> Při studijních cestách APSS ČR jsme navštívili za posledních 13 let (v zemích jako je Švýcarsko, Švédsko, Norsko, Francie, Finsko, Rakousko, Nizozemí apod.) mnoho nových pobytových zařízení pro seniory, moderních jak v oblasti architektury, tak především koncepcí péče. Nezdá se, že by v těchto zemích přistupovali k problematice deinstitucionalizace tak ideologicky, jak by se zdálo podle některých evropských dokumentů. Ve všech jmenovaných státech je uplatňován diferencovaný přístup, jsou hledána a nalézána pragmatická řešení.

zatímco největší růst pobytových kapacit se týká osob žijících s demencí, pak naopak možnost redukce pobytových kapacit vidíme v případě osob se zdravotním postižením nebo duševním onemocněním (a to včetně České republiky, kde dlouhodobě klesá kapacita DOZP a aktuálně realizovanou reformou psychiatrické péče klesne i kapacita lůžkových zdravotnických zařízení pro tuto cílovou skupinu, i když s tím rizikem, že vzroste poptávka po kapacitách v DZR).

## Deinstitucionalizace pro dospělé osoby se zdravotním postižením v ČR

Většina dospělých osob se zdravotním postižením (zejména osob s mentálním postižením) začala využívat služby institucionální péče před mnoha lety z důvodu absence jiných řešení, tj. nedostupnosti terénních a ambulantních služeb, nedostatečných nástrojů pro umožnění či podporu neformální péče. Procesy deinstitucionalizace těchto zařízení jsou v ČR známy. Jde o náročný proces, a to jak finančně (komunitní služby jsou v porovnání se stávajícími institucemi dražší s ohledem na optimální personální zajištění a dostupnou síť potřebných komunitních služeb v lokalitách), tak procesně, neboť jde pro všechny aktéry, přímé i nepřímé, o zásadní změnu.

Po relativně čerstvé zkušenosti z tohoto procesu musíme konstatovat, že jeho výsledky jsou lidsky pozitivní, a negativní zkušenosti jsou pouze okrajové a mohou souviset s relativně nově nastavovaným procesem. Pozitivním výsledkem je i skutečnost, že v období od r. 2007 do r. 2016 došlo ke snížení kapacity domovů pro osoby se zdravotním postižením o 4 596 lůžek, což představuje 27, 6%.

Mezi negativní dopady procesu však může patřit extrémní tlak některých aktérů na deinstitucionalizaci 100% veškerých kapacit zařízení (např. oproti zkušenostem ze zahraničí); nerespektování opakovaně projevené vůle a přání stávajících klientů; nevhodně zvolený proces práce s klientem, což by vedlo naopak k většímu sociálnímu vyloučení klienta; odmítnutí



**Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR**  
Vančurova 2904, 390 01 Tábor  
IČ: 60445831 • DIČ: CZ60445831  
e-mail: apsscr@apsscr.cz • www.apsscr.cz  
tel./fax: 381 213 332 • datová schránka: 6c63cgd

**Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR je členem:**



nastavení postupných (včetně opakovaně návratových) procesů u konkrétních klientů apod.

Nicméně je nutné a potřebné pokračovat v deinstitucionalizaci této cílové skupiny, hledat zdroje pro její realizaci, obhajovat deinstitucionalizaci a transformaci dalších zařízení a reflektovat detekované chyby (byť se vyskytly v malém rozsahu).

## Deinstitucionalizace pro seniory v ČR

Plošnou deinstitucionalizaci pobytových služeb pro seniory, a zvláště pro osoby trpící demencí, je potřeba odmítnout. Nebráníme (ba právě naopak plně podporujeme) budování kapacit komunitních služeb (včetně terénních a ambulantních služeb), výstavbu menších obytných částí (unit care), výstavbě zařízení s kapacitou do 120 lůžek (nikoliv 400 a vícelůžkových zařízení, s tím, že je nutné neopomenout strukturu těchto zařízení ve smyslu např. švýcarských modelů nových pobytových služeb), změnám struktur budov komunitního charakteru (byť pobytových) po švýcarském vzoru<sup>2</sup> apod.

Je potřeba revidovat představu, že se mají rušit např. domovy se zvláštním režimem pro osoby trpící demencí či domovy pro seniory. Lze podpořit snižování kapacit ve prospěch jednolůžkových pokojů, společných prostor komunitního charakteru (malých jednotek), budování respitní péče či denních stacionářů apod.

Pobytové služby kontinuálně narůstají z důvodu stále nízké nabídky a vybavenosti (v podílu počtu lůžek na počet osob starších 65 let zaostává ČR za všemi západoevropskými zeměmi), ale i vzhledem k demografickým změnám, lépe řečeno stárnutí populace. Pozitivním trendem posledních 20 let je změna struktury cílové skupiny těchto pobytových služeb od osob vyžadujících minimální míru podpory (které mohou a mají zůstat doma za podpory rodiny či terénních/ambulantních služeb) po osoby převážně či zcela závislé na cizí pomoci vyžadující i pravidelnou lékařskou a každodenní

<sup>2</sup> Dle vize CURA VIVA Schweiz 2030, kdy nová pobytová zařízení sociálních služeb mají komunitní charakter menších sociálních skupin ve smyslu unit care či Wohngemeinschaften.



**Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR**  
Vančurova 2904, 390 01 Tábor  
IČ: 60445831 • DIČ: CZ60445831  
e-mail: apsscr@apsscr.cz • www.apsscr.cz  
tel./fax: 381 213 332 • datová schránka: 6c63cgd

ošetřovatelskou péčí. Evropská komise nám naopak opakovaně vytýká v rámci tzv. Evropského semestru nedostatek kvalitních služeb formální dlouhodobé péče. Viz např. Country Report Czech Republic 2018.

Skutečnost, že největší nárůst pobytových kapacit je pro osoby trpící demencí, dokazuje, že zejména péče o tyto seniory (a to zejména v posledním stádiu demence) je pro jejich rodinné příslušníky finančně, ale i fyzicky a psychicky neúnosná; ti proto volí existující a přijatelnou možnost.

V tomto ohledu by bylo dostačující konstatování, že ČR nebude u této cílové skupiny vymýšlet nová a celosvětově unikátní řešení, ale bude se s jistou dávkou pokory učit z aktivity těch zemí, které patří k nejlepším na světě v oblasti nastavení sociálního zabezpečení těchto uživatelů a snažit se zkvalitňovat stávající i nové kapacity.

## Deinstitucionalizace pro osoby s duševním onemocněním v ČR

Oblast služeb pro osoby s duševním onemocněním provázejí v ČR široké diskuze a proměny. Přestože by se mohlo zdát, že v souvislosti se sociálními službami nejde o oblast zásadní, není tomu tak. Dostupnost a nastavení sociálních služeb bude s velkou pravděpodobností muset v nadcházejícím období reagovat na změny v oblasti zdravotních služeb (myšleno probíhající reformu psychiatrické péče) a redefinovat kapacity a dostupnost služeb pro osoby s duševním onemocněním. To předpokládá podporu komunitních služeb zejména v lokalitách stávajících kapacit psychiatrických nemocnic, ale také služeb s vazbou na vznikající centra duševního zdraví (CDZ). Zde je potřeba upozornit, že již v současné době jsou v rámci psychiatrické péče dlouhodobě hospitalizovány osoby, které by mohly využívat jiné služby, ale z důvodu nedostatečných kapacit (popř. z důvodu jejich či jiného nezájmu) tomu tak není. Jedná se z praxe zejména o nedostatečné kapacity služeb domovů se zvláštním režimem pro cílové skupiny osob s duševním onemocněním v celém spektru (mentální retardace, poruchy chování, demence apod.). Je však nutné počítat s tím,

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR je členem:



že mnoho stávajících pacientů psychiatrických nemocnic jsou již osoby, které jsou „produktem“ hospitalismu a jejich přechod do komunit nebude jednoduchý, pokud vůbec bude možný.

Zásadně je třeba odmítnout případnou představu, že sociální služby (ať již terénní, ambulantní či pobytové) mohou zajišťovat psychiatrickou péči a vyřešit problematiku naddimenzovaných kapacit psychiatrických nemocnic pouze vznikem nových kapacit služeb sociálních. Zásadně trváme na tom, že proces by měl být koordinovaný a reflektovat skutečný stav a možnosti jednotlivých osob, ale i celého systému sociálních a zdravotních služeb v ČR.

S ohledem na šíři duševních onemocnění je dále potřeba velmi obezřetně plánovat kapacity a velikost

zařízení pro konkrétní osoby a jejich potřeby (reforma psychiatrické péče by měla zahrnovat celou šíři duševních onemocnění, tedy nejen osoby se schizofrenií apod., ale i osoby s poruchami nálad, poruchami chování včetně chování způsobeného toxikománií apod., osoby v seniorském věku s různými formami demencí, osoby s mentální retardací atd.).

Trváme na tom, že nastavení kapacit a dostupných služeb pro osoby s duševním onemocněním musí zohlednit nezbytnou a dostupnou psychiatrickou a zdravotní péči a reflektovat zdravotní stav osob. Není možné předpokládat, že sociální služby mohou nahradit služby zdravotní, mohlo by dojít k ohrožení vstřícného a lidského přístupu v sociálních službách na úkor represivně direktivního přístupu.



#### Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR

Vančurova 2904, 390 01 Tábor  
IČ: 60445831 • DIČ: CZ60445831  
e-mail: apsscr@apsscr.cz • www.apsscr.cz  
tel./fax: 381 213 332 • datová schránka: 6c63cgd

#### Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR je členem:

