

Společné stanovisko
APSS ČR, NRZP ČR a RS ČR

K DEINSTITUCIONALIZACI SOCIÁLNÍCH SLUŽEB



Rada seniorů
České republiky
zapsaný svaz spolků



Národní rada osob
se zdravotním postižením ČR

Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA

prezident Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR

Mgr. Václav Krása

předseda Národní rady osob se zdravotním postižením ČR

Dr. Zdeněk Pernes

předseda Rady seniorů ČR

S podporou akademické obce:

prof. PhDr. Martin Potůček, CSc., MSc.

výzkumný pracovník Centra pro sociální a ekonomické strategie Fakulty sociálních věd Univerzity Karlovy, vysokoškolský pedagog, člen Komise pro spravedlivé důchody

prof. Ing. Vojtěch Krebs, CSc.

vysokoškolský pedagog, zástupce vedoucího Katedry hospodářské a sociální politiky VŠE v Praze, člen Komise pro spravedlivé důchody

prof. Ing. Jaroslav Vostatek, CSc.

člen Vědecké rady Fakulty financí a účetnictví VŠE v Praze, člen Komise pro spravedlivé důchody

doc. Ing. Lucie Kozlová, Ph.D.

vysokoškolská pedagožka CEVRO Institutu, sociální pracovnice, ekonomka, vedoucí poradny Bílého kruhu bezpečí v Č. Budějovicích

doc. Ing. Ladislav Průša, CSc.

výzkumný pracovník, ředitel VÚPSV v letech 2001–2017

Co je proces deinstitucionalizace

Deinstitucionalizace je ve světě nejčastěji spojována s osobami s duševním onemocněním, ale také s osobami se zdravotním postižením. Jedná se o proces, jehož výsledkem je především 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 jsou známé 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 se zdravotním postižením včetně osob s mentálním postižením, méně pak u osob s kombinovaným postižením (dospělých i dětí), minimálně pak u seniorů a spíše 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. zákonné důvody. Konkrétně jde o dodržování a naplňování legislativních norem a mezinárodních úmluv, jako je např. Úmluva OSN o právech osob se zdravotním

postížením, 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 osoby s těžkým kombinovaným postižením či onemocněním vyžadujícím intenzivní ošetrovatelskou a lékařskou péči, širší zdravotnické vybavení a dostupnost různých odborností, tj. zejména kvůli důvodům zdravotním, nikoliv sociálním). Zásadním důvodem, proč však není tato možnost dostupná (a pokud se zásadně nezmění stávající poměry, ani nebude) pro naprosto všechny osoby s duševním onemocněním, zdravotním postižením, seniory, osoby trpící demencí apod., je nedostatek především lidských, ale také finančních zdrojů. Jde o nedostatek finančních zdrojů jakékoliv země, její vlády a také drtivé většiny rodin finančně zabezpečit (včetně dopadů výpadku pečujících osob z trhu práce) a zajistit personálně kvalitní a bezpečnou péči všem lidem v jejich přirozeném prostředí, a to ve všech životních situacích. Deinstitucionalizace je tedy zásadní směr, avšak jde o cíl, kterého nebude a nemůže být ve 100 % případů dosaženo. Jde o cíl, kterého chce dosáhnout asi každý z nás, nikdo si nepřeje skončit v institucionálním zařízení, a každý by rád žil doma, a to do konce svého života.

Řada lidí však doma dožít nemůže, resp. není reálné jim za každých okolností a vždy umožnit péči v domácím prostředí, a to zejména z těchto důvodů: nefunkčnosti vlastní rodiny, absence vhodných

příbuzných či jiných blízkých osob, z důvodu nedostatku finančních zdrojů na zajištění potřebné péče, rapidního zhoršení jejich zdravotního stavu, nedostatku zdravotních sester, lékařů, ošetřovatelek či pečovatelek poskytujících tuto péči (tj. z důvodu omezení finančních, ale i lidských zdrojů) apod.

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 setrvání v jejich přirozeném sociálním prostředí, popř. umožnit jim institucionální péči opouštět, pokud je to možné a pokud si to v daný moment přejí.

Podpora života v domácím prostředí, a tím i podpora neformálních pečujících, samotných příjemců péče a sociálních služeb komunitního typu tak musí zůstat prioritou sociální politiky každé země.

Jak jsou na tom jiné země

Pokud porovnáme stav, jak probíhá deinstitucionalizace v jiných zemích, pak dojdeme ke zjištění, že všechny¹ 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 často řešena mimo pojem a proces deinstitucionalizace.

¹ Při studijních cestách APSS ČR jsme navštívili za posledních 13 let (v zemích jako Švýcarsko, Švédsko, Norsko, Francie, Finsko, Rakousko, Nizozemí, Austrálie, Kanada 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.

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 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. Pokud by však proces deinstitucionalizace výše uvedených skupin byl prováděn prostřednictvím motivace rodinných příslušníků tam, kde je to možné, systém by nemusel být dražší.

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 %, a tento trend pokračuje i nadále, byť – bohužel – ne dostatečně rychlým tempem.

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 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 (být se vyskytly v malém rozsahu).

Deinstitucionalizace pro seniory v ČR

Plošnou deinstitucionalizaci pobytových služeb pro seniory, a zvláště pro osoby trpící demencí, nelze plně realizovat. 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 (být pobytových) po švýcarském vzoru² apod.

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

Je potřeba revidovat představu, že se mají rušit např. domovy se zvláštním režimem pro osoby trpící demencí. U domovů pro seniory je nutné počítat s tím, že značné procento seniorů nechce zatěžovat svoje rodiny péčí o ně nebo nemá vhodné vlastní sociální prostředí. Proto je nutné za současného stavu nedostatku kapacit pobytových služeb odmítnout zastavení jejich výstavby, naopak je třeba počítat s určitým růstem počtu pobytových zařízení pro seniory. Je však nezbytné do úhrad za poskytovanou péči zahrnout určitou mírou spoluúčasti (ale pouze tam, kde to finanční situace daných rodin umožní) i rodinu. 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 ošetrovatelskou péči. Evropská komise nám naopak opakovaně vytýká v rámci tzv. Evropského semestru nedostatky 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.

Je nezbytné také upozornit na určitá rizika institucionální péče, která se ukázala v souvislosti s pandemií COVID-19 (např. ve Španělsku). Ukazuje se, že pobytová zařízení pro seniory se mohou stát jakousi pastí. Prakticky nelze zabránit proniknutí jakékoliv epidemie do těchto zařízení. V případech skutečně smrtelné epidemie by se tak mohlo stát, že zaměstnanci mohou své klienty v domech pro seniory opustit, aby chránili své rodiny. Proto je nutné budovat méně kapacitní zařízení nebo zařízení rozdělená do více jednotek/oddělení/částí, které by bylo možné v případech závažné infekce uzavřít nebo vzájemně oddělit. V případě pandemie je pak z hlediska potencionální nákazy lepší zajistit péči o jednotlivce v jejich přirozeném prostředí.

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, 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 spektrum 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.



2020
www.apsscr.cz