

**Ukazovatele pripravenosti procesu deinštitucionalizácie
(diskusný príspevok)
Mgr. Mária Koval'ová PhD.**

**4. Fórum poskytovateľov
„Na ceste ku komunitným sociálnym službám
– podpora transformácie v EÚ a na Slovensku
Bratislava, 23.08.2012**

Keď som si očami prebehla dokument: **Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012 – 2015**, zastala som užasnúť z vízie skvelej budúcnosti sociálnych služieb. Keď som ho však začala čítať dôsledne, slovo po slove, nadšenie postupne vyprchávalo. Na dokument ktorý predstavuje skúšobný mechanizmus, som sa začala pozeráť ako vysokoškolská lektorka, ale aj ako audítorka kvality. Cieľom môjho príspevku nie je kritizovať prácu vybranej skupiny odborníkov, ktorí daný proces a dokument zostavovali, ale predstaviť vlastný pohľad na pripravenosť procesu deinštitucionalizácie z pohľadu človeka, ktorý pozná systémy sociálnej politiky a sociálnej starostlivosti krajín Európskej únie, ale aj mimo hraníc EÚ a danej problematike sa venuje od roku 1991.

Proces deinštitucionalizácie, tak ako je teraz nastavený mi pripomína televíznu reláciu „Modré z neba“, ktorá má slušnú sledovanosť. Zdá sa, že je dosť ľudí, ktorí sa radi pozerajú na plnenie snov vybraných ľudí, ktorým sa v priamom prenose pomôže zmierniť následky trpkého „osudu“. Dokument predstavuje proces deinštitucionalizácie (DI) pre „pilotné“ overenie postupov, pomocou ktorých sa inštitucionálna starostlivosť o osoby so zdravotným postihnutím a seniorov nahradí komunitnými službami v závislosti od individuálnych potrieb ich obyvateľov. Základným cieľom Národného akčného plánu na roky 2012-2015 je prechod z inštitucionálnej starostlivosti na komunitnú starostlivosť. Citujem: „Prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť bude vychádzať z nasledovných odporúčaní Správy Ad-hoc skupiny DI:

- a) Rešpektovanie práv prijímateľov a ich zapojenie do procesov rozhodovania
- b) Prevencia inštitucionalizácie
- c) Vytváranie komunitných služieb
- d) Uzatváranie inštitúcií
- e) Obmedzenie investícií do pôvodných inštitúcií
- f) Rozvoj ľudských zdrojov
- g) Efektívne využívanie zdrojov
- h) Kontrola kvality
- i) Holistický (komplexný) prístup
- j) Neustále zvyšovanie informovanosti“

Rešpektovanie práv prijímateľov a ich zapojenie do procesov rozhodovania ako zásada nebola ani podľa môjho názoru k dnešnému dňu v zariadeniach sociálnych služieb dostatočne realizovaná, ale nemyslím si, že práve proces DI bude nástrojom plnenia tohto práva prijímateľov. Kým sa nezmení prístup odborných pracovníkov k realizácii výkonov, ako samotná filozofia sociálnych služieb v konceptoch

(modeloch) opatrovania, ošetrovania, poradenstva, terapie a asistencie, proces DI si sám nevystačí pri plnení tohto odporúčania. Táto zásada (odporúčanie) súvisí so všetkými sociálnymi službami či už inštitucionalizovanými alebo deinštitucionalizovanými.

Priznám sa, že odporúčaniam „b) prevencia inštitucionalizácie“ nerozumiem. Evokuje dojem, že inštitucionálne poskytovanie sociálnych služieb je niečo skutočne nežiadúce, negatívne až patologické, pred čím treba občana tohto štátu ochrániť. Lenže tak to nie je. Odporúčanie „c) vytváranie komunitných služieb“, je prospešné odporúčanie. Je zachytené v samotnom zákone o sociálnych službách č. 448/2008 Z.z. Komunitné služby využívajú metódu sociálnej práce, ktorá sa nazýva komunitná práca. Komunitná práca sa používa:

- pre riešenia problémov a pre navodzovanie zmeny v miestnom spoločenstve;
- vzťahuje problémy jedincov a skupín ku zdrojom a možnostiam miestnej komunity;
- zapája do riešenia problémov a do rozhodovania a života komunity jej klientov, rovnako tak ako miestne organizácie a inštitúcie;
- vedie k prerozdeleniu a zdieľaniu zdrojov, zodpovednosti a kompetencií;
- rozširuje možnosti ľudí ovplyvniť to, čo sa s nimi deje;
- v komunitnej práci ide o prístup k ľuďom, o proces ako ich aktivizovať, aby sa sami postarali o riešenie problémov;
- komunitná práca môže byť projektom, ako vyriešiť určitý konkrétny problém (postup, spôsob, ako vyriešiť určitý problém).
- komunitná práca je veľmi variabilná – každá situácia vyžaduje odlišné riešenie, ktoré je do veľkej miery neprenosné do iných situácií. Kladie to dôraz na kreativitu komunitného pracovníka, realizačného tímu aj obyvateľov komunity.

Severské modely sociálnej práce, alebo modely komunitnej starostlivosti vo Švajčiarsku sú tým najrelevantnejším dôkazom toho, že komunitná sociálna práca sa približuje k ideálu. Ale to neznamená, že Dánsko, Švédsko, Nórsko, alebo Švajčiarsko ruší svoje inštitúcie sociálnych služieb. Odborná skupina DI však vo svojich **bodoch d) a e) odporúča uzatvárať inštitúcie a obmedzovať investície do pôvodných inštitúcií.**

Nie som proti vytváraniu inovatívnych komunitných sociálnych služieb, ale som proti „ad-hoc“ tendenčnému zatváraniu inštitúcií. Skutočne si vybraná odborná skupina myslí, že môžeme zatvoriť všetky inštitúcie? Že ich už nebudeme potrebovať? A ktoré inštitúcie sa budú zatvárať ako prvé? Verejné? Tie, ktoré sú v zriaďovateľskej pôsobnosti samosprávnych krajoch? Potom prídu na rad obecné? A čo súkromné zariadenia, ktoré v posledných rokoch vyrástli ako hríby po daždi? Kto ich bude deinštitucionalizovať? A čo účelové zariadenia cirkvi a charitatívnych organizácií? Môžem zatiaľ len odhadovať, ale v niektorých aspektoch je takto riadený proces pravdepodobne protiústavný. Rada pre poradenstvo v sociálnej práci v prezentácii vzdelávacích kurzov pre pracovníkov zúčastnených na DI dala do obsahu aj dejiny sociálnej práce. Ako poznám dejiny, tak inštitucionalizácia sociálnych služieb vznikala v prvých storočiach po Kristovi a vydržala až do 21. storočia. Prečo má byť 21. storočie likvidáciou inštitucionálnej starostlivosti? Alebo tomu má tak byť len na Slovensku? Len preto, že na Slovensku nedokážeme v inštitucionálnej starostlivosti preukázať dôsledné plnenie zásad Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím:

- Rešpektovanie prirodzenej dôstojnosti, osobnej nezávislosti, vrátane slobodnej voľby, a samostatnosti osôb

- Nediskriminácia
- Plné a účinné zapojenie sa a začlenenie do spoločnosti
- Rešpektovanie odlišnosti a prijímania osôb so zdravotným postihnutím ako súčasťou ľudskej rozmanitosti a prirodzenosti
- Rovnosť príležitostí
- Prístupnosť
- Rovnosť medzi mužmi a ženami
- Rešpektovanie rozvíjajúcich sa schopností detí so zdravotným postihnutím a rešpektovanie práva detí so zdravotným postihnutím na zachovanie vlastnej integrity

Ako tieto zásady plnia zariadenia sociálnych služieb vo vyspelých krajinách ako je napríklad Nemecko? Stačí si otvoriť internetové stránky napríklad: www.lobetal.de, alebo www.bethel.de a prečítame si odpoveď. Sú to veľké kolosy, ktoré v blízkosti a vo veľmi bezpečnom prostredí deinštitucionalizujú svoje služby pre tých klientov, ktorí dokážu žiť samostatne. Som častokrát nešťastná alebo nahnevaná, že naša malá krajina chce byť „pápežskejšia ako pápež.“ Skutočne musíme byť mantinelisti? Je zarážajúce, že sa vybraná „skupina ľudí“ rozhodla obmedzovať investície do pôvodných inštitúcií. Akým právom? Čo ak sa klient rozhodne, že nechce odísť z inštitúcie do chráneného bývania? Alebo čo ak sa budúci klient rozhodne, že chce žiť v ústavnej starostlivosti a nechce prijímať ambulantné služby? Povieme mu, že také u nás už nebudú? Lebo o tom rozhodlo pár ľudí bez širokej odbornej ale aj laickej diskusie?

Aby mohol proces DI prebehnúť, bude potrebné z môjho pohľadu zabezpečiť nasledovné základné ukazovatele pripravenosti:

1. pripravenosť objektu - subjektu služby = pripravenosť klienta
2. predpoklady pre miestne a časové spojenie personálu s klientom
3. miestnu a časovú prítomnosť v procese tvorby a spotreby služby

1. Aká je pripravenosť klienta na proces decentralizácie?

Proces DI hovorí o tom, že klientovi je potrebné zabezpečiť služby v jeho prirodzenom prostredí. Ak je dôraz položený na dikciu „jeho prirodzené prostredie“ (nie „naše“ alebo to, čo si pod tým predstavujeme za klienta my), vyvstáva otázka, čo teda s klientmi, pre ktorých je prirodzeným prostredím zariadenie v ktorom prežili 5, 10 až 27 rokov? Veď je to ich domov. Alebo nie? My ideme týchto klientov sťahovať aj viac ako 20km do nejakého bytu alebo domčeka ktorý opravíme, len preto, aby sme ho vytiahli z izolácie v ktorej bol, vďaka čomu? Vďaka veľkokapacitnému zariadeniu, alebo vďaka tomu, že sa dve desiatky rokov nepracovalo s modernými holistickými konceptmi opatrovania, poradenstva, pracovnej terapie, rehabilitácie, alebo asistencie? Čo s klientmi, ktorí boli pozbavení práv spôsobilosti na právne úkony? Čo s klientmi, ktorých sme desiatky rokov robili závislými na opatrovateľských a ošetrovateľských výkonoch, len preto, že sa nepoužívali individuálne rozvojové plány, ale klient bol po nástupe zaradený do režimu prevádzky. Koľko času, a akými metódami a ktorými odborníkmi chceme pripravovať takýchto klientov na samostatný život v komunite? Prečo nepripravíme inovatívne komunitné služby a neponúkneme ich novým (budúcim) klientom, priamo v ich prirodzenom prostredí, kde v súčasnosti žijú. Prečo spúšťame extrémne **rýchly**

(2012-2015) a veľmi **náročný** proces DI za účasti klientov, ktorí potrebujú čas, aby boli pripravení. V pilotných projektoch je potrebný nielen vhodný výber klientov, ale aj použitie odborných metód práce s klientom na sťahovanie, adaptáciu a realizáciu sa klienta v novom prostredí. Kto preberie zodpovednosť za hodnotenie pripravenosti klienta? A akými kritériami budú klienti hodnotení a aké sú kritériá úspešnosti a účinnosti celého procesu? **Klient má byť ochotný a schopný prijať novú službu.** Vieme, čo klienta čaká v novej komunite? Pripravili sme komunitu na klienta?

2. Ako budú zabezpečené predpoklady pre miestne a časové spojenie personálu s klientom?

Zo správy AD hoc skupiny DI sú ďalšie odporúčania:

- f) Rozvoj ľudských zdrojov
- g) Efektívne využívanie zdrojov
- h) Kontrola kvality
- i) Holistický (komplexný) prístup
- j) Neustále zvyšovanie informovanosti

Skutočne sa teším, že sa konečne začne investovať do ľudských zdrojov. Pretože v súčasnosti je v tejto oblasti alarmujúci stav. Odkiaľ sa vezmú finančné zdroje pre vzdelávanie pracovníkov, keď doteraz sa do ľudských zdrojov investovalo minimum? V inštitucionálnej starostlivosti je zaznamenaný nízky počet odborných pracovníkov na klientov, čo spôsobovalo zníženú kvalitu poskytovaných odborných výkonov, ale aj nemožnosť zavedenia individuálneho prístupu ku klientom, ako aj nedostatok priestoru pre dokumentovanie výkonov, hodnotenie kvality výkonov, kvality života, spokojnosti klientov a ich príbuzných. Aké vzdelávacie moduly sú pripravené pre personál v komunitnej práci a aký model bol zvolený pre miestne a časové spojenie personálu s klientom? Budú to mobilní asistenti, alebo manažéri? Ako bude prebiehať tímová práca odborníkov. Ako bude prebiehať kontrola efektívneho využívania zdrojov a kontrola kvality? Kto bude zamestnávateľom týchto pracovníkov? Ako zabezpečíme holistický prístup v teréne, keď sa nám to zatiaľ nepodarilo v inštitúcii počas 24 hodinovej starostlivosti s multidisciplinárnym tímom? Ako zabezpečíme neustále zvyšovanie informovanosti? A koľko času a podpory dostali inštitúcie na to, aby dokázali, že vedia poskytovať kvalitné služby podľa najnovších poznatkov a modelov kvality?

3. Ako bude zabezpečená miestna a časová prítomnosť v procese tvorby a spotreby služby?

V sociálnych službách sme svedkami nutnosti poskytovania rovnakého druhu sociálnej služby v rozličných podmienkach (prostredia, finančnej kapacity klienta, personálnej vybavenosti, odbornej spôsobilosti a i.). Každá komunita (obec, mesto) je iné svojou históriou, svojou infraštruktúrou i miestnou kultúrou. To znamená, že kvalita sociálnych služieb je podmienená prostredím, v ktorom je daná služba vykonávaná. Ako chceme dosiahnuť kvalitu širokého prostredia, keď sme za dvadsať rokov nedokázali dosiahnuť kvalitu prostredia v múroch inštitúcie? Nie som proti komunitným sociálnym službám, ale som za to, aby sa nezničila, ale naopak dobudovala kvalita v súčasných inštitúciách. Kde presunieme klienta, keď nezvládne integráciu do nového prostredia? Čo urobíme s klientom, ktorý nechce žiť v hluku mesta, v nebezpečnom bariérovom prostredí, alebo s ľuďmi, ktorí sú zdraví, ale chce žiť so seberovnými. Chce mať svoj „pokoj“ a chce mať svoje bezpečie. Ako

zabezpečíme miestnu a časovú prítomnosť v procese tvorby a spotreby služby, keď klient vzhľadom k zmene svojho zdravotného, alebo sociálneho stavu má dodatočné požiadavky a potreby.

Ako zabezpečíme vybavenosť personálu a infraštruktúru bývania pri náhlej zmene zdravotného stavu klienta? Vieme, že je náročnejšie garantovať kvalitu pracovného procesu v prípade, ak klient nespolupracuje. Dynamickosť služieb zohráva podstatnú zložku pri výkone zdravotných, ale aj sociálnych služieb. Mobilného klienta presťahujeme do bytu, ale jeho zdravotný stav sa zmení a bude si vyžadovať opatrovateľskú službu 24 hodín. Zabezpečíme mu opatrovateľku? Ako to budú prijímať jeho spolubývajúci? V dokumente sa kladie dôraz na obnovenie rodinných a priateľských väzieb. Ale na to nepotrebujeme DI. Prácu s príbuznými sme mohli zaviesť do konceptov aj v rámci inštitúcie: A mnohé zariadenia ju aj praktizovali. Stačí inštitúcie otvoriť. Tak ako to robia naši kolegovia vo vyspelých krajinách EÚ.

Neprotirečím vyhláseniu: že „nezávislý život je filozofia a hnutie osôb so zdravotným postihnutím zameraným na dosiahnutie rovnosti príležitostí, občianskych práv a plnej účasti na všetkých aspektoch života spoločnosti. Je to proces zvyšovania uvedomenia, posilňovania a emancipácie osôb so zdravotným postihnutím založený na princípoch solidarity, vzájomnej podpory a svojpomoci, obhajoby, deinštitucionalizácie, demedikalizácie modelu zdravotného postihnutia a pomoci, demokracie a sebaurčenia.“ Tvrším však, že ak sa vydáme cestou DI, tak bude potrebné preukázať jej pripravenosť. Ak mám ako pedagogička, akademička alebo audítorka kvality prednášať o koncepcii sociálnych služieb s deinštitucionalizáciou, potom budem potrebovať predložiť dôkazy o plnení vyššie uvedených ukazovateľoch.

Dokument ďalej hovorí, že *proces prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v Slovenskej republike bude taktiež zohľadňovať skúsenosti z regionálnych projektov transformácie a deinštitucionalizácie realizovaných mimovládnyimi organizáciami a samosprávnymi krajinami v predchádzajúcich rokoch.* Pýtam sa preto, kde sa dajú získať výsledky, výstupy a dopady prvých pilotných projektov: Prečo už dávno neboli dostatočne zverejňované a rozširované v takej miere, aby sa k nim dostal čo najväčší počet odborných pracovníkov. Koľko už stáli tieto projekty od roku 2000? Máme to vyhodnotenú? Dnes vieme, že vybrané pilotné projekty budú stáť v prvej fáze cca 20 mil. Eur.

V závere dokumentu sa píše: *pre úspešný proces prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť je nevyhnutné definovať štandardy kvality sociálnych služieb na národnej úrovni. Dočasnú absenciu štandardov kvality v zákone o sociálnych službách by mali nahradiť, na jednej strane kritériá hodnotenia procesov deinštitucionalizácie a kvality života príjemcov služieb, ktoré budú súčasťou monitorovania pilotných projektov, na druhej strane to bude vytváranie vlastných štandardov nových komunitných služieb, ktorých tvorcami bude manažment a personál služby.*

Pýtam sa, čo sa stalo s národnými štandardami, ktoré boli pripravované v roku 2000? V ktorých šuflíkoch skončili? Bude ich pripravovať tá istá skupina odborníkov, ktorá ich už raz pripravila? A koľko bolo vynaložených finančných prostriedkov na tieto „dočasne absentujúce“ štandardy? Je príloha č. 2 zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách o niečom úplne inom ako o podmienkach kvality? Toto ospalé motanie sa okolo kvality v sociálnych službách na Slovensku, ktoré je súčasťou EÚ, kde to majú staršie členské štáty EÚ už desaťročia vyriešené, začína byť komické. Prečo sa stále točíme dookola? Prečo overujeme to, čo bolo už overené a

zaplatené? Prečo potrebujeme naďalej naťahovať experimentovanie s tzv. národnými štandardami, keď vo vyspelých krajinách žiadne nemajú a ani nechystajú? Z kvalitárskeho hľadiska je pojem „štandard kvality“ v službách skôr zavádzajúci ako vysvetľujúci. Už roky sa v odbornej kvalitárskej teórii aj praxi odporúčajú iné a jasnejšie pojmy.

Odporúčam, aby tí, ktorí sa rozhodnú pre akýkoľvek deinštitucionalizačný projekt nech zhodnotia ďalšie ukazovatele kvality služieb, ako sú:

- spoľahlivosť (reliability),
- vnímavosť (responsiveness),
- kompetentnosť (competence),
- dostupnosť (access),
- zdvorilosť (courtesy),
- komunikáciu,
- dôveryhodnosť (credibility),
- bezpečie (security),
- porozumenie/poznanie (understanding/knowing),
- vplyv prostredia na klienta - hmatateľnosť (tangibles),
- prijateľnosť okolia pri poskytovaní služieb,
- citlivosť prístupu ku klientovi (ochota a rýchlosť, s akou sa personál snaží vyriešiť problémy klienta),
- kvalifikovanosť personálu (assurance) - kompetenciu na vykonávanie určitých činností - odborné vedomosti,
- vcítenie sa do individuálnych želaní klienta (empathy).

Pri zavádzaní každého projektu DI odporúčam pristupovať k procesu ako ku procesu strategického plánovania a nie ako ku projektu menšieho rozsahu a dopadu. Je potrebné preskúmať ukazovatele pripravenosti procesu vo vzťahu k odborným štandardom v podobe diagnostických ošetrovateľských, terapeutických, opatrovateľských, ako aj pracovného prostredia s environmentálnymi ukazovateľmi.

Ďalej odporúčam preskúmať štandardy spotreby práce, fyzické štandardy, programové štandardy, kapacitné štandardy, nákladové štandardy a v neposlednej miere aj kapitálové štandardy. A keď už štandardy preskúmame, nesmieme zabudnúť na to, že do procesu poskytovania sociálnych služieb zasahuje silný faktor individualizácie, ktorý je spôsobený osobitosťami a individualitou človeka, a to človeka v roli klienta, človeka v roli odborného personálu, ale aj človeka v roli spoluobčana v komunite.

Možno zaznie môj príspevok veľmi negatívne oproti budovateľsko optimistickým príspevkom z Bruselu, MPSVaR, alebo samotných poskytovateľov sociálnych služieb. Svojim príspevkom však chcem požiadať všetkých zainteresovaných, aby sa zamysleli nad možnými dopadmi nepripraveného procesu DI, ktorý bol narýchlo pripravený zdá sa že iba preto, „aby sme neprišli“ o 20 mil. Eur zo štrukturálnych fondov. V dlhodobom časovom horizonte totiž môžeme stratiť podstatne viac.

Ďakujem za pozornosť.

Mgr. Mária Kovaľová PhD., MHA
Tabita s.r.o. – Inštitút kvality sociálnych služieb
www.tabitasro.sk