

Stanovisko Európskeho výboru regiónov – Deinštitucionalizácia systémov starostlivosti na miestnej a regionálnej úrovni

(2018/C 164/07)

Spravodajca: Xamuel Gonzalez Westling (SE/SES), člen obecného zastupiteľstva Hofors**POLITICKÉ ODPORÚČANIA**

EURÓPSKY VÝBOR REGIÓNOV

Práva osôb so zdravotným postihnutím

1. víta výzvu estónskej vlády, aby vypracoval stanovisko na tému *Deinštitucionalizácia systémov starostlivosti na miestnej a regionálnej úrovni*. Podľa odhadov trpí každý šiesty človek v Európskej únii (celkovo teda asi 80 miliónov ľudí) nejakou formou postihnutia s rôznou mierou závažnosti. Viac ako tretina všetkých osôb nad 75 rokov má nejakú ujmu, ktorá ich obmedzuje v každodennom živote. Toto percento bude so zvyšujúcim sa podielom starších ľudí na celkovom počte obyvateľov EÚ v nasledujúcich rokoch pravdepodobne narastať⁽¹⁾. Hoci sa pomery a životné podmienky ľudí so zdravotným postihnutím v priebehu uplynulých 20 rokov výrazne zlepšili, existujú ešte stále vo väčšine členských štátov EÚ väčšie či menšie nedostatky, a to tak z hľadiska opatery a starostlivosti o ľudí s postihnutím, ako aj pokiaľ ide o spôsob ich vnímania medzi verejnosťou. Aj naďalej sa žiaľ vyskytujú prípady, keď sa ľuďom s vývojovou poruchou alebo psychickým ochorením obmedzuje právo prijímať rozhodnutia týkajúce sa ich vlastného života;

2. je pevne presvedčený, že ľudia so zdravotným postihnutím by mali mať všetky možnosti, aby sa stali sebestačnými členmi spoločnosti a aby sa rešpektovala ich slobodná voľba. V tejto súvislosti pripomína, že systémy zdravotnej starostlivosti sú v každej krajine iné, čo znamená, že prechod na komunitnú starostlivosť sa musí prispôbiť miestnym špecifikám a zapojiť tak príslušné komunity, ako aj dotyčné osoby a ich rodiny. Chcel by zdôrazniť, že cieľom tohto stanoviska nie je vylúčiť ani odsúdiť inštitucionálnu starostlivosť za všetkých okolností. Ústavy nie sú všeliek, ale môžu byť jedným z dostupných riešení. V niektorých krajinách sa tieto ústavy väčšmi otvorili novým formám starostlivosti, ktoré umožňujú prispôbiť sa rozmanitým situáciám a poskytnúť každému čo najväčšie šance na rozvoj bez ohľadu na stupeň zdravotného postihnutia. Osobitne treba zdôrazniť úlohu, ktorú pri fungovaní týchto inštitúcií zohrávajú rodiny;

3. konštatuje, že právomoci EÚ v oblasti verejného zdravia sa v súlade s článkom 168 ZFEÚ obmedzujú najmä na dopĺňanie politiky v oblasti zdravotníctva, ktorú členské štáty realizujú na národnej, regionálnej a miestnej úrovni. Pri dodržaní zásady subsidiarity zasahuje úloha EÚ do týchto oblastí:

— podpora koordinácie na zlepšenie verejného zdravia, ako aj na prevenciu ľudských chorôb a odstraňovanie zdrojov ohrozujúcich telesné a duševné zdravie. To zahŕňa boj proti rozšíreným najzávažnejším chorobám podporou výskumu ich príčin, prenosu a prevencie, ako aj zdravotníckej informácie a osvetu, a okrem toho aj monitorovanie závažných cezhraničných ohrození zdravia, včasné varovanie a boj proti nim,

— stanovenie vysokých noriem pre kvalitu a bezpečnosť orgánov a látok ľudského pôvodu, ako aj v oblasti veterinárstva, rastlinolekárstva a liekov;

4. zdôrazňuje, že Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím (UNCRPD) z roku 2006 predstavuje zásadnú zmenu prístupu k zdravotnému postihnutiu, keďže sa v ňom už kladie dôraz na to, ako sa môže spoločnosť a prostredie prispôbiť tak, aby sa mohli kompenzovať bariéry, s ktorými sa stretávajú postihnutí ľudia, a oni tak dostali možnosť začleniť sa do spoločnosti a viesť v čo najväčšej miere autonómny život. K novembru 2017 ratifikovalo Dohovor 27 z 28 členských štátov EÚ a 22 z nich ratifikovalo aj opčný protokol⁽²⁾. VR odporúča, aby Dohovor i opčný protokol ratifikovali všetky členské štáty;

⁽¹⁾ http://europa.eu/rapid/press-release_IP-10-1505_sk.htm?locale=SK.

⁽²⁾ <http://indicators.ohchr.org/>.

5. preberá vymedzenie pojmu „zdravotné postihnutie“ tak, ako ho zadefinovala OSN: ide o výsledok vzájomného pôsobenia medzi osobami s dlhodobými telesnými, mentálnymi, intelektuálnymi alebo zmyslovými postihnutiami a bariérami v postojoch a v prostredí, ktoré im bránia plne a účinne sa zúčastňovať na živote spoločnosti na rovnakom základe s ostatnými. Zdravotná ujma môže vzniknúť v dôsledku ochorenia alebo iných okolností, ako vrodené alebo získané poškodenie. Takéto ochorenia, okolnosti alebo poškodenia môžu byť trvalej alebo dočasnej povahy;

Prechod od inštitucionálnej starostlivosti na komunitnú starostlivosť

6. víta iniciatívu bývalého člena Komisie Vladimíra Špidlu, ktorý s podporou skupiny odborníkov vypracoval „Spoločné európske usmernenia pre prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť“⁽³⁾. Na základe týchto usmernení odporúča VR vymedziť pojem „inštitúcia“ takto: „Pobyťová starostlivosť, kde sú obyvatelia izolovaní od širšej komunity a/alebo nútení žiť spoločne; obyvatelia nemajú dostatočnú kontrolu nad svojím životom a nad rozhodnutiami, ktoré sa ich týkajú; požiadavky samotnej organizácie sa často uprednostňujú pred individuálnymi potrebami jednotlivých užívateľov zariadení.“ Tieto usmernenia boli vypracované s cieľom podporiť členské štáty pri prechode z inštitucionálnej starostlivosti na komunitnú starostlivosť. Vychádzajúc zo skúseností a výsledkov krajín, ktoré deinštitucionalizáciu zaviedli, by mal tento proces postupne zahŕňať nasledujúce aspekty: spoločná stratégia a vízia; zapojenie postihnutých a rodinných príslušníkov; prevzatie spoločnej zodpovednosti zo strany všetkých aktérov na všetkých úrovniach; vedenie a smerovanie, ako aj podpora tohto procesu. VR konštatuje, že usmernenia by mohli vhodne uľahčiť prechod z inštitucionálnej starostlivosti vo väčšej miere na komunitnú starostlivosť, a odporúča členským štátom, aby ich uplatňovali;

7. poukazuje na to, že inštitucionálna starostlivosť je čoraz viac spochybňovaná a že niekoľko vedeckých štúdií preukázalo, že dlhodobá inštitucionálna starostlivosť má ďalekosiahle negatívne dôsledky pre postihnuté osoby, okrem iného stratu slobody, stigmatizáciu, stratu samostatnosti a depersonalizáciu. Rovnako pociťujú negatívne vplyvy aj osoby, ktoré v tomto ústavnom systéme pracujú. Na základe toho sa vytvorilo spoločné povedomie, že komunitná starostlivosť s otvorenejšou formou sa má uprednostniť a že by mala byť smerovaním pre budúcu prax v oblasti starostlivosti. To bolo zdôraznené aj v európskom akčnom pláne pre duševné zdravie⁽⁴⁾. Tento akčný plán vypracoval Regionálny úrad WHO pre Európu v úzkej spolupráci a diskusií s členskými štátmi, ktoré tento plán tiež podporujú. VR tiež zdôrazňuje, že Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím (UNCRPD) stanovuje právo osôb so zdravotným postihnutím na život v spoločenstve s rovnakými možnosťami voľby ako majú ostatní⁽⁵⁾;

8. konštatuje, že v uplynulých 20 rokoch sa vývoj v mnohých členských štátoch uberal týmto smerom: veľké zariadenia starostlivosti o postihnutých a špecializované nemocnice ustúpili otvorenejšej forme komunitnej starostlivosti. Aj napriek tomu však v celej Európe viac ako milión ľudí so zdravotným postihnutím ešte stále žije v inštitucionálnej starostlivosti⁽⁶⁾. Prechod z inštitucionálnej starostlivosti na otvorenejšiu formu komunitnej starostlivosti sa neudeje zo dňa na deň. Táto zmena si vyžaduje veľa rokov a úsilie a opatrenia na všetkých úrovniach spoločnosti, ako aj zmenu postoja a nové právne predpisy. Podľa VR je dôležité, aby všetky členské štáty EÚ rozvoju komunitnej starostlivosti pripisovali veľký význam a aby sa podnikali kroky na deinštitucionalizáciu tak, aby boli zachované práva cieľových skupín a zabezpečilo sa, že sa všetko deje v najlepšom záujme postihnutých;

9. považuje za dôležité poukázať na riziko, že štáty pri prechode na otvorenejšiu komunitnú starostlivosť vytvoria nové ústavy, ktoré nahradia tie staré. To sa môže týkať najmä cieľových skupín osôb s ťažkými a komplexnými potrebami, ktorým vie spoločnosť len ťažko vyhovieť, keďže vzhľadom na to, že neexistujú individuálne riešenia, je najjednoduchšie vytvoriť nové, ústavom podobné zariadenia opatrovateľskej a pobytovej starostlivosti. Takýto vývoj môže byť vyvolaný aj závažnou krízou, ako napríklad veľkým počtom utečencov, ktorí prišli na jeseň roku 2015 do viacerých členských štátov. V tejto situácii musel byť dopyt po ubytovaní pokrytý prijímacími centrami a inštitucionálnymi zariadeniami. V prípade riešení, ktoré sú navrhované a plánované ako dočasné, však existuje riziko, že sa stanú trvalými riešeniami s negatívnymi dôsledkami pre postihnutých;

⁽³⁾ <http://www.deinstitutionalisationguide.eu/>.

⁽⁴⁾ <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-mental-health-action-plan-2013-2020-the>.

⁽⁵⁾ Článok 19 UNCPRD.

⁽⁶⁾ <http://www.deinstitutionalisationguide.eu/>.

Boj proti stigmatizácii

10. konštatuje, že v jednotlivých členských štátoch EÚ sa v celom rade zákonov a politických dokumentov v rôznej miere stanovuje, že osoby so zdravotným postihnutím by mali mať možnosť aktívne sa zapájať do diania v spoločnosti a viesť život ako všetci ostatní. Napriek tomu je možné pozorovať tiché a sčasti aj otvorene odmietavé postoje spoločnosti voči ľuďom so zdravotným postihnutím. Stigmatizované skupiny sa často v spoločnosti stretávajú s nepriateľskými reakciami, strachom a sú považované za menejcenné a za záťaž. Z viacerých štúdií vyplýva, že ľudia s psychickými chorobami sú stigmatizovaní⁽⁷⁾. Takáto stigmatizácia vedie potom k diskriminácii príslušných osôb. To sa môže prejavovať napríklad nedostatočnou ponukou starostlivosti alebo sociálnym vylúčením, čo ešte zhoršuje psychický zdravotný stav postihnutých. Tento začarovaný kruh sa stále opakuje a prehĺbuje. Pri deinštitucionalizácii ide o viac než len o zatvorenie veľkých zariadení a vytvorenie alternatívnych foriem starostlivosti. Ide aj o to bojovať proti predsudkom, spochybňovať stereotypy a dosiahnuť zmenu v spôsobe myslenia. Osoby so zdravotným postihnutím by sa nemali vnímať predovšetkým ako objekt a pasívni príjemcovia dávok a starostlivosti, ale ako plnoprávni členovia spoločnosti, ktorí požívajú všetky ľudské práva. VR zastáva názor, že všetky členské štáty musia v rámci procesu deinštitucionalizácie pôsobiť aj proti stigmatizácii a diskriminácii. V súlade s dohovorom OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím (články 4 – 6) to znamená, že členské štáty musia prijať pozitívne a preventívne opatrenia na boj proti akejkoľvek diskriminácii a zaručenie dodržiavania všetkých ľudských práv. VR poukazuje na to, že existujú početné dobré príklady národných kampaní tak v členských štátoch, ako aj v tretích krajinách, ktoré môžu poslúžiť ako inšpirácia;

11. upozorňuje na skutočnosť, že je nevyhnutné náležite posúdiť úroveň potrieb pacientov prepúšťaných do otvorenejšej, komunitnej starostlivosti. Miestne a regionálne orgány by mali zabezpečiť splnenie týchto potrieb, aby postihnuté osoby mohli mať kontrolu nad svojím vlastným životom, mať možnosť skutočnej voľby a rozhodovať, kde, s kým a ako budú žiť. Služby (vrátane osobnej asistencie) musia byť prístupné a dostupné všetkým, aby sa zaručilo, že dotyčné osoby sú začlenené do spoločenstva a môžu viesť čo najviac nezávislý život;

Kompetencie a schopnosti

12. upozorňuje na to, že prechod od inštitucionálnej starostlivosti ku komunitnej opatere a starostlivosti si vyžaduje zmenu paradigmy aj v oblasti personálu a jeho kompetencií. Zatiaľ čo doteraz sa hlavný dôraz kládol na medicínske znalosti a zdravotnícke povolania, prechod na systém starostlivosti zameraný väčšmi na komunitnú opateru spôsobil, že je dopyt po sociálnych a pedagogických schopnostiach. Podľa názoru VR je dôležité, aby bol personál, ktorý opateru a starostlivosť poskytuje, príslušne vyškolený na výkon tejto činnosti (článok 4 Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím). So správne vyškoleným personálom sa nielen urýchlil prechod, ale zabráni sa aj vzniku nových zariadení starostlivosti o osoby s postihnutím. V mnohých krajinách je dopyt po personáli s príslušnou akademickou kvalifikáciou. Medzinárodná spolupráca a výmeny v tejto oblasti by mohli zlepšiť dostupnosť vhodných odborných pracovníkov. Na uľahčenie prechodu VR odporúča zaviesť výmenu odborných pracovníkov v spojení s novými možnosťami odbornej prípravy na vysokých školách a v sekundárnom vzdelávaní. Dostupnosť dobre vyškolených pracovníkov si vyžaduje plánovanie a koordináciu. VR považuje za dôležité sprostredkovať pri vzdelávaní nových pracovných síl alebo preškolení personálu tieto obsahy: ľudské práva, poznatky o živote so zdravotným postihnutím a bývaní v zariadení ústavnej starostlivosti a zapájaní postihnutých do rozhodnutí o tom, aké podporné služby si prajú. Zmena od života v ústavnej starostlivosti na život vo vlastnom byte s možnosťou rozhodovať o mnohých veciach samostatne nie je ľahká. Samotné prispôbenie sa spoločnosti prináša pre jednotlivca riziko izolácie a/alebo vylúčenia. Preto má veľký význam, aby mali títo ľudia podporu a mali k dispozícii kvalifikovaný personál, ktorý pozná ich situáciu a ich individuálne potreby. Výskum a poznatky v tejto oblasti sľubne napredujú, najmä pokiaľ ide o psychické a neuropsychiatrické ochorenia. Dostupnosť a použiteľnosť postupov založených na vedeckých poznatkoch a dôkazoch sa zlepšila, a to tak pokiaľ ide o poskytovanie zdravotnej a psychologickéj liečby, ako aj o psychologickú a sociálnu podporu a kognitívne pomocné prostriedky. Vo Švédsku už napríklad niekoľko rokov existujú celoštátne usmernenia národnej rady pre zdravotníctvo a sociálnu starostlivosť (Socialstyrelsen) pre viaceré kategórie ochorení, medzi nimi aj pre schizofréniu a schizofréniu podobné stavy⁽⁸⁾. Usmernenia obsahujú hlavné odporúčania pre tvorbu postupov v oblasti zdravotnej a sociálnej starostlivosti založených na dôkazoch. Švédska národná rada pre zdravotníctvo a sociálnu starostlivosť okrem toho vypracovala usmernenia pre postupy a vydala všeobecné usmernenia týkajúce sa úrovne poznatkov a kvalifikácie personálu a zamestnávateľov v oblasti aktivít pre osoby s rôznym zdravotným postihnutím⁽⁹⁾ ⁽¹⁰⁾;

⁽⁷⁾ <http://www.nsph.se/projekt/projektet-din-ratt/>
<http://bringchange2mind.org/>.

⁽⁸⁾ <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-10-34/>.

⁽⁹⁾ <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-3-19>.

⁽¹⁰⁾ <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18607/2012-2-17.pdf>.

Deti a mládež

13. víta skutočnosť, že ministri zahraničných vecí EÚ prijali revidované usmernenia EÚ pre presadzovanie a ochranu práv dieťaťa. V súlade s príslušným dohovorom OSN by sa VR zasadzoval za to, aby všetky členské štáty podporovali zásadu, že deti majú vyrastať v rodine. Výsledky výskumov ukázali, že deti, ktoré vyrastajú v detských domovoch, sa nevyvíjajú rovnako ako deti, ktoré vyrastajú v rodinách, a nemajú rovnaké práva a možnosti navštevovať školy ako iné deti. Vyplýva z nich aj to, že deti z detských domovov môžu mať v neskoršom živote problémy so správaním a ťažkosti v sociálnej oblasti. Deti z detských domovov majú často príliš málo podnetov, čo kompenzujú sebapoškodzujúcim alebo problematickým správaním. Všetky deti potrebujú pre svoj normálny vývoj pocit stability a blízkosti. VR odporúča všetkým krajinám EÚ, aby namiesto toho zabezpečili deťom so zdravotným postihnutím a ich rodinám príslušnú potrebnú pomoc a podporu doma alebo v blízkom okolí. Rodičom by sa malo poskytnúť poradenstvo o funkčnom obmedzení ich dieťaťa a malo by sa im dostať podpory zo strany spoločnosti resp. mesta alebo obce, aby mohli plniť svoju rodičovskú rolu. Ak musia rodičia obmedziť svoj pracovný čas, pretože sa starajú doma o postihnuté dieťa, mali by dostať aj finančnú pomoc;

14. zastáva názor, že deti a mládež so zdravotným postihnutím musia mať rovnaké práva a povinnosti, pokiaľ ide o návštevu školy a štúdium, ako ich rovesníci. Predpokladom je, aby škola vyhovovala potrebám týchto detí, lebo inak by vzniklo riziko izolácie aj mimo zariadení starostlivosti. Miestne a regionálne orgány by mali viac investovať do rozpočtov škôl, aby tak riešili problematiku nedostatku vhodných zariadení, a prednostne podporovali prístupnosť a univerzálne riešenia. Mali by sa zaviesť programy, ktoré by zvýšili osvetu o zdravotnom postihnutí medzi zamestnancami škôl a ostatnými deťmi, a zároveň vybavili učiteľov primeranou odbornou prípravou v oblasti inkluzívnych metodológií a nabádali ich pracovať s deťmi so zdravotným postihnutím. Treba sa zaoberať aj postojmi a predsudkami, ak sa má dosiahnuť úplná integrácia;

Právne opatrovníctvo a poručníctvo

15. upriamuje pozornosť na veľký počet občanov EÚ, ktorí trpia vývojovou poruchou a/alebo psychickou chorobou a bol im pridelený poručník (plenary guardianship) alebo právny opatrovník (partial guardianship). VR uznáva, že právne opatrovníctvo (partial guardianship) môže chrániť záujmy dotknutých jednotlivcov a ochrániť ich pred zneužitím, ktorého obeťou by sa inak mohli stať. Vyjadruje však obavy v súvislosti s poručníctvom (plenary guardianship), ktoré znamená, že dotyčné osoby stratia prakticky všetky svoje zákonné práva, a rozhodnutia, ktoré ich život ovplyvňujú najviac, prijímajú ich zákonní zástupcovia. Mnohí dospelí boli proti svojej vôli na žiadosť súdom určeného zástupcu umiestnení v ústavoch. VR odporúča členským štátom, aby prijali pravidlá, ktoré by zabezpečili, aby sa menej muselo využívať poručníctvo a zapojili dotyčné osoby, ich rodiny, organizácie obhajujúce práva týchto osôb a špecialistov do rozhodovacieho procesu. Pri revízii právnych predpisov o právnej spôsobilosti by sa mali stanoviť aj požiadavky v oblasti spolurozhodovania a prostredníctvom zákonov posilniť práva cieľovej skupiny;

Spoluúčasť a zapojenie postihnutých

16. zastáva názor, že ľudia so zdravotným postihnutím by mali mať zákonom dané možnosti a podporu pri rozhodovaní o veciach, ktoré sa týkajú ich každodenného života a koncepcie miestnych služieb. Dôležité je poskytnúť informácie spôsobom, ktorý je pre cieľovú skupinu vhodný. Načúvať združeniam postihnutých a ich rodinných príslušníkov a spolupracovať s nimi zlepšuje spoluúčasť a zapojenie. Poznatky a skúsenosti postihnutých sú cenné kompetencie, ktoré treba zohľadniť. VR odporúča, aby členské štáty podporovali zriaďovanie a prácu organizácií postihnutých;

Právne predpisy a usmernenia

17. považuje za dôležité, aby aktuálne zákony a usmernenia podporovali uplatňovanie v zmysle článku 4 ods. 1 Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím. Stredobodom pozornosti pritom musia byť práva dieťaťa. VR zastáva okrem toho názor, že právna úprava by mala podporovať jednotlivca v sebaurčení a živote na základe vlastných potrieb a želaní;

18. zdôrazňuje význam opatrení na pomoc osobám s ťažkým zdravotným postihnutím a ich ochranu v období po smrti rodičov a príbuzných. Predovšetkým sa domnieva, že osobám so zdravotným postihnutím, ktoré nie sú schopné sa v plnej miere postarať samy o seba, je potrebné zaručiť podporu, blahobyt, začlenenie do spoločnosti a čo najväčšiu sebestačnosť, aby sa zabránilo ich automatickej hospitalizácii;

Údaje a štatistiky pre ďalšiu prácu

19. domnieva sa, že vzhľadom na nedostatok údajov je ťažké sledovať priebeh deinštitucionalizácie a spraviť porovnávacie analýzy medzi jednotlivými členskými krajinami. Preto VR odporúča stanoviť ako prioritu vymedzenie a vytvorenie ukazovateľov, ktoré musia byť súčasťou stratégie a plánovania prechodu na výraznejšie komunitný systém starostlivosti a opatery. Zmena paradigmy smerom k individualizovanej starostlivosti zameranej viac na jednotlivca by sa mala prejavovať aj v normách a ukazovateľoch, ktoré treba vytvoriť. Pozornosť by sa pritom mala viac zamerať na kvalitu života a práva postihnutých než ďalšie sledovanie viac technicky orientovaných ukazovateľov. VR v tejto súvislosti odporúča, aby členské štáty pri stanovovaní a vymedzovaní noriem a ukazovateľov spolupracovali;

Práca a zamestnávanie

20. so zreteľom na článok 27 UNCRPD poukazuje na to, že právo na prácu je základným právom. Nesmie byť dotknuté napríklad predsudkami či bariérami prístupu. VR zdôrazňuje, že je potrebné vynakladať úsilie, aby osoby so zdravotným postihnutím mohli vykonávať prácu zodpovedajúcu ich osobným predpokladom. Dobrá pracovná rehabilitácia a prispôbenie pracovných miest a úloh majú veľký význam. Iné formy činnosti pre ľudí, ktorí nemôžu vykonávať platenú prácu na riadnom trhu práce, sa považujú tiež za dôležité pre podporu zdravia, odstránenie stigmatizácie a izolácie. Z tohto dôvodu sú také dôležité rehabilitačné zariadenia a asistenčné služby prostredníctvom práce, ako aj chránené pracoviská a dielne. To si vyžaduje spoločnú interakciu medzi sociálnymi službami a trhom práce prostredníctvom štruktúr, ktoré poskytujú služby pracovného začlenenia, čo umožní realizovať rôznorodé personalizované programy poradenstva, odbornej prípravy, programy na sprostredkovanie umiestnenia na trhu práce, udržanie pracovného miesta a sociálne začlenenie v pracovnom prostredí. Opatrenia prospešné pre zdravie a zamestnanosť je potrebné vnímať skôr ako investície než ako náklady. Prístup k zamestnaniu, ktoré je finančne alebo inak odmenené, neslúži len na začlenenie, ale znižuje aj riziko chudoby. Pre všetkých ľudí je dôležitý pocit, že sú súčasťou väčšieho celku, dokážu byť prínosom pre spoločnosť a vykonávajú zmysuplnú činnosť. Súčasne sa tým zvyšuje v spoločnosti povedomie o ľuďoch so zdravotným postihnutím, ich potenciáli a ťažkostiach, s ktorými sa stretávajú;

Hospodárske vplyvy

21. dlhodobá udržateľnosť komunitnej starostlivosti si bude vyžadovať radikálnu zmenu, pokiaľ ide o verejné výdavky, pričom zdroje sa budú musieť zameriavať na prevenciu a včasný zásah. Preto považuje za dôležité, aby sa pri hodnotení a analýze hospodárskych vplyvov prechodu na komunitnú starostlivosť nebrali do úvahy len absolútne náklady, ale aby sa tieto náklady posudzovali vo vzťahu k výsledkom v oblasti kvality a dlhodobým vplyvom na jednotlivca i spoločnosť. Štúdie v oblasti ekonomiky zdravia ukázali, že psychiatrické komunitné služby stoja vo všeobecnosti rovnako veľa ako nemocničná starostlivosť. Keďže však často majú lepšie výsledky pre jednotlivcov, sú v týchto prípadoch z celospoločenského hľadiska nákladovo efektívnejšie. Pozitívne zdravotné účinky znamenajú, že sa viac ľudí môže začleniť do trhu práce. To vedie k zvýšeniu produkcie, lepšiemu sociálnemu začleneniu a nižšiemu riziku kriminality, čo by odbremenovalo justičný systém⁽¹¹⁾. Investície vo forme prevencie, skorých zásahov a podpory detí a mládeže, ako aj ich rodičov, môžu pomôcť úspešne ukončiť štúdium. Môžu tak pokračovať vo svojom vzdelávaní a dostať sa na trh práce. Prechod z veľkých zariadení a špecializovaných nemocníc sa môže uskutočniť až vtedy, keď budú vytvorené alternatívne formy výraznejšie komunitnej starostlivosti. To môže spočiatku spôsobovať vyššie náklady vo fáze prechodu na komunitnú starostlivosť;

Spolupráca a koordinácia

22. poukazuje na to, že pri deinštitucionalizácii nestačí, aby konal len jeden aktér. Zapájať sa a navzájom spolupracovať musí viacero spoločenských aktérov. Je potrebné jasné a presné rozdelenie úloh, rovnako jednoznačne musí byť stanovené, na čo sa spolupráca vzťahuje a ako má prebiehať. V závislosti od ústavnoprávnej situácie v príslušnom členskom štáte sa líši riadenie a kontrola služieb zdravotnej a sociálnej starostlivosti, resp. ich organizácia a poskytovanie na miestnej a regionálnej úrovni. V krajinách ako Švédsko, kde majú obce a okresné rady silnú samosprávu, je zodpovednosť za to, ako dosiahnuť prechod na rozšírenejšiu komunitnú starostlivosť, decentralizovaná. Ústavnoprávna situácia príslušného členského štátu určuje do veľkej miery aj to, akej úrovni sú adresované odporúčania VR. Bez ohľadu na otázku rozdelenia právomocí medzi národnou, regionálnou a miestnou úrovňou zastáva VR názor, že podpora zo strany národnej úrovne je nevyhnutná a že je potrebná koordinácia činnosti a opatrení na rôznych úrovniach⁽¹²⁾;

⁽¹¹⁾ <http://www.deinstitutionalisationguide.eu/>.

⁽¹²⁾ <http://www.deinstitutionalisationguide.eu/>

Rovnaká starostlivosť a opatera

23. poukazuje na článok 25 Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím, podľa ktorého majú príslušníci zdravotníckych a ošetrovateľských povolání poskytovať osobám so zdravotným postihnutím rovnako dobrú starostlivosť ako ostatnému obyvateľstvu. Keď ľudia opustia zariadenia inštitucionálnej starostlivosti, v ktorých boli dostupné všetky medicínske kompetencie, aby viedli samostatný život, musí sa v primárnej zdravotnej starostlivosti vybudovať väčšia kompetencia pre ľudí so zdravotným postihnutím, aby sa dali uspokojiť potreby aj tejto skupiny pacientov. Sociálne začlenenie na viacerých úrovniach a postoj, podľa ktorého sa ľudia s rôznymi formami funkčného obmedzenia považujú za prirodzenú súčasť ľudskej rozmanitosti, pomáha predchádzať sociálnemu vylúčeniu a podporuje rovnaký prístup v oblasti opatery a starostlivosti;

24. konštatuje, že s rozvojom výskumu v oblasti zdravia sa predlžuje priemerná očakávaná dĺžka života pri narodení. V dôsledku toho starnú aj osoby so zdravotným postihnutím, ktoré sa predtým z dôvodu neexistencie primeranej starostlivosti nedoživali pokročilého veku. Sociálne služby, ktoré majú zabezpečiť sociálne a pracovné začlenenie, sú nútené pracovať s osobami so zdravotným postihnutím, ktoré dosiahli vysoký vek. Odborníci pracujúci v týchto službách nie sú pripravení plniť potreby súvisiace so starobou aj zdravotným postihnutím používateľa. Domnieva sa preto, že je potrebné prispôbiť vzdelávanie sociálnych a zdravotníckych pracovníkov, ktorí musia aj naďalej poskytovať služby sociálneho začlenenia tejto cieľovej skupine v súlade s požiadavkami EÚ.

V Bruseli 30. novembra 2017

Predseda
Európskeho výboru regiónov

Karl-Heinz LAMBERTZ
