

Opinia Europejskiego Komitetu Regionów – Deinstytucjonalizacja systemów opieki na szczeblu lokalnym i regionalnym

(2018/C 164/07)

Sprawozdawca: Xamuel Gonzalez Westling (SE/PES), radny gminy Hofors**ZALECENIA POLITYCZNE**

EUROPEJSKI KOMITET REGIONÓW

Prawa osób niepełnosprawnych

1. Komitet Regionów z zadowoleniem przyjmuje wniosek rządu Estonii o sporządzenie opinii w sprawie deinstytucjonalizacji systemów opieki na szczeblu lokalnym i regionalnym. Szacuje się, że w Unii Europejskiej co szósty mieszkaniec – w sumie ok. 80 mln ludzi – boryka się z jakimś rodzajem niepełnosprawności o różnym stopniu ciężkości. Ponad jedna trzecia osób w wieku powyżej 75 lat cierpi na dolegliwość utrudniającą im codzienne życie. Odsetek ten wzrośnie jeszcze wraz ze zwiększaniem się w nadchodzących latach udziału osób starszych w społeczeństwie UE ⁽¹⁾. Choć sytuacja i warunki życia osób niepełnosprawnych znacznie poprawiły się w minionych 20 latach, w większości państw członkowskich nadal istnieją mniej lub bardziej poważne niedociągnięcia zarówno w odniesieniu do opieki nad takimi osobami, jak i w odniesieniu do ich postrzegania przez społeczeństwo. Niestety nadal mamy do czynienia z przypadkami, gdy np. osobom z zaburzeniami rozwoju lub chorobą psychiczną ogranicza się prawo do podejmowania decyzji dotyczących ich własnego życia.

2. Jest głęboko przekonany, że osoby z niepełnosprawnością powinny mieć jak największe szanse na bycie samodzielnymi członkami społeczeństwa oraz że należy stać na straży poszanowania ich wolności wyboru. W tym kontekście przypomina, że systemy opieki różnią się w poszczególnych krajach, co oznacza, że przejście na opiekę świadczoną na poziomie społeczności lokalnych należy dostosować do warunków lokalnych, a także zaangażować w ten proces zarówno odnośnie społeczności, jak i użytkowników i ich rodziny. Pragnie podkreślić, że celem niniejszej opinii nie jest wykluczenie lub potępienie wszelkiej opieki instytucjonalnej we wszystkich okolicznościach. Instytucje nie są jedynym rozwiązaniem, lecz można je brać pod uwagę jako jedno z dostępnych rozwiązań. W niektórych krajach są one bardziej otwarte na nowe sposoby pomocy, aby dostosować się do różnorodnych sytuacji i zapewnić wszystkim jak najlepsze możliwości samorealizacji niezależnie od stopnia niepełnosprawności. Należy szczególnie podkreślić rolę rodziny w funkcjonowaniu tych instytucji.

3. Stwierdza, że zgodnie z artykułem 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej kompetencje UE w zakresie zdrowia publicznego w pierwszej kolejności ograniczają się do uzupełniania polityki w zakresie zdrowia, prowadzonej w państwach członkowskich na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym. Przy zachowaniu zasady pomocniczości zadania UE dotyczą takich dziedzin, jak:

— wspieranie koordynacji w celu poprawy zdrowia publicznego oraz zapobiegania chorobom ludności, a także w celu usuwania przyczyn zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego. Do tego zalicza się również zwalczanie powszechnie występujących ciężkich chorób poprzez wspieranie badań w zakresie przyczyn tych chorób, ich rozprzestrzeniania się i sposobów zapobiegania im, jak i promocję zdrowia i działania informacyjne. Ponadto działania te obejmują monitorowanie poważnych transgranicznych zagrożeń dla zdrowia, wczesne ostrzeżenie w przypadku takich zagrożeń oraz ich zwalczanie,

— ustalanie wysokich standardów jakości i bezpieczeństwa dla narządów i substancji pochodzenia ludzkiego, a także w dziedzinie weterynarii i ochrony roślin oraz w odniesieniu do leków.

4. Zwraca uwagę, że Konwencja Narodów Zjednoczonych o prawach osób niepełnosprawnych z 2006 roku stanowi zasadniczy zwrot w postrzeganiu niepełnosprawności. Punkt ciężkości przesunięto na takie dostosowanie społeczeństwa i otoczenia, by zmniejszyć bariery, na które napotykają osoby niepełnosprawne, i tym samym zapewnić tym osobom możliwość udziału w społeczeństwie oraz prowadzenie jak najbardziej samodzielnego życia. W listopadzie 2017 r. 27 z 28 państw członkowskich UE ratyfikowało Konwencję, a 22 z nich podpisało także protokół fakultatywny ⁽²⁾. KR zaleca, by wszystkie państwa podpisały zarówno konwencję, jak i protokół fakultatywny.

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

⁽²⁾ <http://indicators.ohchr.org/>

5. Przyjmuje oenzetowską definicję „niepełnosprawności”, która wynika z interakcji między osobami z trwałymi dysfunkcjami fizycznymi, psychicznymi, intelektualnymi lub sensorycznymi a barierami wynikającymi z postaw ludzkich i barierami środowiskowymi, które utrudniają tym osobom pełne i skuteczne uczestnictwo w życiu społecznym, na równych warunkach z innymi osobami. Niepełnosprawność może być wynikiem choroby lub innych okoliczności, wadą wrodzoną bądź nabytą. Takie choroby, okoliczności czy wady mogą mieć charakter trwały lub przejściowy.

Przejście od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności

6. Z zadowoleniem przyjmuje inicjatywę byłego komisarza Vladimíra Špidli, który z pomocą grupy ekspertów opracował „Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności”⁽³⁾. W oparciu o te wytyczne KR zaleca następujące zdefiniowanie opieki instytucjonalnej: usługi zdrowotne, w ramach których mieszkańcy są odizolowani od reszty społeczeństwa lub zmuszeni mieszkać razem; osoby nie mają wystarczającej kontroli nad własnym życiem i dotyczącymi ich decyzjami, wymogi organizacji zazwyczaj przeważają nad potrzebami jednostki. Wytyczne mają na celu wspierać państwa członkowskie w przechodzeniu od opieki instytucjonalnej do wsparcia w swoim otoczeniu. Mając na uwadze doświadczenia i wiedzę krajów, które przeprowadziły już deinstytucjonalizację opieki, proces ten powinien obejmować następujące elementy: wspólną strategię i wizję, udział osób niepełnosprawnych oraz ich bliskich, wspólne przejęcie odpowiedzialności przez wszystkie podmioty na wszystkich szczeblach, kontrolę, kierowanie procesem oraz jego wspieranie. KR stwierdza, że wytyczne mogłyby służyć przechodzeniu od opieki instytucjonalnej do opieki w najbliższym otoczeniu. Zaleca w związku z tym wszystkim państwom członkowskim ich wdrożenie.

7. Zwraca uwagę, że opieka instytucjonalna będzie coraz bardziej kwestionowana, oraz że w szeregu badań dowiedziono, że długotrwała opieka instytucjonalna wiąże się dla osób, których dotyczy, z daleko idącymi negatywnymi skutkami, w tym z utratą wolności, samodzielności i autonomii, stygmatyzacją i odczłowieczeniem. Taka formuła ma także negatywne konsekwencje dla pracowników zakładów opieki instytucjonalnej. W oparciu o to pojawiła się wspólna koncepcja, która zakłada, że lepsze są bardziej otwarte formy opieki w najbliższym otoczeniu chorego i że do takich form opieki należy dążyć w przyszłości. Uwypuklono to również w Europejskim planie działań na rzecz zdrowia psychicznego⁽⁴⁾. Plan został przygotowany przez Biuro Regionalne WHO dla Europy w ścisłej współpracy z państwami członkowskimi, które go także poparły. KR ponownie stwierdza, że w Konwencji Narodów Zjednoczonych o prawach osób niepełnosprawnych uznaje się „prawo wszystkich osób niepełnosprawnych do życia w społeczeństwie, wraz z prawem dokonywania takich samych wyborów, na równi z innymi osobami”⁽⁵⁾.

8. Komitet stwierdza, że w minionych 20 latach wiele państw członkowskich wprowadziło podobne zmiany: duże placówki opieki i wyspecjalizowane szpitale coraz częściej ustępują miejsca bardziej otwartym formom opieki świadczonej w najbliższym środowisku społecznym. Mimo tego w całej Europie nadal ponad milion osób niepełnosprawnych przebywa w zinstytucjonalizowanych placówkach opieki⁽⁶⁾. Przejście od opieki instytucjonalnej do bardziej otwartej opieki w najbliższym otoczeniu nie stanie się rzeczywistością z dnia na dzień. Zmiana ta wymaga wielu lat, wysiłków i środków na wszystkich poziomach społeczeństwa, a także zmiany nastawienia i nowych przepisów. Zdaniem Komitetu ważne jest, by wszystkie państwa członkowskie UE przywiązały większą wagę do kwestii opieki w najbliższym otoczeniu. Deinstytucjonalizacja powinna przebiegać w taki sposób, by zagwarantować prawa grup docelowych oraz zapewnić jak najlepsze wyniki samym zainteresowanym.

9. Uważa, że koniecznie trzeba zwracać uwagę na zagrożenie sytuacją, kiedy państwa w okresie przejściowym, kiedy bardziej otwarte formy opieki w najbliższym otoczeniu dopiero się tworzą, dalej budują nowe placówki w miejsce starych domów opieki. Może to uderzyć w te grupy docelowe o szczególnych i złożonych potrzebach, które społeczeństwo z trudem jest w stanie zaspokoić, kiedy ze względu na brak zindywidualizowanych rozwiązań najlepszym wyjściem może wydawać się utworzenie nowych instytucjonalnych placówek i domów opieki. Takie tendencje mogą pojawić się także w sytuacji kryzysowej, jak np. jesienią 2015 r., kiedy do wielu państw członkowskich UE nagle masowo zaczęli przybywać uchodźcy. Wtedy trzeba było szybko zapewnić potrzebującym dach nad głową w ośrodkach zakwaterowania i instytucjonalnych placówkach. Jednak w przypadku rozwiązań pomyślanych jako tymczasowe istnieje ryzyko, że się utrwala – co wiązałoby się z negatywnymi skutkami dla wszystkich dotkniętych tą sytuacją osób.

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

⁽⁴⁾ <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-mental-health-action-plan-20132020-the>

⁽⁵⁾ Art. 19 Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych.

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

Zwalczanie stygmatyzacji

10. Stwierdza, że w poszczególnych państwach członkowskich przepisy i dokumenty polityczne w różnym stopniu stanowią, że osoby niepełnosprawne muszą zyskać możliwość aktywnego udziału w społeczeństwie i prowadzenia normalnego życia. Niemniej nadal odnotowuje się ukryte, a czasami nawet jawne odrzucenie osób niepełnosprawnych w społeczeństwie. Grupy społeczne poddawane stygmatyzacji są często traktowane z wrogością i obawą, jako mniej wartościowe i jako obciążenie. Liczne badania dowodzą, że osoby cierpiące na problemy związane ze zdrowiem psychicznym spotykają się ze stygmatyzacją, która z kolei może prowadzić do dyskryminacji⁽⁷⁾. Może się to przejawiać np. niedostateczną ofertą opieki medycznej czy wykluczeniem społecznym, co jeszcze bardziej pogarsza zdrowie psychiczne dotkniętych dyskryminacją osób. To błędne koło może sięgać coraz dalej i coraz głębiej. Deinstytucjonalizacja opieki polega zatem nie tylko na zamknięciu dużych placówek i stworzeniu alternatywy dla opieki. Chodzi też o przeciwdziałanie uprzedzeniom, kwestionowanie stereotypów i zmianę nastawienia. Osoby niepełnosprawne nie powinny być postrzegane jako przedmiot i pasywny odbiorca opieki, lecz jako równoprawni członkowie społeczeństwa korzystający z pełni praw człowieka. Zdaniem KR-u państwa członkowskie muszą przeciwdziałać stygmatyzacji i zapobiegać dyskryminacji w procesie deinstytucjonalizacji opieki. Zgodnie z Konwencją o prawach osób niepełnosprawnych ONZ (art. 4–6) oznacza to przyjęcie pozytywnych i prewencyjnych środków zwalczania wszelkich rodzajów dyskryminacji oraz służących zapewnieniu poszanowania wszystkich praw człowieka. KR zwraca uwagę na liczne, mogące stanowić inspirację, dobre przykłady krajowych kampanii przeciw stygmatyzacji zarówno w państwach członkowskich, jak i krajach trzecich.

11. Zwraca uwagę na fakt, że należy właściwie ocenić potrzeby pacjentów kierowanych do bardziej otwartych placówek w najbliższym otoczeniu chorego. Władze lokalne i regionalne powinny zapewnić zaspokojenie tych potrzeb, by umożliwić użytkownikom sprawowanie kontroli nad własnym życiem oraz dokonywanie rzeczywistych wyborów i podejmowanie decyzji dotyczących tego gdzie, z kim i jak będą żyć. Należy udostępnić i ułatwić wszystkim dostęp do usług (w tym pomocy osobistej), aby zagwarantować, że użytkownicy są włączeni do społeczności i mogą prowadzić jak najbardziej samodzielne życie.

Umiejętności i kompetencje

12. Zwraca uwagę, że przejście od opieki instytucjonalnej do opieki w najbliższym otoczeniu oznacza również zmianę paradygmatu dla personelu opiekuńczego i jego umiejętności. Dotychczas punkt ciężkości spoczywał na wiedzy medycznej i zawodach medycznych, jednak przechodzenie na opiekę w najbliższym otoczeniu pokazuje, że coraz ważniejsze są umiejętności społeczne i pedagogiczne. KR sądzi, że pracownicy opieki powinni zostać przeszkoleni do wykonywania swoich zadań (art. 4 Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych ONZ). Odpowiednio przeszkolony personel nie tylko przyspieszy zmiany w tej dziedzinie, lecz także pomoże zapobiec tworzeniu nowych placówek opieki. W wielu krajach brakuje pracowników o odpowiednich kwalifikacjach akademickich. Współpraca międzynarodowa i wymiana w tej dziedzinie mogłaby poprawić dostępność właściwie wykwalifikowanego personelu. Aby ułatwić przechodzenie na nowe formy opieki, KR zaleca wymiany pracowników oraz wprowadzenie nowych możliwości kształcenia na poziomie średnim i wyższym. Dostępność dobrze wyszkolonego personelu wymaga planowania i koordynacji. Zdaniem KR-u podczas szkolenia nowych pracowników bądź przekwalifikowywania starych należałoby przekazywać następujące treści: prawa człowieka, zapoznanie się z życiem z niepełnosprawnością, mieszkanie w placówce opieki oraz umożliwienie osobie niepełnosprawnej zadecydowania o pożądanym przez nią wsparciu. Przystosowanie się do życia we własnym mieszkaniu i możliwości samodzielnego decydowania o wielu rzeczach nie jest łatwym procesem. Faktyczne dostosowanie się do społeczeństwa niesie ze sobą dla tych osób ryzyko izolacji lub wykluczenia. Bardzo ważne jest przyjęcie tych osób i zapewnienie im asysty kompetentnego personelu zaznajomionego z ich sytuacją i indywidualnymi potrzebami. Badania i stan wiedzy w tej dziedzinie są obiecujące, zwłaszcza w odniesieniu do chorób psychicznych i zaburzeń neuropsychiatrycznych. Poprawiła się dostępność i stosowanie metod opartych na wiedzy i dowodach, i to zarówno w przypadku leczenia i opieki psychologicznej, jak i w przypadku psychospołecznego wsparcia i środków pomocy kognitywnej. Dla przykładu w Szwecji od kilku lat istnieją krajowe wytyczne Centralnego Urzędu Zdrowia i Spraw Społecznych (Socialstyrelsen) dotyczące szeregu kategorii chorób, m.in. schizofrenii i zaburzeń powiązanych ze schizofrenią⁽⁸⁾. Wytyczne zawierają najważniejsze zalecenia dotyczące opartych na dowodach metod, które należy stosować w ramach opieki zdrowotnej i świadczeń socjalnych. Szwedzki Centralny Urząd Zdrowia i Spraw Społecznych wydał ponadto wytyczne dotyczące postępowania i ogólne wytyczne dotyczące poziomu wiedzy i kompetencji dla personelu i pracodawców sektora działalności związanej z osobami o wszelkiego rodzaju niepełnosprawności⁽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>

Dzieci i młodzież

13. Z zadowoleniem przyjmuje fakt, że ministrowie spraw zagranicznych państw UE przyjęli zmienione wytyczne dotyczące promowania i ochrony praw dziecka. Komitet, kierując się odnośną konwencją Narodów Zjednoczonych, za pożądany uważa stan, w którym wszystkie państwa członkowskie hołdują zasadzie, że dziecko wychowuje się w rodzinie. Badania naukowe wykazały, że dzieci, które przebywają w placówkach opiekuńczych, nie rozwijają się tak jak dzieci wychowywane w rodzinie. Powinny one mieć takie same prawa i możliwości uczęszczania do szkoły jak inne dzieci. Z badań wynika też, że dzieci te w późniejszym okresie życia mogą wykazywać zaburzenia zachowania i trudności w sferze społecznej. Często w placówkach zbyt słabo stymuluje się rozwój dzieci, co te z kolei rekompensują sobie autodestrukcyjnymi lub problematycznymi zachowaniami. Każde dziecko do prawidłowego rozwoju potrzebuje poczucia bezpieczeństwa i bliskości. KR zaleca wszystkim krajom UE, by dzieciom z niepełnosprawnością i ich rodzicom zamiast opieki w placówkach zapewnić potrzebną pomoc i wsparcie w ich domach bądź w ich najbliższym otoczeniu. Rodzicom trzeba zapewnić pomoc i doradztwo w zakresie zaburzeń funkcjonowania ich dziecka. Społeczeństwo, a konkretnie ich miasto lub gmina, powinno ich wspierać w pełnieniu funkcji rodzicielskich. Jeśli z powodu opieki nad niepełnosprawnym dzieckiem w domu są zmuszeni ograniczyć czas pracy zarobkowej, należy im pomóc finansowo.

14. Jest zdania, że niepełnosprawne dzieci i młodzież powinny mieć te same prawa i obowiązki w odniesieniu do edukacji szkolnej i akademickiej, co ich rówieśnicy. Oznacza to, że należy dostosować szkoły do potrzeb tych dzieci, aby nie dopuścić do izolacji dodatkowo poza placówką opiekuńczą. Władze lokalne i regionalne powinny inwestować więcej w budżety szkół, tak aby zaradzić brakowi odpowiedniego wyposażenia oraz nadać priorytetowe znaczenie dostępności i projektowaniu wyposażenia dla wszystkich. Należy wprowadzić programy mające na celu zwiększenie świadomości na temat niepełnosprawności wśród pracowników szkoły i innych dzieci, jak również zapewnić nauczycielom odpowiednie szkolenia w zakresie metodologii otwartej na wszystkich uczniów oraz zachęcić ich do pracy z niepełnosprawnymi dziećmi. Aby była możliwa pełna integracja, należy także zająć się stereotypami i uprzedzeniami.

Kuratela i opieka

15. Zwraca uwagę na znaczną liczbę obywateli UE z zaburzeniami rozwojowymi lub psychicznymi, będących pod opieką (*plenary guardianship*) lub kuratelą (*partial guardianship*). KR uznaje, że objęcie danej osoby kuratelą może chronić jej interesy i chronić ją przed nadużyciami, których w innym przypadku mogłyby doświadczyć. Jednak wyraża zaniepokojenie, że w przypadku objęcia danej osoby opieką traci ona niemal całkowicie swoje prawa ustawowe – jej przedstawiciel prawny decyduje praktycznie o wszystkich aspektach jej życia. Wiele osób dorosłych wbrew swej woli zostało umieszczonych w ośrodkach opiekuńczych przez ich wyznaczonego przez sąd kuratora. KR wzywa państwa członkowskie do przyjęcia takich przepisów, dzięki którym można by ograniczyć przypadki opieki oznaczającej ubezwłasnowolnienie oraz angażować w podejmowanie decyzji użytkowników, ich rodziny i organizacje stojące na straży ich praw i odpowiednich specjalistów. Podczas przeglądu przepisów prawnych dotyczących zdolności do czynności prawnych należy też ustalić wymogi w zakresie współdecydowania oraz wzmocnić prawa grupy docelowej w ramach procesu ustawodawczego.

Współdziałanie i uczestnictwo osób z niepełnosprawnościami

16. Uważa, że osoby niepełnosprawne na mocy prawa powinny mieć możliwość podejmowania decyzji, które dotyczą ich samych, ich codziennego życia i kształtu usług lokalnych, oraz otrzymać wsparcie przy podejmowaniu takich decyzji. Ważne jest udzielanie informacji dostosowane do danej grupy docelowej. Współpraca ze stowarzyszeniami osób niepełnosprawnych i ich bliskimi oraz uważne słuchanie poruszanych przez nie kwestii zdecydowanie poprawia współdziałanie i zaangażowanie tych podmiotów. Wiedza i doświadczenie zainteresowanych osób to cenne umiejętności, które trzeba wziąć pod uwagę. KR zaleca państwom członkowskim, by wspierały zakładanie nowych oraz działalność już istniejących stowarzyszeń osób niepełnosprawnych.

Przepisy prawne i wytyczne

17. Za znaczący uważa fakt, że obowiązujące przepisy i wytyczne wpisują się w realizację art. 4 ust. 1 Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych. W centrum uwagi muszą przy tym stać prawa dziecka. KR jest poza tym zdania, że prawo powinno wspierać jednostkę w samodzielnie kształtowanym życiu, na miarę jej indywidualnych potrzeb i pragnień.

18. Podkreśla wagę środków pomocy i ochrony dla osób o wysokim stopniu niepełnosprawności po śmierci rodziców i krewnych. Uważa zwłaszcza że zasadnicze znaczenie ma zagwarantowanie pomocy, dobrostanu, włączenia społecznego i jak najdalej idącej samodzielności osobom niepełnosprawnym, które nie są w stanie w pełni ponosić odpowiedzialności za swoje działania, tak aby zapobiegać automatycznemu umieszczeniu ich w instytucyjnych placówkach opieki.

Dane i statystyki dotyczące dalszych prac

19. Uważa, że z powodu braku danych trudno jest ocenić przebieg deinstytucjonalizacji opieki i przeprowadzić analizy porównawcze między poszczególnymi państwami członkowskimi UE. W związku z tym zaleca, by priorytetowo potraktować zdefiniowanie i opracowanie wskaźników, które muszą być częścią strategii i planowania w procesie przechodzenia na opiekę świadczoną w większym stopniu w najbliższym otoczeniu. Zmiana paradygmatu w kierunku opieki bardziej zindywidualizowanej, bardziej nastawionej na jednostkę powinna znaleźć wyraz także w opracowywanych standardach i wskaźnikach. Należy przy tym bardziej skupić się na jakości życia i prawach osób objętych opieką, a nie tylko na ciągłej realizacji wskaźników o raczej technicznym charakterze. KR zaleca zacieśnienie współpracy między państwami członkowskimi UE w zakresie opracowywania i definiowania standardów i wskaźników.

Praca i zatrudnienie

20. Odwołując się do art. 27 Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, przypomina, że prawo do pracy jest prawem podstawowym. Nie wolno tego prawa naruszać poprzez np. uprzedzenia lub utrudniony dostęp. Podkreśla konieczność podjęcia starań, aby osoby niepełnosprawne miały możliwość wykonywania pracy, która odpowiadałaby ich indywidualnym warunkom. Wysokiej jakości rehabilitacja, jak również dostosowanie warunków pracy oraz zadań mają ogromne znaczenie. Inne formy działania dla osób, które nie mogą podjąć płatnej pracy na typowym rynku pracy uważa się za równie istotne czynniki dbania o zdrowie, przeciwdziałania stygmatyzacji oraz walki z izolowaniem, dlatego tak ważne są placówki i usługi terapii pracą, przedsiębiorstwa i warsztaty pracy chronionej. Wymaga to połączonych działań służb socjalnych oraz rynku pracy za pośrednictwem organów świadczących usługi integracji na rynku pracy, co umożliwia realizację różnicowanych i zindywidualizowanych programów w zakresie poradnictwa, szkolenia, pośrednictwa pracy, utrzymania miejsca pracy i integracji społecznej w miejscu pracy. Działania nastawione na promocję zdrowia i zatrudnienie trzeba traktować raczej jako inwestycję, a nie koszt. Praca, dzięki której otrzymuje się zapłatę bądź jakieś inne wynagrodzenie, służy nie tylko włączeniu społecznemu, ale zmniejsza też ryzyko ubóstwa. Każdy człowiek potrzebuje czuć się częścią składową większej całości, móc wносить wkład w życie społeczne i podejmować sensowne działania. Jednocześnie uwrażliwia się w ten sposób społeczeństwo na niepełnosprawność oraz na potencjał i trudności osób niepełnosprawnych.

Skutki ekonomiczne

21. Długoterminowa stabilność opieki środowiskowej będzie wymagała radykalnej zmiany w wydatkach publicznych oraz skupienia zasobów na zapobieganiu i wczesnej interwencji. Dlatego uważa, że przy ocenie i analizie skutków ekonomicznych przejścia na opiekę w najbliższym otoczeniu bardzo ważne jest ujęcie nie tylko kosztów bezwzględnych, ale także uwzględnienie ich w stosunku do wyników w zakresie jakości oraz w stosunku do długofalowego wpływu na jednostkę i na społeczeństwo. Badania z zakresu ekonomii zdrowia wykazały, że opieka psychiatryczna świadczona w najbliższym otoczeniu zasadniczo kosztuje tyle samo co leczenie szpitalne. Ale ponieważ prowadzi ona często do lepszych wyników, z punktu widzenia ogółu społeczeństwa okazuje się w takich przypadkach bardziej opłacalna. Korzystny wpływ na zdrowie sprawia, że więcej osób może odnaleźć się na rynku pracy. To z kolei przekłada się na większą produkcję, lepsze włączenie społeczne, a także mniejsze ryzyko przestępczości, co odciążałoby sądownictwo⁽¹¹⁾. Inwestowanie w profilaktykę, wczesne interweniowanie, a także wsparcie dzieci i młodzieży z pomocą ich rodziców może dać młodym ludziom szansę na zdobycie wykształcenia. Dzięki temu mogliby kontynuować naukę w szkole i zdobyć kwalifikacje potrzebne na rynku pracy. Jednak odejście od dużych ośrodków i wyspecjalizowanych klinik możliwe będzie dopiero wtedy, gdy utworzy się i zorganizuje alternatywne rozwiązania i formy opieki w najbliższym otoczeniu. Na początkowym etapie przechodzenie na opiekę w najbliższym otoczeniu może wiązać się z wyższymi kosztami.

Współpraca i koordynacja

22. Zwraca uwagę, że w deinstytucjonalizacji opieki nie wystarczy zaangażowanie jednego podmiotu. Chodzi o to, by aktywnych było wiele podmiotów społecznych, które by ze sobą współpracowały. Potrzeba jasnego i precyzyjnego podziału zadań, a także wyraźnego określenia, czego ma dotyczyć współpraca i jak ma ona przebiegać. W zależności od struktury konstytucyjnej w każdym państwie członkowskim zarządzanie świadczeniami z zakresu opieki zdrowotnej i społecznej oraz kontrolowanie ich, tudzież ich organizacja i realizacja odbywa się różnie na szczeblu gminy lub regionu. W krajach takich jak Szwecja, gdzie gminy i regiony są w znacznym stopniu samorządne, odpowiedzialność za organizację przejścia ku opiece w jak najbliższym otoczeniu jest zdecentralizowana. Przepisy konstytucji poszczególnych państw członkowskich determinują zresztą, do którego poziomu sprawowania władzy mają być kierowane zalecenia Komitetu. Niezależnie od kwestii podziału kompetencji pomiędzy poziom krajowy, regionalny i lokalny, Komitet jest zdania, że wsparcie ze strony organów krajowych jest niezwykle ważne oraz że potrzeba koordynacji działań i środków wykorzystywanych na różnych poziomach⁽¹²⁾.

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

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

Równe traktowanie w zakresie leczenia i opieki

23. Przywołuje art. 25 Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, zgodnie z którym personel medyczny ma zapewniać osobom z niepełnosprawnością tak samo dobre leczenie jak pozostałej części społeczeństwa. Dlatego gdy osoby, które dotąd przebywały w ośrodkach opiekuńczych z całym zapleczem medycznym, przeniosą się do swoich domów, aby prowadzić samodzielne życie, konieczne będzie zapewnienie dodatkowych kompetencji w przychodniach podstawowej opieki zdrowotnej, aby móc wyjść naprzeciw potrzebom grupy pacjentów z niepełnosprawnością. Wielopłaszczyznowe włączenie społeczne i założenie, że osoby z różnymi ograniczeniami funkcjonalnymi są normalnym elementem różnorodności w społeczeństwie, zapobiega wykluczeniu społecznemu i sprzyja równemu traktowaniu w zakresie leczenia i opieki.

24. Odnotowuje, że wraz z postępem nauk medycznych średnia długość życia ludzi się wydłuża. W związku z tym starzeją się również osoby niepełnosprawne, które wcześniej z powodu braku odpowiedniej opieki często nie osiągały podeszłego wieku. Służby socjalne, które dotąd zapewniały włączenie społeczne i integrację na rynku pracy, teraz muszą nastawić się na osoby niepełnosprawne w podeszłym wieku. Pracownicy tych służb nie są przygotowani na zaspokojenie potrzeb związanych zarówno ze starością, jak i niepełnosprawnością tych osób. Uważa zatem, że konieczne jest dostosowanie wymogów szkoleniowych pracowników opieki społecznej i zdrowotnej, którzy powinni nadal świadczyć usługi sprzyjające włączeniu społecznemu dla tej grupy docelowej zgodnie z normami UE.

Bruksela, dnia 30 listopada 2017 r.

Karl-Heinz LAMBERTZ

*Przewodniczący
Europejskiego Komitetu Regionów*
