NĚKTERÉ ZAHRANIČNÍ ZKUŠENOSTI A TRENDY V KOMUNITNÍ PRÁCI S MENTÁLNĚ POSTIŽENÝMI OSOBAMI

Libor Novosad

Motto: „Cílem je zlepšit kvalitu života každého jednotlivce."

A. B. Ward

Na základě absolvovaných studijních cest se zaměřím na situaci ve Velké Británii a Švédsku. Tyto země jsem mohl navštívit opakovaně, tudíž mohu objektivněji posoudit kontinuitu místně realizovaných opatření. Zároveň lze získaných zkušeností využít k ilustraci dvou rozdílných systémů sociálního státu (Welfare State) – liberalistického ve Velké Británii a paternalistického ve Švédsku.

VELKÁ BRITÁNIE (Wales): Systém je charakterizován britským liberalistickým pojetím sociálního státu a tím, že Wales patří spíše k ekonomicky podprůměrným zemím britského společenství. V oblasti péče o dospělé lidi s mentálním handicapem je pro Wales charakteristické:

Před patnácti až dvaceti lety se začala realizovat **„celowelšská strategie péče o osoby s mentální retardací"**, která znamenala rušení velkých pobytových zařízení na bázi psychiatrických sanatorií či klinik a vytváření podmínek pro život lidí s mentální retardací (dále jen MR) v rodině nebo v komunitních zařízeních. Protože se jednalo o zásadní změnu, která se dotkla všech zúčastněných složek, byly vytvořeny následující podpůrné prvky, které v různých podobách přetrvávají dodnes:

1. Na sociálních odborech jednotlivých hrabství (správních jednotek) byla vytvořena oddělení pro péči o osoby s MR, která zajišťují péči o tuto klientelu – o dospělé lidi s MR:
   - Vzdělávání a výcvik v sociálních dovednostech. Lidé, kteří přecházejí z uzavřených zařízení do společnosti, nejsou na život mezi lidmi připraveni. Proto je nutné vybavit je v maximální míře takovými praktickými dovednostmi a návyky, aby nebyli zbytečně (neúměrně) společensky handicapováni.
   - Výcvik rodinných příslušníků. Člen rodiny může být hrabstvím finančně podporovaný osobní asistent pro

člověka s MR (– to je i příspěvek k řešení nezaměstnanosti).
- Zřizování komunitního bydlení. Hrabství zakoupí nejčastěji klasické řadové domky v běžné zástavbě a poskytne je k otevřenému životu cca 4–5 klientům s 1–2 asistenty.
- Zřizování denních center aktivity pro osoby s MR.
- Vytváření specifických pracovišť pro lidi s MR.
- Podpora občanských iniciativ a neziskového sektoru, jenž prosazuje zájmy osob s MR a zároveň se stává poskytovatelem služeb pro tyto lidi.

2. Otevřený život je podporován jak v rámci rodin, které o člověka s MR pečují (psychologická péče, sociální péče, osobní asistence, domácí péče, respitní péče), tak zřizováním denních středisek a komunitního bydlení, tedy otevřeného soužití lidí v komunitě. Právě u komunitního asistovaného bydlení se jasně ukázala potřeba předchozího působení na veřejné mínění, zejména na názory a postoje nejbližších sousedů v „uliční" komunitě; podcenění tohoto aspektu vede k odmítnutí „občanské" koexistence. Neznalost a zkreslené informace zákonitě produkují odmítání, strach a neadekvátní postoje.
3. Pracovní uplatnění pro klienty s MR je realizováno v dílnách (truhlářských, mechanických), v zemědělství, v zahradnictvích a ve veřejných službách (restaurace, kavárny, pekárny, recyklace druhotných surovin a podobně). Klienti pracují samostatně a vykonávají smysluplnou činnost s konkrétním výstupem tak, aby byl zdůrazněn aspekt užitečnosti, potřebnosti. Odborný dohled je velmi nenápadný a ryze partnerský. Prioritou není výdělek nebo ekonomická soběstačnost pracoviště (jediným zvýhodněním jsou daňové úlevy), ale emoční i „činnostní" spokojenost klientů. Jestliže jsou produkty určeny k prodeji, neprodávají se za dumpingové ceny, ale za ceny přiměřené nákladům, kupující vědí, že podporují dobrou, potřebnou věc.
4. Stát je zejména zadavatelem zakázek v sociální oblasti. Poskytovatelem služeb či péče jsou nestátní subjekty, které vycházejí z místních podmínek a potřeb komunity. Klienti sami mohou ovlivňovat rozsah a zaměření poskytovaných služeb. Pravidelná setkání poskytovatelů, asistentů, volontérů a klientů mají charakter pracovních seminářů, zaměřených na kvalitu a optimalizaci služeb.

Wales jsem navštívil v roce 1993, 1994 a 1999. Důsledky ekonomického poklesu jsou velmi zřetelné, rovněž reorganizace správy v Severním Walesu (původních 6 hrabství bylo rozděleno na 22 správních celků) se promítla v komplexnosti a kvalitě služeb. Nicméně pozitivní trend je zachován a veřejnost chápe otevřenou koexistenci s MR osobami jako běžnou, samozřejmou skutečnost.

ŠVÉDSKO: Stát přebírá ve značné míře odpovědnost za život znevýhodněných občanů a těmto lidem garantuje velmi ši-

rokou místně variabilní síť služeb a podpor. Role nestátního sektoru je zde spíše doplňková. To ovšem neznamená, že se jedná o málo účinný a rigidně pojatý systém zdravotně-sociální péče. Opak je pravdou. Pro Švédsko je v oblasti péče o osoby s MR typické:

a) Pobytová zařízení (ústavního typu) nejsou povolena ze zákona. Maximální podpora je věnována rodinám, životu v rodině. Díky adopcím a pěstounské péči je do rodin umístěno přes 87 % handicapovaných dětí (v české terminologii „neumístitelných" nebo obtížně umístitelných dětí). Přestože školní vzdělání dětí s MR se realizuje zejména ve stacionářích se speciálními třídami (výjimku tvoří děti s lehčími formami MR, nejčastěji MR v kombinaci s dětskou mozkovou obrnou, a děti s Downovým syndromem – ty navštěvují běžnou místní školu), má celková koncepce výchovy a začleňování převážně inkluzivní charakter.

b) Podobně jako ve Walesu je těžištěm péče region a komunita. Centra aktivity, rehabilitační a habilitační střediska, specifická pracoviště, agentury domácí či respitní péče jsou zřizovány v přímé návaznosti na možnosti a potřeby klientely a s ohledem na místní okolnosti. Práva lidí s postižením a jejich blízkých hájí státem financovaný ombudsman, na něhož se mohou lidé obracet i v případě nespokojenosti se zdravotní péčí nebo sociálními službami.

c) Samozřejmostí je u osob s MR komunitní bydlení. Místní správa vlastní a financuje byty v běžné zástavbě, kde bydlí jednotliví klienti většinou jednotlivě, někdy v malé skupině (3–4), a asistent či sociální pracovník je pravidelně navštěvuje. Poradí jim s hospodařením, pomůže s vedením domácnosti a podobně. Vedle profesionálních pracovníků jsou do péče zapojeni i občané – volontéři, kteří jsou společníky MR osob zejména při aktivitách ve volném čase.

U těžších forem MR klient trvale žije s asistentem. Komunitnímu bydlení většinou předchází pobyt v zařízení typu „na půl cesty", kde se klienti učí sebeobsluze, praktickým a sociálním dovednostem, nezbytným pro samostatný či asistovaný život.

d) Švédskou „specialitou" jsou kvalitní a dostupné, konstrukčně i individuálně flexibilní kompenzační pomůcky určené k eliminaci pohybového, smyslového nebo komunikačního problému klienta.

e) Pro Švédsko je typický ekologický přístup k využití surovin i odpadů. Proto je vedle tradičních forem pracovního uplatnění (veřejné stravování, výroba bytových doplňků, zemědělství) rozvíjeno pracovní uplatnění lidí s MR v oblasti zpracování a recyklace odpadů, zejména kovů. Taková práce má vysokou společenskou autoritu a přináší i významné surovinové i finanční úspory. Navštívil jsem „farmu", kde 12 klientů společně se

2 instruktory v roli kamarádů rozebíralo starou domácí kuchyňskou techniku. Na pracoviště byly sváženy staré pračky, myčky nádobí, sporáky, chladničky, mrazáky atd., klienti je rozebírali na použitelné díly a kovový odpad. Z některých součástek vyráběli zajímavé bytové doplňky či hračky. Vše se odehrávalo v přátelské, kooperativní atmosféře a s uspokojením z užitečné a dobře zvládnuté práce.

Oblast jižního Švédska – distriktu Kronoberg – jsem navštívil v roce 1996 a 1998. Ekonomická recese se projevila zejména v omezení státních příjmů a v jejich redistribuci do regionů. Avšak k omezení rozsahu či kvality služeb a narušení precizní provázanosti či komplexnosti služeb nedošlo. Jednak byl přijat zákon „O lidech s funkčním postižením" (1994), jenž obsahuje ochranu znevýhodněných lidí před dopady oslabené ekonomiky, jednak byly posíleny kompetence a vlastní příjmy regionů, čímž došlo k debyrokratizaci, zefektivnění péče a k přímému propojení mezi problémovou situací klienta s MR a řešením, které může region, komunita poskytnout nebo iniciovat.

SHRNUTÍ: Přestože se obě země rozcházejí v politické organizaci sociálního státu, mají v oblasti péče o osoby s MR několik zásadních, a pro nás inspirujících, rysů společných. Dále uvedené skutečnosti korespondují s aktuálními změnami v pojetí MR:

- Člověka s mentálním postižením chápou jako jedinečnou a svébytnou bytost. K jedinci s MR se přistupuje jako k partnerovi. Máme-li mu pomoci, tak především v tom, že se budeme snažit porozumět mu, usilovat o to, aby ho chápali ostatní, dbát na to, abychom akceptovali jeho svět (který je však stejně hodnotný jako ten náš a je integrální součástí světa společného bytí) a umožnili mu prožít důstojný a bohatý, podnětný život. Služby či podpůrné aktivity pro lidi s MR nepracují s tím, co jedinec s MR nemůže, čeho není schopen, v čem je odlišný, ale rozvíjejí to, čeho je nebo může být schopen. Odlišnost, zdánlivá nepochopitelnost není vadou, nedostatkem. Cílem inkluze není normalizovat image, názory, postoje, potřeby a schopnosti postiženého jedince, ale uvědomit si, že jeho potřeby, touhy, pocity, radosti i smutky jsou stejně hodnotné, samozřejmé a sociálně akceptovatelné jako ty „naše". Veškerá péče je orientována na zpřístupnění příležitostí k uspokojení přirozených potřeb individua a na maximální rozvoj jeho schopností a nadání. Práce s MR lidmi není „něčím o nich", ale je „o nás", protože jakkoli jsou jiní, emotivnější, tajemní či nesrozumitelní, tak patří do této společnosti a obrážejí její vstřícnost a morálku.
- Deinstitucionalizace, alternativní formy péče a právo volby je základním předpokladem kvalitní a adresné péče. Lidé s postižením, jejich blízcí a organizace, které hájí a prosazují zájmy lidí s MR, nejlépe vědí, kde jsou kořeny jednotlivých problémů a jaká opatření mohou

přinést přijatelné řešení. Sebelépe organizovaný aparát nemůže formou byrokratických opatření dosáhnout řešení, které přinese prospěch a důstojný, kvalitní, uspokojivý život jedinci s jakkoli specifickým problémem.

- Základem inkluzivní výchovy a péče o rodiny s MR dítětem je raná, včasná péče, jejíž komplexnost (od pediatra, neurologa, psychologa až ke speciálnímu pedagogovi, psychiatrovi, sociálnímu pracovníkovi, logopedovi, fyzioterapeutovi a ergoterapeutovi – lépe „ocupational therapist") a provázanost je zejména ve Švédsku samozřejmostí, čemuž napomáhá i fakt, že sociální oblast a zdravotnictví patří pod jedno rezortní ministerstvo (takže je eliminován u nás známý jev jako „rezortismus" a „přelévání" kompetencí).
- Komunitní život a zaměstnávání lidí s MR nemá být posuzováno podle ekonomických kritérií (ačkoli je prokazatelně v dlouhodobém horizontu levnější než uzavřená ústavní péče). Život v komunitě a smysluplné zaměstnání (s respektem k individuálním možnostem jedince) má především význam socializační, psychologický, komunikační a rehabilitační (= rozvíjení schopnosti sebeobsluhy a smysluplné činnosti). Současně se inkluzivní směřování odráží ve výchově společnosti k akceptování lidí s MR a k vytváření nezkreslených, realistických názorů a postojů k těmto lidem (informovanost je předpokladem porozumění i citlivosti a vnímavosti k potřebám nejen MR jedince, ale každého člověka bez výjimky).

Jsem přesvědčen, že interpretované poznatky mohou vést jednak k realisticky kladnému hodnocení toho, co se v oblasti podpory lidí s MR povedlo v České republice, zejména díky aktivitám SPMP a dalších zájmových, resp. „pozitivně nátlakových" skupin a sdružení, a zároveň mohou připomenout oblasti, kterým není v ČR věnována adekvátní pozornost, i když se k tomu naskýtají příležitosti, např. v podobě dlouho připravovaného zákona o sociální pomoci.