

Dezvoltarea îngrijirii comunitare

Un raport produs de ESN care promovează îngrijirea comunitară, ilustrează primii pași către dezinstituționalizare și identifică elementele cheie pentru asigurarea unei îngrijiri comunitare de calitate.



www.esn-eu.org

Independență
și demnitate

Viziune și
inițiativă

O viață asemenea
celorlalți, împreună
cu ceilalți

Grupul ESN
'politici și practici'
Comisia consultativă
la nivel înalt
a ESN



Orientare pe
persoană, nu
pe structură

A trăi în
comunitate

O alegere
informată

Incluziune socială
pentru toți



Dezvoltarea îngrijirii comunitare

Un raport produs de ESN care promovează îngrijirea comunitară, ilustrează primii pași către dezinstituționalizare și identifică elementele cheie pentru asigurarea unei îngrijiri comunitare de calitate.

ACTIVITATEA ESN PENTRU “DEZVOLTAREA ÎNGRIJIRII COMUNITARE”

Dezvoltarea îngrijirii comunitare este o componentă importantă în programul de lucru al ESN, finanțat de Comisia Europeană începând cu anul 2008. În anul 2011 ESN a lansat programul de formare “Gestionarea schimbării: rolul autorităților publice în dezinstituționalizare”, adresat autorităților publice locale și regionale din noile statele membre. De asemenea, ESN este activă la nivel european în cadrul Grupului european de experți în domeniul tranziției de la îngrijirea instituțională la cea comunitară.

Prezentul raport a fost întocmit de Dorota Tomalak (Ofițer de politici publice și dezvoltare) în colaborare cu Stephen Barnett (Director de politici publice) și John Halloran (Director executiv). Raportul se bazează pe documente referitoare la politici, exemple de practici și recomandări din partea Grupului de politici publice și practici în domeniul dezvoltării îngrijirii comunitare (2009-2010) și a Comisiei consultative la nivel înalt a ESN în domeniul dezvoltării îngrijirii comunitare; ESN dorește să mulțumească ambelor grupuri pentru implicarea activă a acestora, începând cu conceperea materialului și până la observațiile legate de structură sau limbaj.

DESPRE ESN

Rețeaua Socială Europeană – European Social Network (ESN) – aduce împreună persoane cheie în proiectarea și furnizarea serviciilor sociale publice de la nivel local din Europa, pentru a învăța unii de la ceilalți și a contribui cu experiența și expertiza lor la construirea unor politici și practici sociale eficiente. Împreună cu membrii noștri, suntem dedicați să oferim tuturor servicii sociale publice de calitate și mai ales să ajutăm la îmbunătățirea vieții celor mai vulnerabili din societatea noastră.

Publicat de European Social Network, 2011
Victoria House
125 Queens Road
Brighton BN1 3WB
Marea Britanie

FONDURI EUROPENE

Rețeaua Socială Europeană (ESN) este susținută de Programul comunitar pentru ocuparea forței de muncă și solidaritate socială (PROGRESS 2007–2013).

Acest program are menirea de a susține financiar implementarea obiectivelor Uniunii Europene în domeniul ocupării forței de muncă și în domeniul social, așa cum este prevăzut în Agenda Socială, contribuind astfel la realizarea obiectivelor Strategiei Lisabona în aceste domenii.

Programul, derulat pe parcursul a șapte ani, este destinat tuturor părților interesate care pot contribui la dezvoltarea unei legislații și a unor politici sociale și de ocupare a forței de muncă adecvate și eficiente, în toate cele 27 de state membre ale UE, în țările membre EFTA precum și în țările candidate și pre-candidate la aderarea la UE.

În acest sens, PROGRESS 2007–2013 își propune:

- să ofere analiză și consultanță politică cu privire la domeniile politice de ocupare a forței de muncă, solidaritate socială și egalitate de gen;
- să monitorizeze și raporteze punerea în aplicare a legislației și politicilor UE din domeniile politice de ocupare a forței de muncă, solidaritate socială și egalitate de gen;
- să promoveze transferul de politici, de învățare și de sprijin între statele membre, cu privire la obiectivele și prioritățile UE;
- să disemineze punctele de vedere ale părților interesate și ale societății în general.

Mai multe informații despre PROGRESS se găsesc pe www.ec.europa.eu/progress.



Informațiile cuprinse în acest raport nu reflectă neapărat poziția sau opinia Comisiei Europene.

MULȚUMIRI

Autorii doresc să mulțumească membrilor Grupului politici și practici în dezvoltarea îngrijirii comunitare pentru contribuția referitoare la profilul țărilor lor și pentru discuțiile care au dus la elaborarea acestui raport.

Zsolt Bugarszki	Institutul pentru politici sociale și muncă	Ungaria
Aleksandra Čalošević	Fondul pentru inovare socială	Serbia
Bruno Forti	Regiunea Veneto	Italia
Cate Hartigan	Director de servicii de sănătate	Irlanda
Mikael Johansson	Asociația Suedeză a directorilor de servicii sociale (FSS)	Suedia
Ralitsa Petrova	Primăria orașului Sofia	Bulgaria
Radka Soukupová	Uniunea Cehă a orașelor și municipiilor	Republica Cehă
Guido Verschaeren	Asociația Flamandă a directorilor de servicii Sociale (VVOS)	Belgia

Mai multe resurse în domeniul politici și practici produse de acest grup sunt disponibile la: <http://www.esn-eu.org/towards-community-care>.

Mulțumiri speciale se cuvin și membrilor și foștilor membri ai Comisiei consultative la nivel înalt a ESN: John Bowis, Virginia Bras Gomez, Štefan Čulík, Bo Könberg, Mária Nádaždyová, Jan Pfeiffer, Władysław Sidorowicz și Agnes Simonyi care și-au adus contribuția prin completări și recomandări avizate nu numai la această publicație, ci la toate documentele elaborate de ESN cu privire la dezvoltarea îngrijirii comunitare.

Rețeaua Socială Europeană (ESN) își asumă responsabilitatea pentru eventualele greșeli sau inexactități cuprinse în text.

CUPRINS

Cuvânt înainte	9
Rezumat	12
Glosar	15
Introducere	17
Partea I Argumente pentru îngrijirea comunitară	19
Partea a II a Primii pași spre îngrijirea comunitară	31
Partea a III a Gestionarea îngrijirii comunitare: provocări și oportunități	43
Etapele următoare	63
Bibliografie	67

Note:

Handwriting practice lines consisting of multiple horizontal dotted lines for writing.

CUVÂNT ÎNAINTE

Dragi cititori,

De mai mulți ani, ESN s-a implicat activ în problematica dezinstituționalizării, așa cum este cazul campaniei pentru tranziția spre servicii din comunitate. Pe lângă stabilirea propriului Grup de politici și practici și a Comisiei consultative la nivel înalt, ESN este de asemenea membră a Grupului european de experți în domeniul tranziției de la îngrijirea instituțională la cea comunitară, care a contribuit astfel la creșterea gradului de conștientizare a acestor probleme la nivel european și a formulat recomandări cu privire la utilizarea fondurilor europene în scopul dezinstituționalizării. De curând ESN a lansat un program de instruire pentru participanți din Republica Cehă, Ungaria, Polonia și Slovacia.

ESN reprezintă municipii, țări și regiuni care planifică, proiectează, finanțează sau furnizează servicii sociale, într-un cadru instituționalizat sau în comunitate. În cazul în care instituțiile se vor închide iar (fostii) rezidenți vor trebui să locuiască în apartamente și case obișnuite, pe străzi obișnuite, autoritățile locale și regionale vor trebui să joace rolul principal.

Acest raport își propune să ducă la o mai bună înțelegere a ceea ce înseamnă cu adevărat îngrijirea comunitară și a beneficiilor sale umane, sociale, economice și politice.

Cu cele mai bune urări,



John Halloran
Director executiv
European Social Network

Note:

Handwriting practice lines consisting of multiple horizontal dotted lines for tracing and writing practice.

Dezvoltarea îngrijirii comunitare



www.esn-eu.org

Rezumat

Glosar

Introducere



REZUMAT

Mesaj cheie

Tranziția de la îngrijirea instituțională la cea din comunitate este de dorit și, în ciuda dificultăților, realizabilă, cu condiția să ne asumăm cu toții un rol în acest proces. Cercetătorii, instituțiile Uniunii Europene și statele membre pot contribui la reușita acestei schimbări importante a modelului de furnizare a serviciilor. ESN se angajează să contribuie la crearea unei Europe în care fiecare poate trăi o viață cât se poate de normală alături de ceilalți.

Introducere

Pentru majoritatea oamenilor, a trăi în comunitate și a face parte din aceasta este un drept garantat. Și totuși, în Europa acest drept nu există pentru mai mult de 1,2 milioane de persoane cu dizabilități, 300.000 de persoane cu probleme mentale și 150.000 de copii¹, care se presupune că sunt rezidenți pe termen lung ai instituțiilor de îngrijire. Persistența modelului instituțional de îngrijire este una din provocările majore cu care se confruntă modelul social european.

Argumente pentru îngrijirea comunitară

Există argumente puternice în favoarea îngrijirii comunitare față de cea instituțională din perspectiva experiențelor beneficiarilor de servicii, a drepturilor omului, a valorilor asistenței sociale și a raportului calitate-preț.

Mărturiile foștilor rezidenți confirmă faptul că, în timp ce sistemul instituțional oferă siguranță fizică, hrană și adăpost, acesta nu poate să ofere sentimentul de bunăstare

care rezultă din experiența de a fi inclus în societate, iubit și apreciat de prieteni și rude. După cum spunea un fost rezident „chiar și o bucată de pâine e mai bună acasă”.

Principiile și drepturile internaționale ale omului sunt de asemenea în mod clar în favoarea îngrijirii comunitare. Respectarea demnității inalienabile, a autonomiei individuale și libertatea de a face propriile alegeri sunt drepturi recunoscute și de care nu ar trebui să fie nimeni lipsit, indiferent de dizabilitate, vârstă sau starea de sănătate mintală.

Munca în asistența socială este bazată pe respectul și valoarea inalienabilă a tuturor oamenilor. Îngrijirea instituțională deseori răpește demnitatea oamenilor, creează o puternică ierarhie și obligă rezidenții să urmeze reguli prestabilite, indiferent dacă acestea corespund nevoilor lor sau nu. Este clar că **principiile asistenței sociale** sunt în favoarea serviciilor comunitare care promovează independența și participarea beneficiarilor prin relaționarea cu fiecare persoană în calitate de individ cu propriile nevoi, preferințe și calități.

Argumentul economic a fost limitat de percepția factorilor de decizie politică și a furnizorilor de servicii, conform căreia doar instituțiile mari sunt capabile să realizeze economia la scară necesară pentru ca îngrijirea să fie accesibilă. Dovezile arată că îngrijirea comunitară nu este neapărat mai costisitoare decât cea în sistem instituționalizat. De fapt se pare că este chiar mai rentabilă atunci când are ca rezultat creșterea calității vieții beneficiarilor.

¹ ESSC, 6-8 iulie 2011, Varșovia, Prezentare de Jan Pfeiffer, președintele sesiunii plenare „Spre îngrijirea comunitară” disponibilă la: <https://esnconference.org/sites/default/files/Jan%20Pfeiffer.pdf>

Primii pași spre îngrijirea comunitară

Tranziția spre îngrijirea comunitară nu poate fi încununată de succes decât dacă se bazează pe o viziune comună clară, la conturarea căreia participă și rezidenții și care este promovată și dezvoltată de conducerea politică și profesională locală.

A crea o viziune a dezinstituționalizării înseamnă a crea o imagine mentală a unei comunități în care oamenii nu mai locuiesc în sistem instituțional ci sunt îngrijiți la domiciliu sau într-un mediu familial. O astfel de viziune poate reprezenta o puternică sursă de inspirație ce ar trebui să sprijine factorii operaționali de decizie necesari pentru dezvoltarea cu succes a îngrijirii comunitare.

'Leadershipul' local este necesar pentru a aduce o schimbare către orientarea pe oameni și nu pe structuri. Pentru această schimbare sunt necesare fonduri suplimentare pentru a acoperi costurile de susținere a instituției pe perioada tranziției, investindu-se totodată în formarea personalului și în noi dotări, ca punct central pentru intervențiile comunitare. Tranziția spre îngrijirea comunitară presupune o planificare detaliată și o gestionare atentă.

Dezinstituționalizarea nu poate avea succes fără implicarea beneficiarilor, a familiilor acestora, a personalului de îngrijire și a comunității în care aceștia trebuie să trăiască. Raportul european ad-hoc conține un principiu fundamental comun privind tranziția de la îngrijirea instituțională la cea comunitară:

„Beneficiarii (și familiile lor) trebuie să fie parteneri cu drepturi depline în procesul de tranziție. Ei trebuie să fie implicați activ și consultați în dezvoltarea, furnizarea și evaluarea serviciilor primite.”

Rudele rezidenților au un rol cheie în succesul sau insuccesul proiectelor de dezinstituționalizare. Personalul trebuie de asemenea să fie implicat încă din primele etape și să beneficieze de oportunități de formare în domeniul serviciilor de îngrijire comunitară. Succesul se bazează de asemenea pe suportul din partea comunității unde trăiesc foștii rezidenți. O comunitate deschisă și primitoare, formată din vecini, grupuri de afaceri și grupuri ale societății civile, poate duce la creșterea independenței și incluziunii sociale a foștilor rezidenți.

Implementarea îngrijirii comunitare

Există un număr de elemente cheie care trebuie așezate în ordine pentru a asigura furnizarea eficientă și coordonată a îngrijirii comunitare.

Evaluarea și planificarea strategică a nevoilor este procesul prin care se identifică nevoile populației locale, atât sociale cât și de sănătate, actuale și anticipate, care reies din datele socio-economice și cantitative colectate de la populație. În modelele instituționale, e posibil ca planificarea strategică să nu treacă dincolo de problemele capacității și bugetului. În cazul modelului comunitar, poate exista o evaluare fundamentală a gradului în care serviciile vin în întâmpinarea nevoilor și preferințelor cetățenilor.

Informarea și consilierea sunt esențiale pentru oricine ar avea nevoie de îngrijire și suport. La prima vedere poate părea mai ușor pentru o instituție să se promoveze: există elemente constante, cum sunt capacitatea, angajați permanenți, locația și un portofoliu de tratamente. Mai mult, clădirea este adesea un punct de reper local, ușor de găsit la nevoie. Serviciile comunitare, pe de altă parte, tind să fie mai dispersate și mai puțin prezente în

conștiința comunității. Ele încă trebuie să învețe să inspire încredere, siguranță și preocupare pentru creșterea calității vieții beneficiarilor.

Evaluarea nevoilor individuale implică de obicei un specialist (sau o echipă multidisciplinară) care să lucreze cu beneficiarul serviciului (și cu familia acestuia) pentru a identifica nevoile și felul în care acestea pot fi satisfăcute mai bine, astfel încât să ducă la realizarea planului individualizat de îngrijire. În sistemul instituțional, evaluarea nevoilor tinde să fie făcută de către personalul instituției, care evaluează nevoile unei persoane în funcție de ceea ce poate oferi instituția respectivă. Un serviciu comunitar de calitate presupune o evaluare completă a nevoilor unui individ și a circumstanțelor de viață ale acestuia și duce la furnizarea unei varietăți de servicii.

Capacitatea serviciilor se referă la posibilitatea ofertei de a satisface cererea pentru servicii. Existența listelor de așteptare și a discrepanțelor între urban și rural în ceea ce privește capacitatea de furnizare a serviciilor poate fi imaginea nereușitei planului strategic sau a finanțării inadecvate. Capacitatea și disponibilitatea serviciilor ar trebui evaluate periodic de către autoritățile locale și de alte organisme de finanțare și de planificare a serviciilor, pe baza unei evaluări și planificări strategice a nevoilor.

În îngrijirea comunitară, a **alege** este un concept vast: implică nu numai a alege între diferiți furnizori ai aceluiași serviciu sau între servicii diferite, ci și felul în care o persoană alege să-și trăiască viața.

Pe de altă parte, în sistemul instituțional alegerea poate fi gândită ca o alegere a unei facilități care deja există. Ideea că instituțiile oferă mai multe posibilități de alegere a fost

respinsă în Raportul European din 2009² care subliniază că instituțiile au tendința de a-i trata pe toți rezidenții în același fel, minimalizând alegerea individuală în favoarea unui program prestabilit.

Tranziția de la îngrijirea instituțională la îngrijirea comunitară ar trebui să aibă ca obiectiv îmbunătățirea **calității vieții** beneficiarilor de servicii, bunăstarea lor deplină, inclusiv toate aspectele emoționale, sociale și fizice ale vieții personale. În schimb, într-un sistem instituțional, calitatea este de multe ori înțeleasă ca o adaptare la parametrii stabiliți de autoritatea de reglementare, cum ar fi numărul de personal per rezident sau suprafața unei camere per persoană. Îngrijirea comunitară, dimpotrivă, este orientată pe individ, luând în calcul dorințele și nevoile sale, oferindu-i servicii care sunt mai ușor de adaptat la dorințele și preferințele beneficiarilor. Aceasta permite serviciilor comunitare să perceapă individul ca persoană completă, cu nevoi emoționale, sociale și fizice.

A fi îngrijit într-un cadru instituțional înseamnă a fi departe de casă, de cele mai multe ori într-un alt oraș sau regiune, și a avea un contact limitat cu lumea de afară, inclusiv cu familia și prietenii; aceasta îi ține pe oameni departe unii de alții, îi izolează și îi etichetează. Îngrijirea comunitară are ca scop menținerea cetățenilor în comunitatea locală, acasă sau într-un mediu familial, pe o perioadă cât mai lungă, oferindu-le cele mai bune șanse pentru o **incluziune socială** completă. Pentru ca acest lucru să fie posibil, serviciile din comunitate trebuie să fie coordonate și integrate pentru a îndeplini atât nevoile de bază cât și pe cele complexe.

² Raportul Grupului de experți ad hoc cu privire la tranziția de la îngrijirea instituțională la cea comunitară a fost conceput de un grup de experți independenți reuiniți de Comisarul Vladimir Špidla în februarie 2009 pentru a aborda problemele reformei în îngrijirea instituțională în complexitatea lor <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=3992&langId=en>

GLOSAR

Nu există definiții agreeate la nivel internațional pentru termenii „instituții de îngrijire” sau „îngrijire comunitară”. Literatura de specialitate evidențiază o serie de definiții specifice în domeniul dizabilității sau sănătății mintale. Deoarece acest raport nu se referă doar la aceste două grupuri vulnerabile ci și la copii sau persoane vârstnice asistate, pentru o mai bună înțelegere a termenilor utilizați pe tot cuprinsul lucrării vor fi folosite următoarele definiții:

Beneficiar/Rezident/Persoană vulnerabilă

Acești termeni utilizați în raport se referă la persoanele care trăiesc în centre rezidențiale sau care trăiesc în comunitate dar au nevoie de asistență și suport în viața de zi cu zi. Cele patru mari grupuri de beneficiari care au fost luate în discuție în lucrarea ESN cu privire la dezvoltarea îngrijirii comunitare au fost: persoanele cu dizabilități, persoanele cu probleme de sănătate mintală, copiii asistați, persoanele vârstnice dependente.

Servicii din comunitate; îngrijire în comunitate; îngrijire comunitară

Acestea sunt forme de asistență, suport și îngrijire care permit oamenilor să depășească sau să gestioneze o situație sau o conjunctură cu care se confruntă. Termenul „în comunitate” se referă la faptul că persoanele vulnerabile ar trebui să trăiască pe aceeași stradă, alături de oamenii „obișnuiți”, mai degrabă decât să fie segregate de aceștia. Mai mult decât atât, „serviciile din comunitate” tind să fie văzute ca cel mai bun cadru care permite beneficiarului să participe la viața socială și să preia controlul asupra propriei vieți.

În cazul copiilor, îngrijirea comunitară este înțeleasă ca „îngrijirea care este cât de

aproape posibil de îngrijirea din familie și în cadrul căreia comunitatea se implică în procesul de recuperare a copilului. Familia de plasament și familia extinsă sunt exemple de îngrijire în comunitate.”³

Termenul „instituție” se referă la un centru rezidențial cu cazare pe termen lung, în care oamenii locuiesc și beneficiază de îngrijire pe perioadă nedeterminată, pe baza unei anchete medicale sau sociale sau a unei hotărâri judecătorești. Centrele rezidențiale sunt în general compuse din dormitoare, băi comune și spații pentru socializare. Rezidenții pot fi cazați în camere personale, în camere cu mai multe paturi, dormitoare mai mari sau saloane asemănătoare celor de spital. Specialiștii în asistență socială sau medicală sunt angajați de o autoritate publică pentru a acorda îngrijire rezidenților. Aceste instituții sunt caracterizate prin uniformitate de proiectare, decor și rutină.

În ceea ce privește copiii cu dizabilități intelectuale, WHO definește instituțiile ca fiind edificii rezidențiale care:

- sunt izolate de comunitatea majoritară, oferind beneficiarilor posibilități reduse de a fi incluși în viața și experiențele unei vieți normale, de zi cu zi;
- adăpostesc grupuri relativ mari de persoane care nu sunt înrudite dar sunt nevoite să trăiască împreună;
- au ca rezultat lungi perioade în care copilul este separat de familie, de prieteni și de comunitate;
- sunt organizate după reguli rigide care nu pot să răspundă nevoilor și dorințelor individuale ale copiilor și
- segregă copiii din comunitate din cauza unei dizabilități diagnosticate sau a unei

³ Instrumente pentru o mai bună îngrijire și Glosar ai termenilor cheie, disponibil la: <http://bettercarenetwork.org/BCN/Toolkit/Glossary/index.asp>

boli cronice.⁴

Deși **‘instituție’** este termenul cel mai des întâlnit, unele astfel de așezăminte au denumirea de: centru, internat/școală specială, spital, orfelinat, cămin medico-social, centru rezidențial și multe altele.

Cultura instituțională este noțiunea prin care Grupul european ad hoc privind tranziția de la îngrijirea instituțională la cea comunitară a definit caracteristicile instituțiilor. Grupul susține că aspectul exterior (cum sunt zidurile, porțile, clădirile mari, izolate) sunt doar „cele mai vizibile și nu neapărat cele mai importante în definirea unei instituții”. Aceștia propun în schimb focalizarea pe caracteristicile interne definite astfel: “1) *depersonalizarea* (îndepărtarea bunurilor personale); 2) rigiditatea programului (program fix de trezire, masă și activități indiferent de preferințele și nevoile personale); 3) tratamentul în bloc (aplicarea intervențiilor în bloc, fără intimitate sau individualitate) și 4) distanța *socială* (simbolizând diferența de statut între personal și rezidenți).”⁵

Dezinstituționalizare/tranziția spre îngrijire în comunitate se referă la o transformare a tipului de îngrijire furnizată persoanelor vulnerabile. Foștii (și potențialii) rezidenți ar trebui să fie evaluați și consultați și să poată trăi într-un cadru alternativ, potrivit nevoilor și preferințelor lor și în care să beneficieze exact de sprijinul care le este necesar. Nu este doar „o serie de evenimente ci un întreg proces care nu ia sfârșit niciodată. Nu este vorba doar de a scoate oamenii din clădiri numite instituții, ci mai degrabă un proces prin care aceștia sunt ajutați să ia, sau să reia controlul

asupra propriei lor vieți și să fie incluși din punct de vedere social”.⁶

Normalizarea este principiul conform căruia persoanele cu dizabilități de învățare ar trebui să ducă o viață care să se asemene pe cât posibil celei pe care o duce restul societății, cu posibilitatea de a avea prieteni, de a locui în propria casă, de a studia, munci, de a se bucura de relații apropiate și de a desfășura activități recreative.⁷

Planificarea centrată pe persoană este o abordare prin care se oferă suport personal dezvoltat în cadrul serviciilor destinate persoanelor cu dizabilități de învățare și care urmărește realizarea aspirațiilor indivizilor, oferindu-le controlul asupra procesului de planificare, considerându-i experți cu privire la propriile lor vieți.⁸ Aceasta înseamnă „a asculta continuu, a înțelege care sunt aspirațiile unei persoane și a încerca să le îndeplinească, cu sprijinul familiei și prietenilor.”⁹

Personalizarea implică regândirea completă a serviciilor de îngrijire și suport. Acest lucru înseamnă că persoana ca individ, cu calitățile, caracteristicile, preferințele și aspirațiile sale este pusă în centrul procesului de identificare a nevoilor și de alegere a modului și momentului în care va fi ajutată să-și trăiască viața. Aceasta necesită o transformare semnificativă a asistenței sociale a adultului astfel încât toate sistemele, procesele, personalul și serviciile să fie pregătite pentru a pune oamenii pe primul loc.¹⁰

⁴ WHO Europe, "O sănătate mai bună, o viață mai bună: copiii și tinerii cu dizabilități intelectuale și familiile lor", EUR/51298/17/PP/3, Noiembrie 2010, p. 4

⁵ Raportul Grupului de experți ad hoc cu privire la tranziția de la îngrijirea instituțională la cea comunitară a fost conceput de un grup de experți independenți reuiniți de Comisarul Vladimir Špidla în februarie 2009 pentru a aborda problemele reformei în îngrijirea instituțională în complexitatea lor <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=3992&langId=en>

⁶ Henderson J, Scurtă lucrare cu privire la dezinstituționalizare în contextul Programului de reformă al Greciei (nepublicată)

⁷ Baldock J., Manning N., Vickerstaff S., "Politici Sociale", ediția a 3 a, Oxford University Press 2007, p. 473

⁸ Ibid

⁹ Dictionarul Collins de asistență socială, ed. Pierson J., Thomas M., HarperCollins Publisher 2006

¹⁰ SCIE, „At a glance” seria no. 41 of April 2011, “Personalizarea pe scurt: Implicații ale Actului egalității” 2010 disponibil la : <http://www.scie.org.uk/publications/ata glance/ata glance41.aspx>

INTRODUCERE

Odată cu provocări ca îmbătrânirea demografică, migrația, discriminarea, șomajul sau sărăcia copiilor, tranziția de la modelul instituțional de îngrijire la cel comunitar rămâne una din provocările majore cu care se confruntă Modelul social european. Este o provocare care cuprinde mai multe bariere în calea schimbării:

- Nu există o definiție universală a „instituției”.
- Nu există date oficiale sigure cu privire la numărul instituțiilor și nici la numărul rezidenților lor.
- Există presupunerea că instituțiile sunt o problemă doar în Europa Centrală și de Est unde sunt larg răspândite din vremea perioadei comuniste.
- Există unele ipoteze conform cărora instituțiile sunt locurile potrivite pentru ca „persoanele vulnerabile” să fie în siguranță și bine îngrijite.
- Există părerea că tranziția la îngrijirea comunitară, deși este de dorit, nu este realizabilă.

Au existat totuși câteva încercări de a depăși aceste bariere în calea schimbării.

Recunoscând dificultatea de a oferi o definiție universală a instituției, prezentul raport utilizează o definiție potrivită prezentă într-un raport european important care prezintă trei caracteristici cheie:

- „Beneficiarii sunt izolați de comunitatea largă și/sau obligați să locuiască împreună.
- Beneficiarii nu au suficient control asupra vieții lor și asupra deciziilor care îi afectează direct.
- Condițiile impuse de autoritatea publică [care conduce instituția] tind să prevaleze asupra nevoilor individuale ale beneficiarilor.”¹¹

¹¹ Ibid., p.8

Diverse studii furnizează [date elocvente](#) cu privire la numărul persoanelor care trăiesc în instituții, în funcție de categoriile de beneficiari. Raportul european mai sus menționat recunoaște, așa cum am amintit în introducere, că *„este dificil de stabilit numărul real al persoanelor aflate în îngrijire instituțională din cauza lipsei datelor, dar în mod cert este de ordinul milioanei.”*¹² Majoritatea datelor disponibile nu sunt extrase din statistici oficiale ci colectate prin „auto-raportare”, fapt care poate arunca dubii cu privire la corectitudinea lor.

Comparațiile din interiorul țărilor, nemai-vorbind de comparațiile dintre țări, sunt în mod inherent dificile luând în calcul diferențele în ceea ce privește datele colectate dar și modul de colectare a acestora, în funcție de nivelul și de sectorul administrației publice (social, sănătate, educație). În ceea ce privește [capacitatea instituțiilor](#) (atât în Europa „veche” cât și în cea „nouă”), delegații care au luat parte în anul 2009 la un seminar ESN, au declarat că în medie capacitatea instituțiilor era de peste 120 de paturi.¹³ Instituțiile din Europa nordică și vestică pot arăta foarte diferit, se poate să fi fost construite în acest scop și să aibă personal foarte bine pregătit, și totuși – să ne întoarcem la definiția de mai sus - ele *„izolează beneficiarii de comunitate”* și *„nu le dau acestora suficient control asupra vieții lor”*.

[Părerea păguboasă](#) conform căreia „persoanele vulnerabile” (în lipsa unui termen mai potrivit) au un grad ridicat de dependență și au nevoie să fie adăpostite, protejate și îngrijite, a fost treptat contestată de asociațiile

¹² Ibid., p.5

¹³ Studiu al membrilor ESN despre dezinstituționalizare și dezvoltarea îngrijirii comunitare, 2009, disponibil la: <http://www.esn-eu.org/get-document/index.htm?id=400>

de beneficiari și reformată pentru a oferi beneficiarilor mai mult control asupra vieții lor, inclusiv prin a trăi în propriile lor locuințe. Vladimír Špidla, fostul Comisar european pentru ocuparea forței de muncă, afaceri sociale și șanse egale a scris:

“Timp de decenii, îngrijirea în sistem instituționalizat a fost văzută ca o dovadă a faptului că societății îi pasă, că persoanele vulnerabile nu sunt neglijate și că acest sistem oferă celor în nevoie hrană, adăpost, îmbrăcăminte și tratament. Dar este acesta...modelul cel mai bun posibil, pe care societatea avansată a secolului XXI poate să-l ofere?”¹⁴

Modelul de îngrijire instituțională se referă cu siguranță la cadrul și dimensiunea procesului de îngrijire dar este probabil determinat de modul în care societatea percepe oamenii care trăiesc în instituții. Oricât de bine intenționată ar fi această percepție, în prezent probele arată că acele persoane pot duce o viață relativ normală în apartamente sau case obișnuite, pe străzi obișnuite, cu condiția să se investească suficient în servicii cheie.

În ciuda probelor care susțin această normalitate, încă se mai crede că modelul instituțional bine integrat este pur și simplu prea greu de schimbat. Scepticii susțin că tranziția este un proces prea complicat și costisitor de gestionat și că serviciile în comunitate sunt inaccesibile. În acest raport vom demonstra că dezinstituționalizarea este de dorit și că – deși este un proces ambițios – este realizabilă. Raportul nostru subliniază care sunt provocările și cum pot fi ele depășite, pentru a se pune capăt excluziunii sociale în masă din instituții și pentru a se reda cât mai multor oameni ceea ce pentru majoritatea dintre noi este un drept de la sine înțeles – o viață asemenea celorlalți și împreună cu ceilalți.

¹⁴ Cuvânt înainte al Raportului grupului ad hoc, op.cit., p.2

Dezvoltarea îngrijirii comunitare



www.esn-eu.org

Partea I:

*Argumente
pentru îngrijirea
comunitară*



PARTEA I

Argumente pentru îngrijirea comunitară

Există argumente puternice în favoarea tranziției de la îngrijirea instituțională la cea comunitară. În partea I vom prezenta patru direcții de argumentare diferite în favoarea tranziției, începând cu cel mai important,

vocea beneficiarilor. Apoi vom trece în revistă instrumentele internaționale privind drepturile omului și principiile asistenței sociale și vom încheia cu argumentul economic.

1. Vocea foștilor rezidenți

O serie de mărturii ale foștilor rezidenți scot la iveală lipsurile modelului de îngrijire instituțională: ei arată că viața într-o instituție este departe de „viața obișnuită”. Unele instituții încearcă să remedieze acest lucru făcând tot ceea ce pot pentru rezidenți (adesea cu handicap grav), oferindu-le acestora o bună îngrijire și o oarecare posibilitate de a-și alege activitățile.

Experiențele negative ale îngrijirii instituționale așa cum sunt prezentate în această secțiune, nu sunt neapărat comune tuturor foștilor rezidenți. Într-adevăr, unii dintre ei pot păstra o amintire frumoasă legată de un anumit membru al personalului de îngrijire sau de prietenia legată cu un alt rezident.

Nici măcar instituțiile moderne, amenajate și dotate decent, cu personal calificat, nu pot să ofere rezidenților „normalitatea” de a merge la cumpărături, de a găti, a ieși la plimbare sau de a petrece timpul liber așa cum doresc, pe scurt, de a trăi asemenea ceilorlalți și împreună cu ceilalți.

În această secțiune sunt prezentate mărturii ale unor foști rezidenți pentru a ilustra diferența dintre o viață obișnuită și viața într-un cadru instituțional. Pentru unele țări, ceea ce urmează reflectă situația din instituții cu douăzeci sau treizeci de ani în urmă, pentru altele poate fi vorba de un trecut mai apropiat

sau poate fi chiar realitatea zilelor noastre pentru unele regiuni sau sectoare ale serviciilor sociale.

Mărturia unui fost rezident al unei instituții olandeze pentru persoane cu dizabilități intelectuale arată ce înseamnă asta de fapt și cât de departe este viața într-o instituție de o „viață normală”:

“Când am venit la Vijvervreugd, m-am simțit ca într-un spital, dar nu eram deloc bolnavă. Tot personalul purta aceleași uniforme albe. Dormeam într-un dormitor împreună cu alte 11 persoane. Nu aveam un loc al nostru așa că ne petreceam toată ziua în grup. Cel mai rău mi s-a părut să facem baie cu toții împreună. Oricât de pudic erai, trebuia totuși să faci baie în fiecare zi. Stăteam cu toții goi așteptându-ne rândul. Apoi trebuia să-ți pui pijama, la ora cinci după amiaza, imaginați-vă, aveam douăzeci de ani.”¹⁵

Astăzi, această fostă rezidentă trăiește singură și lucrează într-o florărie.

Acest caz ilustrează nu numai diferența dintre viața „normală” și cea „instituțională” dar subliniază și importanța evaluării independente, individualizate a nevoilor. Este clar că această tânără nu avea nevoie de îngrijire

¹⁵ Van Loon, J., & Van Hove, G. (2001), “Emanciparea și autodeterminarea persoanelor cu dizabilități de învățare subdimensionarea îngrijirii instituționale”, *Disability & Society*, 16(2), p.233-254, disponibilă la: <http://www.arden.nl/english/index.asp>

într-un cadru instituțional, având în vedere faptul că era capabilă să se descurce singură, cu un oarecare sprijin.

Aceasta poate arăta că persoana care a recomandat instituționalizarea ei la Vijvervreugd nu a luat în considerare abilitățile, dorințele și nevoile ei ci doar faptul că avea o dizabilitate de învățare care a făcut-o eligibilă pentru internarea în acea instituție. Problema evaluării nevoilor individuale este detaliată în Partea a III a.

Îngrijirea instituțională este criticată adesea pentru că le anulează beneficiarilor dreptul de a decide. O rezidentă din Bulgaria, întrebată despre viața sa într-o instituție, a răspuns:

*“Doamnele (asistente sociale) știu să vă răspundă la întrebarea despre actele mele. Ele se ocupă de asta. Nu știu dacă vom mai merge vreodată în excursie la mare. Dacă doamnele hotărăsc, poate vom merge...doamnele ne spun când sunt concerte în oraș și câteodată ne duc și pe noi...”*¹⁶

Un fost director de servicii sociale din Anglia amintește de experiența sa cu privire la instituțiile pentru persoane cu dizabilități:

„Beneficiarii erau întotdeauna numiți „băieți” și „fete” când li se vorbea în mod individual, niciodată nu li se spunea pe nume, întotdeauna se folosea un diminutiv ca „Teddy” sau „Johnn”. Personalul era cu siguranță cald și grijuliu dar trata beneficiarii ca pe niște copilași și nu ca pe niște adulți cu potențial”

Pentru copii și tineri experiența într-o instituție poate fi adesea traumatică, imprimându-le acestora sentimente de rușine sau furie. Un tânăr român spune: *„Nu eram în siguranță. Cei mari obișnuiau să mă bată și mă obligau*

*să fac munci umilitoare.”*¹⁷ Altul spune: *„Era greu să merg la școală știind că voi fi tachinat și chinuit pentru simplul fapt că locuiam într-un orfelinat.”*¹⁸

Copiii și tinerii care au ieșit din instituții de ocrotire mai spun că erau singuri și invizibili. În cuvintele unui copil din Moldova:

*“Când suntem acasă cu bunicii ne simțim iubiți. Aici nu mă simt iubit. Ceilalți copii nu-mi sunt foarte buni prieteni. Aș prefera să fiu acasă, să vorbesc cu surorile mele și să ne distrăm.”*¹⁹

Deloc surprinzător, și persoanele vârstnice își exprimă preferința de a sta acasă. De asemenea, aproape 90% dintre respondenții unui sondaj european au considerat că sistemul social și cel medical ar trebui să ajute persoanele vârstnice să rămână în casele lor cât mai mult timp posibil.²⁰

Deși sunt de acord că, la un moment dat în viață, poate va fi nevoie să trăiască într-un centru de îngrijire sau într-un cămin de bătrâni, majoritatea sunt îngroziți de ideea de a-și părăsi casa, vecinii și prietenii cât timp mai pot să-și vadă de treabă, să fie independenți.

„A fi într-un centru de îngrijire e ca și cum ai fi în închisoare, doar că are mochetă pe jos”, spune o persoană vârstnică din Anglia.²¹

¹⁷ UNICEF Profil de țară „Părăsirea instituțiilor de ocrotire – România”, disponibil la <http://www.unicef-irc.org/research/ESP/youth/r12inst.pdf>

¹⁸ Smith G. P., „Sentimentul de sine și rușine”, Lucrare academică predată în anul 2011 Asociației Australiene de sociologie, disponibilă la: <http://www.tasa.org.au/uploads/2011/01/Smith-Gregory.pdf>

¹⁹ Citat în Lumos, secțiunea *Noutăți și puncte de vedere*, „De ce sunt mai frumoase sărbătorile acasă”, publicat online pe 31 mai 2011, disponibil la: <http://www.lumos.org.uk/news.php/392/why-celebrations-are-better-at-home>

²⁰ Fundația europeană pentru îmbunătățirea condițiilor de viață și muncă, „Sănătatea și îngrijirea într-o Europă largită”, Luxembourg, Biroul pentru publicații oficiale al comunităților europene, 2004.

²¹ „Conturându-ne viața”, Consultare pentru Consiliul Comitatului Cumbria/Trustul de asistență primară: *Evaluarea viitoareii nevoi de locuințe pentru persoane vârstnice*, disponibil la: www.cumbria.gov.uk/elibrary/view.asp?ID=36288

¹⁶ ESSC, 6-8 July 2011, Varșovia, Prezentare a Agenției pentru drepturi fundamentale a UE (FRA), disponibilă la: <https://esn-conference.org/sites/default/files/FRA%20English.pdf>

Instituțiile pot oferi siguranță fizică, hrană și adăpost, dar fac eforturi pentru a oferi sentimentul de bunăstare care izvorăște din faptul de a fi inclus în societate, iubit și prețuit de prieteni și rude. Este izbitor cât de des persoanele vulnerabile compară instituțiile cu închisoarea și cum acestea tânjesc după „o viață normală” – acasă și nu într-un cămin. Așa cum spunea un fost rezident, „chiar și o bucată de pâine are gust mai bun acasă.”²²

²² "Why celebrations are better at home", op.cit, op.cit

2. Argumente pentru asistența socială

Asistența socială este bazată pe respectul pentru valoarea și demnitatea tuturor oamenilor, iar de aici rezultă o abordare care le dă posibilitatea celor în nevoie de a duce o viață independentă și împlinită. „Etica în Asistența Socială, declarație de principii”²³, adoptată de Federația internațională a asistenților sociali (IFSW) în anul 2001, afirmă că „asistenții sociali ar trebui să se concentreze asupra atuurilor tuturor indivizilor, grupurilor și comunităților, promovând astfel autodeterminarea acestora.” Aceștia de asemenea sprijină libertatea de a alege:

„Lucrătorii sociali ar trebui să respecte și să promoveze dreptul oamenilor la propriile alegeri și decizii, indiferent de valorile și opțiunile lor de viață, cu condiția ca acest lucru să nu pună în pericol interesele legitime ale altora.”

Dacă o persoană trăiește într-o instituție, de obicei rigiditatea programului nu-i permite să facă propriile alegeri, de exemplu când să se trezească, să se spele, când și ce să mănânce.

Auto-determinarea și alegerea sunt valorile esențiale ale asistenței sociale, care ar trebui să orienteze organizarea și furnizarea serviciilor sociale. Yannis Vardakastanis, Președintele Forumului European al Dizabilității, care a vorbit în anul 2011 la Conferința ESN Serviciile Sociale Europene²⁴, crede că:

„Libertatea de a alege este dreptul cel mai sfânt. Dacă o persoană nu are capacitatea de a exercita acest drept, această

*persoană este în captivitate. Este o formă de sclavie socială.”*²⁵

Vardakastanis a asemănat instituțiile cu închisoarea și a numit instituționalizarea obligatorie „o violare flagrantă a drepturilor omului”. El a făcut un apel, atât la beneficiari cât și la furnizorii de servicii – publici sau privați – de a munci împreună pentru a aduce schimbarea.

Codul Britanic de etică al Asociației naționale a asistenților sociali subliniază de asemenea importanța relațiilor umane. Aceasta înseamnă că un asistent social etic „implică oamenii ca parteneri în ... proces și urmărește consolidarea relațiilor dintre oameni pentru a promova, restabili, menține și spori bunăstarea indivizilor, familiilor și comunităților.”²⁶ Acest vast angajament, de a alimenta contactul dintre beneficiari și comunitate, poate fi ușor compromis într-un mediu instituțional în care beneficiarii sunt separați de ceilalți

În schimb, îngrijirea în comunitate oferă oamenilor mai multe oportunități de a dezvolta relații semnificative și de a fi incluși în societate. Cu toate că, în a doua jumătate a secolului XX, asistența socială a suferit multe transformări în ceea ce privește contextul organizațional și mediul politic, principiile sale esențiale au rămas constante. În secolul XXI acestea ar trebui interpretate în favoarea autodeterminării, serviciilor comunitare inclusive, care promovează independența și participarea beneficiarilor, prin tratarea fiecărei persoane ca un individ autonom și prin identificarea calităților acesteia.

²³ IFSW (Federația internațională de asistență socială), "Etica în asistența socială", Declarația de principii aprobată la întâlnirea generală a Federației internaționale a asistenților sociali și Asociația internațională a școlilor de asistență socială din Adelaide, Australia, octombrie 2004, disponibilă la: <http://www.ifsw.org/f38000032.html>

²⁴ ESSC, 6-8 iulie 2011, Varșovia, programul și toate prezentările sunt disponibile la: <http://esn-conference.org/programme-warsaw>

²⁵ ESSC, 6-8 iulie 2011, Varșovia, Prezentare de Yannis Vardakastanis, din timpul sesiunii plenare „Spre îngrijirea comunitară” disponibilă la: https://esn-conference.org/sites/default/files/Vardakastanis%20Speech_0.pdf

²⁶ Asociația națională a asistenților sociali, Codul etic aprobat în anul 1996 și revizuit în 2008 de către Comitetul delegat al NASW, disponibil la: <http://www.socialworkers.org/pubs/code/code.asp>

3. Argumentul drepturilor omului

La fel ca și măturile foștilor rezidenți și valorile asistenței sociale, tratatele și convențiile internaționale sunt fără echivoc în favoarea îngrijirii comunitare și nu a îngrijirii instituționale. Nenumăratul semnificativ de documente legislative și declarații internaționale, europene și naționale au scopul de a preveni segregarea, de a garanta oportunități egale și de a respecta drepturile omului pentru cele mai vulnerabile persoane. Ele subliniază faptul că fiecare persoană, tânără sau vârstnică, indiferent de dizabilitate sau boală, ar trebui să se bucure de aceleași drepturi și responsabilități, care nu se negociază și nu pot fi limitate sau eliminate în mod arbitrar. Această secțiune reunește câteva din aceste drepturi și le prezintă într-un tabel accesibil, care să permită comparația între diferite grupuri de beneficiari și documente.

Copii	Persoane vârstnice ²⁷	
Respect	Dizabilități (inclusiv sănătate mintală)	
Carta drepturilor fundamentale a Uniunii Europene²⁸ art. 24: „În toate acțiunile referitoare la copii, indiferent dacă sunt realizate de autorități publice sau de instituții private, interesul superior al copilului trebuie să fie considerat primordial.” „Copiii [...] își pot exprima în mod liber opinia. Aceasta se ia în considerare în problemele care îi privesc, în funcție de vârsta și gradul lor de maturitate.”	Carta drepturilor fundamentale a Uniunii Europene art. 26: „Uniunea recunoaște și respectă dreptul persoanelor cu handicap de a beneficia de măsuri care să le asigure autonomia, integrarea socială și profesională, precum și participarea la viața comunității.”	Carta drepturilor fundamentale a Uniunii Europene art. 25: „Uniunea recunoaște și respectă dreptul persoanelor în vârstă de a duce o viață demnă și independentă și de a participa la viața socială și culturală.”

²⁷ Pentru mai multe informații în legătură cu drepturile persoanelor vârstnice și Planul internațional de acțiune cu privire la îmbătrânire, de la Madrid (inclusiv cadrul și instrumentele pentru practicieni și factori de decizie politică), disponibil la: http://www.un.org/ageing/documents/building_natl_capacity/guiding.pdf

²⁸ Carta drepturilor fundamentale a Uniunii Europene publicată în 18 decembrie 2000, în Jurnalul oficial al comunităților europene (C 364/1), disponibilă la: http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_en.pdf

Copii	Disabilități (inclusiv sănătate mintală)	Persoane vârstnice
Alegerea		
Linile directoare ale ONU pentru îngrijirea alternativă a copiilor ²⁹ , linia directoare nr. 93:	Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități ³⁰ , art. 3: “Principiile acestei Convenții vor fi: (a) Respectul inherent al demnității, autonomiei individuale, inclusiv libertatea de a alege și independența persoanelor.”	Principiile Națiunilor Unite pentru persoanele de vârstă a III a ³¹ , principiul 14: “Persoanele de vârstă a III-a trebuie să se bucure de drepturile omului și libertățile fundamentale care există în orice adăpost, dreptul la îngrijire sau tratament, incluzând un respect total pentru demnitatea, credințele, nevoile și intimitatea lor precum și pentru dreptul de a lua decizii privitoare la îngrijirea și nivelului calității vieții.”
Locuința		
Linile directoare ale ONU, linia directoare nr. 22: „...acolo unde sunt păstrate centrele rezidențiale mari (instituții), ar trebui dezvoltate alternative...” „Deciziile cu privire la înființarea sau aprobarea înființării de noi centre rezidențiale de îngrijire vor ține seama întocmai de aceste obiective și strategii ale dezinstițuționalizării.”	Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități art. 19: „Persoanele cu dizabilități au posibilitatea să-și aleagă locul de reședință și colocatarii, în aceeași măsură cu alți cetățeni, și nu sunt obligați să trăiască într-un anumit mediu.”	Principiile Națiunilor Unite pentru persoanele de vârstă a III a, principiul 5: „Persoanele de vârstă a III-a trebuie să locuiască în medii sigure și adaptate la preferințe personale și capacități de schimbare..”

²⁹ Linile directoare ale ONU pentru îngrijirea alternativă a copiilor, Rezoluție adoptată de Adunarea Generală (A/64/434) în data de 24 februarie 2010, disponibilă la: <http://www.europe.ohchr.org/Documents/UN%20Guidelines%20for%20the%20Alternative%20Care%20of%20Children.pdf>

³⁰ Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități (UNCPRD) și Protocolul opțional, adoptat în 13 decembrie 2006 de Adunarea Generală a Națiunilor Unite, disponibil la: <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>

³¹ Rezoluția Adunării Generale pentru implementarea Planului internațional de acțiune cu privire la îmbătrânire și alte activități conexe și adoptarea Principiilor ONU ale persoanelor vârstnice (A/RES/46/91) adoptată în 16 decembrie 1991, disponibilă la: <http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r091.htm>

Copii	Disabilități (inclusiv sănătate mintală)	Persoane vârstnice
Participation		
Liniiile directoare ale ONU, linia directoare 131: “Pe tot parcursul perioadei de îngrijire (autorități și facilități) se va urmări în mod sistematic cultivarea încrederii de sine și integrarea deplină a copiilor în comunitate, în special prin dobândirea de competențe sociale și de viață...” Convenția ONU cu privire la drepturile copilului³², art. 23: „Organismele naționale recunosc că pentru copii cu dizabilități fizice și mintale trebuie să se asigure o viață împlinită și decentă, în condiții care să le garanteze demnitatea, să le favorizeze autonomia și să le faciliteze participarea activă la viața comunității.”	Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități art. 26: “Statele Participante vor lua măsuri eficiente și corespunzătoare, inclusiv cu susținerea altor persoane cu dizabilități, pentru a asigura persoanelor cu dizabilități posibilitatea de a obține și menține independență maximă, aptitudini fizice, mintale și sociale integrale, precum și includerea și integrarea lor deplină în toate domeniile vieții..”	Principiile Națiunilor Unite pentru persoanele de vârstă a III a, principiul 7: “Persoanele de vârstă a III-a trebuie să rămână integrate în societate, să participe activ în formularea și implementarea politicilor care le afectează direct viața și să-și împărtășească cunoștințele și experiența generațiilor mai tinere”
Protecție		
Convenția ONU cu privire la drepturile copilului art. 20: „Copilul care este, temporar ori permanent, lipsit de mediul său familial sau care, pentru protejarea intereselor sale, nu poate fi lăsat în acest mediu are dreptul la protecție și asistență specială din partea statului...”	Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități art. 16: „Organismele naționale vor lua toate măsurile corespunzătoare pentru a promova recuperarea fizică, cognitivă și psihologică precum și reintegrarea socială a persoanelor cu dizabilități, care au fost victime ale oricăror forme de exploatare, violență și abuz, inclusiv prin acordarea serviciilor de protecție.”	Principiile Națiunilor Unite pentru persoanele de vârstă a III a, principiul 10: „Persoanele de vârstă a III-a trebuie să beneficieze de îngrijire familială și comunitară și protecție în acord cu sistemul de valori și cultură al fiecărei societăți.”

³² Convenția ONU cu privire la drepturile copilului (UNCRC), adoptată și deschisă spre a fi semnată, ratificată și accesată prin Rezoluția Adunării Generale 44/25 din 20 noiembrie 1989, disponibilă la: <https://www.unhcr.org/refugees/pdf/43c6b672.pdf>.

4. Înțelegerea aspectelor economice

Numeroși factori de decizie politică și furnizori de servicii sunt de părere că doar instituțiile mari sunt capabile de a produce economia la scară necesară pentru ca îngrijirea să fie accesibilă. Lipsa unei definiții universal acceptate a instituției, amploarea a ceea ce înseamnă îngrijirea comunitară precum și lipsa unor date fiabile, fac ca elaborarea unor analize comparative a costurilor să fie foarte dificilă. Deși există puține studii în acest domeniu, literatura de specialitate existentă oferă câteva concluzii clare.³³

O bună îngrijire comunitară nu ar trebui privită ca o alternativă ieftină: ea are nevoie de o infrastructură adecvată, de personal instruit corespunzător și de un angajament politic, profesional și administrativ cu privire la un model mai bun de îngrijire. Este posibil ca închiderea instituțiilor mari să nu ducă la economii imediate, mai ales acolo unde serviciile comunitare nu sunt încă implementate. Costurile tranziției cuprind „atât investiția inițială în servicii comunitare cât și costurile duble ale furnizării în paralel a serviciilor pentru un anumit număr de ani.”³⁴

Îngrijirea comunitară, deși nu este mai ieftină, nu e neapărat mai costisitoare decât cea instituțională. Problema costurilor prezintă aspecte diferite între grupurile de beneficiari. Dovezile arată că îngrijirea instituțională pentru copii și tineri este nu numai cea mai inadecvată formă de îngrijire ci și una costisitoare.

³³ Cu excepția lucrărilor lui Martin Knapp și David McDaid de la King's College și LSE, și a studiului DECLOC al Universității Kent, există foarte puține cercetări disponibile în acest domeniu. Majoritatea autorilor citează publicațiile lui Knapp și McDaid sau Raportul DECLOC. Această secțiune a raportului se bazează de asemenea pe aceste surse.

³⁴ Mansell J, Knapp M, Beadle-Brown J și Beecham J (2007), "Dezinstituționalizarea și viața în comunitate – rezultate și costuri: raport al unui studiu European", Volumul 2, Raportul principal, p. 79, Canterbury: Tizard Centre, Universitatea Kent, disponibil la: http://www.kent.ac.uk/tizard/research/DECL_network/documents/DECLOC_Volume_2_Report_for_Web.pdf

Un studiu finanțat de UE³⁵ estimează că îngrijirea instituțională, atât pentru copiii cu dizabilități cât și pentru cei fără, este de trei ori mai costisitoare decât plasamentul familial. Se susține că măsurile de sprijin pentru familie sunt de zece ori mai puțin costisitoare decât îngrijirea instituțională.³⁶

Este posibil ca această situație să nu fie valabilă pentru unele servicii de plasament foarte specializate din statele Europei de vest, care tind să fie foarte costisitoare dar sunt totodată și foarte eficiente în ceea ce privește îngrijirea copiilor care nu pot beneficia de îngrijire în propria familie.

În același timp, în ceea ce privește serviciile de sănătate mintală, îngrijirea comunitară nu este neapărat mai costisitoare (adaptarea la nevoi), studii britanice și americane³⁷, găsind-o mai ieftină, parțial și prin prisma lansării reformelor dezinstituționalizării din ambele țări. La fel ca în serviciile generale de sănătate, costurile de funcționare cu personal complet a spitalelor sunt pur și simplu prea mari pentru a face din acestea o formă implicită de îngrijire.

În ceea ce privește serviciile pentru dizabilități intelectuale, îngrijirea comunitară pare să fie cu ceva mai costisitoare.³⁸ Aceasta deoarece structurile complexe de îngrijire tind să folosească un număr mai mic de personal pe

³⁵ "Dezinstituționalizarea transformarea serviciilor pentru copii – Ghid de bune practici", publicat în 2007, DG Justiție și afaceri interne în colaborare cu WHO - Biroul regional pentru Europa și Universitatea Birmingham, UK, disponibil la: http://www.crin.org/docs/Deinstitutionalisation_Manual_Daphne_Prog_et_al.pdf

³⁶ "Dezinstituționalizarea – Asigurarea unor rezultate mai bune pentru copii", prezentare PowerPoint de Georgette Mulheir, 2010

³⁷ WHO, "Care sunt argumentele pentru îngrijirea în comunitate a problemelor de sănătate mintală", Health Evidence Network (HEN) raport sintetic, disponibil la: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/74710/E8_2976.pdf

³⁸ ESSC, 6-8 iulie 2011 Varșovia, Prezentarea lui Martin Knapp în cadrul sesiunii plenare 'Spre îngrijirea comunitară', disponibilă la: https://esn-conference.org/sites/default/files/Martin%20Knapp_0.pdf

beneficiar. Acest raport ar putea să nu fie la fel de relevant când este vorba de persoane cu dizabilități mai puțin severe, dar când serviciile se adresează unor persoane cu dizabilități severe sau profunde, un personal mai puțin numeros va însemna, foarte probabil, o mai slabă calitate a vieții rezidenților.³⁹

Atunci când se fac comparații, este foarte important să se compare beneficiari cu aceleași nevoi. Raportul DECLOC citează studii realizate în Germania și Marea Britanie, care compară costurile și implicațiile pentru persoane cu aceleași nevoi⁴⁰ care duc o viață independentă, sau care trăiesc în centrele rezidențiale cu personal complet. Interesant este faptul că, costul total cu îngrijirea primului grup a fost de aproape trei ori mai mic: 442 euro comparativ cu 1.256 euro pentru ceilalți.⁴¹

În domeniul dizabilității, studiile arată că îngrijirea este cel mai costisitoare pentru persoanele cu cele mai complexe nevoi, instituțiile putând la fel de bine să ofere pentru aceștia îngrijire la un cost mai mic. Din nefericire, această observație poate să afecteze alegerea modului de îngrijire, așa cum se întâmplă de exemplu în Germania:

“Dacă se consideră că instituționalizarea oamenilor este mai ieftină, atunci aceștia nu au nici un drept legal să se opună.”⁴²

³⁹ Mansell, J., Beadle-Brown, "J. Eficiența costurilor cu îngrijirea în comunitate a persoanelor cu dizabilități intelectuale: o perspectivă internațională", Lucrare susținută la Conferința anuală a Autorității naționale pentru persoanele cu dizabilități, Dublin, 6 octombrie 2009, disponibilă la: [http://www.nda.ie/Website/NDACntMgmtNew.nsf/DCC524B4546ADB3080256C700071B049/C60FC2E1F2A530068025768E003F108E/\\$File/prof_jim_mansell_proceedings.htm](http://www.nda.ie/Website/NDACntMgmtNew.nsf/DCC524B4546ADB3080256C700071B049/C60FC2E1F2A530068025768E003F108E/$File/prof_jim_mansell_proceedings.htm)

⁴⁰ Mansell J, Knapp M, Beadle-Brown J și Beecham J (2007), Volumul 2, Raportul principal, op.cit. p.71

⁴¹ Exprimată în original în lire sterline la nivelul prețurilor din perioada 2003/2004, £379 comparat cu £1076 pe săptămână

⁴² Experți ai Academic Network of European Disability (Rețeaua academică europeană a dizabilității) (ANED), Raport sintetic al implementării politicilor de suport pentru viața independentă a persoanelor cu dizabilități din Europa, 2010 (VT/2007/005), p.24, disponibil la: <http://www.disability->

În general însă, dacă se iau în considerare costurile și calitatea vieții, rezultă că îngrijirea comunitară este mai eficientă. În cazul în care îngrijirea comunitară este semnificativ mai costisitoare, aceasta trebuie corelată cu rezultatele individuale mai bune, de exemplu o mai bună calitate a vieții pentru persoanele care altfel ar fi fost instituționalizate. În studiul de mai sus, elaborat de Marea Britanie, pe indicele avantajelor stilului de viață, persoanele care duc o viață semi-dependentă au avut un scor mai mare, acest model oferindu-le oamenilor mai multă libertate, mai multe posibilități de a alege și posibilitatea autodeterminării, chiar dacă au fost identificate și niște riscuri în ceea ce privește bunăstarea și sănătatea rezidenților. Într-un alt studiu referitor la închiderea a două spitale psihiatrice din nordul Londrei, pacienții „se bucurau de o calitate a vieții cel puțin la fel de bună ca și în spital, și la unul, respectiv cinci ani după externare” și „preferă în mod categoric viața în comunitate celei din spital.”⁴³

Dezinstituționalizarea este cea mai eficientă atunci când este recunoscută ca o politică de masă și implementată în întreg sistemul. Vorbind la Conferința Serviciilor Sociale Europene de la Varșovia în anul 2011, profesorul Knapp a spus:

“Dezinstituționalizarea este cel mai de succes atunci când este cuprinsă în alte eforturi politice cum sunt personalizarea, auto-direcționarea, sprijinul pentru îngrijitor, lupta anti-stigma, accesul la locuri de muncă, participarea socială, integrarea și altele.”⁴⁴

Trebuie amintit, de asemenea, că deși solicită investiții mai mari pe termen scurt și mediu, dezinstituționalizarea poate duce la economii

europe.net/content/aned/media/ANED-Task%20%20Independent%20Living%20Synthesis%20Report%2014.01.10.pdf

⁴³ Mansell J, Knapp M, Beadle-Brown J și Beecham J (2007), Volumul 2: Raportul principal, op.cit. p.65

⁴⁴ vezi ESN newsletter din iulie 2011, disponibil la: <http://esn-eu.org/e-news-jul11-dcc-session>

pe termen lung. „Beneficiile în bani” ale dezinstituționalizării (de exemplu economiile care decurg din aceasta) pot să se îndrepte spre bugete diferite. Este important ca economiile să fie vizibile în sistemul larg și nu în veniturile și cheltuielile fiecărui serviciu.

Aceste economii pot să fie cu ușurință trecute cu vederea dacă „*rivalitatea profesională, miopia în protecția bugetului, ignoranța, indiferența sau birocrăția limitativă*” vor descuraja o perspectivă mai largă.”⁴⁵ Factorii de decizie în politici publice și practicienii trebuie să fie conștienți de aceste elemente de risc pentru a evalua corect beneficiile implicării sistemelor de sănătate, locuințe, locuri de muncă, educație și servicii de îngrijire a copiilor, într-un proces de dezinstituționalizare bine gestionat. S-ar putea ca una sau mai multe autorități publice să fie nevoite să cheltuiască mai mult din propriile resurse pentru ca o altă autoritate publică să realizeze economii pentru ca sistemul, privit ca un întreg, să obțină rezultate mai bune.

Introducerea mecanismului de evaluare independentă a nevoilor individuale poate de asemenea să conducă la economii. Revizuirea tuturor documentelor de evaluare a nevoilor (dacă acestea există) poate dovedi faptul că unii beneficiari nu au nevoie de servicii în sistem instituțional sau că rațiunea pentru care au avut inițial nevoie de acest tip de servicii nu mai este valabilă.

A ajuta aceste persoane să-și recâștige independența înseamnă a le elimina din sistemul de îngrijire și de a aduce astfel economii care vor compensa cheltuielile mai mari cu îngrijirea comunitară de calitate pentru cei care au într-adevăr nevoie de sprijinul continuu al serviciilor. Fără îndoială, analiza cheltuielilor cu îngrijirea instituțională și cu suportul oferit persoanelor care trăiesc în comunitate sau independent este “o zonă plină de dificultăți și deschisă la multe nuanțe de interpretare.”⁴⁶

Există în mod cert nevoie de o cercetare mai consistentă și de date corecte asupra aspectelor economice ale intervențiilor politicilor sociale. Cu toate acestea, având în vedere îmbunătățirea calității vieții concetățenilor lor, nici factorii de decizie politică și nici publicul larg nu ar trebui să fie descurajați de costurile tranziției spre îngrijirea comunitară:

*“Nu există nicio dovadă că modelele de îngrijire în comunitate sunt mai costisitoare decât cele instituționale, odată ce comparația are loc pe baza nevoilor comparabile ale beneficiarilor și a calității comparabile a îngrijirii. Sistemele comunitare de viață independentă și asistată pot să aibă rezultate mai bune decât cele instituționale atunci când sunt implementate și gestionate corespunzător.”*⁴⁷

⁴⁵ Mansell J, Knapp M, Beadle-Brown J și Beecham J (2007), volumul 2: Raportul principal, op.cit., p.88

⁴⁶ ANED, Raport sintetic, op.cit., p.22

⁴⁷ Mansell J, Knapp M, Beadle-Brown J și Beecham J (2007) volumul 1: Executive Summary, p.7. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent, disponibil la: http://www.kent.ac.uk/tizard/research/DECL_network/documents/DECLOC_Volume_1_Exec_Summary_final.pdf

PARTEA I: Concluzii

Este tranziția de la îngrijirea instituțională la cea din comunitate o schimbare care merită făcută? Această parte a raportului nu lasă nicio îndoială că aceasta este decizia corectă – și îndelung așteptată. Beneficiarii ne vorbesc despre o viață *„asemenea celorlalți și împreună cu ceilalți”*, prin cuvintele unuia din membrii grupului de lucru al ESN. Profesioniștii din asistența socială, atenți la codul lor de etică, înțeleg că respectul, demnitatea, capacitatea de a alege și emanciparea beneficiarilor pot fi mai bine observate în cadrul modelelor de îngrijire localizate în comunitate. Avocații și activiștii în domeniul drepturilor omului ne reamintesc că, Carta drepturilor fundamentale a Uniunii Europene și mai multe Convenții ale ONU există pentru a proteja drepturile persoanelor

vulnerabile de a decide unde vor să locuiască și să beneficieze de un nivel adecvat de suport. În cele din urmă, economiștii susțin cu convingere că îngrijirea comunitară este pur și simplu o opțiune mai bună din punctul de vedere al eficienței costurilor, rezultând într-un mai bun raport calitate-preț și în creșterea calității vieții beneficiarilor acestor servicii.

Aceste argumente, variate și substanțiale, dovedesc cât se poate de clar că tranziția spre îngrijirea comunitară este o decizie care nu mai poate fi amânată. Odată ce este înțeles acest lucru, urmează primii pași spre acest model de îngrijire, iar Partea a II a acestui raport ne ajută să înțelegem care sunt aceștia.

Dezvoltarea îngrijirii comunitare



www.esn-eu.org

Partea II:

*Primii pași
spre îngrijirea
comunitară*



PARTEA a II a

Primii pași spre îngrijirea comunitară

Dezinstituționalizarea are nevoie de o viziune și de un leadership al schimbării, la care să se alăture toți cei afectați de această schimbare.

Această parte a raportului explorează elementele cheie necesare pentru lansarea reformei dezinstituționalizării.

1. Viziune și leadership

Dezinstituționalizarea nu constă într-o simplă trecere de la unități de îngrijire de dimensiuni mari la unele mici, ci se referă la transferul de la îngrijirea focalizată pe structuri, la cea focalizată pe persoane și pe nevoile acestora. Pentru a aduce această schimbare este nevoie în primul rând de viziunea și de leadership-ul care să o ducă mai departe. Viziunea oferă îndrumare și servește ca „*un pilon central, care le arată calea tuturor celor care au nevoie să înțeleagă ce reprezintă organizația respectivă și spre ce se îndreaptă aceasta.*”⁴⁸

Viziunea dezinstituționalizării constă în imagine mentală a unei comunități în care oamenii nu mai trăiesc în instituții, ci beneficiază de îngrijire și suport acasă sau într-un mediu asemănător celui familial. O viziune clară ar trebui să stimuleze îmbunătățirea continuă și identificarea de noi moduri de furnizare a serviciilor. Acest fapt presupune nu numai îndepărtarea de spațiul în care se desfășoară serviciile, ci și de cultura instituțională, și apropierea de cea a serviciilor din comunitate, care promovează auto-determinarea, demnitatea și bunăstarea individului.

Raportul DECLOC a identificat lipsa unei viziuni ca fiind unul din obstacolele majore în calea tranziției spre îngrijirea comunitară. Aceasta este adesea combinată cu o viziune pesimistă cu privire la abilitatea unor persoane de a duce o viață independentă sau semi-independentă.

Viziunea înseamnă transformarea modului nostru de gândire cu privire la servicii și la modul în care acestea sunt furnizate și la scopul pe care ar trebui să-l atingă. Acesta este rolul unui lider. Directorul executiv al ESN, John Halloran, observă:

“Leadership-ul este capacitatea de a transforma viziunea în realitate”.

Ce este un leadership eficient? Conform unei organizații din Scoția, membră ESN, leadership-ul eficient în domeniul serviciilor sociale trebuie să îndeplinească următoarele aspecte:

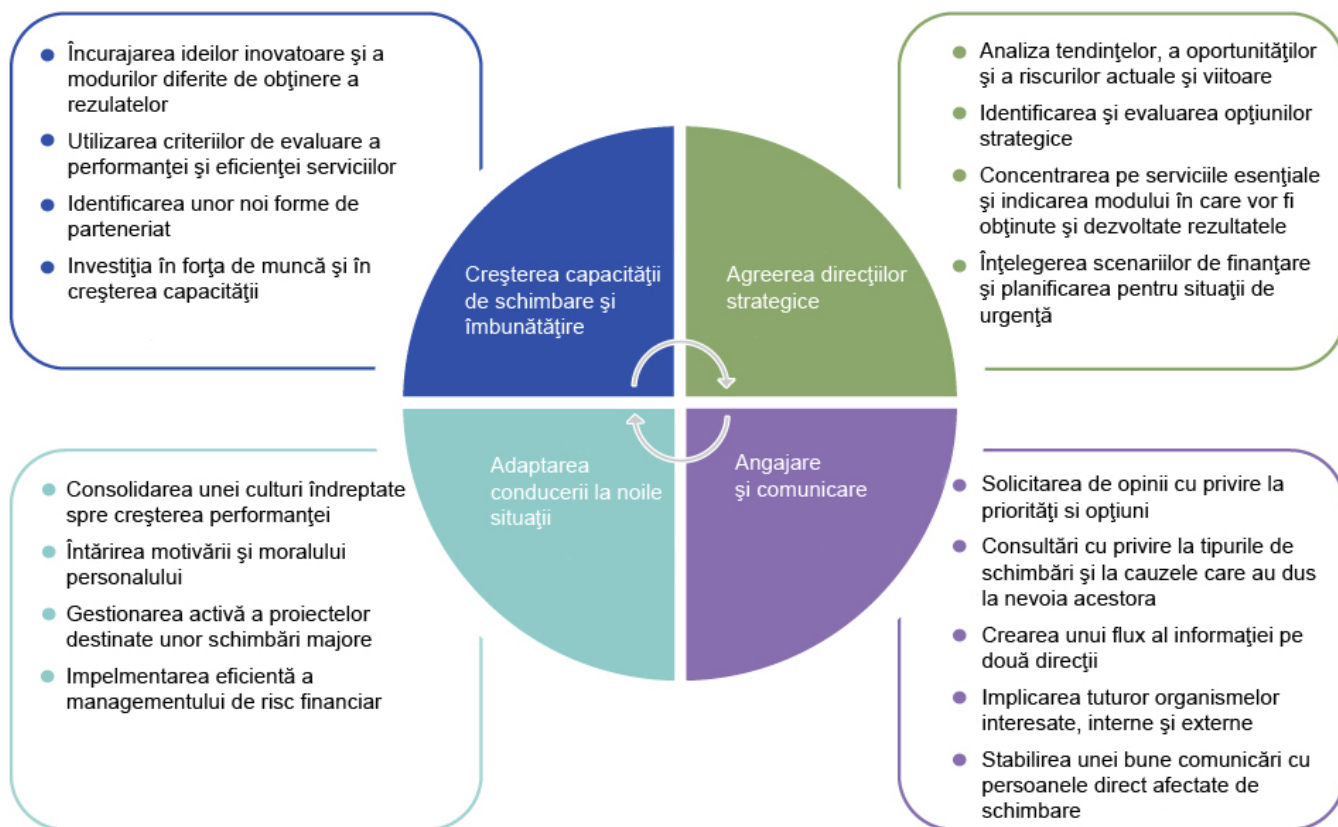
- *“să-și îndrepte atenția spre viitor, planificând în avans și anticipând cerințele viitoare;*
- *să transmită sentimentul direcției, inspirând și unind oamenii în sentimentul împărtășit al angajării;*
- *să adapteze stilul de conducere astfel încât să se potrivească unor circumstanțe diferite;*
- *să dezvolte o echipă de conducere de înaltă performanță;*
- *să conducă schimbarea și să gestioneze eficient comunicarea pe parcursul perioadelor schimbării.”*⁴⁹

⁴⁸ Nanus, B. (1992), *“Leadership cu viziune: A alege direcția potrivită pentru organizația ta”*, San Francisco: Jossey-Bass.

⁴⁹ “Ghidul leadership-ului - O privire mai atentă către leadershipul în asistență socială” (2010), studiu solicitat de Agenția de inspecție socială din subordinea Guvernului Scoției, disponibil la: <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2010/09/02163616/2>

Aceste calități, prezentate în schema de mai jos⁵⁰, oferă o bună vizualizare a ceea ce este necesar pentru a conduce la îmbunătățirea și schimbarea serviciilor de asistență socială.

În opinia co-autoarei studiului DECLOC, Julie Beadle-Brown, directorii serviciilor de asistență socială de la nivel local și central au autoritatea de a-și asuma conducerea reformei dezinstituționalizării. Vorbind în 2009 la Varșovia, la un seminar ESN, ea a asigurat delegații: *“Dacă aveți viziunea, veți găsi o cale.”*⁵¹



⁵⁰ Ibid

⁵¹ Seminarul ESN *Spre îngrijirea comunitară*, 8-9 mai 2009, Varșovia, Prezentare de Julie Beadle-Brown, disponibilă la: <http://www.esn-eu.org/get-document/index.htm?id=258>

2. Finanțarea

Analiza comparativă cu privire la raportul cost-eficiență al îngrijirii comunitare față de cea instituțională arată că serviciile din comunitate nu sunt neapărat mai costisitoare, iar calitatea vieții și satisfacția beneficiarilor acestor servicii tind să fie mult mai ridicate. În perioada de început, stabilirea costurilor de înființare a unor noi servicii în paralel cu unele servicii preexistente poate fi semnificativă. Aceste costuri ale tranziției pot include atât investiții de capital pentru înființarea de noi servicii, ca centru de gravitație pentru diversele tipuri de intervenții din comunitate, cât și investiții pentru recalificarea personalului în domeniul îngrijirii comunitare. Toate acestea necesită în perioada inițială alocarea de fonduri suplimentare.

Primul pas în dezvoltarea laturii financiare a strategiei dezinstituționalizării ar trebui să cuprindă evaluarea costurilor de funcționare a instituțiilor existente. Aceasta este probabil partea cea mai dificilă, atât timp cât bugetele instituțiilor încă se bazează, poate, pe moșteniri caritabile istorice sau pe subvenții guvernamentale, iar în multe cazuri bugetul a crescut doar ca urmare a inflației. În unele țări instituțiile sunt bugetate pe numărul de paturi ocupate, ceea ce constituie o bună măsură de stimulare a acestora de a lucra la capacitate maximă (de exemplu să păstreze cât mai mult persoanele internate sau să se preocupe de admiterea unor noi rezidenți). Un studiu realizat de guvernul irlandez a scos la iveală diferențe uimitoare în ceea ce privește costul cu îngrijirea în sistem instituționalizat pentru persoanele cu dizabilități. Instituții cu aceeași capacitate, același profil al beneficiarilor și cu o calitate similară a serviciilor, pot percepe în Irlanda o taxă cuprinsă între 37 și 240.000 euro pe persoană, pe an.⁵²

Stabilirea cheltuielilor reale poate, de asemenea, să se dovedească dificilă deoarece finanțarea este atrasă din surse diferite (de exemplu, asigurările de sănătate sau alte scheme de asigurări sociale) și de la autorități publice diferite. Pentru a reuși, acest exercițiu inițial necesită angajarea tuturor finanțatorilor relevanți pentru a comasa în viitor toate fondurile într-un buget comun unic, monitorizat de autoritatea responsabilă de implementarea alternativelor de îngrijire comunitară. Acest fapt ar trebui să ducă la creșterea transparenței financiare și să permită planificarea și dezvoltarea strategică coerentă a serviciilor. O astfel de realocare a bugetului ar putea să întâmpine rezistență din partea unor organizații care pot pierde astfel o parte din bugetul lor.

Chiar dacă realocarea resurselor bugetare pentru dezvoltarea îngrijirii comunitare este negociată cu succes, bugetul ar putea să nu fie suficient ca să acopere în întregime costurile tranziției. De aceea factorii de decizie, pentru a asigura resursele suplimentare necesare, ar putea lua în considerare următoarele opțiuni:

- vânzarea clădirii centrului rezidențial sau a terenului;
- solicitarea de fonduri speciale de la autoritățile centrale sau locale;
- identificarea de suport financiar din partea unor organizații filantropice sau persoane fizice;
- abordarea unor organizații donatoare internaționale (Banca Mondială, Institutul pentru o Societate Deschisă, etc);
- aplicarea pentru fonduri structurale UE (FSE și FEDR).

⁵² Raportat de Christy Lynch la seminarul EASPD, *Dezinstituționalizarea în statele Europei de Vest*, desfășurat în 3-4 octombrie 2011 la Bruxelles.

Prima opțiune ar putea să fie complicată din cauza problemei dreptului la proprietate. În multe state din Europa Centrală și de Est, cele mai mari instituții ocupă castele sau clădiri confiscate în perioada comunistă de la familiile aristocrate locale. Astfel, s-ar putea să fie nevoie întâi de rezolvarea disputelor cu privire la proprietate, în cazul în care urmașii foștilor proprietari ar avea pretenții asupra acestora.

În același timp, în unele țări, instituțiile mari sunt finanțate direct de la bugetul central, chiar dacă în fapt responsabilitatea revine autorității locale. Chiar dacă bugetul este realocat municipalității, administrația centrală ar putea alege să păstreze proprietatea respectivă și să îi dea altă funcționalitate. Din nefericire, criza declanșată în anul 2008 a dus la o scădere semnificativă a prețurilor proprietăților imobiliare pe tot cuprinsul Europei. Municipiile care doresc (și pot) să vândă fostele instituții ar putea să constate că nu există cumpărători pentru acestea sau că prețul oferit nu este competitiv, mai ales dacă proprietatea se găsește la țară, departe de utilități, zone rezidențiale și de afaceri.

Aici fondurile structurale ale UE se pot dovedi utile. Trebuie amintite reglementările ESF și ERDF pentru perioada 2014-2020, care menționează în mod special tranziția la îngrijirea comunitară ca fiind eligibilă pentru finanțare. Rămâne de văzut câte state membre UE vor include această oportunitate în programele lor operaționale pentru a fi aprobate de Comisia Europeană. Se pare totuși că ratificarea de către UE a Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități, în special articolul 19 (dreptul de a trăi în comunitate), a făcut ca tranziția spre îngrijirea comunitară să fie pusă în mod ferm pe agendă.

Perioada de tranziție, în care ambele tipuri de servicii - instituțional și comunitar -

funcționează în paralel, trebuie să aibă un termen clar și realist pentru închiderea instituțiilor. Este dificil de evaluat cât va dura până când un serviciu este înființat și gata să deservească foștii rezidenți.

Exemplele procesului accelerat de dezinstituționalizare din SUA din anii 60 sau din România înainte de aderarea la UE au avut un impact negativ asupra bunăstării beneficiarilor și asupra comunităților locale. În același timp, menținerea sistemelor paralele pentru prea mult timp riscă să ducă la epuizarea resurselor financiare și la instalarea unui sistem pe două niveluri, în care doar unii pot beneficia de îngrijirea comunitară, în timp ce persoanele considerate mai puțin capabile li se va oferi îngrijirea instituțională.

Crearea de soluții temporare este de asemenea potențial dificilă, în sensul că acestea pot deveni în timp permanente. Unele țări aleg să investească în „centre de tranziție” unde beneficiarii pot să locuiască pentru o perioadă limitată și unde aceștia vor deprinde abilitățile necesare unei vieți (semi) independente și vor câștiga încredere în sine. Totuși, dacă serviciile de îngrijire comunitară și accesul la locuințe adecvate nu se dezvoltă, centrele de tranziție pot să devină în timp centre de îngrijire instituțională. Așa s-a întâmplat cu un castel din Letonia de exemplu, unde un adăpost temporar construit pe terenul a șase mari instituții⁵³ a devenit un centru rezidențial pe termen lung, în care oamenii au rămas în continuare izolați de comunitatea din jur.

În sfârșit, experiența procesului american de dezinstituționalizare subliniază avantajul principiului „banii urmează beneficiarul”. Însă acest lucru este posibil doar în cazul în care se cunoaște costul real al serviciilor de

⁵³ Raportul "Timp pierdut, bani pierduți, vieți risipite ... o oportunitate pierdută?", Coaliția europeană pentru viața în comunitate, disponibil la: <http://community-living.info/documents/ECCL-StructuralFundsReport-final-WEB.pdf>

îngrijire și sunt evaluate cu atenție nevoile beneficiarilor (vezi Partea a III a), dar odată ce sunt îndeplinite aceste două condiții și banii sunt legați de persoană, accentul se va transfera de pe nevoile sistemului pe nevoile individului, deschizând calea pentru bugetele personale. Acest principiu poate de asemenea să ducă la reducerea stimulentei financiare acordate autorităților publice pentru a „parca” persoanele vulnerabile în instituții finanțate de autoritățile centrale sau regionale.⁵⁴

⁵⁴ Tobis, D., "Trecerea de la instituțiile rezidențiale la servicii sociale comunitare în Europa Centrală și de Est și în fosta Uniune Sovietică", Banca Mondială 2000, disponibil la: <http://siteresources.worldbank.org/DISABILITY/Resources/280658-1172671461088/MovingFromResTobis.pdf>

3. Implicarea beneficiarilor, familiei, personalului și comunității

Tranziția la îngrijirea comunitară nu poate avea succes fără implicarea beneficiarilor, a familiilor lor și a comunității în care aceștia vor trăi. Raportul european ad hoc cuprinde un principiu de bază comun pentru tranziția de la îngrijirea instituțională la cea comunitară:

“Beneficiarii (și familiile lor) trebuie să fie parteneri cu drepturi depline în procesul de tranziție. Ei trebuie să fie implicați activ și consultați în dezvoltarea, furnizarea și evaluarea serviciilor primite.”

Este important să fim conștienți de faptul că oricare din părțile interesate se poate opune, la început, dezinstituționalizării, dar își vor schimba punctul de vedere atunci când vor vedea cât de bine funcționează.

Părinții rezidenților joacă un rol esențial în succesul sau eșecul proiectelor de dezinstituționalizare. În Suedia, asociațiile părinților au fost în prima linie în lupta împotriva instituționalizării. Ei au împărtășit credința în principiul „normalizării”, au atras atenția asupra calității slabe a vieții copiilor lor (chiar adulți fiind aceștia) instituționalizați și au organizat campanii cu privire la formele alternative de îngrijire. Un membru ESN din Suedia își amintește impactul acestor campanii:

“Ne-au făcut să realizăm că îngrijirea instituțională nu este compatibilă cu modul de viață suedez, în care fiecare este un membru prețuit al comunității, cu drepturi și responsabilități.”

Cu toate acestea, părinții rezidenților și ceilalți membri ai familiilor lor, de multă vreme dependenți de stabilitatea unei instituții, ar putea privi tranziția cu suspiciune. „Voice of the Retarded” („Vocea întârziaților mintal”), o organizație americană influentă, este un exemplu al unei asociații de aceștia, mică dar bine finanțată de părinți, care pledează

împotriva dezinstituționalizării. Ei argumentează că nu oricine este capabil să trăiască în comunitate și că nu toate familiile sunt capabile să poarte povara îngrijirii unei rude vulnerabile. În cadrul campaniilor lor legislative și de sensibilizare ei folosesc argumentul economic și atrag atenția asupra abuzului și neglijării din cadrul serviciilor de îngrijire comunitară.⁵⁵

În Europa Centrală și de Est, familiile s-ar putea teme că dizolvarea sistemului de îngrijire instituțională nu va fi urmată de o rețea extinsă de servicii de îngrijire comunitară, lăsându-i astfel fără nicio altă opțiune decât cea de a prelua rolul asistentului personal, fără nici un alt sprijin. Temerile lor pot fi agravate și de impactul financiar pe care l-ar putea avea faptul că vor trebui să renunțe la locul de muncă pentru a prelua rolul de îngrijitor.

O analiză a literaturii canadiene cu privire la dezinstituționalizarea persoanelor cu dizabilități arată că familiile ar putea avea nevoie de timp pentru a avea încredere în noul sistem de îngrijire și pentru a se convinge de beneficiile acestuia:

“La început membrii familiei sunt adesea împotriva dezinstituționalizării, dar în cele din urmă se împacă cu ideea și devin chiar susținători ai vieții în comunitate. Într-adevăr, membrii familiei își contactează rudele mult mai adesea după dezinstituționalizare, iar frecvența contactelor rămâne ridicată chiar și după mai mulți ani de la plasarea acestora în comunitate.”⁵⁶

⁵⁵ site-ul web "Voice of the Retarded", disponibil la: <http://www.vor.net/images/AbuseandNeglect.pdf>

⁵⁶ Lemay R., "Dezinstituționalizarea persoanelor cu dizabilități de dezvoltare: o analiză a literaturii canadiene", *Canadian Journal Of Community Mental Health*, Vol. 28, Nr. 1, primăvara 2009, disponibil la <http://www.turningforward.org/documents/Lemay2009-Deinstitutionalization.pdf>

Este posibil ca persoanele instituționalizate să se opună deopotrivă dezinstituționalizării. Multe dintre acestea au trăit toată viața între acele ziduri, astfel că instituția reprezintă lumea pe care ele o cunosc și o înțeleg. S-ar putea ca ideea de a părăsi siguranța și previzibilitatea instituției pentru a se confrunta cu necunoscutul să nu fie neapărat foarte atrăgătoare pentru toți beneficiarii. Această posibilitate are de asemenea implicații cu privire la modul în care este pregătită tranziția:

“Beneficiarilor trebuie să le fie furnizate informații în așa fel încât aceștia să le înțeleagă. Acolo unde este necesar, ei pot beneficia de suport în luarea deciziilor printr-o persoană numită de aceștia. Trebuie respectate nevoile și cerințele specifice fiecărui individ.”⁵⁷

Cu toate acestea, beneficiarii serviciilor pot să fie cei care ies din cercul excluziunii și luptă pentru dreptul lor de a fi incluși în societate. John Evans, Președinte al 'Independent Living' (n.t. Viața independentă), a petrecut mai mulți ani încercând să convingă autoritățile să-i permită lui și colegilor lui să părăsească instituția și să-și folosească bugetul personal pentru a achita serviciile de care au nevoie în comunitate. În anul 2008, într-un interviu pentru ziarul britanic 'The Guardian', John a vorbit despre experiența lui:

“Am fost întotdeauna o persoană independentă, astfel încât [să ajung într-un centru rezidențial] a însemnat pentru mine închisoarea. Am fost dezrădăcinat, luat de lângă familie, prieteni, de lângă toate.”⁵⁸

El a înființat un grup numit 'Proiectul 81' și, vreme de mai mulți ani, a încercat să convingă furnizorul de servicii instituționale

și autoritatea locală să le încredințeze banii, asta cu mult înainte de a fi introdusă plata directă, în 1997.

La fel ca și în cazul lui John Evans, alte exemple de succes ale dezinstituționalizării evidențiază în mod clar importanța implicării beneficiarilor în procesul de tranziție de la îngrijirea instituțională la cea comunitară. Beneficiarii pot lua parte la evaluare și la feedback, ca membri în consiliile de administrație sau în grupuri consultative ale persoanelor cu dizabilități, și la luarea de decizii pentru ei înșiși. O astfel de participare activă stimulează dezvoltarea îngrijirii comunitare și plasează ferm beneficiarii în centrul procesului.

De asemenea, trebuie să fie luat în considerare și personalul din serviciile de îngrijire. S-ar putea ca angajații, obișnuiți cu un anumit statut dat de munca într-o instituție mare, să nu fie de acord cu acest proces. Membrii ESN spun că, atunci când s-au luat deciziile politice de a se închide instituțiile din localitățile sau regiunile lor, personalul instituțiilor a fost printre principalii oponenți. Nu a fost posibil să fie convinși cu toții, dar majoritatea s-au răzgândit atunci când li s-a dat posibilitatea de a se recalifica în îngrijirea comunitară.

Abilitățile și caracteristicile necesare pentru a munci în comunitate diferă de cele necesare pentru îngrijirea într-un cadru instituțional. Acest lucru trebuie luat în considerare pe tot parcursul procesului de recrutare, pentru a evita copierea modelului instituțional. Nu toți foștii angajați ai unei instituții vor fi capabili să-și însușească noi competențe, așa că este de așteptat ca unii din ei să renunțe, fapt care poate să deschidă noi oportunități celor care nu au luat în considerare până atunci o carieră în îngrijirea comunitară. Fondurile structurale ale UE ar putea fi deosebit de utile

⁵⁷ Raportul Grupului ad hoc de experți, op.cit., p.19

⁵⁸ Brindle D., "Campionul neobosit al autonomiei", publicat în The Guardian în 22 octombrie 2008, disponibil la: <http://www.guardian.co.uk/society/2008/oct/21/john-evans>

în astfel de cazuri. Granturile Fondului Social European pot acoperi în totalitate costurile pentru recalificarea personalului, dând angajaților posibilitatea să-și continue cariera profesională în comunitate sau să treacă într-un alt sector.

Comunitatea locală, cum sunt vecinii, mediul de afaceri și grupurile societății civile din zonele în care vor locui foștii rezidenți, sunt un alt element de care depinde succesul tranziției. O comunitate deschisă și tolerantă le poate fi de mare ajutor rezidenților, făcându-i să se simtă mai încrezători și incluși în societate. S-ar putea ca o comunitate să nu fie familiarizată cu un anumit tip de dizabilitate, ceea ce va duce la anumite îndoieli sau prudență în a accepta acele persoane, va da naștere la îngrijorare cu privire la siguranța sau calitatea vieții locuitorilor din comunitate. În cazul bolilor mintale, așa cum s-a exprimat, destul de plastic, un delegat la o conferință a UE, *„nimeni nu-și dorește un vecin nebun.”*

Această reticență în a accepta anumite persoane drept vecini poate fi explicată printr-o lipsă generală de conștientizare sau experiență cu privire la persoanele vulnerabile. Directorul unui serviciu comunitar pentru sănătate mintală din Brighton (Marea Britanie) își amintește de perioada de început:

“Când am deschis centrul, acum mai bine de 20 de ani, localnicii au fost foarte nemulțumiți de acest lucru. Astăzi pot afirma cu mândrie că există legături puternice cu comunitatea, iar serviciile noastre sunt accesate atât de beneficiari cât și de publicul larg”.

Odată ce localnicii au văzut că beneficiarii nu au fost lăsați pe cont propriu și că în cartier au fost înființate servicii eficiente pentru aceștia, s-au apropiat de grup și au uitat de opoziția lor inițială.

Comunitățile locale pot de asemenea să se opună în mod activ procesului de dezinstituționalizare atunci când acesta le amenință bunăstarea economică. În zonele în care o instituție mare este singurul angajator, oamenilor le este teamă de închiderea acesteia. Acesta este cazul orașului Legnickie Pole din sud-vestul Poloniei, unde o instituție cu 450 de paturi pentru femei cu dizabilități intelectuale este singurul angajator, în afară de Primărie și fiecare familie din oraș are pe cineva care lucrează acolo. Deocamdată nu există nici un plan pentru a se închide această instituție și nici pentru a i se reduce capacitatea.

Închiderea unei instituții dă naștere unor întrebări legate de locul (nou) în care se va stabili fostul rezident: va fi locul nașterii, unde locuiesc rudele apropiate, satul sau orașul cel mai apropiat de instituție sau un loc complet nou? Pe lângă faptul că aceasta constituie o decizie majoră în viața oricui, mai există și implicațiile economice pentru fondatorul sistemului (nou) de îngrijire comunitară sau chiar conflictele administrative cu privire la reședința oficială. Ceea ce va ajuta ca autoritățile împreună cu beneficiarul să ia o decizie sunt o doză de bun simț și disponibilitatea de a ajunge la un compromis.

Pentru a-i apropia pe localnici, este important să se creeze o *„cultură a cooperării, încrederii și a discuțiilor libere, în care sunt implicați de la bun început toți participanții relevanți și toate grupurile interesate.”*⁵⁹ Pentru creșterea implicării comunitare, în liniile sale directe cu privire la succesul tranziției spre îngrijirea comunitară, Coaliția europeană pentru viața în comunitate propune următoarele reguli:

⁵⁹ Seminarul ESN *Spre îngrijirea comunitară*, 8-9 mai 2009, Varșovia, prezentare de Dieter Kulke, disponibilă la <http://www.esn-eu.org/get-document/index.htm?id=264>

1. *“Simplificați – nu este nevoie să fie un exercițiu lung și complicat. Folosiți instrumente simple și bun simț.”*
2. *Clarificați jargonul de la bun început – evitați pe cât se poate limbajul de specialitate sau termenii tehnici. Dacă este neapărată nevoie de ei, explicați ce înseamnă. Termenii ca dezinstituționalizare, viața în comunitate, etc., sunt folosiți frecvent în documentele de politici publice, dar s-ar putea ca oamenii să le atribuie înțelesuri diferite.*
3. *Asigurați-vă că valorile și prezumțiile voastre sunt clare încă de la începutul procesului.*
4. *Aduceți oameni din medii diferite, cu cunoștințe și competențe diferite, care pot fi interesați de această problemă.”*⁶⁰

Implicarea comunității locale încă de la început și a locuitorilor acesteia ca parte a procesului le va da sentimentul proprietății și al direcției; îi va ajuta să conștientizeze viziunea schimbării și să-și aducă contribuția la tranziție. Până la urmă, utilizarea termenului „comunitate” reflectă importanța acordată acceptării și asistenței din partea comunității ca vecini, prieteni, comercianți și așa mai departe, susținând foștii rezidenți și sprijinindu-i prin relații care nu sunt bazate doar pe compensații financiare.

⁶⁰ "Crearea de campanii de succes pentru viața în comunitate. Manual de advocacy pentru organizații și furnizori de servicii pentru persoane cu dizabilități", Coaliția Europeană pentru viața în comunitate, 2008, disponibilă la: <http://www.community-living.info/documents/ECCL-Manual-final-WEB.pdf>

4. PARTEA a II a: Concluzii

În mod ideal, orice reformă a dezinstituționalizării trebuie să înceapă cu conturarea viziunii unui viitor fără instituții mari, cu persoane cu dizabilități și probleme mintale, vârstnici dependenți și copiii din sistemul de îngrijire care trăiesc *în căminul lor* cât mai mult posibil și nu *la un cămin*. Definirea acestei viziuni și transformarea ei într-un plan de acțiune este rolul liderului; acesta va trebui să inspire sentimentul direcției și să-și asume schimbarea. Acest lucru nu se poate realiza însă fără participarea beneficiarilor înșiși, a familiilor lor, a personalului și a comunității în general. Tranziția de la îngrijirea instituțională la cea comunitară nu este un transfer de la un cadru de îngrijire mai mare la unul mai mic, ci o călătorie în scopul creșterii capacității persoanelor vulnerabile de a deveni experți în propria lor îngrijire și de a le furniza instrumentele care să le permită să ducă viața pe care și-o doresc.

Totuși, nimic din toate acestea nu este posibil fără o finanțare adecvată. Nu este o sarcină ușoară înțelegerea costului real al îngrijirii instituționale și găsirea modalității de a achita costurile în perioada de tranziție, dar nu este imposibilă, atât timp cât există un angajament clar pentru dezinstituționalizare. Se pot găsi fonduri suficiente pentru tranziție prin reunirea tuturor bugetelor, dar este posibil să fie necesare și resurse suplimentare. De oriunde ar veni banii în final, important este ca aceștia să urmeze beneficiarii individuali și nu structurile care îi deservesc pe aceștia.

Acest lucru se poate întâmpla numai în cazul în care sunt cunoscute nevoile individuale ale fiecărui beneficiar, sunt identificate nevoile strategice ale populației și este prevăzut un răspuns. Cea de a treia parte a raportului cuprinde capitole care vizează atât ambele tipuri de evaluări cât și alte probleme relevante care trebuie luate în considerare în planificarea și furnizarea de servicii comunitare, cu scopul creșterii capacității beneficiarilor acestora.

Note:

Handwriting practice area with 20 sets of dotted lines for tracing on a lined background.

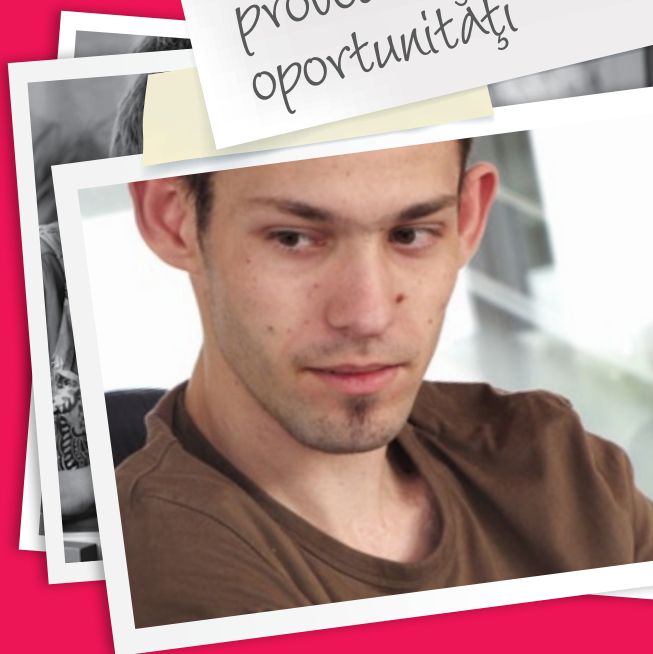
Dezvoltarea îngrijirii comunitare



www.esn-eu.org

Partea III:

Gestionarea
îngrijirii
comunitare:
provocări și
oportunități



PARTEA a III a

Gestionarea îngrijirii comunitare: provocări și oportunități

Această parte a raportului tratează provocările și oportunitățile managementului îngrijirii comunitare, ținând seama de administratorii serviciilor și de profesioniști. Începe cu **evaluarea și planificarea nevoilor pe domenii strategice** – un exercițiu care furnizează factorilor de decizie politică cunoștințe cu privire la populația locală și la capacitatea actuală a serviciilor. Astfel se pot lua decizii politice și oferi **informare și consiliere** beneficiarilor (potențiali) și familiilor lor. Atunci când cetățenii consideră că au nevoie de îngrijire și suport, vor ști unde să se adreseze pentru a beneficia de o **evaluare independentă a nevoilor**. Acest lucru le va permite să facă o **alegere informată a serviciilor** care se adresează cel mai bine

nevoilor și dorințelor lor, cu condiția ca factorii politici să asigure **capacitatea și disponibilitatea** serviciilor. În mod ideal, îngrijirea și suportul primit de beneficiari va contribui la **incluziunea socială** globală a acestora. Atât factorii de decizie politică cât și furnizorii de servicii trebuie să se asigure că serviciile din comunitate îndeplinesc **standardele** legale și că **acțiunile destinate îmbunătățirii calității** sunt bine integrate în întregul sistem.

Urmărirea acestui traseu de la evaluarea nevoilor strategice și până la asigurarea calității asigură, în viziunea noastră, focalizarea pe principalele provocări care pot afecta succesul serviciilor comunitare locale.

1. Evaluarea și planificarea nevoilor pe domenii strategice

Pentru ca modelul serviciilor comunitare să funcționeze bine, viziunea și leadership-ul prezente la inițierea reformei dezinstituționalizării trebuie să continue. Evaluarea și planificarea nevoilor pe domenii strategice este unul din elementele unui model în care îngrijirea comunitară funcționează bine. Acesta este un proces prin care sunt identificate nevoile sociale și de sănătate, prezente și viitoare, ale populației locale, pe baza datelor referitoare la situația economică, de sănătate, angajare în muncă și a datelor sociologice. În mod ideal, acest proces stabilește și contextul în care funcționează serviciile existente, principalele probleme cu care acestea se confruntă, realizează o evaluare sumară a funcționării și fac propuneri de îmbunătățire, pentru a veni în întâmpinarea nevoilor beneficiarilor. Pentru a-i asigura validitatea, trebuie implicate în proces mai

multe categorii (inclusiv grupuri de beneficiari și familiile acestora).

În modelele instituționale, lipsește adesea focalizarea pe alegere și responsabilizare, care sunt permise într-o bună îngrijire comunitară. În astfel de sisteme, planificarea strategică poate să însemne creșterea sau scăderea numărului de paturi în funcție de lista de așteptare sau de rata de ocupare prevăzută. Poate de asemenea să furnizeze informații limitate cu privire la costuri și să facă recomandări cu privire la lucrările de renovare sau la reparațiile curente necesare; singura preocupare o reprezintă menținerea capacității instituționale, fără a se pune problema nevoilor și dorințelor cetățenilor. În îngrijirea comunitară, planificarea strategică are o perspectivă foarte largă asupra nevoilor populației locale, pe termen mediu.

În Polonia, Centrele regionale pentru politici sociale (CRPS) desfășoară în fiecare an o formă de evaluare a nevoilor strategice, nou implementată, utilizând metoda CAWI (Computer-Assisted Web Interviews). CRPS trimite un chestionar special centrelor de asistență socială de la nivel local și regional, iar apoi analizează și centralizează răspunsurile în „Raportul anual de evaluare a nevoilor.”⁶¹ Datele colectate ajută la identificarea celor mai urgente nevoi, la planificarea judicioasă a resurselor în viitor și indică modalitățile de îmbunătățire a serviciilor.

Planul strategic al Consiliului districtului Staffordshire pentru perioada 2011–2016⁶² este un plan strategic pe cinci ani prin care autoritățile se asigură că pot furniza serviciile necesare. Timp de douăsprezece luni se desfășoară studii, grupuri de discuții cu rezidenții și beneficiarii din Staffordshire, consultări online, workshop-uri și alte evenimente, care asigură implicarea publică deplină. Ca urmare a acestei consultări extinse, Consiliul își înțelege rolul în mod diferit acum:

*“Rolul nostru nu se mai referă la un set de servicii diferite. Se referă la furnizarea infrastructurii, la o gamă largă de opțiuni și la o schimbare a culturii care să permită oamenilor să preia controlul asupra vieților lor.”*⁶³

Procesul de evaluare a nevoilor strategice trebuie să ducă la stabilirea unei strategii locale de dezvoltare și îmbunătățire a serviciilor. Așa s-a întâmplat în Catalonia, unde guvernul autonom a implementat Programul pentru dezvoltarea planurilor locale de incluziune socială în 2006.⁶⁴ Aceste planuri stabilesc obiectivele strategice și operaționale, inclusiv modalitatea de generare de venituri la nivel local și de creștere a capacității. De asemenea reflectă noile principii la care aderă guvernul și anume angajarea comunitară, promovarea autonomiei beneficiarilor și participarea tuturor organismelor interesate.

Înțelegerea nevoilor locale și construirea de planuri locale în jurul acestora duce la promovarea unei atitudini pro-active în rândul factorilor de decizie politică și al furnizorilor de servicii care pot anticipa tendințele sociale și se pot pregăti pentru a veni în întâmpinarea nevoilor actuale și viitoare ale unei populații în schimbare.

⁶¹ “Bilans potrzeb w zakresie pomocy społecznej”, document introdus de Legea asistenței sociale din 12 martie 2004 care acoperă toate domeniile politicilor sociale, așa cum sunt definite de lege și furnizate la nivel local sau regional. Este prezentat Guvernului de către Centrele regionale pentru politici sociale, în fiecare an, până în data de 1 martie.

⁶² Planul strategic al Consiliului districtului Staffordshire, 2011–2016, “Pentru familia voastră, comunitatea noastră și un Staffordshire prosper”, disponibil la: <http://www.staffordshire.gov.uk/yourcouncil/strategicplan/strategicplan2011-2016printfriendlyversion.pdf>

⁶³ Consilierul Mike Lawrence, membru al Cabinetului pentru bunăstarea copiilor, citat în Planul strategic al Consiliului districtului Staffordshire, 2011–2016, op.cit.

⁶⁴ Mai multe informații se găsesc în: *Peer Review: Programme for the Development of Local Plans of Social Inclusion*, 7-8 October 2010, Raportul țării gazdă Spania, disponibil la: http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2010/the-programme-for-developing-local-plans-for-social-inclusion-in-catalonia/host_country_paper_es10/download

2. Informare și consiliere

Informarea și consilierea sunt esențiale pentru toți beneficiarii, familiile și îngrijitorii lor care au sau vor avea poate nevoie de servicii și de sprijin în viață. Prin informare se înțelege „furnizarea, în mod deschis și accesibil, de materiale considerate a fi de interes pentru o anumită categorie a populației”, în timp ce consilierea se referă la „ghidarea și direcționarea unor acțiuni care trebuie întreprinse în scopul satisfacerii unei nevoi, de a avea acces la un serviciu sau la anumite drepturi.”⁶⁵

Una din principalele provocări cu care se confruntă închiderea instituțiilor și dezvoltarea îngrijirii comunitare este că beneficiarii continuă să fie direcționați spre instituții, în timp ce gradul de conștientizare cu privire la serviciile comunitare rămâne scăzut. Acest fapt indică în mod clar nevoia de a fi implicate nu numai instituțiile publice, dar și organizațiile care furnizează informare și consiliere cetățenilor, convingându-i de avantajele și beneficiile îngrijirii comunitare.

La prima vedere poate părea că unei instituții îi este mai ușor să se promoveze decât unui serviciu comunitar; există elemente constante, cum sunt capacitatea, nivelul de personal, locația și un portofoliu de tratamente. Clădirea este adesea un punct de reper, prezentă în peisajul local de mulți ani și ușor de găsit la nevoie. Serviciile comunitare, pe de altă parte, tind să fie tot mai dispersate și mai puțin prezente în conștiința comunității. Ele sunt – sau ar trebui să fie – mai adaptabile nevoilor beneficiarilor, aceasta făcându-le chiar mai greu de descris.

Furnizorii de servicii care trec de la conducerea instituțiilor la conducerea serviciilor de îngrijire comunitară trebuie să schimbe modul în care comunică cu publicul, cu potențialii beneficiari, finanțatori și cu organizațiile care acordă publicului informare și consiliere. Ei trebuie să inspire încredere, securitate și dedicare pentru creșterea calității vieții beneficiarilor serviciilor.

Instituțiile au tendința de a acționa ca niște gardieni, evaluând nevoile unui beneficiar prin prisma tipului de îngrijire care există în acea instituție. În cadrul reformei îngrijirii comunitare s-a pus accentul pe informarea și consilierea independentă din partea autorităților publice cu privire la serviciul/serviciile cele mai utile. Organizațiile societății civile pot să preia, de asemenea, rolul de consilieri și avocați independenți în folosul beneficiarilor.

Chiar și în sistemele care au îngrijire comunitară de mai mult timp, calitatea serviciilor de informare și consiliere poate fi scăzută. Într-un raport publicat în anul 2008, Agenția de dezvoltare pentru autorități locale (Marea Britanie)⁶⁶ a constatat:

*„Rămân probleme persistente, cum sunt informație limitată, răspunsuri extrem de variabile, site-uri web sărace, informație adresată mai degrabă profesioniștilor decât publicului larg; oamenii au nevoi specifice care necesită mai mult decât o bancă de informații.”*⁶⁷

⁶⁵ Transformarea accesului la informare a serviciilor de îngrijire a adulților, consiliere și advocacy, raport IDEA, disponibil la: <http://www.idea.gov.uk/idk/aio/9580624>

⁶⁶ Îmbunătățirea și dezvoltarea autorităților locale (IDEA), disponibil la: www.idea.gov.uk

⁶⁷ Strategia Consiliului Trafford: Informare, recomandare și advocacy 2010-2013, disponibil la: <http://myway.trafford.gov.uk/media/70417/info%20strategy%202010.pdf>

În mod similar, în Franța, un raport al Inspectoratului general pentru probleme sociale (IGAS) susține că informația este adesea „scrisă pentru profesioniști și nu pentru beneficiari” și că informația disponibilă „nu este prezentată într-o manieră sistematizată, împiedicând astfel comparația.”⁶⁸

Internetul este utilizat tot mai mult în scopul furnizării de informare și consiliere cu privire la servicii: în Polonia, toate formularele (pentru solicitarea unei prestații sociale) și datele de contact ale furnizorilor de servicii pot fi consultate pe site-urile web ale centrelor municipale de asistență socială. Cu toate acestea, dat fiind nivelul scăzut al competențelor digitale⁶⁹ în rândul cetățenilor polonezi, este discutabil numărul beneficiarilor care le pot de fapt accesa. Orașul Manchester (Marea Britanie) a mers mai departe prin lansarea unui site web destinat asistenței sociale a adulților „My Manchester Services” („Serviciile mele din Manchester”), care reunește toate serviciile și furnizorii, adrese și sfaturi relevante în domeniul serviciilor sociale. Scris într-o engleză clară, site-ul se dorește un indicator electronic și o resursă pentru beneficiari și familiile lor, dar și pentru profesioniști.⁷⁰

În același timp, în Flandra, guvernul a decis în anul 2009 să înființeze un „centru social” (echivalentul unui ghișeu unic de tip „one stop shop”) în fiecare municipiu. Aceste centre oferă informare și consiliere populației locale

cu privire la toate serviciile, online, la telefon sau față în față.

Un singur punct de acces, virtual sau fizic, este foarte important atunci când serviciile sunt fragmentate. În țările în care se optează pentru o gamă largă de furnizori de servicii din diferite sectoare și niveluri de guvernare poate exista o anumită fragmentare a politicilor și serviciilor, ceea ce creează confuzie nu numai beneficiarilor, ci și autorităților.

“Cu siguranță acest lucru nu anulează abordarea care susține implicarea mai multor actori și a parteneriatului dinter aceștia, ci subliniază nevoia de colaborare strânsă și de coordonare a serviciilor, așa cum este cazul serviciului de tip „one stop shop”, un punct central de acces pentru o varietate de servicii și furnizori care oferă informații beneficiarilor.”⁷¹

Dezvoltarea îngrijirii comunitare trebuie să meargă în paralel cu eforturile de furnizare a serviciilor de informare și consiliere independentă cu privire la evaluarea nevoilor, la drepturile cuvenite și la serviciile care există la nivel local. Ghidurile și comunicatele trebuie scrise într-un limbaj simplu, fără termeni tehnici sau juridici, ținându-se cont de beneficiari, și care să fie puse la dispoziție acestora prin diferite surse și în diferite canale media.

⁶⁸ IGAS, “Rapport sur l'information des usagers sur la qualité des prises en charge des établissements de santé, Inspection générale des affaires sociales (RM2010-090P)”, publicat în iulie 2010, disponibil la: <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000502/0000.pdf>

⁶⁹ Conform datelor Eurostat, testul care stabilește competențele digitale; mai multe informații se găsesc la: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/mapToolClosed.do?tab=map&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tsdsc460&toolbox=types>

⁷⁰ Site-ul web *My Manchester Services*, disponibil la: www.manchester.gov.uk/mymanchesterservices

⁷¹ Raportul ESN “Accesul la servicii sociale de calitate”, publicat în anul 2005, disponibil la: <http://esn-eu.org/get-document/index.htm?id=169>

3. Evaluarea nevoilor individuale

Cunoașterea serviciilor existente în comunitate și a locului unde pot fi găsite informații suplimentare despre acestea ajută la nevoie, atunci când circumstanțele de viață ale unei persoane se schimbă și apare nevoia de sprijin. Oricare ar fi cauza acestei situații, toți cetățenii ar trebui să aibă dreptul la o evaluare independentă a nevoilor. Aceasta implică de obicei un specialist (sau o echipă multidisciplinară) care lucrează cu beneficiarul (și cu familia acestuia) în scopul identificării nevoilor și modului în care pot fi satisfăcute. Serviciul/serviciile cuprinse în evaluare vor fi cuprinse în planul de îngrijire, care stabilește:⁷²

- perioada și frecvența intervențiilor prin care se acordă sprijin
- organizațiile care vor furniza serviciile;
- planul intervențiilor de urgență pentru situații neprevăzute
- tipurile de îngrijire și suport acordate direct, de rude sau prieteni
- data revizuirii planului de servicii, cu re-evaluarea nevoilor și măsurilor de sprijin
- evaluarea venitului și bunurilor beneficiarului pentru stabilirea contribuției acestuia.

O astfel de evaluare reprezintă condiția prealabilă unei îngrijiri personalizate și previne apariția soluției de tipul „măsurii universale” și a tratamentului fix, de rutină, specific culturii instituționale.

În instituții, evaluarea nevoilor tinde să fie realizată de personalul instituției care evaluează nevoile unei persoane în funcție de ceea ce poate oferi instituția. În cadrul serviciilor comunitare de calitate, acest lucru înseamnă o evaluare completă a nevoilor

persoanei și a situației acesteia, conducând la furnizarea unei varietăți de servicii, probabil oferite de furnizori diferiți. Din păcate, acest lucru este adesea limitat la clasificarea unei persoane în funcție de diferite grade de dizabilitate sau dependență și alocarea unui buget sau nivel de servicii corespunzător. În Slovenia spre exemplu, persoanele vârstnice sunt împărțite în patru categorii: 1) beneficiari mobili; 2) parțial mobili; 3) imobili și 4) total dependenți. Decizia este luată de un medic generalist din localitate și este supusă re-evaluării și controlului de către sistemul național de asigurări⁷³. Evaluarea veniturilor și bunurilor unei persoane (testul mijloacelor) este adesea parte a aceluiași proces și are scopul de a stabili contribuția acesteia la serviciile de îngrijire.

Evaluarea mixtă a serviciilor sociale și de sănătate se folosește tot mai mult în cadrul îngrijirii pe termen lung a persoanelor vârstnice și a persoanelor cu boli mintale cu toate că, în unele țări, moștenirea unui model de îngrijire medicalizat, poate fi o barieră în calea bunelor practici. În România, de pildă, sistemul de evaluare a persoanelor cu dizabilități utilizează clasificări și denumiri pe baza tipologiei medicale a bolii pentru stabilirea gradului de dizabilitate.

Un activist al unei organizații neguvernamentale din Transilvania explică modul în care funcționează această abordare învechită:

“Este posibil ca un copil care a fost diagnosticat ca „autist”, a doua zi după ce împlinește 18 ani să devină „psihotic”.

⁷² Secțiunea pentru dizabilități și mecanisme de asistență a site-ului web: http://www.direct.gov.uk/en/DisabledPeople/HealthAndSupport/ArrangingHealthAndSocialCare/DG_4000436

⁷³ CEPS ENEPRI Raportul de cercetare nr. 87, "Sistemul de îngrijire de lungă durată în Slovenia", disponibil la: <http://www.isn.ethz.ch/isn/Digital-Library/Publications/Detail/?id=122421&lng=en>

Această denumire nu spune nimic despre nevoile reale ale persoanei și nu o orientează spre servicii specifice.”⁷⁴

O problemă asemănătoare este faptul că profesia medicală, prin profilul public mai important, o domină pe cea socială. Este de o importanță vitală ca evaluarea nevoilor să se refere la persoană ca un întreg și nu doar la starea sau dizabilitatea acesteia.

În trecut, evaluarea nevoilor era limitată doar la zonele de vulnerabilitate ale beneficiarilor, respectiv la dizabilitatea lor, vîrstă sau boală; acum acest proces include dorințele și aspirațiile beneficiarilor, relațiile cu cei dragi, educația și oportunitățile de ocupare a unui loc de muncă. Profesioniștii – adesea lucrând în echipă – pot căuta împreună cu beneficiarul modul în care serviciilor comunitare îl pot ajuta să-și îndeplinească potențialul. Rezultatele acestor discuții ar trebui să fie cuprinse într-un document personal clar, deținut de către beneficiar și întocmit de acesta cu sprijinul profesioniștilor.

În districtul londonez Redbridge, spre exemplu, dosarele persoanelor cu dizabilități de învățare sunt pline de fotografii și desene care exprimă nevoile și dorințele acestora.

În cele din urmă, nevoile ar trebui reevaluate periodic, având în vedere că starea de sănătate și bunăstarea oamenilor se schimbă în timp. Orice modificări identificate trebuie să se regăsească într-un plan de îngrijire actualizat. Acest lucru este important mai cu seamă pentru beneficiarii care părăsesc mediul instituțional și își încep viața în comunitate și care pot să câștige încredere, să dezvolte noi abilități și să-și vadă starea de sănătate îmbunătățită. Dar dacă starea de sănătate a unei persoane se deteriorează în fiecare din cele două sisteme de îngrijire, atunci va avea nevoie de un grad mai ridicat de asistare. Serviciile trebuie să se adapteze ritmului în care se schimbă nevoile individului, chiar dacă aceasta va însemna, implicit, o modificare a costului de îngrijire.

⁷⁴ Peer Review "Alegerea, calitatea și echitatea în serviciile sociale", Danemarca, 1 aprilie 2009, Documentul independent al României, disponibil la: <http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2009/combining-choice-quality-and-equity-in-social-services/romania-dk09/download>

4. Capacitatea și disponibilitatea serviciilor

Într-un sistem de îngrijire comunitară de calitate, informarea și consilierea inițială sunt urmate de evaluarea nevoilor și a mijloacelor, după care pasul următor ar fi ca persoana să înceapă să beneficieze de servicii. Capacitatea serviciilor indică dacă există o ofertă care să satisfacă cererea de servicii, în timp ce disponibilitatea se referă la asigurarea accesului tuturor la serviciile de îngrijire comunitară. De aici pot apărea problemele de acoperire geografică, dacă nu au apărut deja, în momentul în care persoana solicită consiliere pentru prima dată.

Cel mai simplu indicator al capacității reduse a unui serviciu este probabil lista de așteptare, a cărei existență poate reflecta lipsa unei planificări strategice sau a unei finanțări adecvate. Acest fenomen are influență atât asupra îngrijirii comunitare, cât și asupra instituțiilor, și poate fi interpretat în diferite moduri. Directorii și administratorii instituțiilor pot interpreta această listă ca fiind un vot de incredere și expresia dorinței sincere a beneficiarilor de a fi internați acolo. Totuși, este mult mai probabil că aceasta oglindește lipsa alternativelor și faptul că populația care se confruntă cu un viitor incert alege ceea ce cunoaște mai bine – instituția. Lista de așteptare poate reprezenta un cerc vicios care se perpetuează, odată ce populația află de existența ei; de obicei oamenii solicită evaluarea nevoilor sau unele servicii înainte de a fi necesare, doar pentru a-și asigura un loc pentru viitor. În îngrijirea comunitară, lista de așteptare poate fi văzută la fel, ca un semnal al încrederii ridicate în noul model care urmează dezinstituționalizării; totuși, aceasta reflectă și o slabă planificare și o finanțare neadecvată.

Chiar și în țările în care îngrijirea comunitară există de mai mult timp, acoperirea geografică încă variază între zonele rurale și urbane. În multe locuri, acest decalaj este agravat de situația economică slabă din unele zone subdezvoltate, predominant agricole. Zone rurale îndepărtate, din Finlanda până Spania sau Serbia, nu sunt acoperite suficient în ce privește serviciile, iar populația tânără care migrează spre orașe agravează și mai mult această problemă.

“Furnizarea serviciilor sociale publice nu a reușit întotdeauna să ajungă la cei în nevoie și a devenit din ce în ce mai costisitoare, micile organizații neguvernamentale și companii private înființate de unul sau doi localnici care sunt, de asemenea, parțial subvenționate de stat, au început să ofere servicii ca masa pe roți, grădărit, curățenie, igienă și escortă, toate contra unei taxe modice.”⁷⁵

Ungaria a înființat servicii comunitare pentru persoane cu boli mintale, dar acoperirea acestora este „simbolică” conform opiniei unui membru ESN. Într-o țară în care aproximativ 300.000 – 400.000 de persoane se confruntă cu grave probleme de sănătate mintală cel puțin o dată în viață și au nevoie de sprijin pentru a-și reveni, nu vom găsi mai mult de „50 de centre de zi pentru persoane cu boli mintale și aproximativ 90 de echipe mobile de management de caz, deservind în total între 5.000 și 7.000 de beneficiari.” O problemă similară se observă și în România, unde numărul total al persoanelor cu dizabilități intelectuale este în jur de 89.000; conform statisticilor oficiale „doar 96 de persoane trăiesc într-o locuință protejată, ceea ce

⁷⁵ Raportul ESN "Accesul la servicii sociale de calitate", op.cit.

*înseamnă 0,11%. Mai mult, doar 263 de persoane au un loc într-un centru de zi (0,3%)”.*⁷⁶

În zonele rurale din Ungaria, accesul la cele mai elementare servicii a fost foarte limitat mult timp după căderea comunismului. Ca răspuns la acest decalaj, Ungaria a început să dezvolte un model local de servicii, centrat în jurul unui „îngrijitor” sau „Gondnok” din localitate, în 828 de sate. Programul s-a dovedit un succes și este recunoscut acum ca un element cheie al sistemului. Îngrijitorii îndeplinesc o serie de servicii: îi conduc pe beneficiari la centrele de zi, le ridică medicamentele, îi însoțesc pe copii la și de la școală, pregătesc și distribuie „masa pe roți” etc. Aceste servicii de bază sporesc independența persoanei și îi permit acesteia să locuiască în propria casă pentru mai mult timp.⁷⁷

Capacitatea și disponibilitatea serviciilor trebuie menținute de către autoritățile locale în baza evaluării nevoilor strategice, planificării locare și responsabilității bugetare. Tendințele demografice, migrația, progresul tehnologic și situația economică pot avea un impact semnificativ asupra capacității și disponibilității serviciilor, la fel ca și schimbarea nevoilor și preferințelor beneficiarilor.

⁷⁶ Peer Review, Danemarcam, 2009, Documentul independent al României, op.cit.

⁷⁷ Mai multe informații se găsesc în raportul ESN „Serviciile sociale de bază în localitățile rurale, îngrijirea comunitară în satele și fermele izolate din Ungaria”, disponibil la: <http://esn-eu.org/get-document/index.htm?id=141>

5. Alegerea

În cazul îngrijirii comunitare, alegerea este un concept larg: el nu se referă doar la a alege între diferiți furnizori ai aceluiași serviciu sau între diferite servicii, ci la modul în care o persoană își trăiește viața. Am văzut mai devreme în raport cum instrumentele drepturilor omului susțin ideea de alegere, de vreme ce acestea permit unei persoane să-și controleze propria viață, adică să fie independentă și liberă. Atunci când o persoană își exercită acest drept, aceasta trebuie să fie o alegere informată cu privire la serviciile de care va beneficia, unde va locui și ce va face cu viața ei din punctul de vedere al educației sau locului de muncă. Acest lucru ne duce înapoi la importanța informării și consilierii clare și la evaluarea corectă a nevoilor și preferințelor individuale ale persoanei. Aceasta poate atrage după sine și niște riscuri (de exemplu riscul de a se confrunta cu stigmatizarea în comunitate, sau riscul ca locul de muncă pe care l-au primit să nu fie potrivit), în schimbul oportunității unei calități mai bune a vieții.

Între timp, într-o instituție alegerea poate fi văzută ca alegerea unor facilități din interiorul zidurilor acesteia. Într-adevăr, există o convingere larg răspândită că doar instituțiile mari sunt capabile să garanteze facilități ca bazinul de înot sau vizita zilnică a unui medic specialist. Opinia că instituțiile oferă mai multe opțiuni – rezultată din neînțelegerea obiectului alegerii – a fost respinsă în raportul european din 2009 care evidențiază faptul că instituțiile tind să-i trateze pe toți rezidenții la fel, restricționând alegerea individuală în favoarea unui program prestabilit.

Acordarea posibilității beneficiarilor de a alege nu este o sarcină ușoară și multe țări se luptă pentru a o face posibilă. În Estonia, intrarea pe piață a unor noi furnizori de servicii de

îngrijire pe termen lung este foarte înceată din cauza marjei scăzute a profitului, așa că alegerea serviciilor nu este posibilă din cauza ofertei limitate.⁷⁸ Măsurile tipice de îmbunătățire a opțiunii în îngrijirea comunitară includ bugetele personale sau voucher-ele, care stimulează piața, dar și acestea ar putea da naștere la opoziție pe motivul de „sarcini administrative suplimentare și probleme de monitorizare.”⁷⁹ În țări cu capacitate redusă a serviciilor, furnizorii pot să aleagă beneficiarul serviciilor oferite, să ia „crema”, respectiv cazurile cele mai puțin problematice și cu costurile cele mai mici. Aceasta este exact opusul a ceea ce dorim noi să promovăm.

În unele țări există diferențe regionale considerabile atunci când este vorba de oportunitatea de a face o alegere informată a furnizorilor de servicii. Membrii ESN spun că alegerea este posibilă în nordul și centrul Italiei, unde serviciile au o acoperire geografică bună datorită finanțării corespunzătoare și personalului suficient, atât în cadrul sectorului public cât și al organizațiilor non-profit sau al ceror cu scop lucrativ. Totuși, în sudul Italiei alegerea este puțin probabil să fie posibilă, deoarece serviciile de bază ori nu există, ori au o capacitate insuficientă; regiunea de sud se bazează în mare parte pe îngrijirea informală în familie, completată de angajarea îngrijitorilor emigranți, fapt care compensează lacunele din serviciile publice.

⁷⁸ Peer Review "Alegerea, calitatea și echitatea în serviciile sociale", Danemarca 01 aprilie 2009; documentul Estoniei, disponibil la: <http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2009/combining-choice-quality-and-equity-in-social-services/estonia-dk09/download>

⁷⁹ Peer Review: Alegerea, calitatea și echitatea în serviciile sociale, Danemarca 01 aprilie 2009; document al Ungariei, disponibil la: <http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2009/combining-choice-quality-and-equity-in-social-services/estonia-dk09/download>

În Europa Centrală și de Est, serviciile comunitare sunt considerate încă netestate și cu multe șanse de a fi desființate prematur (de exemplu când un donator își retrage finanțarea sau când se schimbă guvernul). Nu este surprinzător deci că persoanele vulnerabile și familiile lor preferă o instituție în locul îngrijirii în comunitate. Chiar dacă legislația sprijină îngrijirea comunitară mai mult decât pe cea instituțională, realitatea din teren face dificil accesul la aceste servicii, așa că oamenii preferă să solicite îngrijirea instituțională, așa cum arată un membru ESN ceh:

„În multe cazuri cererea depășește oferta în asemenea măsură încât a vorbi despre alegere este o lipsă de sinceritate. Oamenii apelează la îngrijirea instituțională pentru că aceasta există, chiar dacă listele de așteptare sunt din ce în ce mai lungi.”

În cele din urmă, capacitatea de a alege poate fi limitată de considerații financiare, dat fiind faptul că îngrijirea comunitară presupune adesea o co-plată din partea beneficiarilor. Deci persoanele cu situație financiară mai bună ar putea să cumpere servicii de calitate mai bună. Așa se întâmplă, spre exemplu, în Lituania, unde prețul serviciilor de asistență socială nu este reglementat, iar furnizorii pot să stabilească taxe proprii. Cu cât serviciile sunt mai scumpe, cu atât mai mult crește calitatea lor dar, în realitate, poate fi avantajat serviciul cel mai ieftin, deoarece acesta este accesibil celor în nevoie.⁸⁰

Legislația specială poate fi uneori necesară pentru a le da beneficiarilor posibilitatea alegerii. În Suedia, guvernul a adoptat în anul 2009 decretul numit „Libertatea de a alege”, introducând voucher-ele și impunând aceeași plată pe oră, indiferent de furnizor.

În acest model, furnizorii disponibili sunt acreditați de municipalitate, pe mai multe criterii de calitate. Competiția dintre furnizori pentru beneficiari va duce la creșterea calității serviciilor și va stimula piața serviciilor.⁸¹

De asemenea, bugetele personale pot să stimuleze în continuare piața, ajutându-i pe cei mai buni furnizori să se extindă. Dacă sunt bine gestionate, acestea vor transforma beneficiarii din receptori pasivi ai îngrijirii în co-producători. Cu toate acestea, este nevoie de un cadru legislativ clar care să protejeze atât beneficiarii, cât și furnizorii, un mecanism financiar stabil și clar cu privire la ceea ce ar trebui să fie accesibil gratuit tuturor celor în nevoie și care dintre servicii sunt cofinanțate în funcție de venitul beneficiarului. Introducerea bugetelor personale poate uneori să ducă la rezultate neașteptate. În Suedia, persoanele cu dizabilități s-au organizat, și-au reunit toate resursele și au cumpărat servicii de îngrijire colectiv, devenind efectiv administratorii propriilor servicii de îngrijire.

În Republica Cehă, bugetele personale, introduse în 2007, nu au avut rezultatele așteptate în ceea ce privește îmbunătățirea serviciilor oferite și condițiile mai bune de a alege, pentru beneficiari. Lipsa mecanismelor de control și flexibilitatea insuficientă a furnizorilor de servicii au făcut ca un mare număr de persoane să-și păstreze bugetele, ca un supliment la venit, și să nu le utilizeze pentru a cumpăra servicii de îngrijire.

Potrivit observațiilor ESN, bugetele personale pot să reprezinte un instrument puternic, care să contribuie la concentrarea fondurilor și eforturilor pe persoane și nu pe structuri, dar nu vor crea în îngrijirea comunitară, în mod miraculos, posibilități de alegere.

⁸⁰ Peer Review: "Alegerea, calitatea și echitatea în serviciile sociale", Danemarca 01 aprilie 2009; documentul Lituaniei, disponibil la: <http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2009/combining-choice-quality-and-equity-in-social-services/lithuania-dk09/download>

⁸¹ Raportul ESN "Contractare pentru calitate", publicat în anul 2010, disponibil la: <http://www.esn-eu.org/get-document/index.htm?id=498>

Pot stimula oferta atunci când condițiile de piață au fost create și când furnizorii de servicii sunt pregătiți pentru o competiție corectă pentru câștigarea clienților. Cu toate acestea, piața mai are încă nevoie de un management atent, pentru a asigura un nivel decent de calitate pentru toți.

6. Asigurarea calității, inspecția și îmbunătățirea

Tranziția de la îngrijirea instituțională la cea comunitară trebuie să aibă ca scop îmbunătățirea calității vieții beneficiarilor, adică bunăstarea lor completă, care include și aspectele emoționale, sociale și psihice din viața unui individ. Trebuie să ne amintim că tranziția nu este un proces prin care beneficiarii trec de la îngrijirea rezidențială de slabă calitate, la îngrijirea comunitară de o calitate la fel de slabă. Dacă nu se poate asigura o calitate bună, îngrijirea comunitară va avea ca rezultat o depreciere a vieții beneficiarilor și excluziunea socială a acestora. Cum se poate asigura și îmbunătăți continuu calitatea îngrijirii și a vieții beneficiarilor de servicii sociale (comunitare) este una din cele mai provocatoare întrebări.

Calitatea vieții (bunăstarea unui individ) este adesea confundată cu calitatea serviciului, care indică respectul furnizorului pentru lege. În îngrijirea instituțională, al doilea tip de calitate este mai simplu de respectat. Instituțiile pot să se conformeze parametrilor stabiliți de autorități, cum sunt raportul între numărul personalului și cel al rezidenților sau suprafața locuibilă pe persoană. Zona în care se prezintă cel mai slab este cea a calității vieții, deoarece rutina, dimensiunile și cultura instituțională nu sunt în favoarea preferințelor individuale. În îngrijirea comunitară este mult mai dificil de măsurat calitatea îngrijirii deoarece serviciile sunt mult mai flexibile și mai prompte în a răspunde nevoilor beneficiarilor. Acest lucru le face cu atât mai mult să privească individul ca pe o persoană completă, cu nevoi emoționale, sociale și fizice.

Preocuparea pentru calitate (a îngrijirii) a dus la dezvoltarea standardelor de calitate și a criteriilor de referință față de care aceasta

poate fi măsurată. În Europa Centrală și de Est – spre deosebire de „vechile state membre” – primele standarde de calitate au fost introduse în scopul îmbunătățirii serviciilor din sectorul public. Centrele și căminele din subordinea autorităților publice trebuiau să se conformeze unui număr de reguli cu privire la numărul personalului, dimensiunea camerelor, programul și managementul de caz. Aceste reguli nu au fost extinse și la organizațiile neguvernamentale sau la cele cu scop lucrativ deoarece acestea nu erau prezente pe piață la acel moment, sau nu erau înregistrate ca având obiectul de activitate „în domeniul social”.

În Polonia spre exemplu, numeroase instituții private de îngrijire pe termen lung sunt adesea înregistrate ca „hoteluri” sau „ferme de recreere” pentru a evita să fie înregistrate și supuse inspecțiilor. Probabil că rezidenții au beneficiat de taxe mai mici sau de o perioadă de așteptare mai scurtă, adesea la costul serviciilor sociale și medicale adecvate, dar acestea s-au extins în neglijare și abuzuri, făcute publice de mass media poloneză. Această problemă a fost recunoscută acum de către Ministerul muncii și politicilor sociale, apărând discuțiile cu privire la modul de creștere a gradului de conștientizare asupra riscurilor asociate centrelor rezidențiale neînregistrate și pentru a convinge furnizorii să intre în sistemul de asistență socială.

În Europa, standardele de calitate sunt foarte diferite, iar în unele țări ele variază semnificativ și de la o regiune sau municipalitate la alta. Acest fapt a făcut ca multe țări să reconsidere sistemul general de asigurare a calității, aplicabil unui anumit tip de servicii (de exemplu îngrijirea copilului), sau extins la toate serviciile sociale. Aceasta ar implica

înregistrarea furnizorilor de servicii, întocmirea de către aceștia de rapoarte regulate cu privire la îndeplinirea standardelor aprobate la nivel național și controlul spațiilor și facilităților în care se desfășoară serviciile.

La nivel European au fost dezvoltate de asemenea mai multe sisteme: EQUASS⁸², E-Qalin⁸³ și, mai recent, Cadrul voluntariatului european pentru calitate în servicii sociale (Voluntary European Quality Framework for Social Services)⁸⁴, elaborat de Comitetul pentru protecție socială.⁸⁵ Acest cadru „își dorește să dezvolte o înțelegere comună cu privire la calitatea serviciilor sociale din UE, prin identificarea principiilor de calitate pe care acestea trebuie să le îndeplinească”. Este conceput spre a fi „suficient de flexibil pentru a fi aplicat într-un context național, regional sau local ... și pentru o varietate de servicii sociale” și, de asemenea, „compatibil și complementar abordărilor naționale existente cu privire la calitate”.

Cadrul european al calității stabilește patru categorii de principii ale calității:

- principii generale de furnizare a serviciilor (de exemplu, disponibilitatea, accesibilitatea, exhaustivitatea, abordarea centrată pe persoană)
- principii privind relațiile dintre furnizori și beneficiari (de ex. participarea, responsabilizarea și respectul pentru beneficiari)
- principii privind relațiile dintre furnizorii de servicii, autorități locale, partenerii sociali și alte părți interesate (de

exemplu, parteneriatul și buna guvernare)

- principii privind capitalul uman și material (condiții bune de muncă, infrastructură adecvată).

Odată cu recunoașterea dimensiunilor structurale și procedurale ale îngrijirii de calitate (clădiri, personal, proces, rezultate), trebuie luată în considerare și perspectiva beneficiarului, adică respectul, demnitatea, responsabilizarea acestuia. Aceste valori care dau calitatea vieții persoanelor vulnerabile sunt adesea absente din sistemele de calitate naționale sau regionale, având în vedere cât sunt de greu de măsurat, în special dacă e vorba de parametri numerici, ca suprafața, raportul numărului de personal, etc. În Bulgaria, potrivit unui membru ESN, „monitorizarea calității se axează în principal pe oportunitatea cheltuielilor și nu pe impactul asupra calității vieții.”

Furnizorii de servicii, în mod ideal, ar trebui să aibă un sistem propriu de management al calității - EQUASS și E-Qalin sunt astfel de sisteme. Acesta este un exemplu elocvent al angajamentului lor pentru îngrijirea de calitate și pentru îmbunătățirea continuă. Într-un studiu recent al ESN, „Contractare pentru calitate”⁸⁶, furnizori de servicii de îngrijire pentru persoane vârstnice din Spania, Suedia și Republica Cehă au relatat că folosesc sisteme ISO sau EFQM, sau au dezvoltat sisteme proprii. Pentru acești furnizori, angajamentul finanțatorului (în cea mai mare parte autorități publice locale sau regionale) cu privire la calitate a fost, de asemenea, important pentru amplasarea unității de asistență socială. Unele autorități locale sunt dispuse să sprijine creșterea calității; Consiliul districtului Surrey (Marea Britanie), spre

⁸² Calitatea europeană în servicii sociale (European Quality in Social Services - EQUASS), mai multe informații se găsesc la: <http://www.epr.eu/index.php/equass>

⁸³ Managementul de calitate în îngrijirea vârstnicilor: E-Qalin, mai multe informații se găsesc <http://www.ede-eu.org/index.php?page=eqalin>

⁸⁴ Voluntary European Quality Framework for Social Services (SPC/2010/10/8 final), disponibil la: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=6140&langId=en>

⁸⁵ ⁸⁵ <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=758&langId=en>

⁸⁶ Leichsenring K., Barnett S., Rodrigues R. (2010). "Contractarea pentru calitate", European Social Network, disponibil la: <http://www.esn-eu.org/get-document/index.htm?id=498>

exemplu, oferă subvenții furnizorilor care au avut rezultate slabe la inspecțiile naționale.

Rolul inspecției externe (independente) este de asemenea foarte important în asigurarea îndeplinirii standardelor (indiferent de scopul acestora). Recunoscând acest lucru, în anul 2000 Republica Cehă a lansat un proiect pilot pentru stabilirea standardelor de calitate și a inspecției în sectorul asistenței sociale. Șase ani mai târziu a fost înființată o agenție de inspecție independentă, cu 14 filiale regionale.⁸⁷ În Scoția, Agenția de inspecție socială⁸⁸ (AIS), a controlat toate serviciile de asistență socială până în luna aprilie 2011 și a elaborat un raport pe care l-a făcut public și l-a prezentat în parlament. Agenția de inspecție socială a pus un accent deosebit pe obținerea de date concrete, la fața locului, cu privire la calitatea serviciilor dintr-o anumită localitate:

“Controlul nostru independent, sistematic, [s-a] bazat pe informații obținute de la sursă, de la oamenii care beneficiază de servicii: îngrijitori, personal sau alte persoane implicate.”

În timp ce înregistrarea și controlul furnizorilor au fost efectuate de către o agenție diferită, modelul de inspecție al AIS (vezi diagrama de mai jos) a avut o vedere de ansamblu a întregului sistem dintr-o zonă, de la informarea și consilierea beneficiarilor și până la capacitatea de conducere strategică a autorităților locale.

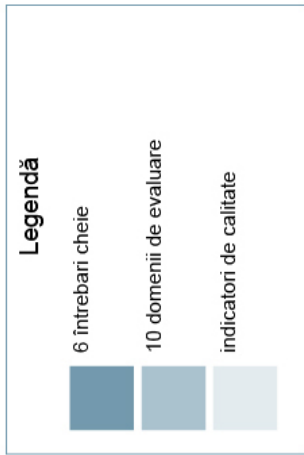
Pe parcursul tranziției de la îngrijirea instituțională la cea comunitară va dura ceva timp pentru a se trece de la un sistem de control al instituțiilor (în cazul în care au existat) cu privire la anumite standarde structurale, la unul care este capabil să evalueze rezultatele obținute de beneficiari cu privire la calitatea vieții și să sprijine toți actorii din sistemul de îngrijire comunitară pentru a-și îmbunătăți continuu serviciile oferite populației. Acest lucru necesită un angajament pentru schimbare, inspirat de o viziune și de un lider eficient, care să scoată serviciile de inspecție din starea statică, „de conformitate cu normele” și să le îndrepte spre un model dinamic, orientat pe rezultate și care să promoveze cultul auto-perfecționării și să pună în centrul tuturor interacțiunilor oamenii și nu structurile.

⁸⁷ ESSC, 22-24 iunie 2009 Praga, prezentare a Ministerul Ceh al muncii și afacerilor sociale, Regiunea Boemia Centrală și Bellevue (furnizor de servicii), disponibilă la: http://www.esn-eu.org/prague/downloads/workshop_presentations/3_MoLSA_Cermakova_fin.ppt

⁸⁸ În data de 1 aprilie 2011 atribuțiile Agenției de inspecție socială au fost preluate de o nouă autoritate, Social Care and Social Work Improvement Scotland (SCSWIS). Mai multe detalii la: <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2009/01/14115818/4>

MODEL DE ÎMBUNĂȚĂȚIRE A PERFORMANȚEI

Ce rezultate cheie am obținut?	Ce impact avem asupra beneficiarilor și asupra altor persoane interesate?	Care este calitatea furnizării proceselor cheie?	Care este calitatea managementului?	Cât de performant este leadership-ul?	Care este capacitatea noastră de perfecționare?
1. Rezultate cheie	2. Impactul asupra beneficiarilor	5. Furnizarea proceselor cheie	6. Dezvoltarea de politici publice și servicii, planificarea și performanța managementului	9. Leadership-ul și direcția	10. Capacitatea de perfecționare
Rezultate referitoare la adulți, îngrijitori, copii și familii Performanța în raport cu obiectivele naționale și locale	Experiența indivizilor, copilor, părinților acestora și îngrijitorilor care beneficiază de serviciile noastre	Accesul la servicii Planificarea zilnică și alocarea resurselor Evaluarea, managementul îngrijirii și supervizarea reglementată Managementul riscului și responsabilitatea Abordarea personalizată Incluziune, egalitate și corectitudine Furnizarea reunită și integrantă a serviciilor	Dezvoltarea de politici și proceduri Planificarea operațională și a serviciilor Planificarea strategică, inclusiv a parteneriatelor Implicarea beneficiarilor, îngrijitorilor și a altor persoane interesate Diversitatea și calitatea serviciilor Asigurarea calității și îmbunătățirea continuă	Viziune, valori și obiective Leadership-ul oamenilor Leadership-ul schimbării și perfecționării	Gândirea globală bazată pe date reale din toate domeniile cheie, în special rezultate, impact și leadership
3. Impactul asupra angajaților	Motivarea și satisfacția Ownership-ul angajaților asupra viziunii, politicii și strategiei				
4. Impactul asupra comunității	Percepția comunității, înțelegerea și implicarea Impactul asupra altor persoane interesate Capacitatea comunității				
7. Managementul și susținerea angajaților					
8. Resursele și creșterea capacității					



7. Incluziunea socială

Tranziția la îngrijirea comunitară și dezvoltarea acesteia trebuie urmărite în mod constant, prin prisma drepturilor omului (cu privire la respect, alegere, participare și protecție, principiile etice ale asistenței sociale, responsabilizare și valorizare a individului), și prin prisma mărturiilor foștilor rezidenți ai instituțiilor tradiționale. A fi îngrijit într-o instituție, fie că vorbim de un copil, o persoană cu dizabilități sau o persoană vârstnică, înseamnă a fi departe de casă, adesea într-un alt oraș sau o altă regiune, având un contact limitat cu lumea de afară, inclusiv cu familia sau prietenii. Aceasta îi îndepărtează pe oameni unii de ceilalți, îi segregă și îi etichetează; nu le oferă o viață asemenea celorlalți și împreună cu ceilalți: este o formă de excluziune socială în masă.

Asistența comunitară, pe de altă parte, își propune să păstreze oamenii în comunitatea locală, acasă sau într-un mediu asemănător celui familial, cât de mult timp posibil, oferindu-le cele mai bune șanse de a atinge o incluziune socială deplină. Serviciile comunitare bune se concentrează asupra menținerii independenței beneficiarilor prin a le permite – atât cât este posibil – să trăiască așa cum doresc. Câteodată furnizorii oferă servicii atât beneficiarilor cât și publicului larg, renunțând astfel la bariera dintre „persoanele în nevoie” și „oamenii normali”, căroră s-ar putea să le facă plăcere să participe la un curs local de meditație sau la cafeneaua centrului comunitar. Unele servicii comunitare sunt localizate în apropierea unei biblioteci, a unui cabinet medical sau a altor servicii publice, dând astfel posibilitatea beneficiarilor de servicii sociale să interacționeze cu vecinii, prietenii și rudele, în condiții „normale”.

Este totuși important de remarcat că dezvoltarea îngrijirii comunitare nu conduce automat la incluziunea socială deplină; ea creează doar condiții pentru aceasta. Și viața în propria locuință poate duce la izolare, spre exemplu, când este vorba de o persoană în vârstă, cu mobilitate redusă, a cărei familie s-a mutat în altă parte a țării; s-ar putea ca aceste persoane să nu vadă pe altcineva în afară de personalul care o îngrijește. Un membru ESN din Islanda a relatat că unele persoane vârstnice au preferat chiar să se mute în centre rezidențiale mici deoarece se simțeau mai în siguranță acolo și intrau mai ușor în contact cu alții.

În Italia, unde procesul de dezinstituționalizare a început la sfârșitul anilor 70, mai sunt multe de făcut pentru promovarea relațiilor dintre beneficiarii de servicii sociale și restul comunității. Un coleg din ESN spune:

„Nu au fost îndeplinite: mulți beneficiari rămân fără serviciu, au o activitate socială limitată și adesea ajung să trăiască în medii protejate.”

Tranziția la îngrijirea comunitară este adesea o experiență traumatizantă pentru beneficiarii care au fost izolați de societate timp de mai mulți ani. Nu le este ușor să dezvolte sau să recâștige abilitățile sociale și să aibă curajul de a intra în contact cu persoane străine. Populația locală poate să facă situația și mai dificilă pentru foștii rezidenți ai instituțiilor, îndepărtându-se de ei, ignorându-i sau chiar recurgând la violență verbală sau fizică față de aceștia. Atât experiența italiană cât și cea americană arată că ambele părți – foștii rezidenți și populația locală – au nevoie de ajutor pentru a se pregăti pentru tranziția spre serviciile din comunitate.

Atitudinea populației locale față de foștii rezidenți poate contribui la succesul sau eșecul dezinstituționalizării. În Suedia s-a acordat o mare atenție acestei probleme și s-au făcut deja progrese remarcabile în acest sens:

„Am plecat de la instituțiile mari, la locuințe individuale sau de grup și la integrarea în societate. În trecut, oamenii cu dizabilități erau ascunși – astăzi pot fi văzuți în reclame sau emisiuni de televiziune.”⁸⁹

Totuși, membrii suedezi ai ESN recunosc cât de importantă este conștientizarea cu privire la dizabilități și bolile mintale. Unele persoane, în special cele cu boli mintale, sunt încă stigmatizate:

„Liderii trebuie să conducă prin puterea exemplului și să se asigure că îi tratăm pe cei care suferă de boli mintale ca pe niște cetățeni egali, îi respectăm și îi ajutăm cu discreție să aibă o viață asemenea celorlalți și împreună cu ceilalți.”

Stereotipurile și prejudecățile negative dispar greu. Persoanele care părăsesc instituțiile se confruntă adesea cu o populație neprimitoare, preocupată de propria siguranță și de reputația cartierului. În Republica Cehă, asistenții sociali și managerii au petrecut mult timp mergând din ușă în ușă, vorbind cu vecinii despre planurile de înființare a unor apartamente protejate în acea zonă. În prima fază răspunsurile au fost negative, dar curând după ce primii beneficiari s-au mutat în acele apartamente atitudinea comunității s-a schimbat, de la ostilitate la indiferență. Chiar dacă acest lucru indică o evoluție pozitivă, mai este mult până când acești beneficiari vor fi integrați în comunitate.

În cele din urmă, în vederea consolidării coeziunii și incluziunii sociale, pentru a satisface atât nevoile de bază cât și pe cele complexe, serviciile din comunitate trebuie să fie coordonate și interconectate. Dar adesea nu se întâmplă astfel. Un membru italian al ESN susține că reforma italiană de dezinstituționalizare din 1978 nu s-a ridicat la înălțimea așteptărilor deoarece serviciile comunitare pentru persoane cu probleme mintale nou înființate au fost deconectate de la serviciile sociale și de la cele de ocupare a forței de muncă. În localitățile mai mici, unde toți locuitorii se cunosc între ei, această situație a fost atenuată prin intermediul contactelor personale dintre membrii relevanți ai personalului. Totuși, în orașele mari, beneficiarii serviciilor de sănătate mintală întâmpină un risc de excluziune socială mai mare.

Spre deosebire de îngrijirea instituțională, serviciile comunitare au potențialul de a contribui la incluziunea socială. Acest lucru nu se va întâmpla fără o conducere locală pricepută, care poate face ca prevenirea instituționalizării și crearea condițiilor pentru ca cei mai vulnerabili membri ai societății să fie incluși și să ducă o viață cât mai normală posibil, să fie „treaba tuturor”. Gradul în care foștii rezidenți ai instituțiilor au acces la educație și locuri de muncă, și nivelul stigmatizării în rândul populației - aceștia vor fi indicatorii cei mai importanți ai succesului dezinstituționalizării, în transformarea unei situații de excluziune într-una de incluziune socială.

⁸⁹ Citat al unui membru ESN

Crearea și dezvoltarea unui sistem eficient de îngrijire comunitară este o sarcină dificilă. În mod ideal, ar trebui să înceapă cu evaluarea și planificarea nevoilor domeniilor strategice, care identifică nevoile actuale și viitoare ale populației. Pe baza acestor informații globale, factorii de decizie politică pot să aleagă în cunoștință de cauză modul de finanțare, proiectare și furnizare a serviciilor locale de îngrijire.

Orice persoană care solicită îngrijire sau sprijin trebuie să beneficieze de o evaluare individuală similară, în vederea identificării nevoilor și dorințelor acesteia, iar serviciile să fie furnizate în consecință. Toți beneficiarii trebuie să aibă acces la servicii de informare și consiliere pentru a afla mai multe despre drepturile și responsabilitățile lor, despre furnizorii locali și servicii, pentru a-și putea cântări opțiunile.

Odată ce s-a încheiat evaluarea nevoilor individuale iar beneficiarul știe exact care-i sunt opțiunile, acesta va putea accesa serviciile pe care le dorește. Pentru a face posibil acest lucru, factorii politici locali trebuie să se asigure că acele servicii sunt disponibile, variate și sustenabile. S-ar putea să existe obstacole structurale care vor trebui întâi îndepărtate, de asemenea capacitatea și

disponibilitatea unor servicii ar putea să necesite îmbunătățire în timp.

Serviciile de îngrijire comunitară, nou înființate sau preexistente, trebuie să aibă ca scop creșterea calității vieții beneficiarilor, adică bunăstarea lor globală, incluzând toate aspectele emoționale, sociale și fizice din viața unei persoane. Acest lucru înseamnă trecerea de la un sistem de control al serviciilor pe baza unor standarde structurale, la un sistem care poate să evalueze rezultatele obținute de beneficiari prin prisma calității vieții acestora și să sprijine toți actorii implicați în sistemul de îngrijire comunitară pentru a-și îmbunătăți continuu calitatea serviciilor destinate cetățenilor.

În final, liderii locali trebuie să fie foarte atenți, pentru a nu recrea o cultură instituțională rigidă în îngrijirea comunitară, perpetuând astfel cercul stigmatizării și excluзии sociale. Spre deosebire de îngrijirea instituțională, serviciile comunitare au potențialul de a contribui la incluziunea socială, dar acest lucru nu se va întâmpla în mod automat. Este nevoie de o conducere pricepută care să creeze condițiile necesare pentru ca și cei mai vulnerabili membri ai societății să fie incluși și să ducă o viață cât mai normală cu putință, iar aceasta să fie „treaba tuturor”.

Note:

Handwriting practice area with 20 sets of horizontal dotted lines.

Dezvoltarea îngrijirii comunitare



www.esn-eu.org

Etapele
următoare



ETAPELE URMĂTOARE

Lansarea reformelor de dezinstituționalizare implică focalizarea pe persoane și nu pe structuri și proceduri, ascultarea și respectarea dorințelor beneficiarilor, promovarea autonomiei și păstrarea demnității acestora. Înlocuirea modelului de îngrijire instituțională cu serviciile furnizate în comunitate este considerată *„cea mai importantă schimbare în politicile și modelele de furnizare a serviciilor sociale (...) din ultimii 50 de ani.”*⁹⁰

Mesajul acestui raport este acela că tranziția de la îngrijirea instituțională la cea comunitară este de dorit și – în ciuda dificultăților – realizabilă. Este o oportunitate de a se construi comunități locale mai solidare și mai dinamice, unde fiecare cetățean își poate realiza potențialul. Comunitățile care încurajează talentul și îndepărtează bariere au mai multe șanse de a prospera și de a deveni locuri în care se poate trăi și munci bine.

Noi toți putem avea un rol în acest proces. Universitățile și institutele de cercetare din Europa pot contribui la o mai bună înțelegere a fenomenului instituționalizării prin stabilirea unei terminologii comune și prin evaluarea punctelor tari și a punctelor slabe, atât ale îngrijirii comunitare cât și a celei instituționale. Acestea pot, de asemenea, să ne îmbogățească cunoștințele cu privire la rentabilitatea intervenției politicilor sociale. Acest tip de cercetare, condusă de prof. Martin Knapp în domeniul sănătății mintale, furnizează răspunsuri științifice la întrebarea „ce funcționează” și demonstrează unde este mai profitabil să se investească resursele publice tot mai limitate.

Mai mult, oamenii de știință pot să propună o metodologie comună în vederea colectării de date cât mai corecte. Aceasta ar fi de ajutor și birourilor de statistică ale UE 27 să colecteze și să evalueze date locale și regionale cu privire la capacitatea și sustenabilitatea îngrijirii instituționale și a celei comunitare, utilizând indicatori unici europeni. Statisticile standardizate și comparabile vor putea deschide calea spre evaluarea comparativă europeană și vor putea informa cu privire la dezbaterea viitoarelor reforme și evoluții din domeniul politicilor sociale.

Comisia Europeană poate oferi un stimulent puternic pentru a se devolta în continuare alternative de îngrijire comunitară. Comisia este deja implicată în acest proces și *„finanțează studii cu privire la furnizarea serviciilor comunitare (...) în vederea atingerii unor niveluri corecte de securitate, libertate și independență care să caracterizeze viața în comunitate.”*⁹¹ DG EMPL, REGIO, SANCO și JUST sunt organismele implicate în reuniunile Grupului de experți în domeniul tranziției spre îngrijirea comunitară și susțin mandatul acestuia. Cu toate acestea, încă mai există o problemă legată de fondurile structurale UE care sunt folosite pentru a repara și renova instituțiile mari și învechite din noile state membre, problemă ce trebuie abordată. Acest lucru poate fi realizat în cadrul Strategiei Europa 2020, așa cum este prevăzut în comunicatul 'Strategia europeană pentru persoanele cu dizabilități 2010-2020: un angajament reînnoit pentru o Europă fără bariere', în care Comisia însăși se angajează să acționeze:

⁹⁰ Mansell J., Ericsson K. (eds), "Dezinstituționalizarea și viața în comunitate: servicii pentru persoanele cu dizabilități intelectuale în Marea Britanie, Scandinavia și SUA", Londra: Chapman and Hall, 1996

⁹¹ DG JUSTICE, Abordarea discriminării- persoanele cu dizabilități, prima pagină, disponibil la: http://ec.europa.eu/justice/discrimination/disabilities/index_en.htm

“ Să promovăm tranziția de la îngrijirea instituțională la cea comunitară folosind Fondurile structurale și Fondul de dezvoltare rurală pentru sprijinirea dezvoltării serviciilor comunitare și să creștem gradul de conștientizare cu privire la situația persoanelor cu dizabilități care trăiesc în instituții, în special copii și persoane vârstnice.”⁹²

Acest angajament important a fost de asemenea reflectat în proiectele legislative cu privire la Fondurile structurale UE pentru perioada 2014-2020 care menționează atât “tranziția de la îngrijirea instituțională la cea comunitară”, una dintre acțiunile eligibile în temeiul egalității de șanse, cât și combaterea sărăciei și a excluziunii sociale.⁹³

Statele membre au un rol important, fiind în final responsabile în fața cetățenilor lor de forma și calitatea politicilor și practicilor sociale. Ele sunt în poziția de a introduce și a duce mai departe schimbările legislative care favorizează dezvoltarea îngrijirii comunitare. În primii ani pot să aloce fonduri destinate strict creșterii capacității locale și protejării serviciilor comunitare, eliminând treptat sprijinul pentru instituțiile mari.

În cele din urmă ESN, împreună cu membrii săi, are de asemenea un rol de îndeplinit. Putem să completăm la scară mică politicile Comisiei și mecanismele de finanțare prin sprijinirea persoanelor care ocupă posturi de conducere la diferite niveluri, în vederea sporirii capacității lor de a conduce transformarea serviciilor sociale care promovează alegerea și viața independentă în comunitate. Programul de formare ESN „Gestionarea schimbării: rolul autorităților publice în dezinstituționalizare”⁹⁴ a fost conceput împreună cu co-autorul raportului DECLOC și reunește profesioniști din sectorul public și politicieni din patru țări din Europa Centrală și de Est. Aceste persoane vor reprezenta nucleul schimbării în orașele și regiunile lor.

Membrii ESN pot să împărtășească, de asemenea, propriile lor povești din perioada tranziției de la îngrijirea instituțională la cea comunitară și să-și sprijine colegii care urmează să pornească în această călătorie. Avem o experiență foarte bogată și de aceea trebuie să ne facem vocea auzită.

Acum este momentul să facem o prioritate din a pune capăt segregării și excluziunii sociale a persoanelor vulnerabile. Ar trebui să fie aspirația noastră comună ca aceste persoane să aibă aceleași opțiuni și același control asupra vieții lor de care ne bucurăm noi și să le ajutăm să trăiască o viață cât de normală posibil, în comunitățile lor.

⁹² Disability Strategy 2010-2020: un angajament reînnoit pentru o Europă fără bariere (COM/2010/0636 final), document publicat în data de noiembrie 2011, disponibil în toate limbile UE pe: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52010DC0636:EN:NOT>

⁹³ Proiect de regulament al Parlamentului European și al Consiliului cu privire la Fondului social european și abrogarea Regulamentului (EC) No 1081/2006 disponibil la: http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docoffic/official/regulation/pdf/2014/proposals/regulation/erdf/erdf_proposal_en.pdf

⁹⁴ <http://www.esn-eu.org/e-news-dec11-managing-change-training-programme/index.htm>

Note:

Handwriting practice area with 20 sets of horizontal dotted lines.

Dezvoltarea îngrijirii comunitare



www.esn-eu.org

Bibliografie



BIBLIOGRAFIE

Documente și resurse UE

Academic Network of European Disability experts (ANED), "Synthesis Report: The Implementation of Policies Supporting Independent Living for Disabled People in Europe 2010 (VT/2007/005)", disponibil la: <http://www.disability-europe.net/content/aned/media/ANED-Task%205%20Independent%20Living%20Synthesis%20Report%2014.01.10.pdf>

Carta drepturilor fundamentale a Uniunii Europene, publicată la 18 decembrie 2000, în *Official Journal of the European Communities* (C 364/1), disponibilă la: http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_en.pdf

Comunicat al Comisiei Europene către Parlamentul European, Consiliu, Comitetul Economic și Social European și Comitetul Regiunilor, "European Disability Strategy 2010–2020: A Renewed Commitment to a Barrier-Free Europe" (COM/2010/0636 final), publicat la 15 noiembrie 2011, disponibil în toate limbile UE la: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52010DC0636:EN:NOT>

DG JUSTICE, "Tackling discrimination – People with Disabilities front page", disponibil la: http://ec.europa.eu/justice/discrimination/disabilities/index_en.htm

Comunicat de presă al Comisiei Europene, "EU ratifies UN Convention on disability rights" (IP/11/4), publicat la 5 ianuarie 2011, disponibil la: <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/11/4&format=HTML&aged=0&language=EN&guiLanguage=en>

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, "Health and care in an enlarged Europe", Luxembourg, Biroul pentru publicații oficiale al Comunității Europene, 2004

Propunere pentru Parlamentul European și Consiliu de reglementare a regulilor privitoare la Fondul european de dezvoltare regională și Regulamentul de investiție pentru creșterea pieței muncii (EC) Nr 1080/2006, disponibil la: http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docoffic/official/regulation/pdf/2014/proposals/regulation/erdf/erdf_proposal_en.pdf

Propunere pentru Parlamentul European și Consiliu de reglementare a Fondului social european și Regulamentul (EC) Nr 1081/2006, disponibil la: <http://ec.europa.eu/esf/BlobServlet?docId=231&langId=en>

Raport al Grupului ad hoc de experți în tranziția de la îngrijirea instituțională la îngrijirea comunitară, Grup de experți independenți, finalizat în septembrie 2009, disponibil la: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=4017&langId=en>

Voluntary European Quality Framework for Social Services (SPC/2010/10/8), disponibil la: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=6140&langId=en>

Peer Reviews

"Peer Review: Combining choice, quality and equity in social services", Danemarca, 01 aprilie 2009, Raportul Lituaniei, disponibil la: <http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2009/combining-choice-quality-and-equity-in-social-services/lithuania-dk09/download>

"Peer Review: Combining choice, quality and equity in social services", Danemarca, 01 aprilie 2009, Raportul României, disponibil la: <http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2009/combining-choice-quality-and-equity-in-social-services/romania-dk09/download>

"Peer Review: Combining choice, quality and equity in social services", Danemarca, 01 aprilie 2009, Raportul Estoniei, disponibil la: <http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2009/combining-choice-quality-and-equity-in-social-services/estonia-dk09/download>

"Peer Review: Combining choice, quality and equity in social services", Danemarca, 01 aprilie 2009, Raportul Ungariei, disponibil la: <http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2009/combining-choice-quality-and-equity-in-social-services/hungary-dk09/download>

"Peer Review: Programme for the Development of Local Plans of Social Inclusion", 7-8 octombrie 2010, Raportul țării gazdă, Spania, disponibil la: http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2010/the-programme-for-developing-local-plans-for-social-inclusion-in-catalonia/host_country_paper_es10/download

Resurse ONU

Convenția drepturilor copilului, adoptată și deschisă către semnare și ratificare de către rezoluția adunării generale nr 44/25 la 20 noiembrie 1989, disponibilă la: <http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm>

Convenția drepturilor persoanelor cu dizabilități (protocolul opțional), adoptată la 13 decembrie 2006 de către adunarea generală a ONU, disponibilă la: <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>

"Guidelines for the Alternative Care of Children", Rezoluție adoptată de către adunarea generală a ONU (A/64/434) la 24 februarie 2010, disponibilă la: <http://www.europe.ohchr.org/Documents/UN%20Docs/UN%20Guidelines%20for%20the%20Alternative%20Care%20of%20Children.pdf>

"Madrid International Plan of Action on Ageing (Guiding Framework and Toolkit for practitioners and policy-makers)", disponibil la: http://www.un.org/ageing/documents/building_natl_capacity/guiding.pdf

Rezoluția adunării generale pentru implementarea planului de acțiune pe problema îmbătrânirii și adoptarea de către ONU a principiilor pentru persoane vârstnice, 16 decembrie 1991, disponibile la: <http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r091.htm>

Discurs de către Jan Jařab, Reprezentant regional al Comisiei ONU pentru drepturi umane, 29 aprilie 2010, întregul text disponibil la: <http://www.europe.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/De-institutionalizationSpeech.aspx>

"UNICEF Country Profile Leaving Institutional Care – Romania", disponibil la: <http://www.unicef-irc.org/research/ESP/youth/r12inst.pdf>

Resurse ESN

Valorile și misiunea ESN, disponibile la: <http://esn-eu.org/mission-and-values/index.htm>

Studiu cu membrii ESN despre dezinstituționalizare și dezvoltarea îngrijirii comunitare, disponibil la: <http://www.esn-eu.org/get-document/index.htm?id=400>

Raportul ESN "Access to Quality Social Services", publicat în 2005, disponibil la: <http://esn-eu.org/get-document/index.htm?id=169>

Raportul ESN "Basic Social Services in Rural Settlements, Village and Remote Homestead Community Care-giving in Hungary", disponibil la: <http://esn-eu.org/get-document/index.htm?id=141>

Leichsenring K., Barnett S., Rodrigues R., Raportul ESN "Contracting for Quality", publicat în 2010, disponibil la: <http://www.esn-eu.org/get-document/index.htm?id=498>

Seminarul ESN 'Towards Community Care', 8-9 mai 2009, Varșovia, prezentare de către Julie Beadle-Brown, disponibilă la: <http://www.esn-eu.org/get-document/index.htm?id=258>

Seminarul ESN "Towards Community Care", 8-9 mai 2009, Varșovia, prezentare de către Dieter Kulke, disponibilă la: <http://www.esn-eu.org/get-document/index.htm?id=264>

ESSC, 6-8 iulie 2011, Varșovia, programul și toate prezentările disponibile la: <http://esn-conference.org/programme-warsaw>

ESSC, 6-8 iulie 2011, Varșovia, prezentare de către Jan Pfeiffer, moderatorul sesiunii "Towards Community Care", disponibilă la: <https://esn-conference.org/sites/default/files/Jan%20Pfeiffer.pdf>

ESSC, 6-8 iulie 2011, Varșovia, discurs al lui Yannis Vardakastanis, prezentat în timpul sesiunii "Towards Community Care", disponibil la: https://esn-conference.org/sites/default/files/Vardakastanis%20Speech_0.pdf

ESSC, 6-8 iulie 2011, Varșovia, prezentare a Agenției Uniunii Europene pentru drepturi fundamentale (FRA), disponibilă la: <https://esn-conference.org/sites/default/files/FRA%20English.pdf>

ESSC, 22-24 iunie 2009, Praga, prezentare de către Ministrul ceh al muncii și problemelor sociale, disponibilă la http://www.esn-eu.org/prague/downloads/workshop_presentations/3_MoLSA_Cermakova_fin.ppt

Alte resurse

Baldock J., Manning N., Vickerstaff S., "Social Policy", ediția a 3 a , Oxford University Press, 2007

"Better Care Network Toolkit and Glossary of key Terms", disponibil la: <http://bettercarenetwork.org/BCN/Toolkit/Glossary/index.asp>

Brindle D., "Tireless champion of autonomy", publicat in *The Guardian*, 22 octombrie 2008, disponibil la: <http://www.guardian.co.uk/society/2008/oct/21/john-evans>

CEPS ENEPRI Raport de cercetare Nr. 87, "Long-term care system in Slovenia", iunie 2010, disponibil la: <http://www.isn.ethz.ch/isn/Digital-Library/Publications/Detail/?id=122421&lng=en>

"Collins Dictionary of Social Work", ed. Pierson J., Thomas M., HarperCollins Publisher, 2006

Site-ul web "Directgov – public services all in one place", resursă online a guvernului britanic, secțiunea dizabilități și mecanisme de suport, disponibilă la: http://www.direct.gov.uk/en/DisabledPeople/HealthAndSupport/ArrangingHealthAndSocialCare/DG_4000436

ECCL, "Creating Successful Campaigns for Community Living. An advocacy manual for disability organisations and service providers", European Coalition for Community Living 2008, disponibil la: <http://www.community-living.info/documents/ECCL-Manual-final-WEB.pdf>

ECCL, "Wasted Time, Wasted Money, Wasted Lives ... A Wasted Opportunity?", European Coalition for Community Living, Focus Report 2010, disponibil la: <http://community-living.info/documents/ECCL-StructuralFundsReport-final-WEB.pdf>

European Quality in Social Services (EQUASS), informații disponibile la: <http://www.epr.eu/index.php/equass>

Henderson J., "Short Paper on Deinstitutionalisation in the context of the Greek Reform Programme" (nepublicat)

Site-ul web Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), disponibil la: <http://www.igas.gouv.fr/>

IGAS, "Rapport sur l'information des usagers sur la qualité des prises en charge des établissements de santé, Inspection générale des affaires sociales", (RM2010-090P), publicat în iulie 2010, disponibil la:

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000502/0000.pdf>

International Federation of Social Work, "Ethics in Social Work", Declarație de principii aprobată la întâlnirile generale ale International Federation of Social Workers și International Association of Schools of Social Work in Adelaide, Australia, octombrie 2004, disponibil la: <http://www.ifsw.org/f38000032.html>

Site-ul web Local Government Improvement and Development (IDEA), disponibil la: www.idea.gov.uk

Lemay R., "Deinstitutionalization of People With Developmental Disabilities: A Review of the Literature", *Canadian Journal Of Community Mental Health*, Vol. 28, Nr. 1, Primăvară 2009, disponibil la: <http://www.turningforward.org/documents/Lemay2009-Deinstitutionalization.pdf>

Lumos, secțiunea 'Our news and views', "Why celebrations are better at home", publicat online la 31 mai 2011, disponibil la: <http://www.lumos.org.uk/news.php/392/why-celebrations-are-better-at-home>

Mansell J., Knapp M., Beadle-Brown J. și Beecham J., (2007), "Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study. Canterbury", Tizard Centre, University of Kent, disponibil la: http://www.kent.ac.uk/tizard/research/DECL_network/

Mansell J., Knapp M., Beadle-Brown J. și Beecham J., (2007), "Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study", Vol 1: Executive Summary, Canterbury: Tizard Centre, University of Kent, disponibil la: http://www.kent.ac.uk/tizard/research/DECL_network/documents/DECLOC_Volume_1_Exec_Summary_final.pdf

Mansell J., Knapp M., Beadle-Brown J. și Beecham J., (2007), "Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study", Vol 2: Main Report, Canterbury: Tizard Centre, University of Kent, disponibil la: http://www.kent.ac.uk/tizard/research/DECL_network/documents/DECLOC_Volume_2_Report_for_Web.pdf

Mansell, J., Beadle-Brown, J., "Cost-effectiveness of community living for people with intellectual disabilities: an international perspective", lucrare prezentată la National Disability Authority Annual Conference, Dublin 6 octombrie 2009, disponibil la: <http://www.nda.ie/Website/NDA/CntMgmtNew.nsf/DCC5>

24B4546ADB3080256C700071B049/C60FC2E1F2A530068025768E003F108E/\$File/prof_jim_mansell_proceedings.htm

Mansell J., Ericsson K. (eds), "Deinstitutionalisation and Community Living: Intellectual Disability Services on Britain, Scandinavia and the USA", 1996, London: Chapman and Hall

Site-ul web My Manchester Services, disponibil la: www.manchester.gov.uk/mymanchesterservices

Nanus, B., "Visionary leadership: Creating a compelling sense of direction for your organization", 1992, San Francisco: Jossey-Bass

National Association of Social Workers, "Code of Ethics", aprobat în 1996 și reglementat în 2008 de NASW Delegate Assembly, disponibil la: <http://www.socialworkers.org/pubs/code/code.asp>

"Quality management in the care for the elderly: E-Qalin", informații disponibile la: <http://www.ede-eu.org/index.php?page=eqalin>

SCIE, *At a glance Series*, nr 41 din aprilie 2011, "Personalisation briefing: Implications of the Equality Act 2010", disponibil la: <http://www.scie.org.uk/publications/ata glance/ata glance41.asp>

"Shaping Our Lives consultation for Cumbria County Council/Primary Care Trust: Assessing future housing need for older people", disponibil la: www.cumbria.gov.uk/elibrary/view.asp?ID=36288

Smith G. P., "A sense of self and shame", lucrare academică publicată în 2011 de către Australian Sociological Association, disponibilă la: <http://www.tasa.org.au/uploads/2011/01/Smith-Gregory.pdf>

Social Work Inspection Agency, "Guide to Leadership - Taking a closer look at leadership in social work services" (2010), studiu realizat de către guvernul Scoțian, disponibil la: <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2010/09/02163616/2>

Trafford Council Commissioning Strategy: "Information, Advice and Advocacy 2010-2013", disponibil la: <http://myway.trafford.gov.uk/media/70417/info%20strategy%202010.pdf>

Van Loon, J., & Van Hove, G. (2001), "Emancipation and self-determination of people with learning disabilities and down-sizing institutional care", *Disability & Society*, 16(2), pp. 233-254, disponibil la: <http://www.arduino.nl/english/index.asp>

Site-ul web Voice of the Retarded, disponibil la: <http://www.vor.net/images/AbuseandNeglect.pdf>

World Bank, Tobis David, "Moving from Residential Institutions to Community-Based Social Services in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union", World Bank 2000, disponibil la: <http://siteresources.worldbank.org/DISABILITY/Resources/280658-1172671461088/MovingFromResTobis.pdf>

World Health Organisation Europe, "Better health, better lives: children and young people with intellectual disabilities and their families", EUR/51298/17/PP/3, noiembrie 2010

Note:

Handwriting practice area with 20 sets of horizontal dotted lines.

GHIDUL CITITORULUI

Autorii speră că veți putea parcurge cu ușurință acest studiu, folosind introducerea și cuprinsul.

Sperăm că veți citi raportul în întregime, dar totuși, dacă sunteți interesați de cele ce urmează, iată câteva sugestii:

- *Nu sunteți siguri ce înseamnă exact dezinstituționalizarea, și anume termenii utilizați în acest raport, vă rugăm să citiți glosarul.*
- *Vă întrebați de ce este mai bună îngrijirea comunitară decât cea instituțională, respectiv care sunt argumentele cheie în favoarea tranziției de la îngrijirea instituțională la cea comunitară, vă rugăm să citiți Partea I.*
- *Vă gândiți la tranziția spre îngrijirea comunitară și nu știți sigur de unde să începeți, vă rugăm să citiți Partea a II a, care descrie elementele cheie de care aveți nevoie.*
- *Vă confrunțați cu provocări în gestionarea îngrijirii comunitare în urma tranziției, vă rugăm să citiți Partea a III a, care prezintă elementele unui model funcțional al îngrijirii comunitare pe baza unor exemple practice.*

European Social Network (ESN):
Adrienn Sz. Nagy
adrienn.nagy@esn-eu.org

CUM POT SĂ FOLOSESC ACEST RAPORT?

Scopul acestui raport este de a informa, dar și de a trezi interesul. Poate că doriți să reflectați asupra rolului țării, regiunii sau orașul dumneavoastră în procesul de dezinstituționalizare și de dezvoltare a îngrijirii comunitare, întrebându-vă următoarele:

- Ce fel de servicii de îngrijire comunitară există acolo unde locuiți?
- Care ar fi cele mai eficiente argumente pentru a convinge factorii politici locali și colegii din alte servicii de nevoia de dezinstituționalizare?
- Ce vă impulsionează și care sunt obstacolele la nivel local pentru ca tranziția spre îngrijirea comunitară să devină realitate?
- Este într-adevăr atât de costisitor să se închidă instituțiile? Care este câștigul pe termen lung din investiția în îngrijirea comunitară?
- Cum pot fi mobilizate resursele locale pentru a furniza o mai bună îngrijire persoanelor vulnerabile?
- Care sunt parteneriatele și alianțele necesare pentru a aduce această schimbare?
- Cum puteți să convingeți personalul, rezidenții și comunitatea locală cu privire la beneficiile îngrijirii comunitare pentru ca incluziunea socială să devină "treaba tuturor"?

Acest raport este disponibil în limbile engleză, poloneză, cehă și ungară. De asemenea, vom avea posibilitatea de a vă pune în legătură cu membrii Comitetului nostru consultativ la nivel înalt, Grupul de politici și practici și cu participanții la programul de formare, care vă pot împărtăși din experiența lor cu privire la dezvoltarea îngrijirii comunitare, din mai multe țări și în mai multe limbi.

Rezultat al mai multor ani de muncă împreună cu manageri de servicii și experți în politici publice în cadrul grupului de lucru 'politici și practici' și a comisiei consultative la nivel înalt, ESN publică Raportul "Dezvoltarea îngrijirii comunitare" care aduce în prim plan problema dezinstituționalizării. Acesta reprezintă un prim pas în transformarea serviciilor publice și un element cheie pentru o îngrijire comunitară de calitate.

De asemenea, ESN oferă suport strategic factorilor de decizie și 'managerilor' de servicii din Republica Cehă, Ungaria, Polonia și Slovacia, în cadrul unui program de formare care se desfășoară în perioada 2011-2012. La nivelul Uniunii Europene, ESN este membră a Grupului european de experți în domeniul tranziției de la îngrijirea instituțională la cea comunitară, care are drept scop creșterea gradului de conștientizare a acestei probleme în cadrul programelor europene de finanțare și de elaborare a politicilor publice.

European Social Network
Victoria House
125 Queens Road
Brighton BN1 3WB
United Kingdom

Tel: +44 (0) 1273 739 039
Fax: +44 (0) 1273 739 239
Email: info@esn-eu.org
Web: www.esn-eu.org