Sledujme kvalitu života

S prezidentem Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR Jiřím Horeckým o sociálních službách po pandemii, mezerách v individuálním přístupu i nových pohledech na péči.

Text: Radek Musílek
Foto: Archiv Jiřího Horeckého

Jak vnímáte situaci v sociálních službách s odstupem několika měsíců od pandemie covidu?

Některé důsledky covidu a opatření s ním spojených jsou patrné už teď, jiné se určitě ještě projeví. Ale to teprve ukáže čas, je potřeba si uvědomit, že právě v sociálních službách platila různá opatření nejdéle. Aktuálně je cítit hmatatelná úleva, ovšem berme situaci s respektem. Po létu zase přijde podzim… Řada lidí, včetně mě, si po první vlně myslela, že už bude všechno dobré. Zkušenost nás poučila. Navíc tu máme novou krizovou situaci – péči o lidi uprchlé před válkou na Ukrajině.

V čem byli poskytovatelé sociálních služeb pandemií zasaženi nejvíc, kromě nemoci samotné?

Předně je potřeba říct, že u celonárodních čísel nakažených a úmrtnosti dopadla Česká republika v porovnání s ostatními státy Evropy vcelku špatně, zatímco přímo v sociálních službách jsme patřili k nejlepším. Přesněji řečeno druzí. Takže ta různá mnohdy přísná a nepopulární opatření měla smysl. Některá zařízení si je dokonce sama ještě zpřísňovala. Ale pokud jde o vedlejší dopady, tak poskytovatelé nejvíc pocítili, že se jim rozbily prakticky všechny zaběhnuté postupy. Museli přejít na krizový management, na což nebyl každý připraven. Lidé neměli dostatek informací, rostl počet zemřelých, včetně jednadvaceti pracovníků, přestože všichni dodržovali, co měli. Šířila se frustrace a bezmoc. I proto jsem vnímal, že v sociálních službách byla větší

ochota k očkování, než tomu bylo celospolečensky. Ačkoliv i zde se začala projevovat rozdělenost společnosti, což mělo neblahý vliv na pohodu v pracovních kolektivech.

Jaký postoj jste zaujali v rámci Asociace poskytovatelů sociálních služeb?

Osobně jsem byl i pro zavedení povinného očkování. Měl jsem každodenní nová čísla o úmrtnosti a počtu nakažených, přicházely mi zprávy od kolegů z Evropské unie. Z analýzy dat bylo jasné, že potřebujeme proočkovanost alespoň mezi sedmdesáti a osmdesáti procenty. Kolektivním rozhodnutím jsme tedy došli k doporučení povinného očkování. Já se samozřejmě očkovat také dal.

Podařilo se čísel dosáhnout?

Prakticky ano, u zaměstnanců jsme se dostali k sedmdesáti procentům, u klientů k devadesáti pěti. Úmrtnost pak záhy klesla k nule. Ale ta čísla berte trochu jako odhad, protože metodika byla nastavena tak, že počty očkování se hlásily za klienty a zaměstnance dohromady, takže je těžké to úplně přesně oddělit.

Všeobecně jsme se napříč EU shodli, že sociální služby byly při řešení situace kolem pandemie opomíjeny. Docházelo k jejich omezování a útlumu. Ještě víc než pro pobytové to platilo pro terénní.

Zmínil jste kolegy z Evropské unie, jaké jsou jejich zkušenosti?

Všeobecně jsme se napříč EU shodli, že sociální služby byly při řešení situace kolem pandemie opomíjeny. Docházelo k jejich omezování a útlumu. Ještě víc než pro pobytové to platilo pro terénní. Ty byly třeba v Belgii vypnuty úplně. U nás k tomu naštěstí nedošlo, ale projevilo se, jak stát akcentuje pouze na fyzické zdraví. Nikdo moc neřešil důsledky sociální izolace vyplývající ze všech těch opatření. Nemyslím to jako kritiku, ale námět k poučení. Zkušenosti ukázaly, že je potřeba holistický přístup, to znamená řešit ruku v ruce zdraví, psychiku i sociální aspekty.

Vnímáte nějakou změnu už teď?

Na úrovni vedení státu se zatím v přístupu nic moc nezměnilo. Většina ředitelů na straně poskytovatelů si ovšem nutnost holistického přístupu uvědomila. Měli bychom se soustředit ne na kvalitu péče, ale na kvalitu života. Víc akceptovat individuální přání jednotlivých klientů i s přijetím určitých rizik. Stále totiž převládá vnucování představy o ideálním životě. Takže například senior, který je bytostný samotář, vedl tak celý svůj dosavadní život, je v pobytovém zařízení nucen ke kolektivním činnostem, protože je zažitá představa, že to potřebuje. I když on stojí o pravý opak. Vyšší věk není nemoc, kterou musíme léčit, ale etapa naší existence.

To se některým zaměstnancům asi těžko vysvětluje…

Personál pobytových služeb klienty často tlačí do pravidel instituce. To je rozšířený nešvar. Často mluvíme o deinstitucionalizaci a představujeme si ji jenom jako rušení institucí, nebo alespoň jejich atomizování na menší komunity. Ten pojem by měl ale zahrnovat i snižování institucionálního vlivu na pobyt v těch větších. Musíme se naučit vnímat, kdo péči přijímá a akceptovat, že někdy prostě chce něco, s čím personál nesouhlasí. Jakmile má někdo určité kognitivní omezení, ocitá se v defenzivní pozici. Není silný v argumentaci, personál jeho požadavky snadno smete se stolu mávnutím ruky.

Změnit myšlení lidí není nic snadného. Vím, že se teď dopustím nepodloženého generalizování, ale řekl bych, že to platí zejména v odlehlejších regionech. Samozřejmě nic neplatí všeobecně, ale ze zkušenosti se mi zdá, že bývá rozdíl v přístupu personálu i podle místa.

Ve velkých městech je větší trh práce, takže do sociálních služeb jdou převážně lidé, kteří to dělat chtějí, nikoliv musejí. Existují však oblasti, kde může být třeba domov pro seniory významným zaměstnavatelem, protože kolem nic moc jiného není. Paradoxní efekt může mít i zvyšování platů, které se za uplynulých pět let opravdu viditelně zlepšily, takže už nepřicházejí jen nadšenci. Je to otázka personální politiky jednotlivých ředitelů a jejich práce se zaměstnanci.

Takže personálu přibývá?

Celkově lidi stále chybí. Zejména to platí pro pečovatelské terénní služby. V nich si totiž vyděláte průměrně o pět tisíc korun měsíčně méně oproti službám pobytovým. Ale uvidíme, co bude dál. Je zjevné, že období pandemie má vliv i v této oblasti. Zvedla se prestiž pomáhajících profesí. Zdravotní školy hlásí nárůst zájmu o studium až o dvaadvacet procent a platí to i pro sociální oblast. Už není ostuda v ní pracovat. Veřejnost vyjadřovala podporu, konaly se koncerty, byly udělovány zvláštní odměny. Prestiž je samozřejmě jen jedna ze složek rozhodování o své profesi, ale může mít vliv. Třeba to hned nevyšumí.

Co ještě by nemělo vyšumět?

Určité uvědomění si hodnot a elementární odpovědnosti. I já jsem dřív chodil do práce s nachlazením, teď už nad takovými věcmi přemýšlím. Zejména v období chřipek, které můžou také zabíjet, ale nikdo nad tím takhle neuvažoval. Tak teď už snad bude. Stejně jako nad tím, že existují základní preventivní opatření v podobě roušky a desinfekce rukou. Ačkoliv jsem poněkud skeptický, když vidím, jak rychle a snadno společnost opatření odhodila a zase mi někdo kašle bez roušky za krk v metru.

Musíme se naučit vnímat, kdo péči přijímá, a akceptovat, že někdy prostě chce něco, s čím personál nesouhlasí. Jakmile má někdo určité kognitivní omezení, ocitá se v defenzivní pozici.

Asi nemůžeme nechat stranou otázku financí, na kterou jsme už narazili u platových podmínek. Jaká je tedy současná situace?

Pro tento rok budou pro většinu poskytovatelů představovat problém. Jednak letos dostanou převážně méně peněz než loni, a pak budou kvůli zdražování chybět v systému až tři miliardy korun. Sice byly navýšeny úhrady a příspěvky na péči v pobytových zařízeních, čímž má přibýt asi devět set milionů, ale jak říkám, zvyšují se náklady a snižují dotace. S výjimkou roku 2018 chybí peníze už posledních deset let neustále. Jednáme s ministerstvem práce a sociálních věcí o kompenzacích cen energií. Příspěvkové organizace mají alespoň v některých případech zatím nasmlouvané fixace cen, ale neziskovky prakticky vůbec. Jednání bude třeba vést také na úrovni krajů. Situace trápí i zdravotní a školská zařízení.

Poměrně nedávno se změnila vláda, vnímáte nějakou změnu v přístupu?

V něčem ano, přičemž s částí změn souhlasím, s částí nikoliv. Souhlasím například s tím, že se začínají víc akcentovat soukromé zdroje u seniorů. Bude tlak na to, aby jim víc pomáhaly vlastní děti nebo jejich soukromý majetek. Stát má pomáhat potřebným, to neznamená všem bez rozdílu. Bavíme se o větší spoluúčasti na stravování a ubytování u majetnějších lidí. Naopak mám problém s navýšením příspěvku na péči v prvním stupni. Mám takový pocit, že se někdo koukl z okna, a řekl: budou to dva tisíce. Chci vědět proč zrovna tato částka a komu? Víme, že u seniorů dochází k velké míře zneužívání tohoto stupně příspěvku, ale zároveň si uvědomujeme, jak bychom nevhodným zásahem postihli osoby se zdravotním postižením.

Souhlasím například s tím, že se začínají víc akcentovat soukromé zdroje u seniorů. Bude tlak na to, aby jim víc pomáhaly vlastní děti nebo jejich soukromý majetek.

Právě lidé s postižením výrazně závislí na cizí pomoci volají po zavedení pátého stupně, protože náklady na osobní asistenci jsou ze současného čtvrtého stupně neuhraditelné, pokud chcete vést samostatný aktivní život.

Se zavedením nějakého neomezeného pátého stupně úplně nesouhlasím. Jsem pro individuální rozpočty jako mají v Nizozemí, Belgii nebo Švýcarsku. Současný systém nemůže pokrýt všechny potřeby osob se zdravotním postižením. Nelze očekávat, že všeobecně pomůže jeden univerzální nástroj. Ze všech příjemců tvoří lidé ve věku osmnáct až šedesát pět let necelých deset procent. Připočteme-li i děti, bude to nějakých patnáct až sedmnáct procent. Proto bych uvítal, kdyby byly tyto dvě skupiny z příspěvků na péči vyňaty, a byl u nich zaveden zmíněný individuální rozpočet reagující na jejich potřeby a situaci.

Jaké navýšení si tedy lze v takovém případě představit?

Určitě by takový rozpočet existoval v nějakém intervalu minima a maxima, neomezený není nikde na světě. Dno bych viděl určitě vyšší než je příspěvek na péči, strop by závisel na

nezbytném počtu hodin péče a jejich cenách. Nemůžete ale předložit návrh požadující navýšení rozpočtu o deset miliard. To nikdo neschválí. Takže návrh musí mít reálnou šanci na průchodnost. Dovedu si představit navýšení o třicet procent proti současnosti. Každopádně jde o tak zásadní změnu, že v tomto funkčním období to nejspíš nebude. Při hodně velkém optimismu možná u dětí. Každopádně jednáme, už proběhly dva kulaté stoly se zástupci státu, poskytovatelů a příjemců, brzy nás čeká další.

Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA (*1978)

Vystudoval veřejnou správu a regionální rozvoj na České zemědělské univerzitě, v roce 2013 ukončil doktorské studium na Vysoké škole finanční a správní v Praze. V sociálních službách působí od roku 1999. Stal se ředitelem Farní charity v Táboře, v letech 2004-2008 řídil G-centrum v Táboře (domov pro seniory, pečovatelská služba, denní stacionář, odlehčovací služby, azylový dům pro ženy a matky s dětmi).

Prezidentem Asociace poskytovatelů sociálních služeb byl zvolen v roce 2007. Zároveň působí také jako prezident Unie zaměstnavatelských svazů ČR, prezident evropské asociace European Ageing Network a od r. 2022 je předsedou světové asociace Global Ageing Network. Založil několik neziskových organizací. Působil také jako poradce ministra a ministryně práce a sociálních věcí v letech 2013-2017.

S manželkou a dvěma dětmi žije v Táboře.

Zdroj: https://www.muzes.cz/sledujme-kvalitu-zivota/