

Zdravotní a sociální péče/podpora v komunitě

Zdeněk Kalvach

Máme v Česku zdravotně sociální problém?

1971: XIV. sjezd KSČ vyhlašuje celospolečenský program péče o staré a dlouhodobě nemocné

1988: sloučení ministerstev zdravotnictví a sociálních věcí ČR

1989: znovurozdělení obou ministerstev

2010+: úvahy o zdravotně sociální LTC/DDP

2017: úvahy o znovuspojení obou ministerstev

Česko nezná pojem zdravotně sociální

V Česku máme velký zdravotně sociální problém!

Mezinárodní představy o řešení dlouhodobých zdrav.-soc. problémů

1) Do poloviny 80. let 20. století:

- Ústavy
- Zaopatřovací sociální stát

2) V polovině 80. let (vliv demografické změny)
změna doktríny:

- De-institucionalizace
- De-sektorializace
- De-profesionalizace
- De-medicinalizace (personalizace ne diskriminace)
- Koncept úspěšného stárnutí a zdravého stáří (enabling geriatrics)

Mezinárodní představy o řešení dlouhodobých zdrav.-soc. problémů

3) Po roce 2000:

- Koncept zdravotně sociální LTC
- Úvahy o využití ICT (např. tísňová péče), robotů
- Shared care
- Rozvoj paliativní péče, zvláště mobilní (domácí), jako specifické formy zdrav-soc. LTC
- Tlak na logistiku, návaznost, provázanost, koordinaci

Enon - robot pro osobní asistenci a dohled (2005, Fujitsu)



Tapia – robot pro povídání, připomínání, dohled



Realita dne

- Demografická změna – kulminace 2030 a 2050
 - Prodlužování naděje dožití
 - Zestárnutí baby boomové generace
- Nemocnice jako místa intervencí nikoli pobytů
- Pobytové ústavy
 - Drahé
 - Chybí personál
 - Pro zvláště ošetrovatelsky náročné
- Tlak na nepřipravené a nepodporované rodiny a komunity (obce)

Problémy „péčové oblasti“ v ČR

- Od 80. let problém zdravotně sociálního pomezí (péčové oblasti)
- Zmatečnost „dlouhodobé“, „následné“, „pseudo-geriatrické“ péče
- Móda sezóny: zmatení kombinací s péčí „pseudo-hospicovou“/“pseudo-paliativní“
- Nekoncepční krátkodechá „pseudořešení“ s dysbalancí odbornou-etickou-ekonomickou

Problémy „péčové oblasti“

- Drastické chybění zodpovědnosti
- **Negativní kompetenční konflikty**
- 40 let trvající neschopnost/neochota politicky vyřešit zdravotně sociální sektorializaci
- Nepravdivé představy o povaze a potřebách pacientů/klientů „péčové oblasti“
- Politicky, právně, eticky nepřijatelný bioekonomický redukcionismus křehkých lidí

České zdravotnictví i péčová oblast jako ementál?



- Skvělá hmota a diskontinuitní díry
- Ementál: čím více, tím lépe
- Zdravotnictví: naopak
- **Křehcí lidé v černých dírách negativních kompetenčních konfliktů a drahých úspor**

Bezprizornost lidí na zdravotně sociálním pomezí

- De-medicinalizace – příliš sociální pro zdravotnické služby
- De-socializace – příliš nemocní pro sociální služby
- De-humanizace – příliš zbyteční pro všechny (pseudo-paliativace ztráty smyslu)
- De-municipalizace - vyobcování???
- Záchytná síť „státních“ starobinců, chorobinců, chudobinců, pseudo-hospiců?

Kdo může překlenout území nikoho?

Kdo je klíčový hráč?

- Rodiny?
- Sousedé, dobrovolníci?
- NGOs?
- Profesionální služby a zdravotní pojišťovny?
- Komerční služby?
- **Obce (zvláště ORP) a jejich svazy (MASk)?**
- **Regiony - kraje?** Např. dopravní síť
- Stát? – legislativní a finanční rámec (oš. pojištění?)
- EU?
- Nikdo?

Obce

- Základní územní samosprávná společenství občanů
- Povinny zajišťovat základní standard sociálních služeb v rozsahu daném politikou státu
- Ve svém územním obvodu pečují o vytváření podmínek pro rozvoj sociální péče a pro uspokojování potřeb svých občanů
- Nesmějí odmítnout opatrovnictví

Obce

- Základní role obcí s rozšířenou působností – cca 25 000 obyvatel
- Tyto obce ani obce s pověřeným obecním úřadem nemají povinnost poskytovat sociální služby ve spádových obcích
- 28 % obyvatel žije v obcích do 2000 občanů
- Obce si nepřipouštějí roztržitost podpory na zdravotně sociálním pomezí a svou vlastní roli

Obce

Hodnotové aspekty

- Vzájemná pospolitost
- Dobré susedství
- Zábřana anonymizace
- Stále jsem to já – tady jsem doma – tady jsem soused
- Role samospráv v podpoře aktivního stárnutí v komunitě – změna pohledu na „stáří“, participace

System integrovaných podpůrných služeb SIPS – řešení zdola

Pro koho

- Lidi (seniory) ohrožené institucionální péčí
- Lidi (seniory) s ohroženou či ztrácenou soběstačností – lidi křehké a závislé + pro pečující rodiny

Co

- Nehierarchická místní (regionální) síť multirezortních služeb
- Individuálně ucelená portfolia služeb ze širší množiny – personalizovaná podpora

System integrovaných podpůrných služeb SIPS – řešení zdola

Kdo

- Koordinátor SIPS v rámci obce
 - **komunitní sestra**, zdravotně sociální pracovník
- Poskytovatelé jednotlivých služeb
- Místní správa/samospráva – projednávání agendy SIPS (podklady koordinátora) + vytváření podmínek (např. komunitní plánování)

System integrovaných podpurných služeb SIPS – řešení zdola

Jadro činnosti a čím začít

- Depistáž: kdo v obci SIPS potřebuje, kdo je ohrožen
- Dispenzarizace: registr, sledování, včasná intervence ohrožených - kalamity
- Koordinace poskytovaných služeb (case management): individuální plán podpory, dokumentace
- Poradenství, edukace: při zdravotním postižení, ztrátě soběstačnosti, bezradnosti rodiny

Depistáž – vyhledávání klientů

- Lidé ohrožení
 - Disabilita, ztráta soběstačnosti
 - Self-neglect, nezvládání životní situace
 - Labilita zdravotního/funkčního stavu
 - Pokročilá kognitivní porucha
 - Pokročilý věk (nad 80-85 let?)
 - Osamělost
 - Příspěvky na péči
- Spolupráce: praktičtí lékaři, občanský aktiv
- Vždy souhlas se zařazením do registru! Pozor na labling, žádné informace zdravotním pojišťovnám!

Dispenzarizace – aktivní sledování, návštěvy

- Periodicky
- V době kalamit – mrazy, vedra, chřipková epidemie, ...
- Na vyžádání klienta či jeho rodiny
- Na upozornění – praktický lékař, sousedé, home care, jiný poskytovatel služeb
- Výstup: záznam, rada, intervence, vyžádání vyšetření – především **funkční vyšetření klienta SIPS** (ucelené geriatrické vyšetření s návrhem dalšího postupu – PL či geriatr)

Koordinace a dokumentace

- Karta klienta SIPS
- Ucelené funkční posouzení klienta SIPS – PL či geriatr (geriatric evaluation and management)
- Individuální plán podpory
- Záznamy o změnách stavu, intervencích, návštěvách, periodických vyšetřeních
- Přehled o aktivním portfoliu služeb a podpor

Poradenství

- Ucelený přehled o SIPS
- Kontakty
- Multirezortní informační materiály
- Edukace v rozsahu kompetencí koordinátora + domluva další edukace

Prvky SIPS - 1

- Klient
- Laická podpora, rodina
- Podpora pečující rodiny
- Praktický lékař
- Home care
- Pečovatelská služba
- Dobré sousedství
- Osobní asistence
- Tísňová péče (role ICT)
- Nutriční poradenství
- Opatrovnictví
- Fyzioterapie
- Ergoterapie + úprava barier, prostředí doma
- Protetika
- Půjčovna pomůcek
- Psychoterapie
- Logopedie
- Kognitivní rehabilitace
- Sociální práce
- Mobilní hospic (spec. PP)
- Komunitní psychiatrie

Prvky SIPS - 2

- Geriatrické ambulance
- Rehabilitační odd. pro ICF
- Depistáž, dispenzarizace (komunitní sestra), poradenství
- Case management a součinnost služeb
- Denní centra
- Podpora pečujících, supervize
- LTV, rekondice
- Bezbariérové veřejné prostory (přístupnost, univerzální design)
- Centra podpory pro specifická postižení (Tyfloservis, Lorm)
- Dobrovolníci
- Společenství, komunikac
- Asistované bydlení, DPS, byty zvlášť. určení, AAL

Prvky SIPS - 3

- Rehabilitační nemocniční oddělení – časná rehabilitace
- Nemocniční geriatrická oddělení (akutní intervence, GEM)
- LDN, NNP, rehab. OLÚ
- ÚSP
- Ústavy LTC (oš. centra)
- Hospice
- Podpora obcí – vytváření podmínek
- Komunitní plánování „nadresortní“
- Církev
- Nestátní neziskové organizace
- Animace, volnočasové aktivity, destigmatizace
- Komerční služby

Souhrn I

- Existují početné skupiny lidí s potřebou ucelené zdravotně sociální pomoci, péče, podpory
 - Krátkodobě lidé umírající
 - Specializovaná paliativní péče
 - Obecná paliativní péče
 - Dlouhodobě lidé s omezenou/ztracenou soběstačností
- Dostupné služby jsou roztržštěné, nenávazné, bez koordinace, trvá sektorializace

Souhrn II

- Pečující laické rodiny zůstávají bez podpory
- Obce
 - „Nevědí, že nevědí“
 - Improvizují opatrovnictví
 - Nechápou svou roli „svorníku“, necítí zodpovědnost za své lidi
 - Necítí potřebu změny, nechtějí ji, bojí se nových úkolů
 - ORP necítí a nemají povinnost ke spádovým obcím

Souhrn III

- Stávající legislativa
 - Neodpovídá změně poměrů, nastalé situaci
 - Potřebuje decentralizační změnu
 - Celkový legislativní rámec
 - Zdravotně sociální pojetí
 - Kompetence a zodpovědnost obcí
 - Finanční toky (rozpočtové určení daní)

