

System Integrovaných Podpůrných Služeb

Nástin uplatnění modelu SIPS v obcích
Zdeněk Kalvach, Petr Wija a kol.

2015

Obsah

Úvod	3
Důvody potřeby posílení koordinace a modelu integrovaných služeb	3
Péče, nebo podpora?	5
Zvýšení kompetencí a iniciativy obcí	7
Specifikace role obcí	7
Integrovaná podpora a služby	8
Systém je více než součet jeho částí	9
Kontinuita podpory v průběhu stárnutí (inspirace ze zahraničí)	10
Case-management jako metoda integrace služeb	11
Systém integrovaných podpůrných služeb - SIPS	12
Aktéři SIPS	12
Prvky SIPS	12
Varianty prvků SIPS (možné kompetence)	14
Koordinátor podpory (středobod a garant SIPS)	16
Hlavní úkoly koordinátora/ky podpory (návrh)	19
Karta klienta SIPS – zdravotně sociální dokumentace	20
Práce v terénu formou depistáže a dispenzarizace	20
Depistáž – vyhledávání klientů	21
Dispenzarizace – aktivní sledování, návštěvy	21
Současné vymezení pozice a role komunitní sestry	21
Profil pozice komunitní sestry pozice podle Národní soustavy povolání	23

Úvod

Překládaný text si klade za cíl nastínit a přiblížit koncept fungování systému integrovaných podpůrných služeb (dále jen SIPS) a východiska jeho zavádění v obcích ČR. Text přibližuje a dále rozpracovává model integrovaných (sociálních, zdravotních a dalších) služeb pro osoby se sníženou soběstačností, zejména křehké seniory, a jednotlivé aspekty služeb, významné zejména pro posílení spolupráce, koordinovanosti a ucelenosti podpory na místní (komunitní) úrovni, zveřejněný v publikaci *„Podpora rozvoje komunitních zdravotně-sociálních služeb“* (Kalvach a kol., 2014). Komunitním zde míníme jednak poskytovaným a realizovaným v komunitě s cílem zachování života v komunitě jako protikladu institucionalizace (plně ústavní-pobytové-residenční služby), jednak vycházejícím z komunity, tj. se svébytných místních podmínek, dobrovolné iniciativy občanů a jejich samosprávy, tzn. výkonné i politické reprezentace.

Důvody potřebnosti posílení koordinace a modelu integrovaných služeb

Doposud převažovala v ČR snaha řešit problém provázanosti zdravotních a sociální služeb tzv. dlouhodobé péče z centrální úrovně, zejména formou resortních a meziresortních komisí, které by připravily zejména legislativní plošná opatření. Tyto komise dosud nepřinesly uspokojivé řešení a jejich činnost většinou nevedla k realizaci konkrétních a systémových kroků. Přes existenci „meziresortních“ komisí pokračují izolované politiky „dlouhodobé péče“ v rámci jednotlivých resortů (ministerstva zdravotnictví a ministerstva práce a sociálních věcí) s nedostatečnou snahou o průnik a řešení v konkrétních podmínkách, tj. na místní úrovni.

Opomíjení problému demografické změny a občanů s potřebou koordinované podpory a péče bezprostředně hrozí vznikem závažného celospolečenského problému v podobě nezajištěných služeb, ohrožení práv zranitelných obyvatel a neúčelného vynakládání finančních prostředků (veřejných i soukromých). Obdobně jako u dlouhodobě neřešené otázky bydlení na místní úrovni, kdy chybějící systémové řešení ze strany státu a špatné praxe ze strany obcí vedly k rozmachu realitního podnikání s chudinskými dávkami, vzniku sociálně vyloučených ubytoven a lokalit a obchodu s chudobou (neefektivní čerpání dávek na bydlení – doplatek na bydlení), vznikají stále častěji a živelně neregistrované pobytové „hotelové“ služby pro seniory, často pod rouškou seniorského bydlení, s obtížnou kontrolovatelností a netransparentním poskytováním sociálních a zdravotních služeb. Tyto služby ohrožují bezpečí a důstojnost. Představují odpověď trhu na selhání veřejného sektoru, zejména nedostupnost komplexních služeb, opatření a programů, umožňujících bezpečný a důstojný, sociálně začleněný život ve vlastním bytě, vlastním prostředí a přirozené obecní komunitě. Jedná se o riziko zneužití křehkých seniorů, osob se sníženou soběstačností a porušení jejich bezpečnosti, důstojnosti, dostupnosti potřebné péče. Situaci lze vnímat i v kontextu porušení práv spotřebitele a nekalých obchodních postupů a jednání. Analogicky k dávkám na bydlení může docházet k neefektivnímu využití dávek na péči (příspěvek na péči). Obecně rovněž chybí informace o typu služeb v místě a jejich možnostech.

Řešení dostupnosti integrovaných komunitních služeb je vzhledem k rychlému růstu počtu nejstarších seniorů (80 a 90 plus) a osob s demencí velmi naléhavé. Využití pobytových služeb by nemělo být řešením první volby. „Institucionalizací“ by měla předcházet podpora neformální péče, zejména podpora neformálních pečujících prostřednictvím sociálních služeb a komplexní podpory v rámci sociální politiky zahrnující zejména ochranu současných a budoucích příjmů pečujících a jejich postavení a podporu na trhu práce (sladění poskytování neformální péče a zaměstnání prostřednictvím větší dostupností částečných úvazků a vstřícnějších podmínek v zaměstnání, zejména flexibilní pracovní doby a forem práce). Rozhodující moment a stimul k rozvoji komunitních integrovaných zdravotně sociálních služeb s přijetím zákona o sociálních službách nepřišel. Přestože zákon přinesl do systému mnoho pozitivních změn a prvků, pokračuje v případě seniorů zejména

rozšiřování kapacit pobytových služeb, inovativní a alternativní služby a doprovodná řešení nejsou systémově podporovány, natož zvýhodňovány. Senioři v komunitě čelí finančním bariérám v přístupu k sociálním službám. Příspěvek na péči v jejich případě často slouží současně ke kompenzaci příjmů primárního pečovatele a finanční podpora, přestože tato dávka nesplňuje požadavky spojené s kompenzací příjmu pečujícího a v sociálním systému koncepční finanční podpora pečujících dosud chybí.

Dlouhodobým problémem „dlouhodobé péče“, tj. lidí s potřebou kvalifikované podpory ze strany zdravotních i podpůrných služeb, je provázanost a funkční spolupráce zdravotnických a sociálních služeb. Existují sice nemocní pacienti bez potřeby sociálních služeb či naopak lidé, potřebující pouze sociální služby, ale zvláště ve vyšším věku jich dramaticky ubývá – drtivě převažují ti, kteří potřebují podporu, pomoc a péči jak zdravotní, tak sociální. Jde o chronicky nemocné s omezenou pohyblivostí, s potřebou ošetrovatelské péče (převazy kožních defektů, ošetřování stomií, aplikace léků, základní kontrola zdravotního stavu), rehabilitace, asistence, podpory a různých podpůrných služeb (Kalvach, Z., 2004). Zatímco člověk – klient zůstává za všech okolností ucelenou bytostí, jeho podpora se fragmentuje. Fragmentuje se zejména možnost řízení a hodnocení poskytování ucelené podpory a péče – lidé se sníženou soběstačností s potřebou ošetrovatelské a další zdravotní péče se přesouvají podle aktuálního stavu mezi různými typy zdravotních a sociálních služeb. Stávající praxe postrádá ucelenost, pružnost, cílevědomost a tím i účelnost.

Legislativa ČR výraz zdravotně sociální služby (péče) nezná. Zdravotní a sociální služby, včetně těch, které pečují o klienty s obdobnými potřebami, obdobným zdravotním stavem a mírou snížení soběstačnosti, fungují podle rezortně odlišných standardů kvality, kontroly, zdrojů a způsobů financování a úhrad za péči a služby atd. Ministerská dohoda či dobrá snaha a záměr ještě neznamena implementaci, pro kterou je klíčové financování, v němž rozhodnou roli v případě zdravotnictví hrají pojišťovny. Dalším rizikem je nedohoda státu a samosprávy, popřípadě jednotlivých úrovní samosprávy (krajská, obecní – III., II. a I. typu).

Ke slabinám stávajícího systému podpory osob s potřebou zdravotní péče a sociálních služeb patří jeho nesystémovost, roztržitost, neprovázanost, velmi často neznalost, neuvědomování si celého spektra (portfolia) služeb a činností, které by se mohly na ucelené podpoře konkrétního člověka podílet. V případě sociálních služeb pro seniory, na rozdíl od osob se zdravotním postižením, není deinstitucionalizace a udržení ve vlastním prostředí a komunitě primárním a prioritním cílem sociálních služeb. Integrované komunitní služby, doprovázené komunitními programy, vznikají spíše výjimečně na základě iniciativy jednotlivých obcí nebo neziskových organizací. Ze strany samospráv (obcí i krajů) převládá spíše orientace na residenční služby, resp. pečovatelskou službu, která při izolovaném působení a nedostatečné motivaci v systému neumožňuje dostatečnou podporu života v komunitě. Dlouhodobě deklarovaná priorita života v přirozeném prostředí tak pro mnoho seniorů zůstává nenaplněnou proklamací, kterou nenásleduje konkrétní politika financování sociálních služeb a preference inovativních řešení a podpory při snížení soběstačnosti ve stáří. Definice sociálních služeb v seniorské oblasti nepřinesla, až na výjimky, nové modely provázání sociálních a zdravotních služeb a komunitní podpory života ve vlastním, domácím prostředí.

Nekoordinované a chybějící služby a aktivity a nezajištění potřebné komplexnosti a kontinuity péče je často podmíněno odděleným financováním a poskytováním zdravotních a sociálních služeb a odlišnými kompetencemi poskytovatelů v oblasti zdravotní a „nezdravotní“ péče. Často je příčinou nadřazení úhradového mechanismu, takže je z úvah vyřazeno vše, co do úhradového mechanismu nepatří, co jím nelze zajistit. Dochází k úhradově podmíněným bariérám, k úhradově podmíněné roztržitosti a sektorizaci. (Kalvach, 2014) Ukazuje to na klíčovou roli nastavení finančních mechanismů a stimulů pro fungování služeb a ekonomické efektivity pro možnosti přizpůsobení služeb cílům a preferencím uživatelů, týkajícím se volby života, forem péče a možností využití formální nebo neformální péče. **Úhradově roztržitěnému systému taxativně vyjmenovávaných a**

časově limitovaných úkonů je žádoucí vytvořit korektiv v podobě systému. V České republice zatím chybí integrované financování a balíčky služeb šité na míru (*tailor-made packages, tailor-made interventions, integrated financing*) bez ohledu na to, pod jaký resort či finanční rozpočet (stát, obec, pojišťovna, apod.) jednotlivé služby patří. Například ve Velké Británii je tématu integrovaného financování a poskytování sociálních a zdravotních služeb a péče dlouhodobě věnována pozornost. Obdobně role místní samosprávy a místního občanství a samosprávy dosud nedozrála do úrovně garanta integrace a dostupnosti zdravotních a sociálních služeb pro osoby se sníženou soběstačností. Resortní bariéry se často nedaří integrovat ani na úrovni obce a města, přestože existuje řada obcí a zejména poskytovatelů s dobře nastavenými neformálními vazbami, komunikací na bázi „komunitního poskytování, komunitní koordinace a komunitního plánování“ sociálních a zdravotních služeb, včetně integrace primární péče (praktických lékařů) do těchto vazeb a struktur. Praxe v různých regionech a velikostních kategoriích obcí a měst se velmi liší, což vede k nerovnostem v dostupnosti, účelnosti i kvalitě sociálních služeb, jako důležité a integrální součásti ucelené ochrany, respektive její věcné, nefinanční dávky. Univerzální, v zásadě územně rovnoměrná dostupnost finanční podpory na zajištění služeb a / nebo neformální péče prostřednictvím příspěvku na péči má tak odlišné možnosti využití v různých městech (a jeho lokalitách či částech) a regionech. Místní samospráva, která má možnost být blíže reálným a specifickým podmínkám, které odráží charakter a potřebnost a podobu služeb, dosud není identifikována (jak ze strany obcí, tak občanů) jako koordinátor a garant těchto služeb, respektive rozvoj samosprávy ve srovnání s jinými veřejnými službami v této oblasti plně nedozrál do požadované role a kvality. Je to dáno zřejmě tím, že jiné veřejné služby a infrastruktura jsou vnímány jako „prioritnější“ a jednoznačně přidružené kompetenci obcí. Obce, jejich vedení a občané, stejně jako občanské organizace (neziskové, dobrovolnické aj.) však mohou hrát, hrají, či měli by hrát klíčovou a aktivní roli při utváření podoby lokální/komunitní/místní podpory a městské či samosprávné sociální politiky. Přesto centrální úroveň a parametry plošného nastavení pozice a role obcí, finančních pravidel a kompetencí obcí je klíčovou otázkou celostátní či „národní“ sociální a zdravotní politiky.

Neintegrované služby a „dlouhodobá péče“ jsou často duplicitní a méně efektivní právě z toho důvodu, že nejsou „komplexní“, nepostihují potřeby seniorů se zdravotně podmíněnou sníženou soběstačností v celku na jednom místě nebo návazně, jsou tudíž nákladné a neúčelné. Ostatně účinné účelnosti lze dosáhnout obecně spíše optimální uceleností, provázáním, sesíťováním, přesnější a rychlejší identifikací potřeb, než restriktivními úsporami – v Česku však dnes v oblasti dlouhodobé podpory prakticky zcela chybí **koordináční case management**, včetně znalého poradenství s poskytnutím souhrnných informací o všem, čeho lze podpůrně využít, bez ohledu na rezortní vymezení, kompetence poskytovatelů či úhradový mechanismus. To závažně postihuje pečující rodiny, respektive neformální pečovatele, znemožňuje depistáž i dispenzarizaci ohrožených lidí a v neposlední řadě problematizuje systémové uplatnění klíčových principů – solidarity a zodpovědnosti.

Péče, nebo podpora?

Tradičně se v ČR hovoří o **péči** – zdravotní, sociální, ucelené, dlouhodobé, komunitní. To posiluje vnímání klientů jako lidí „nemohoucích“, na péči odkázaných. Péče se tak snadno může stát uchvacující, omezující, podrobující si klienta, narušující jeho autonomii i sociální role. Péče také vzbuzuje dojem, že čím je jí více, tím je lepší, že péči lze klienta k jeho prospěchu doslova zahrnout. Dochází tak k deformacím ve smyslu nežádoucí podřízenosti klientů poskytovatelům péče, kteří to mnohdy vyžadují a zdůvodňují tím, že „nyní jste v mé péči a zodpovědnosti“. Slovy Milana Chába však, „péče nemůže učinit z lidí neschopných schopné“. Péče snadno konzervuje i navozuje závislost, prohlubuje nesoběstačnost, činí z klientů pasivní příjemce a vyžadovatele úkonů.

Lépe je proto hovořit o **podpoře** znevýhodněných lidí, o podpoře k soběstačnosti, ke smyslu života, k sebeúctě, a to podle vůle člověka, s respektem k jeho přáním a rozhodnutím, s podporou jeho participace na plánování a provádění služby s minimalizací formalizovaných administrativních postupů. Proto je chybná představa o řešení situace budováním pečovatelských ústavů, v nichž budou klienti podřízeni péči personálu. Přednost má podpora lidí ústavní péčí ohrožených, podpora v domácím prostředí, v komunitě.

Redukcionisticky pojatá „dlouhodobá péče“ („*long-term care*“ – LTC) jako ošetrovatelská nebo osobní péče v pobytovém zařízení či domácím prostředí by byla zavádějící a vedla by k redukci na bazální péči. Podle OECD koncept „dlouhodobé péče“ (OECD, 2005, 2011, 2013) zahrnuje **spektrum služeb určených osobám se sníženou mírou funkční, fyzické nebo kognitivní kapacity (zdraví), které jsou po delší časové období závislé na pomoci se základními činnostmi každodenního života (ADL). Tato „osobní“ složka péče je často poskytována v kombinaci se zdravotní péčí, která zahrnuje „ošetrovatelskou péči“ (např. ošetřování ran, léčba bolesti, předepisování a podávání léků, monitorování zdravotního stavu) a také prevenci, rehabilitaci nebo paliativní péči. Vedle osobní péče mohou služby dlouhodobé péče zahrnovat také pomoc s dalšími aktivitami nezbytnými pro zajištění soběstačnosti, jako je pomoc v péči o domácnost nebo pomoc s tzv. instrumentálními aktivitami denního života (IADL) – tj. podpora života ve vlastním prostředí. V širším, důsledném smyslu a účelu se tedy jedná o soubor služeb, opatření, politik, programů či opatření, které umožňují nebo podporují kvalitní a důstojný život křehkých starých lidí, respektive osob se sníženou soběstačností či s disabilitou v jejich prostředí nebo pobytovém zařízení, které poskytují komplexní podporu. V tomto „policy“ i praktickém pojetí podle WHO dlouhodobá péče zahrnuje i neformální (rodinnou) péči a je chápána jako „systém činností, prováděných neformálními pečovateli (rodinou, přáteli a/nebo sousedy) a/nebo profesionály (zdravotní a sociální služby) s cílem zajistit, aby osoba, která není plně soběstačná v péči o vlastní osobu, mohla dosáhnout co nejvyšší kvality života, v souladu se svými individuálními preferencemi, a největší možné míry nezávislosti, autonomie, participace, osobního naplnění a lidské důstojnosti“¹. Zahrnuje formální i neformální systémy podpory. Formální služby mohou zahrnovat širokou škálu komunitních služeb (např. zdraví, primární péče, domácí péče, rehabilitace a paliativní péče), jakož i institucionální péče v ošetrovatelských (pobytových) zařízeních a hospicích. Označuje také terapii, která může zastavit nebo zvrátit průběh nemoci a postižení (WHO, 2000b). Důležitým aspektem přístupu či „filozofie“ WHO je nejen ucelenost, zahrnující různé druhy zdravotních služeb a orientaci na autonomii, ale také důraz na potenciál zdraví, rehabilitaci a terapii.**

V této souvislosti považujeme za důležité zdůraznit, že důležitou rolí tohoto pojetí dlouhodobé péče je orientace na podporu autonomie, soběstačnosti. Model SIPS zde tedy chápeme jako rozpracování mezinárodního a uceleného pojetí konceptu „long-term“ care, který v mezinárodním kontextu zahrnuje (problematiku) **bydlení**, v širším smyslu prostředí, (univerzální) design a urbanisticky („městotvorně“) pojatý veřejný prostor. Tento koncept integruje prevenci, terapii, rehabilitaci i paliativní péči a nelze ho redukovat na kompenzaci snížené soběstačnosti prostřednictvím „podpory při výkonech / úkonech péče o osobu a domácnost“, resp. osobních či instrumentálních aktivitách denního života (ADL/IADL)². Specifičnost SIPS či dlouhodobé péče v tomto vymezení není dána ani tak druhy zdravotních a sociálních služeb, jako spíše specifickými riziky a potřebami uživatelů, kterými jsou osoby s dynamicky se měnícími zdravotními potřebami nebo chronickou nemocí (polymorbiditou), křehkostí a disabilitou. Z toho vyplývá potřeba průběžného poskytování kvalifikované zdravotní péče/služby a podpory. Těžiště cílových skupin tak představují spíše křehcí

¹ Definice v originále: „the system of activities undertaken by informal caregivers (family, friends and/or neighbours) and/or professionals (health and social services) to ensure that a person who is not fully capable of self-care can maintain the highest possible quality of life, according to his or her individual preferences, with the greatest possible degree of independence, autonomy, participation, personal fulfillment and human dignity“ (WHO, 2000b).

² Z angl. Activities of Daily Living (ADL) a Instrumental Activities of Daily Living (IADL)

senioři, chronicky nemocní nebo osoby se zdravotním postižením než osoby se zdravotním postižením v užším pojetí s relativně nižší potřebou kontinuální zdravotní péče.

Je zřejmé, že dlouhodobá péče v tomto pojetí nabízí širokou možnost služeb a opatření a zahrnuje celou škálu problémů a témat, což nezbytně vyžaduje ucelenost pochopení klienta (*comprehensive assessment*), koordinaci a poradenství. **Systém integrovaných podpůrných služeb (SIPS) je možným uspořádáním dlouhodobé péče v rámci komunity. Nabízí ucelený souhrn informací, znalostí, dovedností, aktérů a přístupů, které lze v dlouhodobé podpoře lidí se závažně ohroženou, omezenou či ztracenou soběstačností a jejich rodin využít. Je také zdrojem pro inspiraci a metodické postupy a opatření ke koordinaci služeb a vytváření ucelenějšího a integrovanějšího pojetí a fungování služeb, opatření a podpory osobám s potřebou dlouhodobé ucelené péče.** SIPS rovněž umožňuje depistáž, aktivní dispenzarizaci a zvyšuje účelnost služeb i vynaložených prostředků.

Zvýšení kompetencí a iniciativy obcí

Z našich expertních interdisciplinárních konzultací se ukazuje jednoznačná potřeba posílení role, iniciativy a kompetencí a zdrojů obcí pro dostupnost a návaznost služeb pro osoby se sníženou soběstačností a potřebou konkrétní a individuální míry podpory.

Obce mohou iniciovat snáze a účinněji než jednotlivci či zájmová sdružení potřebné společenské změny, včetně legislativních, a včetně vytvoření ekonomických nástrojů k řešení této problematiky.

Je důležité, aby obce:

- věděly (měly včasné informace) o situaci občanů se závažným zdravotním postižením, zvláště seniorů, přijaly jejich podporu a kvalitu života za svou významnou prioritu, přijaly odpovědnost a iniciativu vůči vlastním občanům v souladu s principem subsidiarity a nečekaly řešení shora, z centrální, státní či ministerské úrovně a naopak tlačily na řešení zdola, v souladu s potřebami a komunikací s občany, odborníky a poskytovateli v jejich samosprávném území.
- si uvědomily, že podpora těchto lidí není dosud nijak uceleně řešena, „vědecky“, odborně formulována a že žádné ucelené řešení ani nemůže přijít s ohledem jak na mezirezortní bariéry, víceborovost mnoha problémů či náhodně poskládané kompetence, tak na velké rozdíly v situaci a podmínkách jednotlivých obcí (Kalvach, 2014).

Jde o dlouhodobý zájem a úsilí obcí, jejich představitelů a občanů, jejich spolků, sdružení apod. o vytváření vstřícných podmínek a prostředí pro život seniorů a osob se sníženou soběstačností v komunitě, dobré sousedství a zajištění chybějících služeb, které by snížily tlak na institucionalizaci a zlepšily kvalitu života znevýhodněných lidí i jejich pečujících rodin. Obec je důležitým garantem podpory osob se sníženou soběstačností, ve vztahu ke státu by měla hájit dostupnost služeb a prostředků pro podporu kvality života těchto osob.

Specifikace role obcí

Pro praktické prosazování principů a komunitního systému integrovaných podpůrných služeb (SIPS) považujeme za důležité specifikovat, metodicky rozvíjet a hledat konsensus a zpřesnění pokud jde o povinnosti (kompetence) a práva obcí a jejich role v systému SIPS (aktérů zdravotních, sociálních a dalších služeb), zejména pak:

- roli obce při zjišťování potřeby podpůrných služeb

- povinnosti komunitního plánování integrovaných služeb (v návaznosti na zdravotní služby, bydlení, dopravu, tj. nejen sociálních služeb samotných) v rámci obcí III. typu (ORP) a participaci a spolupráci návazných služeb, zejména zdravotních
- spolupráce obcí v rámci mikroregionu či dobrovolného svazku obcí
- povinnosti obcí v oblasti poskytování uceleného poradenství
- ustavení pozice koordinátora/ky služeb (*support services coordinator/manager*)
- rozsah zajištění sociálních a zdravotních služeb, koordinace
- odpovědnosti a práva vůči poskytovatelům zdravotní péče v území (spádovém, ORP)
- v oblasti podpory bezbariérového a seniorského bydlení
- v oblasti komunitní sociální práce a spolupráce s úřady práce (příspěvek na péči, využití dat pro plánování a poskytování služeb, depistáž a dispenzarizaci)
- stanovení kompetencí v oblasti sociálně-právní ochrany zranitelných seniorů nebo osob se sníženou soběstačností (*adult protection services*), zejména osob ohrožených formami zneužívání (majetkové, fyzické, sexuální, psychické atd.), ohrožení důstojnosti nebo porušení lidských práv
- specifikace výkonu opatrovnictví

Integrovaná podpora a služby

Integrace služeb a integrovaná péče je dlouhodobě politickým tématem a deklarovanou prioritou v mezinárodním kontextu, kterou se však často obtížně převádí do praxe a konkrétních kroků.

Integrace je pak viděna někdy jako odpověď na problémy zdravotních a podpůrných systémů, zejména u lidí s chronickými a komplexními zdravotními problémy: zejména špatnou koordinaci služeb a dávek, přesun nákladů (*cost shifting*) a frustrace uživatelů v přístupu k potřebným službám v okamžiku, kdy je potřebují (Hixon, 2015).

Z pohledu uživatele (pacienta, klienta) integrace znamená šanci na lepší výsledky a větší spokojenost, protože uživatel služby je ve středu zájmu (Davies et al., 2008; in Hixon, 2015). Argumenty jsou zvláště silné, pokud uživatel služby (Hixon, 2015):

- 1) má dlouhodobé, trvalé nebo komplexní potřeby, spojené jak se zdravotní tak dlouhodobou péčí;
- 2) vstupuje do systému několika různými způsoby – např. přes nemocnice, ordinace lékařů, ošetřovatelská zařízení nebo z domácnosti (komunity) a
- 3) má potřebu pravidelných služeb, a tyto potřeby se v průběhu času mění.

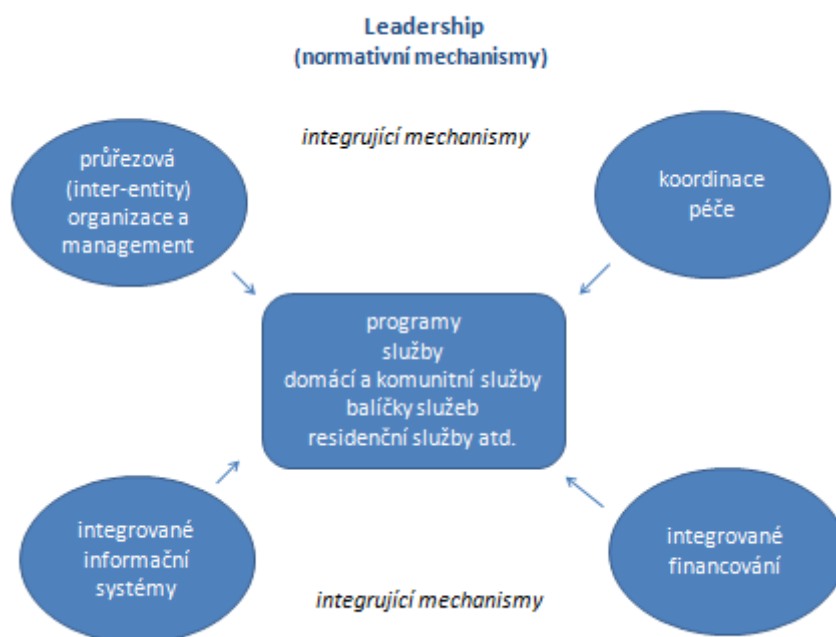
Integraci můžeme chápat jako systém vzájemných povinností, práv a vazeb mezi jednotlivými částmi systému, například vzájemná reciproční povinnost poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb, vazby mezi samosprávou a poskytovateli služeb, mezi primární a specializovanou péčí, akutní a postakutní péčí, pobytovou, domácí a ambulantní péčí, vazby mezi primární péčí a dalšími zdravotními službami. Integrace by měla zahrnovat kompatibilitu mezi standardy a kvalifikačními požadavky pro jednotlivé typy služeb.

Čtyři „integrující mechanismy“ zahrnují (Evashwick 2005, 2006; in Hixon, 2015):

- 1) průřezová organizace a management (inter-entity management and structure),
- 2) kontinuum a koordinace (care coordination),
- 3) integrované informační systémy (integrated information systems) a
- 4) integrované financování (integrated financing).

Viz obrázek níže.

Schéma č. 1 Rámec integrovaných podpůrných služeb pro seniory



Zdroj: Upraveno dle Evashwick (2005, 2006) (in Hixon, 2015)
(*Integrated aged care service systems framework*)

Systém je více než součet jeho částí

Systém SIPS nabízí širokou škálu služeb pro různé typy obcí. Z nich je možné volit „mix“ služeb, respektive řešení na základě existujících možností, financí a zdrojů (faktických a ochotě a politické vůli investovat do této oblasti), místních specifik a existujících aktérů a služeb. Redukce aktivit a kompetencí na pobytové služby vede k omezení možností volby, vytváří pobídky k institucionalizaci podpory a ztěžuje individualizaci podpory a služeb. Nedostatek služeb a zájmu vede k marginalizaci zájmu o potřeby osob, potřebujících komunitní podporu v rámci běžného života a bydlení. Pobytové služby se dosud nepodařilo transformovat na víceúčelová polyfunkční zařízení, poskytující širší komunitní zázemí lidem v obci, včetně poradenství, intervenčních a ambulantních služeb a dočasně odlehčovací („respitní“) péče.

Co je však nejproblematictější, je povědomí a prioritizace nástrojů, služeb a jejich koordinované poskytování. Existence jednoho, dvou či více typů služeb ještě nezaručuje funkční systém a funkční spolupráci a efektivní kontinuální podporu podle individuálních potřeb.

Pro fungující a funkční systém nestačí pouze jedna služba, která může být sama o sobě velmi kvalitní (například akutní zdravotní péče), nebo izolovaná existence několika tradičních „katalogových“ služeb, klasifikovaných podle zákona o sociálních službách. Klienti, kteří mohou nejvíce profitovat ze systému SIPS, tj. senioři, ohrožení ztrátou mobility a soběstačnosti v jejich prostředí, jsou totiž specifictí nejen rychlou a dynamickou změnou potřeb a způsobů jejich kompenzace, ale nutností využití opatření nad rámec typologie služeb a nad rámec sociálních služeb v kompetenci resortu sociálních věcí.

Potenciál komunitní správy, komunitních a participativních principů je možné dobře rozvinout právě v případě spolupráce širokého spektra služeb a aktérů, jako je tomu u interdisciplinární a meziprofesionální ucelené podpory.

Kontinuita podpory v průběhu stárnutí (inspirace ze zahraničí)

Komplexní model podpory a péče o seniory s různou škálou zdravotního potenciálu a křehkosti by měl zahrnovat spektrum služeb (aktivit, programů), které jsou odstupňované podle míry potenciálu a míry potřeby profesionální či komunitní podpory (Foot, Oliver, Humphries, 2014)³. Tento model zohledňuje heterogenitu seniorské populace a fáze a typy intervencí od prevence a rehabilitace po podporu na konci života a zajištění komplexní péče.

Schéma č. 2 Prvky integrovaného systému služeb napříč funkčním zdravím



Zdroj: Foot, Oliver, Humphries, 2014

Model integrované a na osobu zaměřené podpory a péče zahrnuje:

- Zdravé, aktivní stárnutí a podpora nezávislost
- Podpora kvality života s mírným nebo stabilním zdravotním omezením
- Podpora kvality života s komorbiditami, demencí a křehkostí
- Rychlá podpora blízko bydliště v krizových situacích
- Dobrá akutní nemocniční péče v případě potřeby
- Dobré plánování propouštění z nemocnice a následná podpora (po hospitalizaci)
- Dobrá rehabilitace a posílení zdatnosti (re-ablement) po akutním onemocnění nebo úrazu
- Vysoce kvalitní ošetrovatelská a rezidenční péče pro ty, kteří ji potřebují
- Autonomie (svoboda volby), kontrola a podpora na konci života
- Integrované služby, umožňující individuální přístup a péči zaměřenou na osobu (person-centered care)

³ Catherine Foot, David Oliver, Richard Humphries. Making our health and care systems fit for an ageing population. King's Fund, březen 2014 [[online](#)]

Hlavní kategorie služeb, které by mohly být obsaženy v kontinuu péče o osoby s jedním nebo více chronickými onemocněními, jsou (Hixon, 2015)⁴:

- 1) akutní lůžková, jako jsou lékařské / chirurgické jednotky v nemocnicích, psychiatrických nebo rehabilitačních lůžkových odděleních, konzultační služby;
- 2) rozšířená péče, jako například péče v pobytových zařízeních;
- 3) sub- nebo post-akutní lůžkové služby, jako dočasná „přechodová“ péče (*transition care*) v residenčním nebo komunitním prostředí;
- 4) ambulantní, včetně návštěv v ordinaci lékaře, ambulantní kliniky a různé poradenství v oblasti duševního zdraví a další skupinových služeb (*congregate care settings*), jako centra denních služeb (*adult day centres*);
- 5) komunitní péče, včetně denní/noční odlehčovací (respitní) služby, hospicové/paliativní péče, ošetřovatelství a terapie, a podpůrných služeb v domácím prostředí;
- 6) wellness a podpora zdraví, jako vzdělání, edukace, podpůrné skupiny, kondiční programy (fyzická aktivita);
- 7) dostupnost a propojení, včetně dopravy, informací a doporučení dalších služeb, skrínink
- 8) speciální společné bydlení (*congregate housing*), jako je asistované bydlení a další formy bydlení.

Case-management jako metoda integrace služeb

Zkušenosti ze zahraničí ukazují, že klíčovým prvkem pro integraci, návaznost sociálních a zdravotních služeb, zajištění dostupnosti informací a poradenství v životní situaci (řešení zdravotních potřeb i sociální, respektive životní situace) je role koordinátora/ky (komunitní) podpory, který vykonává roli nestranného průvodce procesem „dlouhodobé“ péče, „*case-managera*“ a jakéhosi advokáta osoby s potřebou komplexní podpory a péče, a to včetně územní depistáže a aktivní dispenzarizace.

Case management je definován jako: „*proces sdílené spolupráce, který: vyhodnocuje, plánuje, implementuje, koordinuje, monitoruje a vyhodnocuje možnosti a služby, potřebné pro naplnění zdravotních, sociálních, vzdělávacích a pracovních potřeb, s využitím komunikace a dostupných zdrojů a s cílem zvýšit kvalitní a efektivní výsledky*“ (Case Management Society UK, 2010)⁵

Case-manager by měl stát „nad“ či „mezi“ jednotlivými poskytovateli, být nezávislý a fungovat jako pracovník obce. Vedle zajištění návazných služeb a poradenství, například po propuštění ze zdravotnického zařízení nebo zhoršení soběstačnosti, mezi jeho role patří: poskytování informací a podpory klientům, rodině, podpora (facilitace) spolupráce / kooperace jednotlivých služeb a usnadňování předávání informací mezi zdravotnickými a sociálními službami a pracovníky (předávání informací o službách praktickému lékaři, předávání informace o zdravotním stavu klienta při akutní hospitalizaci atd.). Model SIPS předpokládá klíčovou roli koordinátora/ky podpory, kterou může fakticky zajišťovat pracovník obce jí zřízeného centra sociálních a zdravotních služeb (centra

⁴ V originále: The major categories of services that might be included in a continuum of care for a person with one or more chronic health conditions are: 1) acute inpatient such as medical/surgical units in hospitals, psychiatric or rehabilitative inpatient units, consultant services; 2) extended care such as that delivered in residential care facilities; 3) sub- or post-acute inpatient services such as transition care provided in residential and community care settings; 4) ambulatory including physician office visits, outpatient clinics and various mental health counselling and other congregate care settings such as adult day centres; 5) community care including day/overnight respite, hospice/palliative care, nursing and therapy, in-home supportive services; 6) wellness and health promotion such as education, support groups, exercise programs; 7) outreach and linkage including transportation, information and referral, 8) screening and finally congregate housing such as assisted living and other congregate housing.

⁵ „A collaborative process which: assesses, plans, implements, co-ordinates, monitors and evaluates the options and services required to meet an individual's health, social care, educational and employment needs, using communication and available resources to promote quality cost effective outcomes“ Case Management Society UK. 2010 [[online](#)]

komunitních služeb apod.) různého vzdělanostního profilu a profesního zaměření, s důrazem na propojení zdravotních a sociálních kompetencí. Jednou z možností je **zavedení pozice koordinátora/ky podpory v rámci sociálních služeb, nebo aktualizace a zavedení dosud nevyužité pozice komunitní sestry („district nurse“)**, pro kterou existuje zdravotnická specializace, kterou však nevyžaduje ani neužívá jak resort zdravotnictví, tak resort sociálních věcí. Tato pozice je přitom založena na integraci zdravotních a sociálních kompetencí, znalostí a integraci směrem do komunity a „**neklinických**“ (konceptních, koordinačních, plánovacích, evaluačních, poradenských a jiných) činností, tj. nejedná se o poskytování přímé či ošetrovatelské péče. Jinou možnou pozicí je komunitní sociální (lépe sociálně zdravotní) pracovník jako nová pozice, zakotvená v připravovaném zákonu o sociálních pracovnících nebo v zákonu o sociálních službách. Pozice takto koncipovaného pracovníka by měla být uplatněna v různých sociálních a zdravotních službách (a cílových skupinách), kde je důležitá víceoborová či interdisciplinární **spolupráce v průběhu procesu podpory a poskytování služeb**. Důležitou charakteristikou je vybavenost mezioborovými („nadresortními“) znalostmi a kompetencemi v oblasti sociálních a zdravotních služeb a dalších služeb, pomoci a podpory pro osoby se sníženou soběstačností.

System integrovaných podpůrných služeb - SIPS

Koncept SIPS zahrnuje zdravotní, sociální a další služby a podmínky, které jsou součástí širšího konceptu a zázemí SIPS a jejich profesní, multidisciplinární vybavení a typy (formy, druhy). Nejedná se o taxativní výčet, ale příklad služeb, které lze využít v rámci mezioborové spolupráce.

Žádný občan nikdy nebude potřebovat současně všechny uvedené prvky a mnohdy se rozhodne nevyužít (např. z důvodů finanční nákladnosti) ani všechny ty, které jsou u něho indikovány - nebo se nepodaří zajistit jejich reálnou dostupnost. Právě tak z hlediska obcí jistě nejde o zajišťování všech uvedených služeb a podpor ani o zajištění jejich provozování či financování. Měl by však existovat ucelený přehled existujících nebo dostupných služeb a obce by měly zajistit svým občanům přístup k informacím o možných službách a opatřeních, měly by se zabývat reálnou dostupností i vytvářením podmínek pro postupné zlepšování dostupnosti a nabídky služeb bez ohledu na zdroje financování (Kalvach, 2014). Zvláštní zájem by měly mít na získání přehledu o situaci v dané problematice na svém území.

Aktéři SIPS

- ✓ Koordinátoři/ky (komunitní) podpory
- ✓ Praktičtí lékaři
- ✓ Místní úřady – odbory sociálních věcí
- ✓ Úřady práce (příspěvek na péči)
- ✓ Místní zdravotní a sociální služby
- ✓ Občanská sdružení a spolky
- ✓ Dobrovolníci
- ✓ Jedinci (obyvatelé), rodiny, sousedské komunity
- ✓ další...

Prvky SIPS

- ✓ Koordinátoři/ky (komunitní) podpory
- ✓ Praktičtí lékaři

- ✓ Domácí zdravotní péče
- ✓ Specialisté, zvláště geriatr, psychiatr atd.
- ✓ Pečovatelská služba
- ✓ Paliativní péče (mobilní hospic)
- ✓ Pobytová péče
- ✓ Tísňová péče
- ✓ Osobní asistence
- ✓ Rehabilitace - Fyzioterapie (fyzioterapeut)
- ✓ Rehabilitace - Ergoterapie + úprava barier, prostředí doma
- ✓ Sociální práce
- ✓ Poradenství
- ✓ Depistáž a dispenzarizace
- ✓ Chráněné seniorské bydlení
- ✓ Bezbariérové bydlení
- ✓ Bezbariérová a asistovaná doprava a mobilita
- ✓ Denní stacionář
- ✓ Rehabilitační nemocniční oddělení – časná rehabilitace
- ✓ Nemocniční geriatrická oddělení (akutní intervence, GEM)
- ✓ LDN, NNP, rehab. OLÚ
- ✓ Hospice lůžkové
- ✓ Psychoterapie a krizová intervence
- ✓ Volnočasové a společenské aktivity
- ✓ Vzdělávací aktivity
- ✓ Protetika
- ✓ Půjčovna pomůcek
- ✓ Kognitivní rehabilitace
- ✓ Sociální práce
- ✓ Logopedie⁶
- ✓ Podpora lidí se specifickým zdravotním postižením, např. zrakových nebo sluchovým
- ✓ Komunitní psychiatrie
- ✓ další

⁶ Reeducace řeči může být závažnou pomocí u lidí po cévních mozkových příhodách. V současnosti je z této indikace v terénu jen zřídka dostupná.

Varianty prvků SIPS (možné kompetence)

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Klient ✓ Laická podpora, rodina ✓ <u>Podpora pečující rodiny</u> ✓ <u>Praktický lékař</u> ✓ <u>Home care</u> ✓ <u>Pečovatelská služba</u> ✓ <u>Dobré sousedství</u> ✓ Osobní asistence ✓ <u>Tísňová péče (role ICT)</u> ✓ Nutriční poradenství 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fyzioterapie ✓ <u>Ergoterapie + úprava bariér, prostředí doma</u> ✓ Protetika ✓ Půjčovna pomůcek ✓ Psychoterapie ✓ Logopedie ✓ Kognitivní rehabilitace ✓ <u>Sociální práce</u> ✓ <u>Mobilní hospic (spec. PP)</u> ✓ <u>Komunitní psychiatrie</u>
---	---

Prvky SIPS (možná kompetence obcí) - 2

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Geriatrické ambulance ✓ Rehabilitační odd. pro ICF ✓ <u>Depistáž, dispenzarizace (komunitní sestra), poradenství</u> ✓ <u>Case management a součinnost služeb</u> ✓ <u>Denní centra</u> ✓ <u>Podpora pečujících, supervize</u> ✓ LTV, rekondice 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>Bezbariérové veřejné prostory (přístupnost, univerzální design)</u> ✓ Centra podpory pro specifická postižení (Tyfloservis, Lorm) ✓ <u>Dobrovolníci</u> ✓ <u>Společenství, komunikace</u> ✓ <u>Animace, volnočasové aktivity, destigmatizace</u>
---	---

Prvky SIPS (možná kompetence obcí) - 3

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rehabilitační nemocniční oddělení – časná rehabilitace ✓ Nemocniční geriatrická oddělení (akutní intervence, GEM) ✓ LDN, NNP, rehab. OLÚ ✓ ÚSP ✓ Ústavy LTC (oš. centra) ✓ Hospice 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>Podpora obcí – vytváření podmínek</u> ✓ <u>Chráněné bydlení (podpora života v přirozeném prostředí podle zákona o sociálních službách, podpora samostatného bydlení apod.)</u> ✓ <u>Domy s pečovatelskou službou – obecní / městské byty zvláštního určení</u> ✓ <u>AAL (ambient assisted living), asistivní technologie, podpora a kompenzace, pomůcky</u> ✓ <u>Komunitní plánování „nadresortní“</u> ✓ <u>Církev</u> ✓ <u>Nestátní neziskové organizace</u>
---	--

Prvky SIPS (možná kompetence obcí)-

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
- Společnictví, komunikace
- Animace, volnočasové aktivity, destigmatizace

Prvky SIPS (možná kompetence obcí)-

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
- Chráněné bydlení, DPS, byty zvlášt. určení, AAL
- Komunitní plánování „nadresortní“
- Církev
- Nestátní neziskové organizace

Co lze obligátně očekávat od obcí v oblasti SIPS a LTC?

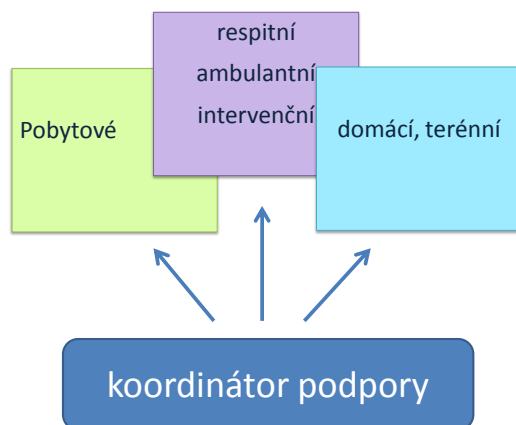
- Zájem – povinnost projednávat úroveň a ucelenost SIPS, poptávat služby?
 - Vytváření podmínek – ucelené komunitní plánování služeb?
 - Depistáž, dispenzarizaci rizikových lidí (kalamity) – komunitní sestra?
 - Koordinaci podpůrných sítí a poradenství o LTC?
 - Povinnost zajistit dostupnost alespoň home care a pečovatelské služby?
- Je čas na komunitní centra pro koordinaci, depistáž, dispenzarizaci, monitoring služeb a pro poradenství?**

Koordinátor podpory (středobod a garant SIPS)

Ustavení pozice koordinátora/ky podpory jako zaměstnance obcí s rozšířenou působností (a případně i obcí s pověřeným obecním úřadem), se jeví být **klíčovým krokem k sesíťování, zpružnění, zefektivnění a k cílevědomému rozvoji stávajících služeb do uceleného systému (SIPS)**. Hlavními úkoly koordinátora/ky podpory by měla být pasportizace situace na území obce, depistáž, dispenzarizace, poradenství, koordinace služeb, příprava podkladů pro komunitní plánování – vše s důrazem na nadrezortní ucelenost (Kalvach, 2014).

Právě koordinátor/ka podpory (komunitní sestra, zdravotně sociální pracovník apod.) jako zaměstnanec/zaměstnankyně obce, především v obcích s rozšířenou působností a dále obcí s pověřeným obecním úřadem (tj. obcí III., respektive II. typu) by mohl tuto funkci naplňovat. Jako obdoba někdejšího historického úřadu městského lékaře, městského fyzika *by mohl(a) být v obci zodpovědný/á za přehled o úrovni, dostupnosti, ucelenosti služeb (SIPS), ucelené zdravotně sociální i další podpoře lidí s omezenou soběstačností, ohrožených dlouhodobým či trvalým umístěním v institucionální péči*, dále za vedení agendy a přehled o klientech, depistáž, dispenzarizaci, komplexní a kompletní poradenství atd. **Je třeba zdůraznit, že takto vymezená pozice komunitní sestry nesmí být zaměňována za zdravotní sestru, pracující v agentuře domácí péče, ani za někdejší (před rokem 1990) tzv. geriatrickou sestru pro návštěvní službu u starých a dlouhodobě nemocných, jejichž úkolem je provádění ošetrovatelských úkonů v domácnostech, v terénu – i když je k nim kvalifikována (obdobně jako městský lékař, „fyzicus“ neprováděl z tohoto titulu léčebné úkony, i když jich byl schopen).** (Kalvach, 2014)

Schéma č. 3 Koordinátor/ka podpory jako spojovník služeb a koordinátor/ka podpory a pomoci

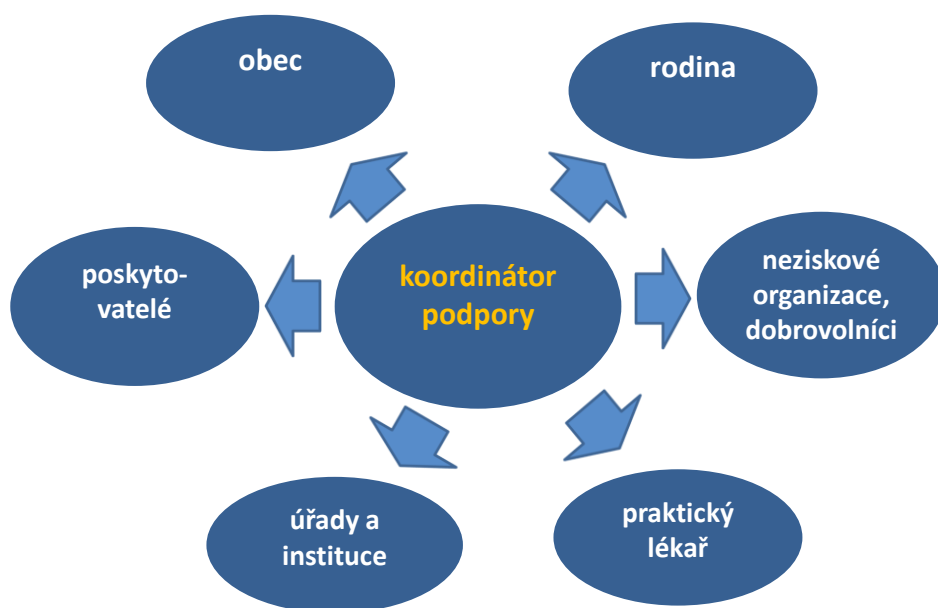


Zdroj: Kalvach & Wija (2015)

- pobytové: rehabilitace (fyzioterapie, ergoterapie), paliativní péče, ošetrovatelská, lékařská (geriatrická, psychiatrická atd.)
- ambulantní: rehabilitace (fyzioterapie, ergoterapie), paliativní péče, ošetrovatelská, lékařská (geriatrická, psychiatrická atd.)
- domácí: rehabilitace (fyzioterapie, ergoterapie), paliativní péče, ošetrovatelská, lékařská (geriatrická, psychiatrická atd.)

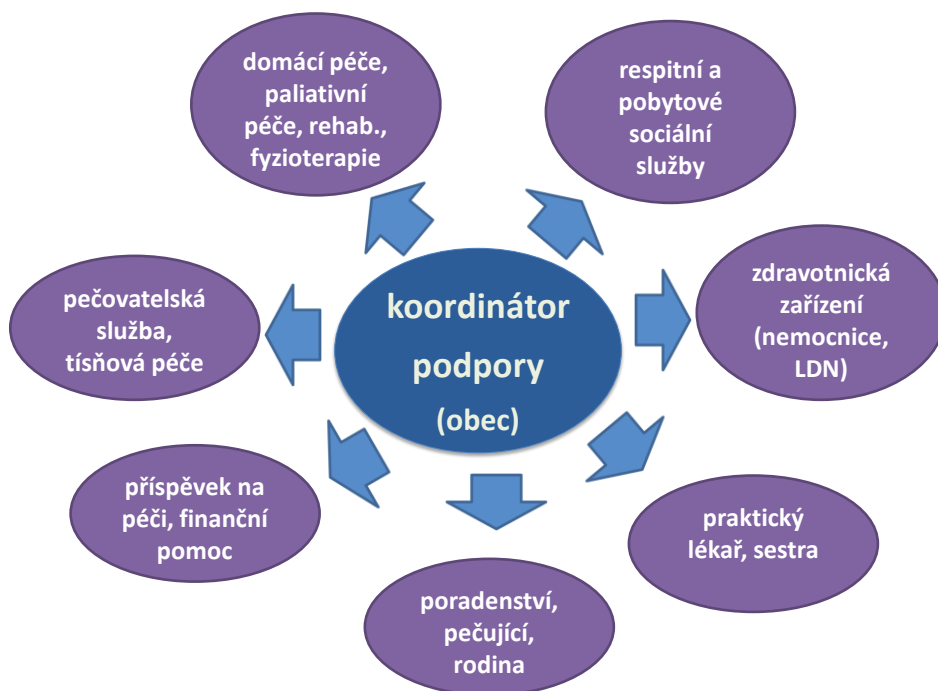
Koordinátor/ka podpory může umožnit rychlý přenos a sdílení informací mezi sociálními, zdravotními a dalšími službami a aktéry, mezi zdravotním a dalším personálem v různých zařízeních, například při přesunu z nemocnice či jiného zdravotnického zařízení do pobytové služby nebo naopak při nezbytnosti hospitalizace klienta SIPS do zdravotního zařízení z důvodu akutního zhoršení zdravotního stavu nebo akutních problémů s cílem zajištění kontinuity a mohou sloužit jako klinický a komunikační most mezi zdravotnickými službami (komunitní psychiatrie, farmaceuty atd.). Kontinuitu je důležité zajistit také například při změně praktického lékaře a jiného zdravotnického pracovníka.

Schéma č. 4 Koordinátor/ka podpory jako integrující prvek a case-manager



Zdroj: Kalvach & Wija (2015)

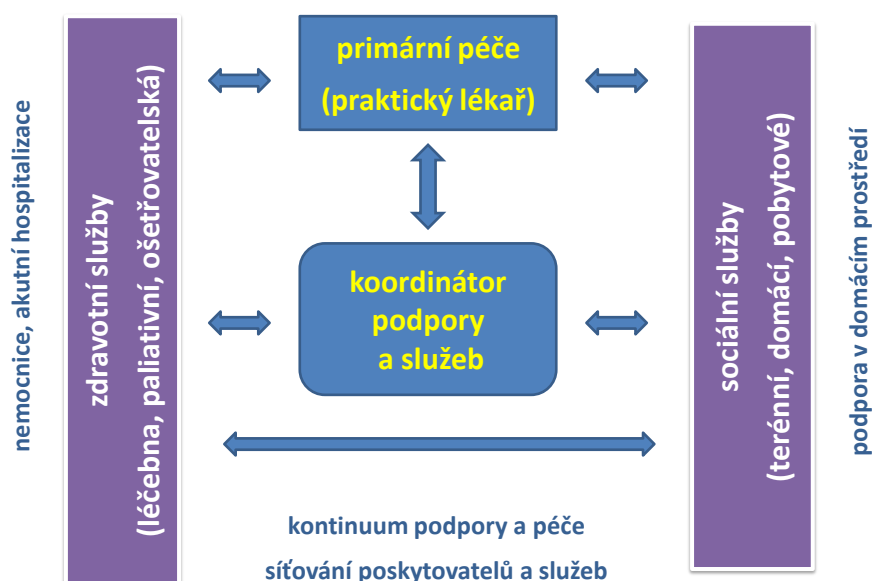
Schéma č. 5 Koordinátor/ka podpory jako propojovatel služeb a prvků SIPS



Zdroj: Kalvach & Wija (2015)

Koordinátor/ka podpory a služeb může nejen výrazně pomoci integraci a shromažďování informací z různých zdrojů a jejich předávání jak občanům (klientům), tak jednotlivým prvkům a subjektům systému, včetně kriticky důležitých informací zdravotních, ale může rovněž výrazně přispět k územnímu monitorování a ke komunitnímu plánování zdravotně sociálních služeb v obci pro vymezené cílové skupiny s výraznou převahou zdravotně sociálních = tj. ucelených, komplexních a dynamicky se měnících potřeb. Při poskytování podpory, informací a poradenství lidem s potřebou podpůrných služeb a pečujícím osobám (rodinným příslušníkům atd.) by měl(a) hrát koordinátor/ka podpory klíčovou roli.

Schéma č. 6 Koordinátor/ka podpory jako facilitátor/ka přechodu a koordinace mezi různými segmenty zdravotních a navazujících služeb



Zdroj: Kalvach & Wija (2015)

Hlavní úkoly koordinátora/ky podpory (návrh)

- ✓ poradenství pro osoby s potřebou ucelené podpory a jejich blízké (pečující, rodina atd.)
- ✓ vedení karty klienta SIPS se základními nezbytnými informacemi o zdravotním stavu a sociální situaci, respektive dalších okolnostech nutných pro rychlé zhodnocení stavu a rizik v případě zhoršení zdravotního stavu, rizika nebo potřeby hospitalizace apod.
- ✓ komunikace s praktickým lékařem – podněty pro depistáž, předávání informací o nových dostupných službách, změnách v legislativě
- ✓ Aktivní vyhledávání a monitoring rizikových osob (viz depistáž a dispenzarizace níže)
- ✓ zprostředkování kontaktů s potřebnými službami, a to jak na základě uceleného zhodnocení (geriatr, praktický lékař), tak při jeho nedostupnosti
- ✓ spolupráce s občany včetně osvěty či přijímání podnětů
- ✓

Karta klienta SIPS – zdravotně sociální dokumentace

- Ucelené funkční posouzení – vstupní posouzení a změny funkčního zdraví, soběstačnosti a subjektivních potřeb, preferencí
- ✓ zdravotní informace nezbytné pro zajištění včasné intervence a prevence rizik, zajištění bezpečnosti
- ✓ Záznamy o změnách stavu, intervencích, návštěvách, periodických vyšetřeních, zdravotních událostech
- ✓ Přehled o aktuálním, využívaném portfoliu služeb a podpor
- ✓ Uvedený přehled není dnes veden žádným aktérem – ani zdravotnickým, ani sociálním

Práce v terénu formou depistáže a dispenzarizace

Mezi jeden z primárních úkolů koordinátora/ky komunitní podpory patří **depistáž osob v domácím prostředí**, ohrožených konkrétní nemocí, **například osob s příspěvkem na péči, osob s vyšším zdravotním nebo sociálním rizikem** (osob v jednočlenných domácnostech nad určitý věk, se zhoršeným nebo nestabilním zdravotním stavem, křehkostí („*frailty*“)⁷, sebezanedbá(vá)ním („*self-neglect*“), zdravotním postižením nebo diagnózou, ohrožující soběstačnost, bezpečnost a nezávislost).

Depistáž je metoda (původně lékařská, uplatňovaná však i v sociální práci a dalších oblastech) aktivního vyhledávání lidí zvýšeně ohrožených určitou chorobou či určitým chorobným stavem nebo lidí v časném nenápadném stádiu těchto chorob. V našem případě jde o vyhledávání lidí výrazně omezených v realizaci svých rozhodnutí a v zajišťování svých potřeb, s výrazně ohroženou soběstačností, s vysokým rizikem náhlé dekompenzace funkčního stavu se vznikem nezabezpečení a s akutní potřebou zdravotní, sociální či jiné intervence. Riziková jsou především lidé na nízké úrovni potenciálu zdraví s geriatrickou křehkostí (kriticky nízkou mírou zdatnosti, odolnosti a adaptability), osamělí lidé s kognitivní poruchou či v pokročilém stáří (orientačně nad 85 let), taková lidé žijící jen v manželské dvojici se stejně starým či funkčně nezdatným partnerem, lidé s projevy „*self-neglect*“ - zanedbávání sebe sama (Kalvach, 2014).

Aby byla terénní práce účelná, musí na depistáž navázat dispenzarizace – aktivní práce s vytipovanými rizikovými lidmi a/nebo již klienty dlouhodobé péče (zavedení pečovatelské služby, home care, přiznání příspěvku na péči apod.). Jde o jejich periodické návštěvy, nabídku podpůrných služeb, zdravotní péče, sociální pomoci, o aktivní návštěvy a intervence v období kalamit (vlny veder či mrazů, povodně, chřipkové epidemie), kdy právě mezi těmito křehkými lidmi s nízkou odolností i adaptabilitou je nejvyšší výskyt komplikací včetně úmrtí.

Depistáž mohou provádět plošně v daném území zvláště komunitní sestry, sociální pracovníci, v rozsahu registrovaných pacientů všeobecní praktičtí lékaři. Agendu dispenzarizace mohou vést komunitní sestry, méně vhodně sociální pracovníci. Zapojení do dispenzarizace křehkých lidí s omezenou soběstačností mohou být i příslušníci různých profesí, kteří mají své stálé „rajóny“ – např. městští strážníci (policisté) či poštovní doručovatelé; zvláště za uvedených kalamit mohou v rámci svých pochůzek aktivně kontrolovat vytipované lidi, upozornit kontaktní osobu na městském úřadu na změnu jejich chování či na podezřelé okolnosti (např. neodebrané noviny ve schránce na dopisy).

⁷ Pozn.: Ve smyslu odborně definované zdravotní / geriatrické křehkosti

Depistáž – vyhledávání klientů

- Lidé ohrožení
- Disabilita, ztráta soběstačnosti
- Self-neglect, nezvládání životní situace
- Labilita zdravotního/funkčního stavu (např. pády)
- Pokročilá kognitivní porucha
- Pokročilý věk (nad 80-85 let?)
- Osamělost
- Přiznání příspěvku na péči
- Nevhodné zacházení, elder abuse and neglect
- Spolupráce: praktičtí lékaři, občanský aktiv
- Nutný je vždy souhlas občana se zařazením do dispenzárního registru! Pozor na „labelling“, kompromitující „označkování“, proto by neměly být tyto informace poskytovány zdravotním pojišťovnam, které by je případně mohly zneužít např. k restringování některých druhů zdravotní péče

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 (domácí zdravotní péče), jiný poskytovatel služeb
- Výstup: záznam, rada, intervence, vyžádání vyšetření – především funkční vyšetření klienta SIPS (ucelené geriatrické vyšetření s návrhem dalšího postupu – PL či geriatr)
- Komunitní sestra je oproti sociálnímu pracovníkovi schopna a oprávněna provést v nezbytném rozsahu i základní orientační posouzení zdravotního stavu klinickým posouzením, změněním krevního tlaku apod.

Současné vymezení pozice a role komunitní sestry

Níže uvádíme současné legislativní a oborové (profesní) vymezení komunitní sestry jako východisko uvažování o koordinátorovi/torce podpory a služeb, který by splňoval interdisciplinární požadavky na fungování a komunikaci v sociálních i zdravotních službách a práci lidí se zdravotními potřebami. Zdůrazňujeme, že z hlediska autorů je sociální a zdravotní potřeba umělé dělitko, které nevychází z potřeb (lidí), ale současného nastavení a pojetí „sociální“ a „zdravotní“ služby, zejména z odlišných finančních zdrojů a vymezení, jehož šíře nebo úže odpovídá finančně legislativním definicím. V případě uvažované skupiny osob, tj. osob s ohrožením ztráty soběstačnosti na základě zdravotního stavu, se jedná ve skutečnosti o jednotné a neoddelitelné kontinuum. Jedná se o různost pohledů na tutéž životní situaci, nikoliv o různost potřeb. Oddělenost financování proto u této skupiny osob vede k zavádění integrovaných balíčků, respektive integrovaného financování, které zahrnuje spojení zdrojů, určených na financování zdravotních služeb a zdrojů určených na „sociální péči“, např. NHS (Národní zdravotní služba) a rozpočty obcí v Británii (Anglii).

Komunitní sestry lze považovat za významné aktéry veřejného zdraví v dlouhodobě společnosti s rostoucí potřebou komunitně založené dlouhodobé podpory (péče) zdravotně sociální (Kalvach, 2014). Jsou i odpovědí na tichou epidemii syndromu demence a na potřebu redefinování tzv. primární péče (Kalvach, 2014).

V současné legislativě je komunitní sestra definována [ve vyhlášce č. 55/2011 Sb.](#), o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Podle § 59 této vyhlášky komunitní sestra

vykonává činnosti podle § 54 (Činnosti všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí) při poskytování **primární péče, integrované péče a preventivně zaměřené ošetrovatelské péče o jednotlivce a skupiny osob ve vlastním sociálním prostředí; tato skupina může být vymezena zejména společným sociálně-kulturním prostředím, územím, věkem, zdravotním stavem nebo rizikovými faktory.**

Uvedená vyhláška dále definuje ošetrovatelskou péči jako „*soubor odborných činností, zaměřených na udržení, podporu a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem, rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je také péče o nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné smrti.*“ Dále pak definuje ošetrovatelskou péčí základní, specializovanou a vysoce specializovanou.

Národní soustava povolání (NSP) pak uvádí, že „*komunitní sestra je sestra, která samostatně poskytuje, organizuje a metodicky řídí primární, integrovanou a preventivně zaměřenou ošetrovatelskou péči, včetně vysoce specializované ošetrovatelské péče o jednotlivce a skupiny osob ve vlastním sociálním prostředí.*“

Z výše uvedené definice vyplývá, že česká legislativa předpokládá působení a pozici komunitní sestry s širokým zaměřením na různé cílové skupiny. **Působnost je definována vlastním sociálním prostředím a koordinací zdravotní a sociální péče.** Explicitně je tedy definována role koordinační, koordinace služeb a „zdravotní a sociální péče“ a koordinace „integrované péče“.

Přestože legislativa počítá s pozicí komunitní sestry, **zákon o zdravotnických službách ani jiný zákon tuto profesi nevyžaduje v rámci žádné existující zdravotní služby.** [Zákon č. 96/2004 Sb.](#), o nelékařských zdravotnických povoláních definuje odbornou způsobilost k výkonu různých povolání, například odborného pracovníka v ochraně a podpoře veřejného zdraví atd., avšak **povolání komunitní sestry nezmiňuje.** Rovněž [vyhláška č. 99/2012 Sb.](#), o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb pozici a požadavek na **komunitní sestru nezahrnuje**⁸.

Odborné znalosti a dovednosti komunitní sestry podle současného pojetí odpovídají klinickému zaměření a přímému výkonu nebo koordinaci ošetrovatelské péče⁹, doplněné o aktivity preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační nebo dispenzární (péče o pacienty v domácím prostředí). **Těžiště práce koordinátora (koordinátorky) podpory však by mělo spočívat v činnostech koordinačních, informačních a poradenských, plánování, komunikaci, podpoře.** Neměl(a) by vykovávat přímou péči poskytovanou v rámci současných zdravotních a sociálních služeb a pracovníků.

Vzhledem k přetrvávajícím bariérám lze uvažovat i variantu zavedení obnovené, lépe a konkrétněji specifikované komunitní sestry v gesci zdravotního systému a veřejného zdravotního pojištění,

⁸ Vyhláška definuje požadavky na dlouhodobou lůžkovou péči: a) lékař se specializovanou nebo zvláštní odbornou způsobilostí 0,2 úvazku, b) všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí bez dohledu 1,0 úvazku, c) všeobecná sestra bez dohledu a všeobecná sestra nebo zdravotnický asistent celkem 6,0 úvazku, d) sanitář, ošetrovatel nebo masér 5,0 úvazku, e) fyzioterapeut bez dohledu nebo ergoterapeut bez dohledu 0,2 úvazku a f) klinický psycholog - dostupnost. Dále definuje ambulantní péči podle oborů zdravotní péče, které zahrnují „medicínu dlouhodobé péče“, u které se požaduje - a) lékař se zvláštní odbornou způsobilostí v medicíně dlouhodobé péče a b) všeobecná sestra nebo zdravotnický asistent, pokud je poskytována ošetrovatelská péče.

Společné požadavky na personální zabezpečení lůžkové péče (část I) uvádí, že následná lůžková péče a dlouhodobá lůžková péče v části II.3 a II.4 této přílohy (II.3 následná péče, II.4 dlouhodobá péče) je zabezpečena **zdravotně-sociálním pracovníkem nebo jiným odborným pracovníkem - sociálním pracovníkem v úvazku 0,2 ve zdravotnickém zařízení s počtem lůžek do 30; v úvazku 0,5 ve zdravotnickém zařízení s počtem lůžek nad 30**, pokud není stanoveno v části II.3. a II.4. této přílohy jinak.

⁹Zdroj: Národní soustava povolání (komunitní sestra). Dostupné [online](#) (13. 7. 2015)

zaměřené na depistáž a dispenzarizaci a koordinaci zejména zdravotní péče při přechodu mezi jednotlivými typy zdravotních (respektive v potřebných případech i sociálních služeb) a na propojování jednotlivých segmentů zdravotního systému při péči o pacienta, vyžadujícího komplexní a kontinuální (návaznou a neduplicitní) zdravotní podporu s cílem jeho navrácení nebo udržení ve vlastním sociálním prostředí a minimalizací rizik vyplývajících z neadekvátní zdravotní péče (vyhnutelné či preventabilní hospitalizaci apod.), a současně pozice koordinátora/ky podpory v gesci resortu sociálních věcí (financovanou ze zdrojů rozpočtu státu, krajů či obcí určených na sociální služby, respektive sociální správu), jejíž těžiště by spočívalo v koordinaci různých typů sociálních služeb, poradenství, podpory osob s potřebou komplexní péče a jejich blízkých, podpoře (informační a jiné) a síťování jednotlivých aktérů a prvků uceleného systému podpory a služeb.

K ustavení pozice modifikované komunitní sestry (jako doplňku či partnera koordinátora podpory) nebo pro první počáteční fázi by mohla kvalifikačně postačit příbuzná specializace (např. geriatrická sestra) s absolvováním specializačního kurzu (Kalvach, 2014). Ideální by byla pozice spojující zdravotní a sociální a kvalifikaci i kompetence, financovaná ať už v rámci sociálních služeb nebo zdravotního systému, nebo kombinací obou zdrojů.

Pozici koordinátora komunitní podpory a pozice komunitní sestry (které obě mohou mít a mají oddělené specifické role) lze tedy zříditi samostatně, naplněním smyslu a účelu současným norem. **Spojení těchto pozic doporučit jen v případech nutnosti spojit tyto pozice z důvodu úspory finančních mzdových prostředků, a to zejména v menších obcích (městech) a v ORP s menším počtem obyvatel. Přitom lze zdůraznit výhodnost spojení těchto pozic pro propojení zdravotních služeb se sociálními službami, ale jen za předpokladu, že komunitní sestra bude vybavena odbornými kompetencemi a znalostmi, které musí mít komunitní koordinátor. Existuje však reálné nebezpečí, že komunitní sestra (pokud nebude těmito kompetencemi a znalostmi vybavena) by mohla naopak přispívat k „medicinalizaci“ zdravotně sociálních služeb a systému SIPS.**

Profil pozice komunitní sestry pozice podle Národní soustavy povolání¹⁰

Komunitní sestra zejména může:

a) bez odborného dohledu a bez indikace

1. komplexně analyzovat zdravotní a sociální situaci jednotlivce ve vlastním sociálním prostředí nebo skupiny občanů z hlediska koordinace poskytované zdravotní a sociální péče, všechna vhodná zařízení zdravotní a sociální péče a koordinovat poskytovanou integrovanou péči,
2. komplexně analyzovat zdravotní a sociální situaci pacientů a osob blízkých z hlediska ošetrovatelské péče, realizovat poradenství pro skupinu občanů ve spolupráci s odpovědnými orgány;

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře nebo odborného pracovníka v ochraně a podpoře veřejného zdraví

1. v rozsahu své odborné způsobilosti vypracovávat hodnocení zdravotních rizik jednotlivce ve vlastním sociálním prostředí nebo skupiny občanů a sestavovat priority při jejich řešení na základě epidemiologických a statistických dat a výsledků výzkumů,
2. připravovat a organizovat preventivní prohlídky, vyšetření a očkování.

Pracovní činnosti komunitní sestry

- Komplexní analýza zdravotní a sociální situace jednotlivce nebo skupiny občanů ve vlastním sociálním prostředí z hlediska koordinace poskytované zdravotní a sociální péče.

¹⁰Zdroj: Národní soustava povolání (komunitní sestra). Dostupné [online](#) (13. 7. 2015)

- Koordinace poskytované integrované péče.
- Komplexní analýza zdravotní a sociální situace pacientů a osob blízkých z hlediska ošetrovatelské péče.
- Poradenství pro skupinu občanů v ošetrovatelské péči.
- Hodnocení zdravotních rizik jednotlivce ve vlastním sociálním prostředí nebo skupiny občanů z hlediska veřejného zdraví bez odborného dohledu na základě indikace lékaře nebo odborného pracovníka v ochraně.
- Sestavování priorit při řešení zdravotních rizik na základě epidemiologických a statistických dat a výsledků výzkumů.
- Příprava a organizování preventivních prohlídek, vyšetření a očkování na základě indikace lékaře nebo odborného pracovníka v ochraně veřejného zdraví.
- K tomu by podle našeho názoru mimo výše navrhované kompetence mělo patřit také poskytování podkladů místní správě a samosprávě o problematice dlouhodobé péče, o SIPS, situaci jejich občanů a o hlavních problémech na území obce, mimo jiné jako podklad pro komunitní plánování.

Odborné znalosti

Pro výkon této typové pozice jsou obvykle požadovány teoretické znalosti z těchto oblastí:

- dezinfekce a sterilizace
- ošetrovatelská péče obecně
- měření a sledování zdravotního stavu a životních funkcí
- aplikace injekcí a očkovacích látek
- odebírání krve a dalších biologických vzorků
- obvazová technika
- ošetrovatelská péče o staré lidi (gerontologické služby)
- ošetrovatelská péče o postižené

Zdroje:

- Catherine Foot, David Oliver, Richard Humphries. Making our health and care systems fit for an ageing population. King's Fund, březen 2014 [[online](#)]
- Colombo, F. et al. (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>
- Laurel L. Hixon. Integration and innovation in aged care organisations: Three studies in New South Wales [[online](#)] (doktorská práce) University of Technology, Sydney 2015
- Kalvach, Z. a kol. Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb. Praha, Diakonie ČCE, 2014 [[online](#)]
- Kalvach, Z. 2011. Křehký pacient a primární péče. Praha: Grada.
- Kalvach, Z. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Praha: Grada, 2008.
- OECD, A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care, OECD Health Policy Studies. 2013, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264194564-en>
- OECD. Long-term Care for Older People. OECD Paris July 2005 [online]
- WHO. A life Course Approach to Health. WHO, 2000. [[online](#)]
- WHO. Active Ageing: A Policy Framework. WHO, 2002. [[online](#)]
- WHO. Towards Age-friendly Primary Health Care. WHO, 2004. [[online](#)]
- WHO. Global Age-friendly Cities: A Guide. WHO, 2007. [[online](#)]
- WHO. Globální města přátelská seniorům: Průvodce. Praha: MPSV, 2009. [[online](#)]
- WHO (2000b). Home-Based and Long-term Care, Report of a WHO Study Group. WHO Technical Report Series 898. Geneva: World Health Organization. [[online](#)]



institut **důstojného** stárnutí

Diakonie 
Českobratrské církve evangelické

Autorský kolektiv:

MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc.

Mgr. Olga Mutlová,

PhDr. Karel Schwarz

Mgr. Olga Starostová

Ing. Hana Řezáčová

Mgr. Petr Wija, Ph.D.

Institut důstojného stárnutí

© Diakonie Českobratrské církve evangelické

Červen 2015

*Zpracováno v rámci projektu Podpora rozvoje komunitních zdravotně-sociálních služeb,
podpořeného z Programu švýcarsko-české spolupráce*

