



DLOUHODOBÁ PÉČE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Mgr. et Bc. Monika Válková



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM
LIDSKÉ ZDROJE
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME
VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz

Dlouhodobá péče v ošetrovatelství

Dlouhodobá péče v ošetrovatelství

Monika Válková

Monika Válková

Dlouhodobá péče v ošetrovatelství

Vydal: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Ruská 85, Praha 10

Technická redakce: Eva Srbová

Grafická úprava: Mgr. Karolína Loskotová

Praha 2015

Autorský kolektiv

Mgr. et Bc. Monika Válková

IPVZ

Abstrakt

Předkládaná publikace má čtenáři přiblížit problematiku poskytování dlouhodobé péče v České republice. Vzhledem k tomu, že tato oblast je velmi rozsáhlá, jsou jednotlivé problematiky v daných kapitolách nastíněny přehledově a snaží se poukázat na jednotlivé oblasti, v kterých se dlouhodobá péče realizuje nebo by mohla být realizována.

Obsah

1	Definice a vymezení pojmů dlouhodobé péče.....	11
2	Pojmový aparát.....	14
3	Historie v poskytování péče o staré a nemocné osoby.....	20
4	Současnost v poskytování dlouhodobé zdravotně sociální péče.....	22
5	Demografická východiska	24
6	Vývoj zdravotně sociální péče	26
7	Expertní panel pro dlouhodobou péči.....	28
7.1	Hlavní cíle a zaměření panelu:	28
7.2	Dlouhodobá péče o seniory s uplatněním aktivního modelu má charakter:	29
7.3	Jaké jsou důvody pro změnu?	29
7.4	Návrh řízení LTC v praxi	30
7.5	SWOT analýza zavedení konceptu dlouhodobé péče v České republice (duben 2010).....	31
8	Klasifikace a vymezení onemocnění vzhledem k poskytování dlouhodobé zdravotně sociální péče	34
9	Hodnocení zdravotních a sociálních potřeb, soběstačnosti, škály hodnocení	39
9.1	MKF – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví.....	40
9.2	Příspěvek na péči	44
10	Financování dlouhodobé péče z pohledu zdravotnického a sociálního systému	56
10.1	Zdroje financování pobytových sociálních služeb	56
10.2	Analýzy a studie k problematice dlouhodobé zdravotně sociální péče.....	57
10.3	Návrhy legislativního řešení dlouhodobé zdravotně sociální péče v České republice	59
11	Závěr	71

Seznam použitých zkratk

ADL	hodnocení stupně závislosti v základních každodenních činnostech (Activity Daily Living)
CMP	cévní mozková příhoda
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
DNZS	dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav
DPH	daň z přidané hodnoty
DpS	domov pro seniory
DZR	domov se zvláštním režimem
EU	Evropská unie
GDS	Global Deterioration Scale
HDP	hrubý domácí produkt
IADL	test instrumentálních všedních činností (Instrumental Activities of Daily Living)
KC	komunitní centra
KPDP	komplexní plán dlouhodobé péče
MKF	klasifikace MKF je součástí souboru klasifikací vydaných Světovou zdravotnickou organizací a je určena pro měření zdravotního postižení na individuální i populační úrovni
MPSV	ministerstvo práce a sociálních věcí
MMSE	Mini Mental State Exam
MZ	ministerstvo zdravotnictví
LTC	dlouhodobá péče (long-term care)
LDN	léčebny dlouhodobě nemocných
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (Organisation for Economic Co-operation and Development)
OPDP	Ošetrovatelský plán dlouhodobé péče
OSSZ	Okresní správa sociálního zabezpečení
PnP	příspěvek na péči
SWOT analýza	metoda, jejíž pomocí je možno identifikovat silné (strengths) a slabé (weaknesses) stránky, příležitosti (opportunities) a hrozby (threats)
ÚP	Úřad práce
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)
ZŽP	základní životní potřeba

Klíčová slova

dlouhodobá péče, OECD, LTC, WHO, demografická situace, hodnocení potřeb, sociální služby, zdravotní služby, ošetrovatelská péče, klasifikace služeb, demence, Alzheimerova nemoc, klient, bio-psycho-sociální potřeby, stárnutí, centrální mozkové příhody, traumata, paliativní péče, multidisciplinární tým, financování zdravotních a sociálních služeb, ADL, IADL, MKF, uživatel sociálních služeb, uživatel zdravotních služeb, hodnocení zdravotně sociálních služeb, provázanost zdravotně sociální péče, komunitní péče

1 Definice a vymezení pojmů dlouhodobé péče

Pod pojmem dlouhodobá péče se zpravidla označuje komplex služeb, které potřebují lidé s dlouhodobě omezenou soběstačností.

Definic, které specifikují dlouhodobou péči, je několik. Níže jsou uvedeny nejvýznamnější z nich:

Definice dlouhodobé péče podle OECD:

- Dlouhodobá péče je škála služeb potřebná pro osoby se sníženou funkční kapacitou (fyzickou nebo kognitivní), v jejímž důsledku jsou po delší dobu závislé na pomoci v základních aktivitách každodenního života (ADL) – koupání, používání toalety, oblékání, krmení, vstávání ze židle nebo postele, pohyb po místnosti).
- Tato osobní komponenta péče je často poskytována společně se základními zdravotními službami (například ošetřování ran, řešení bolesti, podávání léků, monitorování, prevence, rehabilitace nebo paliativní péče).
- Poskytování pomoci v ADL a základních zdravotních služeb může být kombinováno s pomocí při instrumentálních aktivitách denního života (například pomoc při péči o domácnost, přípravě jídla, nakupování, transportu).

Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) vymezuje tuto péči jako určité spektrum služeb určených lidem závislým na pomoci v některých ze základních sebeobslužných aktivit.

Definice dlouhodobé péče podle WHO:

- Dlouhodobá péče je systém činností, které zajišťují lidem, jež nejsou plně schopni sami si zajistit péči o vlastní osobu, udržení maximální možné kvality života podle jejich individuálních preferencí, s co nejvyšším dosažitelným stupněm nezávislosti, autonomie, účasti na společenském životě, osobního uspokojení a lidské důstojnosti.
- Dlouhodobá péče je poskytována neformálně (prostřednictvím rodiny, přátel nebo sousedů) a/nebo formálně (prostřednictvím zdravotních a sociálních služeb).
- Formální podpůrný systém zahrnuje široké spektrum komunitních služeb i institucionální péči poskytovanou v ošetrovatelských domovech a v hospicích. K formální dlouhodobé péči jsou řazeny i léčebné postupy, které slouží k zastavení nebo zvrácení průběhu onemocnění nebo disability.

V rámci dlouhodobé péče jsou tedy výše uvedené služby poskytovány lidem s omezenou soběstačností. Omezená soběstačnost se posuzuje zejména v hledisku základních sebeobslužných aktivit. Tento stav je způsoben zejména chronickými onemocněními, rovněž mohou být důsledkem zdravotního postižení, a to ať tělesného/fyzického, tak i duševního.

Osoby, které služby v rámci dlouhodobé péče potřebují, bývají většinou vyššího věku, nicméně z tohoto okruhu nelze vyloučit ani jedince mladší nebo děti.

Jako ideální model v poskytování zdravotně sociálních služeb v rámci dlouhodobé péče se jeví, pokud je možné **udržet klienta co nejdéle v domácím prostředí**. Pokud toto však vzhledem ke zdravotnímu stavu není možné a je nutné pro klienta zajistit krátkodobý či dlouhodobý pobyt v instituci, je nutné, aby zdravotnické nebo sociální zařízení umělo řešit jeho sníženou soběstačnost v důsledku zhoršení zdravotního stavu a respektovalo jeho biopsychosociální a spirituální potřeby. **To také znamená, že poskytuje pomoc v základních sebeobslužných aktivitách, další individualizované služby a kvalifikovaný zdravotnický dohled.**

Mezinárodní dokumenty definují dlouhodobou péči (long-term care) následovně:

- Jedná se o péči poskytovanou lidem, jejichž soběstačnost je dlouhodobě omezena, jsou tedy na pomoci závislí, a jejich schopnost vykonávat každodenní sebeobslužné aktivity je snížena.
- Sebeobslužné aktivity dělíme na základní (bazální), kam řadíme oblékání, schopnost najít se, kontinenci, schopnost provést základní hygienu, základní mobilitu, například přesun z lůžka na židli, a na instrumentální, které člověku umožňují žít nezávisle v rámci jeho komunity (jedná se například o nakupování, běžné domácí práce, přípravu jídla, obstarání financí).
- Dlouhodobou péčí může být poskytována jak v domácím prostředí, tak v institucích.

Také je potřeba rozlišovat na jedné straně péči zdravotní a na druhé straně sociální. Zdravotní péče má jasný kurativní a rehabilitativní charakter. Tyto služby od sebe nejde jednoznačně oddělit a jsou poskytovány ve vzájemné kooperaci. Je potřeba si uvědomit, že cílem poskytování zdravotní péče je změna, která vede ke zlepšení zdravotního stavu, kdežto cílem poskytování sociálních služeb je kompenzace stávající nesoběstačnosti.

Dlouhodobá péče v ČR

V rámci České republiky definuje dlouhodobou péči také Národní program přípravy na stárnutí: „**Dlouhodobá péče je péče zdravotní i sociální. Zdravotní a sociální potřeby jsou u části starších osob neoddělitelné. Tyto osoby potřebují jak zdravotní, tak sociální péči.**“

Systém dlouhodobé péče musí vycházet z integrace zdravotních a sociálních služeb ústavních, ambulantních a poskytovaných v domácnosti. Rozvoj systému dlouhodobé péče vyžaduje transformaci léčeben pro dlouhodobě nemocné a domovů pro seniory. Negativně lze hodnotit snižující se rozsah pečovatelské služby poskytované v domácnostech jednotlivých občanů ve většině krajů.

Pro lepší přiblížení definice dlouhodobé péče lze využít níže uvedený příklad:

Klient prodělá akutní mozkovou příhodu. V první (akutní) fázi léčby bude pacientovi poskytnuta vysoce specializovaná péče s cílem minimalizovat škody způsobené krvácením nebo ucpaním tepny, s cílem pokud možno obnovit zásobování postižené oblasti mozku krví a stabilizovat jeho stav.

Poté následuje druhá fáze, kdy proběhne intenzivní aktivní rehabilitace s cílem obnovit do nejvyšší možné míry funkční schopnosti klienta. V této fázi je nutné zajistit koordinaci se sociálním systémem (např. podpora klienta při přizpůsobení obydlí bezbariérovými úpravami či případně změně zaměstnání a další sociální služby).

Pokud u klienta nedojde k plné obnově funkčních schopností, následuje třetí (dlouhodobá) fáze poskytování zdravotně sociální péče. Jako ideální stav se jeví poskytnutí zdravotně sociální péče v domácím prostředí, za pomoci ambulantních a terénních služeb, nebo v prostředí bytových zařízení.

V současné době a za současných zdravotních a sociálních systémů je dlouhodobá péče poskytována zejména osobami blízkými nebo jinými (neformální péče v rámci rodiny nebo komunity) a profesionálními poskytovateli spadajícími do resortu ministerstva práce a sociálních věcí a ministerstva zdravotnictví.

Problém však je, že služby, které jsou poskytované v rámci působnosti jednotlivých resortů, nejsou mezi sebou vzájemně koordinované a často dochází k nerovnostem mezi jednotlivými zařízeními, není dostatečně zajištěna kvalita, ale i dostupnost zdravotních a sociálních služeb. Uvedený stav vede k tomu, že služby jsou poskytovány neefektivně.

Normativní vymezení poskytování zdravotních a sociálních služeb v ČR je stanoveno zejména níže uvedenými zákony, včetně souvisejících vyhlášek:

- **Zákon o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.)** – osoby, které jsou závislé na cizí pomoci → příspěvek na péči – přirozeným sociálním prostředím se rozumí rodina a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, se kterými sdílí domácnost, a místa, kde dotyčné osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity.
- **Zákon o zdravotních službách (č. 372/2011 Sb.)** – druhem je „ošetřovatelská péče“, formou je zdravotní péče lůžková nebo poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta – tím se pro účely tohoto zákona rozumí domácí prostředí pacienta nebo prostředí nahrazující domácí prostředí pacienta, například zařízení sociálních služeb.

2 Pojmový aparát

Sociální služba je činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.

Prostřednictvím **sociálních služeb** je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, stravování, ubytování, chodu domácnosti, ošetřování, výchově, poskytování informací, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho- a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů.

Přírozeným sociálním prostředím je rodina a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost a vazby ke členům této domácnosti, místa, kde pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity.

Zdravotním postižením může být tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované formy, přičemž jeho dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiného člověka.

Příspěvek na péči (dále jen „příspěvek“) se poskytuje lidem, kteří jsou z důvodu nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci, a to v oblasti běžné denní péče o vlastní osobu a v soběstačnosti. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu. Posuzování stupně závislosti je hodnocení skutečností, které jsou rozhodné pro schopnost samostatného života fyzické osoby, a to z hlediska každodenní potřeby pomoci a dohledu při péči jak o vlastní osobu, tak i o domácnost a řešení osobních záležitostí.

Péči o vlastní osobu se rozumějí především takové denní úkony, které se týkají zajištění či přijímání stravy, osobní hygieny, oblékání a pohybu.

Soběstačnost se rozumějí úkony umožňující účastnit se sociálního života, tj. komunikovat, nakládat s penězi či předměty osobní potřeby, obstarat si osobní záležitosti, uvařit si, vyprat a uklidit. Příspěvek náleží člověku, o kterého je pečováno, nikoli tomu, kdo péči zajišťuje. Schopnost zvládnout péči o sebe a být soběstačný je u každého člověka různá, proto zákon rozlišuje čtyři stupně závislosti na pomoci jiné fyzické osoby (od mírné až po úplnou). V rámci posuzování této schopnosti se pro účely stanovení stupně závislosti hodnotí činnosti, které jsou pro jednotlivé úkony stanoveny.

Zdravotní péče je poskytována ve zdravotnickém zařízení, na základě spolupráce a účelné dělby práce při zachování jednoty odborné péče o zdraví člověka a osobní odpovědnosti za poskytovanou péči. V těchto zařízeních mohou zdravotní výkony provádět pouze oprávnění zdravotničtí pracovníci.

Multidisciplinární posouzení je souborem stanovisek členů multidisciplinárního týmu, kteří na základě svých kompetencí určí postup a doporučení pro řešení a intervence v ošetřovatelském procesu. Jednotlivé kroky navrhovaného ošetřovatelského procesu následně uživatel odsouhlasí. **Jedná se o systematickou spolupráci profesionálů v různých**

ných oblastech při péči a poskytování služeb či podpory jednotlivým uživatelům. Tento tým rozvrhne potřebu a rozsah sociálních a zdravotních služeb vytvořením individuálního plánu dlouhodobé péče na 3 měsíce, a to v terénní a lůžkové oblasti.

Zdravotní péče je poskytována ve zdravotnickém zařízení, na základě spolupráce a účelné dělby práce při zachování jednoty odborné péče o zdraví člověka a osobní odpovědnosti za poskytovanou péči. V těchto zařízeních mohou zdravotní výkony provádět pouze oprávnění zdravotničtí pracovníci.

Kategorie pracovníků:

- sociální pracovník,
- všeobecná sestra, komunitní sestra
- zdravotnický asistent,
- pracovník v přímé péči, sanitář, sanitárka, ošetrovatelka,
- osobní asistent,
- ergoterapeut, fyzioterapeut, logoped, psycholog, speciální pedagog, nutriční terapeut.

Sociální pracovník: Vykonává sociální šetření, sociální agendu (řešení hmotné nouze či sociálně právních problémů v zařízeních sociální péče), sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitaci.

Všeobecná sestra v sociálních službách, výkony autorské odbornosti 913: všeobecnou sestrou v sociálních službách se rozumí všeobecná sestra poskytující zdravotní péči pojištěncům v bytových zařízeních sociálních služeb a ve zdravotnických zařízeních ústavní péče pojištěncům, kteří jsou v nich umístěni z jiných než zdravotních důvodů. Ošetrovatelská a rehabilitační zdravotní péče poskytnutá v těchto případech se vykazuje na základě ordinace ošetřujícího lékaře příslušnými výkony odbornosti 913. Odborná způsobilost je dána zákonem č. 96/2004 Sb. a vyhláškou 424/2004 Sb.

Komunitní sestra vykonává činnosti podle par. 48 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. Přitom zejména:

a) bez odborného dohledu a bez indikace:

- 1. komplexně analyzuje 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 koordinuje poskytovanou integrovanou péči,

- ⊠ 2. komplexně analyzuje zdravotní a sociální situaci pacientů a osob blízkých z hlediska ošetrovatelské péče, realizuje poradenství pro skupinu občanů a spolupracuje s odpovědnými orgány;
- b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře nebo odborného pracovníka v ochraně veřejného zdraví:
 - ⊠ 1. podílí se na hodnocení zdravotních rizik jednotlivce ve vlastním sociálním prostředí nebo skupiny občanů a na sestavování priorit při jejich řešení na základě epidemiologických a statistických dat a výsledků výzkumů,
 - ⊠ 2. připravuje a organizuje preventivní prohlídky, vyšetření a očkování.

Pracovník v sociálních službách vykonává:

- **přímou obslužnou péči** o osoby spočívající v náviku jednoduchých denních činností, pomoc při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, dále péči spočívající v podpoře soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb;
- **základní výchovnou nepedagogickou činnost** spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků až po jejich fixaci, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti a provádění asistenční služby a osobní asistence;
- **pečovatelskou činnost** spočívající ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depistáží pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti v územním celku.

Posudková činnost v sociálním zabezpečení zahrnuje hodnocení dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu dospělé osoby a dítěte vyžadujícího mimořádnou péči a usnesení, zda jde pro účely přiznání dávek státní sociální podpory o občana dlouhodobě těžce zdravotně postiženého.

Revizní lékař provádí kontrolu využívání a poskytování zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě, která je povinností zdravotních pojišťoven a vyplývající ze zákona. Kontrolní činnost provádí VZP ČR prostřednictvím revizních lékařů a dalších odborných pracovníků ve zdravotnictví způsobilých k revizní činnosti.

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF, International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) definuje disabilitu následovně:

„Disabilita“ je snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vznikla, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí. MKF slouží jako klinický nástroj k potřebám hodnocení, k sledování léčení ve speciálních podmínkách, pracovnímu hodnocení, v rehabilitaci k hodnocení funkčních schopností, kapacity i výkonu jednotlivce, k hodnocení výstupů a úspěšnosti rehabilitace.

- MKF poskytuje popis situace z pohledu funkčních schopností člověka a jejich omezení a také slouží jako rámec pro organizování získaných informací v této oblasti. Strukturalizuje informace ve smysluplné, vzájemně provázané a snadno přístupné formě. Posouzení funkčního omezení je odborné vyšetření a zhodnocení sociálních a zdravotních a ekonomických potřeb, ve kterých uživatel žije.
- Neklasifikuje osoby, ale popisuje a klasifikuje situace každého člověka v řadě okolností vztahujících se k jeho zdraví.
- MKF je možné použít v systému ošetrovatelské péče, například k vytvoření standardů a na jejich základě i financování těchto služeb, v oblasti objektivního hodnocení a definice disability, v oblasti objektivizace technických pomůcek (facilitující faktor), ale i v oblastech mimo zdravotnictví, např. v pojišťovnictví, sociálním zabezpečení, v pracovním zařazení, vzdělávání, ekonomice, sociální politice a v celkovém legislativním rozvoji a modifikaci prostředí.

Well-being, tedy životní pohoda, uspokojení, obsahuje celé množství domén lidského života (fyzické, mentální, sociální aspekty).

Zdravotní problém je pojem zastřešující nemoc, postižení, nehodu, úraz, ale může nastat i za běžných životních situací (těhotenství, stres, stárnutí, vrozené vady).

Funkční schopnost je míra funkce těla, tělesných struktur, aktivity, participace. Označuje pozitivní aspekty interakce mezi jedincem a spolupůsobícími faktory (prostředí a osobní faktory).

Disabilita (invalidita, disability) je pojem zastřešující poruchy, hranice aktivit a omezení participace. Označuje negativní aspekty interakce mezi jedincem a spolupůsobícími faktory (prostředí a osobní faktory).

Aktivita je člověkem prováděný úkol (úkon) nebo činnost. Představuje perspektivu funkční schopnosti jedince.

Participace je zapojení se do životní situace. Představuje společenskou perspektivu funkční schopnosti jedince.

Spolupůsobící faktory jsou aspekty, které dohromady vytvářejí kontext života jedince, a zvláště pozadí, v němž jsou zdravotní stavy v MKF klasifikovány (faktory osobní a prostředí).

Facilitátory jsou faktory v prostředí, které zlepšují funkční schopnost a zmenšují překážky.

Bariéry jsou faktory v prostředí člověka, které limitují funkční schopnost a tvoří překážku.

Kapacita je pojem, který udává jako kvalifikátor nejvyšší pravděpodobný stupeň funkční schopnosti, kterého může daná osoba dosáhnout v doméně aktivit a participace v danou chvíli. Kapacita je měřitelná.

Výkon, úkon je pojem, který popisuje jako kvalifikátor, co jedinci dělají ve svém běžném prostředí, a tak přináší hledisko zapojení člověka do životních situací.

Kvalifikátor výkonu popisuje, co člověk dělá ve svém běžném prostředí (faktory prostředí – hmotné zajištění, sociální prostředí, zapojení...).

Kvalifikátor capacity je schopnost člověka provádět úkol nebo činnost, je to pravděpodobný stupeň výkonnosti v každé doméně.

Další hodnocení: mohou se popsat ve všech doménách jako pomocný kvalifikátor – snížení výkonu nebo restriktce (rozdíl mezi pozorovaným a očekávaným provedením).

Faktory prostředí vytvářejí fyzické a sociální faktory.

Hodnocení relativních potřeb dle ADL (aktivity denního života):

- ▣ Nezávislost v ADL znamená, že osoba nevyžaduje žádný dohled ani přímou nebo osobní asistenci.
- ▣ Závislost v ADL znamená, že osoba potřebuje dohled nebo pomoc při zvládnání nebo úplnou péči.
- ▣ Hodnocení zdravotních a sociálních potřeb lze použít jako ucelený důkaz pro posudkového lékaře, který bude rozhodovat i v případě uživatele, který nebude mít status „klient dlouhodobé péče“ (např. mobilita).
- **Hodnocení potřeb uživatele:** Hodnocení je prováděno multioborovým týmem metodikou hodnocení funkčního omezení z hlediska sociálních a zdravotních potřeb. **Hodnocení provádí multioborový tým ve složení – komunitní sestra (nově), sociální pracovník nebo sociálně zdravotní pracovník.** Je-li potřeba, tým je doplněn o další odborníky nelékařské profese (fyzioterapeut, ergoterapeut a další).

Ošetrovatelský proces představuje sérii plánovaných činností, které jsou zaměřeny na dosažení určitého výsledku. **Z teoretického hlediska** se jedná o systémovou teorii aplikovanou na postup, který řeší určitý problém s předem stanoveným cílem, jedná se o analyticko-syntetickou metodu řešení problému. **Z praktického hlediska** jde o systematické a racionální plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Ošetrovatelský proces je mezinárodním standardem ošetrovatelské praxe. Jeho výhody spočívají v kvalitní plánované péči, která uspokojuje individuální potřeby jednotlivce, rodiny, komunity a společnosti. Umožňuje návaznost a kontinuitu péče s aktivní účastí uživatele/pacienta. **Ošetrovatelský proces – cílem je uspokojení individuálních potřeb uživatele/pacienta.** Zahrnuje:

- Zhodnocení
- Diagnostiku
- Plánování
- Realizaci
- Vyhodnocení

Ošetrovatelský plán se sestavuje na základě zhodnocení bio-psycho-sociálních potřeb metodou ošetrovatelského procesu samostatně pracujícím nelékařským zdravotnickým pracovníkem, definuje dílčí zdravotní potřeby, nefarmakologické programy a režimy.

Ošetrovatelský plán dlouhodobé péče (OPDP) se stanovuje na základě zhodnocení bio-psycho-sociálních potřeb metodou ošetrovatelského procesu nelékařským zdravotnickým pracovníkem (viz dále). Definuje dílčí zdravotní potřeby, nefarmakologické programy a režimy a potřebu dalších služeb pečovatelského charakteru. Stanovení a vedení má na starosti především „komunitní sestra“ (všeobecná sestra se speciální způsobilostí nebo se zvláštní způsobilostí k úzce vymezeným činnostem se zaměřením na péči o klienta v geriatрии, komunitní péči). V rámci oddělení stanovuje OPDP samostatně pracující zdravotnický nelékařský pracovník (všeobecná sestra, ergoterapeut, fyzioterapeut).

Tab. 1: Stupně ADL

Dlouhodobá péče z hlediska rozsahu ošetrovatelské, rehabilitační a sociální péče			
Stupně úrovně dle ADL body	Počet hodin týdně		Počet hodin sociální péče týdně
	Ošetrovatelská péče	Rhb péče	
Nízká (odpovídá stupni závislosti II) = 3	3 hodiny	3 hodiny	10 hodin
Střední (odpovídá stupni závislosti III) = 4	až 7 hodin	až 7 hodin	až 21 hodin
Vysoká (odpovídá stupni závislosti IV) = 5–9	až 14 hodin	až 14 hodin	až 35 hodin

Pozn.: Vlastní výpočet

3 Historie v poskytování péče o staré a nemocné osoby

Pokud se chceme zabývat současným zdravotním a sociálním systémem v naší společnosti, musíme se podívat hlouběji do minulosti, neboť současná péče o seniory vychází z antropologického vývoje solidarity, která ovlivnila současnou politiku péče o stárnoucí a staré občany v našem státě i vyspělých zemích EU. **Solidarita je výrazem lidského porozumění a vzájemné pospolitosti mezi lidmi.** Významně podporuje vzájemnou soudržnost ve společnosti na základě svobodné vůle lidí a ochoty podřizovat se širším zájmům společnosti. Solidarita mezi lidmi je jednou z nejstarších etických hodnot, která má své kořeny již v tradičních společnostech. Vytvořila se po dlouhá tisíciletí a má své kořeny v rodové solidaritě, která byla založena na společném úsilí o přežití lidí uvnitř rodu. Hlavním ochráncem rodu byl náčelník rodu nebo kmenu, který rovnoměrně rozděloval potravu mezi členy. Samozřejmostí rodu bylo se starat o děti, ale také o stařešiny. Po rozpadu rodových systémů se již uplatňuje paternalistický model solidarity, který je založen na principu dělby práce a přidělu pro všechny lidi uvnitř společnosti. Tato forma solidarity je popisována ve starém Babyloně za vlády krále Chammurapiho (18. st. př. n. l.), kde její hlavní funkce spočívala v tlumení sociálního napětí. Počátky solidarity lze vysledovat i ve starověkých Athénách za života Platóna (427–347 př. n. l.) – ten ve svém díle *Politeia* (Ústava), v němž přibližuje svou vizi dokonalé společnosti, píše, že stát se má starat o nedospělé děti podporou rodiny a nemocným lidem poskytnout lékařskou péči. Dalším významným myslitelem té doby byl Aristoteles (384–322 př. n. l.), který svým učením vedl Řeky ke snaze pomáhat chudým a nemocným lidem.

Velký význam pro vývoj solidarity má **křesťanství**, které klade před lidstvo novou absolutní hodnotu, a to věčný život. Tím dochází k relativizaci hodnoty zdraví, moci a bohatství. Z Ježíšova učení vznikl základ pro filantropii (dobročinnost), která je založena především na dobrovolné činnosti a sousedské výpomoci. Období vzniku křesťanství s sebou přináší i první etický kodex – **Desatero božích přikázání** –, který vymezuje základní křesťanské hodnoty a mezilidské vztahy.

V období od 15. století až do 18. století byla křesťanská filantropie přenesena na šlechtu a obce, které měly povinnost starat se o chudé a nemocné lidi. S tím se pojí zakládání například špitálů a hospiců, a to jak církevních, tak i světských.

Další významný mezník pro vývoj solidarity znamenalo **období osvícenství** (18. století), které přineslo do lidské společnosti nový pohled na staré občany – jako na bytosti moudré, které mají životní zkušenosti. V tomto období však solidarita spočívala pouze v poskytování „střechy nad hlavou a posloužení ke smrti“.

V 19. století nastal velký posun v **mezigenerační solidaritě**, která zajišťovala starým lidem na venkově „výmínek“: při předávání hospodářství dětem si starí rodiče mohli vymí- nit, že v usedlosti chtějí dožít, a děti měly povinnost se o ně starat. Bylo zcela společensky nepřijatelné, aby děti svoje rodiče „odkládaly“ do starobinců. V téže době byly rovněž za- kládány různé spolky, často živelně a neorganizovaně, které podporovaly zejména místní solidaritu s opuštěnými a ovdovělými ženami.

Filozofický základ solidarity položil **Auguste Comte** (19. ledna 1798 – 5. září 1857), fran- couzský matematik, společenský reformátor, zakladatel pozitivismu a jeden ze zakladatelů sociologie, jenž označil přerozdělování jako přirozený proces ve společnosti, který vytváří solidaritu mezi lidmi. Koncepce institucionalizované solidarity vznikla v 18. a 19. sto- letí v Anglii – byl vytvořen první koncept sociálního pojištění a založeny svépomocné spolky Friendly societies, jež se v roce 1911 staly prvními nositeli státního nemocenského pojištění. Ve Francii se o institucionalizaci zasloužily podpůrné spolky dělnické. Tento typ solidarity se vyvíjel ještě jiným směrem – vzniklo povinné sociálně-zdravotní pojištění. Za zakladatele sociálního pojištění je považován Otto von Bismarck (1. dubna 1815 – 30. čer- vence 1898), první německý kancléř (1871–1890). Výčet jeho počínů zahrnuje i zavedení sociálního pojištění pro široké vrstvy obyvatelstva.

Jedním z hlavních prvků institucionalizované solidarity je vytváření státních institucí, které zajišťují a poskytují sociální nebo zdravotní péči, přičemž každý občan se do tak- to vytvořeného solidárního systému musí zapojit. Povinnost přispívat finanční částkou má i zaměstnavatel. Výhodou tohoto konceptu solidarity je skutečnost, že každý občan získává určité právo na dávky sociální či zdravotní pomoci a jsou předem definované podmínky jejího poskytnutí.

4 Současnost v poskytování dlouhodobé zdravotně sociální péče

Geriatric a dlouhodobá péče jako lékařský obor byla v nedávné minulosti dosti zanedbávána a stála až na okraji spektra poskytované péče. Vždy bylo konstatováno, že se jedná o velký problém, který je nutné řešit, avšak v praxi žádný významný pozitivní posun v této oblasti nenastal.

Impuls v rozvoji geriatric a dlouhodobé péče v ČR nastal až v roce 2008 s nástupem ministryně zdravotnictví Daniely Filipiové, která v tomto ohledu jednala s odbornými společnostmi, na řešení této problematiky však neměla dostatek času. V roce 2009 deklarovalo podporu této problematice jak ministerstvo zdravotnictví, tak ministerstvo práce a sociálních věcí, konkrétně tehdejší ministryně Dana Jurásková, která problematiku geriatric a dlouhodobé péče považovala za jednu z priorit. Taktéž tehdejší ministr práce a sociálních věcí Petr Šimerka podporoval činnost mezirezortního expertního panelu pro dlouhodobou péči - ten za účelem koncepčního jednotného řešení této problematiky ustanovil jeho předchůdce, ministr Petr Nečas. Členy expertního panelu jsou odborníci z nevládních neziskových organizací, zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny, poslanci a senátoři Parlamentu České republiky a zástupci obou zmíněných ministerstev (MZ, MPSV).

Jaké jsou základní strategické úkoly v oblasti dlouhodobé péče v Evropské unii?

Řešení této otázky navrhl konzultační materiál vytvořený v roce 2009 (za doby švédského předsednictví EU). Podle něj se jedná o následující problémy:

- jak překlenout segmentaci a překážky mezi službami zdravotní a sociální péče,
- jak lépe ochránit důstojnost a co nejvíce individualizovat péči,
- míra, do jaké jsou volba a přání klientů zohledňovány v politických rozhodnutích,
- zda je věnována dostatečná pozornost Alzheimerově chorobě a jiným onemocněním způsobujícím demenci a zda jsou lidem, kteří jsou jimi postiženi, poskytovány adekvátní služby,
- jak je možné zajistit a udržet ve službách dlouhodobé péče dostatek kvalifikovaných pracovníků,
- jak je možné zlepšit kvalitu služeb,

- zda existuje dostatek zkušeností se sledováním účinnosti jednotlivých opatření, a to zejména s ohledem na budoucí vývoj.

Materiál EU dále specifikuje jednotlivé klíčové parametry, které jsou důležité pro dosažení dostatečného spektra služeb a jejich integrace v oblasti dlouhodobé péče, a to na základě zkušeností jednotlivých zemí, regionů i poskytovatelů:

- Je zapotřebí zlepšit porozumění tomu, co je cílem a jaký je optimální způsob poskytování dlouhodobé péče, tedy že se jedná o rozmanité spektrum služeb, které jsou funkčně integrovány tak, aby odpovídaly potřebám lidí.
- Porozumět tomu, co je míněno pod pojmem „client orientation“ či „person-centered care“, tzn. péče zaměřená na člověka. Důležitá je skutečnost, že se nejedná o prázdný pojem či o frázi nebo klišé, ale jde o zásadně jiný, pozitivní přístup k člověku. Součástí je snaha o organizaci a poskytování služeb tak, aby maximálně respektovaly potřeby klientů. To znamená zcela zásadní změnu orientace služeb, které tradičně byly (či ještě jsou) zaměřeny na svůj výkon a procesy.
- Proces integrace vyžaduje zdroje, a to jak finanční, tak časové, které do něj nejprve musejí být vloženy, neboť zahrnuje také komunikaci mezi jednotlivými profesemi i poskytovateli, vzájemné učení, společné přístupy, dohody a podobně. Teprve po této investici může zdroj přinášet (ve smyslu lepších a efektivnějších služeb).
- Je třeba vytvořit nové profese pro tyto nově vznikající služby a úkoly – jedná se zejména o tzv. case manažery, domácí asistenty, manažery služeb a o další „víceúčelové“ profese, které budou schopny kombinovat jak sociální, tak zdravotní aspekty dlouhodobé péče.
- Dále je žádoucí zainteresovat rodinné příslušníky a ostatní významné stakeholdery (účastníky) a přesvědčit je, že východiskem adekvátního poskytování dlouhodobé péče je odpovídající multidisciplinární posouzení potřeb a vytvoření individuálního plánu služeb a péče.
- Podpora autonomie a funkčního stavu zejména starších lidí, ale i jiných klientů dlouhodobé péče tak, aby byla co nejvíce podporována a posilována jejich důstojnost a sebevědomí.
- Dostatek informací o službách a dostatečná komunikace poskytovatelů a uživatelů služeb. Služby musejí být srozumitelné jak uživatelům, tak všem poskytovatelům a je třeba, aby jejich poskytování bylo výsledkem vzájemného konsensu.
- Na úrovni obou systémů – zdravotního a sociálního – je třeba vyvolat dostatečnou společenskou diskusi a vytvořit takový systém dlouhodobé péče, aby byl i finančně udržitelný.

5 Demografická východiska

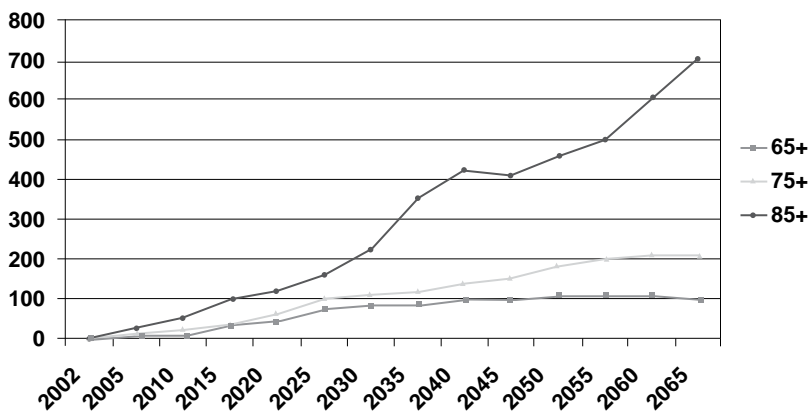
Lidé se dožívají stále vyššího věku, což v současnosti vede k velmi významnému demografickému stárnutí, tedy ke stárnutí populace. Tento proces je komplexní – promítá se do života jednotlivých seniorů, ale i celé společnosti. Seniorský věk se prodlužováním délky tohoto údobí stává poměrně významnou fází celého života jedince.

Stárnutí bude i nadále významným demografickým trendem, a to ve všech zemích Evropské unie. Předpokládá se, že v EU do roku 2060 jen mírně vzroste počet obyvatel, ale její populace významně zestárne. V současné době je polovina obyvatel EU starších 40 let a v roce 2060 bude polovina obyvatel EU starší 48 let. Počet 65letých a starších již v roce 2008 převyšoval počet dětí, ale toto převýšení nebylo v tu dobu příliš významné. V roce 2060 však bude počet starších lidí převyšovat počet dětí již dvojnásobně. Stárnutí se bude týkat nejen populace jako takové, ale především věkové kategorie seniorů, neboť bude narůstat zejména skupina tzv. velmi starých (old old), tedy 80letých a starších lidí, kteří již mají své specifické potřeby.

Stárnutí populace bude ovlivňovat nejrůznější sféry společnosti - v ekonomické oblasti bude mít dopad zejména na hospodářský růst, úspory, objem investic, spotřebu, trh práce, výši starobních důchodů, vybraných daní a na mezigenerační transfery; v sociální oblasti bude ovlivňovat složení rodin a způsob bydlení, migrační trendy, epidemiologii a potřebu zdravotnických služeb.

Přehled nárůstu obyvatelstva v ČR a v ostatních zemích uvádějí graf a tabulka 2.

Graf: Předpokládaný procentuální nárůst obyvatelstva seniorského věku v horizontu let 2002–2065



Tab. 2: Scénář vývoje počtu lidí potřebujících dlouhodobou péči ve vybraných zemích EU (2007–2060)

Počet lidí potřebujících péči								
Počet nesoběstačných seniorů (v tisících):								
z toho klienti profesionálních služeb					neformální či 0 péče			
v instituci		péče doma						
Rok	2007	2060	2007	2060	2007	2060	2007	2060
Belgie	455	978	118	349	130	308	207	321
Bulharsko	841	1207	35	68	62	116	744	1023
Česká republika	258	687	51	155	73	199	133	333
Dánsko	184	362	60	158	111	255		
Německo	3201	6036	541	1433	1028	2244	1612	2359
Estonsko	81	137	4	8	6	13	71	117
Irsko	93	383	22	113	40	187	30	83
Řecko	338	820	76	247	163	413	100	160
Španělsko	1728	4721	160	1148	181	1357	1366	2215
Francie	2283	4833	552	1302	953	2204	758	1327
Itálie	2515	5092	185	374	359	720	1992	3998

Dle: The 2009 Ageing Report, Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008–2060), Joint Report prepared by the European Commission (DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG). Brusel, Evropská komise, 2009.

6 Vývoj zdravotně sociální péče

Změny, které zejména v oblasti poskytování zdravotní péče v posledních dvou desetiletích nastaly, se promítly i do poměrů, vztahů a financování zdravotní péče, a to nejen ve zdravotnických zařízeních, ale i v zařízeních sociální péče. Důvody pro přijetí do zařízení sociální péče nejčastěji pramení ze zdravotní indikace – jedná se o osoby, které se neobejdou bez dopomoci dalšího člověka a potřebují pomoc z důvodu ztráty soběstačnosti, zhoršení zdravotního stavu nebo pokročilého věku. Nejčastějšími obyvateli domovů pro seniory jsou lidé starší 85 let, kteří potřebují dohled, pomoc anebo jsou zcela imobilní. Tito klienti se však neobejdou bez specializované lékařské a ošetrovatelské péče. Je nutné rovněž poukázat na to, že klientela zdravotnického zařízení v podobě léčebny pro dlouhodobě nemocné a klientela domova pro seniory se velmi podobají. Jeden významný rozdíl tu přesto je: léčebny dlouhodobě nemocných jsou financovány ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění a spoluúčast klientů je nízká nebo žádná, kdežto domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem jsou financovány z veřejných rozpočtů za spoluúčasti klienta – uživatele sociálních služeb.

Pokud se zabýváme oblastí poskytování zdravotně sociálních služeb, je třeba zmínit i hospitalizace ze sociálních důvodů v lůžkových zdravotnických zařízeních, kdy v praxi zůstávají i pacienti, u kterých pominula akutní indikace, na akutním lůžku. I takové případy jsou hrazeny ze zdravotního pojištění, přestože v nemocnicích existují tzv. sociální lůžka = sociální hospitalizace.

Jedním z hlavních problémů je také úhrada za poskytovanou ošetrovatelskou péči, protože v obou resortech je řešena odlišně. Poskytovaná ošetrovatelská péče ve zdravotnických zařízeních je soubor činností, který je definován právními předpisy a je zahrnut do úhrad za poskytovanou zdravotní péči v plném rozsahu. V případě poskytované ošetrovatelské péče ve vlastním sociálním prostředí – na základě indikace lékaře, jsou pouze vybrané ošetrovatelské výkony, které jsou zahrnuty pod autorské odbornosti, např.:

- Domácí zdravotní péče – 925
- Všeobecná sestra – 911
- Psychiatrická sestra – 914

V roce 2006 přinesl zákon o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.) změnu: došlo k právní úpravě v oblasti zdravotně sociální péče a byla vytvořena nová autorská odbornost 913 – sestra v sociálních službách –, kterou upravuje vyhláška MZ ČR. Tímto se rozumí všeobecná sestra poskytující péči v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních pojištěncům, kteří jsou tam umístěni z jiných než zdravotních důvodů. Poskytované sociální služby, které je zdravotnické zařízení povinno zajistit, hradí klient – uživatel, a to z příspěvku na péči. Pokud není příjemcem příspěvku,

měl by podat žádost o jeho přiznání. V některých zařízeních se mohou objevovat nekalé praktiky, kdy žadatel bez přiznaného příspěvku na péči není přijat do zařízení.

7 Expertní panel pro dlouhodobou péči

7.1 Hlavní cíle a zaměření panelu:

- Zpracovat koncepci rozvoje systému zdravotních a sociálních služeb v modelu dlouhodobé péče – „long-term care“.
- Zpracovat důvodovou zprávu k změně legislativy, která bude reflektovat zvýšenou provázanost zdravotní a sociální péče.
- Navrhnout nový vícezdrojový způsob financování modelu dlouhodobé péče („long-term care“) v sociálních a zdravotních službách tak, aby systém byl nejen výkonný, se vzájemně na sebe navazujícími službami všech typů, ale zároveň efektivní ve smyslu cíleného a adresného vynakládání finančních prostředků.
- Odpovědět na otázky, proč je nutné řešit současnou situaci a jaké jsou hlavní problémy v současné praxi poskytování zdravotně sociálních služeb.
- Řešit nerovnováhu v rozsahu a struktuře poskytování zdravotně sociálních služeb v jednotlivých krajích i okresech.
- Změnit skutečnost, že současná „sít služeb“ dostatečně nenaplňuje principy dostupnosti, spravedlivého přístupu, práva na zdraví.
- Není dostatečný rozvoj terénních a ambulantních sociálně zdravotních služeb.
- Zlepšit flexibilitu rozsahu a sítě služeb, která není dostatečná a nepřipravuje se na progresivní nárůst počtu obyvatelstva ve věku 65+ tak, aby byly naplňovány závěry a doporučení Evropské unie pro tuto oblast.
- Není dostatečně reflektován současný trend péče v geriatrii a gerontologii.
- Současný způsob odděleného financování sociální a zdravotní péče je v případě realizace dlouhodobé péče typu „long-term care“ neefektivní a časově neprovázaný; naprosto chybí třetí zdroj financování – klient.
- Chybí legislativní zakotvení tohoto typu péče, včetně prováděcích předpisů – je nutná novelizace stávajících legislativních předpisů pro tuto oblast.
- Akcentovat skutečnost, že dlouhodobá péče vychází ze společných principů zdravotně sociální péče.
- Integrace – poskytování komplexních a koordinovaných služeb.
- Deinstitutionalizace – začleňování – poskytování služeb v domácím prostředí a v komunitě + humanizace ústavních zařízení – transformace s ohledem na naplňování lidských práv a zachování lidské důstojnosti.
- Individualizace – princip spravedlnosti „podle potřeb“, řešit situace – nekategorizovat osoby a služby – individuální přístup.

- Prevence – služby v rámci předcházení sociálnímu vyloučení osob, chrání společnost před nežádoucími sociálními jevy a jsou prevencí vzniku nemoci.
- Vyrovnávání příležitostí osobám sociálně a zdravotně znevýhodněným.
Společné principy zdravotně sociální péče může naplnit pouze aktivní model péče o populaci 65+, který vychází z dlouholeté zkušenosti zdravotně sociální péče ze zahraničí (Švédsko, Anglie), ale zároveň i z dlouholetých poznatků dnes již moderní vědy, geriatric, gerontologie a sociálního lékařství.

7.2 Dlouhodobá péče o seniory s uplatněním aktivního modelu má charakter:

- Ústavní péče
- Semimurální péče – druh sociálně zdravotní péče, která je seniorovi poskytována v kombinované formě prostřednictvím komunitních center, kdy klient může zůstat ve svém přirozeném sociálním prostředí
- Domácí péče prostřednictvím terénních zdravotně sociálních služeb (komunitní centra)

7.3 Jaké jsou důvody pro změnu?

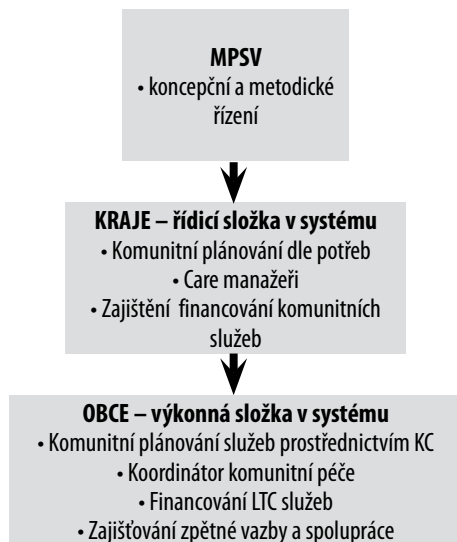
- deficit současné péče o populaci 65+ (jejíž podíl ve společnosti bude v příštích 10 letech výrazně stoupat) v kontextu doporučení EU a s ohledem na současný stav a úroveň nabídky a poptávky po tomto druhu péče,
- nárůst výdajů podílu HDP na dlouhodobou péči související s nárůstem populace 65+,
- důchodového věku a stárí se obává přes 60 % lidí, důvody obav jsou zejména lokální a regionální nedostupnost, nedostatečná struktura a špatná kvalita služeb pro seniory,
- dostupnost domovů a služeb pro seniory hodnotí dobře jen 30 % Čechů,
- v České republice je 2,20 % míst v domovech pro seniory (vztaženo k počtu osob 65+), tento typ pobytových služeb je velice nákladný pro stát (jsou zahrnuty i domovy pro zdravotně postižené),
- domovy pro seniory často suplují zdravotní péči, a naopak do zdravotnických lůžkových zařízení tzv. následné péče (LDN a ošetř. lůžka) jsou dlouhodobě umísťováni klienti ze sociálních, nikoli zdravotních důvodů – současný systém umísťování na tyto typy lůžek je nefunkční a nepružný, lehce zneužitelný,
- jsou poddimenzovány ostatní potřebné zdravotně sociální služby, které by měly nabízet služby seniorům v jejich domácím prostředí,
- hospicovou lůžkovou a domácí péči nelze suplovat péčí v léčebnách dlouhodobé péče či na ošetřovatelských lůžkách,
- neexistuje potřebná síť zastřešující a koordinující nabídku a poptávku po těchto službách v daném regionu (kraj, okres) – nutnost vybudování tzv. komunitních center (např. při krajských nebo městských úřadech), které by byly schopny mapovat regionál-

ní sociálně zdravotní požadavky lidí a současně zajišťovaly a koordinovaly potřebnou a odpovídající sociálně zdravotní péči o jednotlivé klienty.

7.4 Návrh řízení LTC v praxi

Zapojení různých institucí v návrhu řízení LTC v praxi shrnuje schéma.

Schéma 1: Znárodnění modelu řízení



MPSV – koncepční činnost (stanovení minimální sítě dostupnosti sociálně zdravotních služeb) a metodickou podporu v komunitním plánování a vzdělávacím systému, definice personálních a odborných standardů u jednotlivých druhů služeb, směřování finančních a dalších zdrojů.

Kraje – komunitní plánování podle potřeb cílových skupin v daném regionu, za pomoci care manažerů zřizují specializovaná komunitní centra podle potřeb obyvatel (např. ambulantní rehabilitační centra, gerontocentra . . .), vzájemná meziregionální spolupráce v otázce zajištění dostupnosti jednotlivých služeb a při řešení konkrétních problémů, zajištění dostatečného financování zdravotně sociálních služeb (LTC) ze svého rozpočtu tak, aby bylo průběžné a efektivní.

Obce – komunitní plánování podle potřeb cílových skupin, a to prostřednictvím komunitních center, kde budou dostupné služby zejména pro seniory a handicapované. Obce se mohou navzájem sdružovat a poskytovat komunitní péči a také zajistit společné financování. Vycházíme z faktu, že obce by měly znát potřebu sociálně zdravotní péče. Koordinátor komunitní péče bude zajišťovat služby LTC v obci a účelnější využívání příspěvku na péči (PnP). Komunitní centra (KC) v obci nemusí obsahovat všechny prvky LTC, ale mohou zajišťovat pouze část podpůrných služeb s návazností na specializovaná KC v kraji.

Komunitní centrum zdravotně sociálních služeb – základní organizační jednotka, schopná odborně komunikovat, organizovat a zajišťovat potřebné zdravotně sociální služby na odborné, profesionální úrovni v dané lokalitě v souladu s platnými právními předpisy v rámci rozsahu své regionální působnosti.

Zajištění kvality dlouhodobé péče

Možnou cestou je vytvoření systému kvality dlouhodobé péče, nejlépe formou modelu excelence (TQM, CAF) s modifikovanou aplikací standardů sociálních služeb a zdravotnických doporučení.

Zároveň jsou zapotřebí zdravotní supervize v rámci týmů rehabilitace a geriatrické na krajské úrovni a zajištění kvalifikované zdravotní péče v jednotlivých zařízeních (ošetřovatelství, medicína dlouhodobé péče)

7.5 SWOT analýza zavedení konceptu dlouhodobé péče v České republice (duben 2010)

Silné stránky:

- koncept LTC nabízí propojenost sociálně zdravotnických služeb, které jsou vzájemně funkčně integrovány na úrovni obcí a odpovídají potřebám seniorům a zdravotně handicapovaných lidí a podporují dostupnost sociálně zdravotní péče,
- LTC je orientována na člověka, na jeho potřeby, hodnoty v jeho přirozeném životním prostředí, komunitě (příloha komunitní centra) a obdobná komplexní centra služeb a poradenství poskytovatelů sociálních služeb,
- podporuje autonomii a funkční stav zejména u seniorů a handicapovaných, a to prostřednictvím aktivní podpory důstojnosti a sebedůvěry,
- zavádí multidisciplinární posouzení sociálně zdravotních potřeb klienta a vytváření individuálního plánu zdravotně sociálních služeb,
- nově byl vytvořen specializační obor Medicína dlouhodobé péče,
- aplikuje v praxi princip subsidiarity, komunitního mechanismu zajištění služeb v domácím prostředí, blízko místu, kde lidé žijí či žili, a služby jsou rozsahem přizpůsobeny jejich potřebám,
- podporuje tzv. sdílenou péči, kdy stát podporuje stanovenou sociální politikou kombinací formální a neformální péče ve snaze udržet seniora nebo handicapovaného jedince v jeho domácím prostředí; opírá se příklady dobré praxe, čímž generuje daleko nižší finanční náklady, než u klientů umístěných v zařízeních pobytových služeb,
- podporuje vznik nových profesí v komunitní péči, rozvoj terénních zdravotně sociálních služeb, a tím i zaměstnanost v konkrétním regionu (příloha komunitní pracovník), rozvoj míst pracovníků v terénních službách,
- podporuje vznik nového typu lůžkové péče, která je zaměřena na zdravotně sociální potřeby,
- vznikají návrhy různých variant financování LTC, které jsou nutné k udržitelnosti systému LTC (příloha financování variant).

Slabé stránky:

- není zajištěna „na pacienta orientovaná“ koordinace služeb,

- budování multidisciplinárních týmů, neboť pracovníci mají různý sociální status v zdravotně sociálních službách a různé mzdové úrovně i odlišné pracovní stereotypy a nástroje,
- pracovníci zpočátku nebudou umět mezi sebou efektivně komunikovat a bude nutné navrhnout způsoby nezbytné komunikace v multidisciplinárním týmu,
- rozdílné pohledy na kvalitu poskytované péče – bude nutné vytvořit společnou metodu pro určení rozsahu a kvality jednotlivých druhů péče,
- chybějí typové standardy jednotlivých forem dlouhodobé péče,
- bude nutné překonat tlaky poskytovatelů zdravotnických zařízení poskytujících služby v LDN, zde se může projevit neochota ke změně, zejména pokud bude nutné klesat počet lůžek a narůstat kapacita terénních služeb,
- bude nutné získat ke spolupráci konkurenční poskytovatele služeb a zároveň je nutné vytvořit tým, který nebude někoho protežovat a někoho naopak upozadovat – i toto bude úskalí.

Příležitost:

- implementace konceptu LTC v praxi s ověřením v pilotních projektech dvou rozdílných krajů – partnerství s podmínkou nastavení spolupráce všech typových poskytovatelů, při zapojení plnohodnotného přístupu při spolupráci bez rozdílu poskytovatele,
- systémová změna, která je schopna obsáhnout a zabezpečit potřebný rozsah péče o stárnoucí populaci a handicapované osoby na úrovni obvyklé v ostatních zemích Evropské unie,
- systémová změna povede k zvýšení dostupnosti zdravotně sociálních služeb, spravedlivého přístupu z hlediska práva na zdraví a odpovídající zdravotní péče stanovené zákonem, dále i respektování autonomie jedince a jeho důstojnosti,
- systémová změna, která bude podporována zákonnými normami,
- systémová změna, která podpoří transformaci, a zároveň se stanoví cíle transformace v pobytových sociálních a zdravotnických služeb, což povede k účelnějšímu využívání veřejných prostředků,
- systémová změna, která podporuje výkonnost a efektivitu sociálního a zdravotnického systému s následnou kontrolou klienta a veřejnosti v poskytování kvality sociálně zdravotnických služeb,
- systémová změna, která je podpořena doporučeními Evropské unie v oblasti péče o seniory a handicapované, dále Radou vlády pro seniory a stárnoucí populaci, Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením, Ústavou ČR, kde jsou zakotvena základní lidská práva,
- systémová změna, která podpoří rozvoj zaměstnanosti v regionech,
- uvedení do života koncepce geriatricie a gerontologie, která čeká 20 let na implementaci do praxe.

Ohrožení mohou znamenat:

- zachování dosavadního způsobu stejného nesystémového financování zdravotních a sociálních služeb,
- neochota politických stran implementovat koncept LTC do praxe,
- stanovení rozdílných priorit a nároků ve zdravotnickém a sociálním systému,
- snížení úrovně poskytování zdravotně sociálních služeb z hlediska nedostatku finančních prostředků na úrovni obcí, krajů a státu, tj. pokud se nepodaří přeskupit finanční prostředky od obcí a krajů včetně státu na jedno místo k úhradám této péče - občan odevzdává daně podle zákona a musí za to dostat stejnou službu v celé ČR srovnatelně – není možné vytvořit v ČR 14 států a sociálně zdravotních politik,
- regulace a ohrožení dosavadních sociálně zdravotnických služeb, zejména terénních,
- nedostatečné financování LTC – povede ke skrytému přetrvávání dosavadního nastavení ve zdravotní péči,
- tlak současných zřizovatelů LDN a sociálních institucí na politiky pro docílení blokace těchto změn.

8 Klasifikace a vymezení onemocnění vzhledem k poskytování dlouhodobé zdravotně sociální péče

Vypěstlost kultury společnosti se pozná podle toho, jaký postoj zaujímá ke svým nejslabším jedincům a jak se o ně umí postarat. Sociální stát přitom vychází z principu občanské solidarity, která má zajistit vysoký standard sociálního zabezpečení. Vzhledem k tomu, že populace stárne, požadavky na sociální a zdravotní služby, jejich kvantitu i kvalitu, budou stoupat.

Ze současných výzkumů, analýz a statistik vyplývá, že velmi častou příčinou institucionizace (z důvodu morbidita a disability) nejsou jenom somatická onemocnění (jako nejčastější příčiny morbidita a disability osob vyššího věku jsou uváděny poruchy pohybového systému, tj. artróza, osteoporóza, a metabolické poruchy – diabetes mellitus), následky traumat, bolestivé syndromy, následky cévních mozkových příhod, kardiiovaskulární onemocnění a podobně, ale velkou měrou jsou zastoupena i onemocnění psychická.

Nejčastější v této věkové kategorii jsou onemocnění, která způsobují demenci, mj. Alzheimerova choroba.

U osob věku nad 60 let se riziko rozvoje demence výrazně zvyšuje. V současnosti se uvádí, že demencí trpí 1/4 lidí starších 85 let, Alzheimerova choroba se na tomto čísle podílí z 60 %. Ve věku nad 65 let je jí postižen každý 20. člověk (mezi osobami nad 65 let 5 %; nad 75 let 10 %; nad 80 let 20 %, nad 90 let 50 %).

Tento problém se netýká pouze vyspělých zemí, ale v zásadě má globální rozměr. Celosvětově v roce 2000 podle odhadů postihovala 17–25 milionů lidí (v České republice zhruba 50–70 tisíc osob), v roce 2008 již 37 milionů (v ČR již 120 tisíc osob), jiný odhad hovoří v r. 2009 o minimálně 30 milionech.

Současná medicína tuto chorobu doposud nedovede účinně léčit, pouze poněkud zpomalit její postup. Odborníci odhadují, že do roku 2050, nebude-li do té doby nalezena a zavedena účinná léčba Alzheimerovy nemoci, zvýší se celosvětový počet nemocných čtyřnásobně, minimálně pak na 100 milionů.

Roste počet osob se středními a těžkými formami demence, mírné formy ubývají. Proto je také velmi důležitá včasná diagnostika, a to v nejranějších stádiích.

S přibýváním takto nemocných osob se zvyšují sociální, ekonomické a zdravotnické nároky na péči o ně. EU obecně formuluje níže uvedené požadavky:

- zajištění ekonomické bezpečnosti pro seniory,
- udržení mezigenerační solidarity,
- vyloučení věkové diskriminace,
- zajištění dlouhodobé péče,
- plnohodnotné společenské akceptace seniorů.

Alzheimerova choroba patří k onemocněním, která ovlivňují a budou ovlivňovat potřebu dlouhodobé péče. Vzhledem k tomu, že jejich prevalence s věkem velmi výrazně narůstá, a vzhledem k tomu, že se jedná o onemocnění, které je prozatím nevléčitelné, představují demence významný problém pro systém poskytování dlouhodobé péče – a to i v České republice: tyto klienti vyžadují jak včasnou diagnostiku a terapii, tak později dlouhodobou péči, která u nás dosud není uspokojivě řešena. Klienti s onemocněním způsobujícím demenci nejsou zpravidla vítáni ani ve zdravotnickém systému, ani v sociální sféře (pro zdravotnické a sociální pracovníky jsou to nemocní s problémovým chováním).

Demence je závažná nemoc zapříčiněná degenerativními změnami v mozkové tkáni. Jejich podstatou jsou rozličné chorobné procesy a poškození. Jak bylo uvedeno, většina forem demence postihuje jedince nad 60 let, stále častější je ale i předčasná demence v mladším věku. Demenci velmi významně charakterizuje ztráta již získaných duševních schopností, nikdy tedy nelze hovořit o demenci vrozené. První příznaky demence se obvykle projevují jako postupné oslabování inteligence, kognitivních (poznávacích) schopností a paměti, změny osobnosti, apatie a úpadek volní činnosti.

Další onemocnění spojená s demencí jsou:

- *Creutzfeldova-Jacobova choroba*

Příčinou tohoto postižení mozku je infekce. Mezi nejčastější příznaky patří zhoršující se paměť, změny v chování a neschopnost koordinace pohybů. Onemocnění rychle progreduje, většinou během jednoho roku končí smrtí. Zatím není známa žádná léčba.

- *Multiinfarktová demence (MID)*

Toto onemocnění je způsobeno většími nebo častějšími infarkty, které vznikají v oblastech mozku. U nemocného se objevují dezorientace, zmatenost a změny chování. Neexistuje žádná léčba, ale MID lze předcházet: důležitá je zejména včasná léčba vysokého krevního tlaku a dodržování zdravé životosprávy.

- *Normotenzní hydrocefalus*

Jedná se o méně časté onemocnění. Nejčastěji vzniká po prodělané meningitidě, meningoencefalitidě nebo vzácně při nádoru mozku, kdy dochází k poruše cirkulace a absorpce mozkomíšního moku. Nemocní mají nejistou, pomalou chůzi, ztrácejí paměť a někdy dochází k inkontinenci. Nemoc lze léčit chirurgickým zákrokem.

- *Pickova nemoc*
Diagnóza tohoto onemocnění je obtížná – podobá se Alzheimerově chorobě, změny v chování pacienta jsou ale výraznější, někdy mohou být společensky nepřiměřené. Mění se osobnost člověka, dezorientaci nemocného může předcházet úbytek paměti.
- *Parkinsonova nemoc*
Postupem času způsobuje ztrátu kontroly nad činností svalů, třes, problémy s řečí a v pozdních stádiích až tzv. zamrznutí hybnosti (nemožnost začít pohyb). Léky mohou stav pacienta stabilizovat, ale nemají vliv na zhoršující se mentální činnost.
- *Demence s Lewyho tělísky*
Její příznaky jsou kombinací symptomů Alzheimerovy a Parkinsonovy nemoci. Většinou je syndrom demence doprovázen abnormálními pohyby, které jsou součástí Parkinsonovy choroby. Zatím není známa žádná účinná léčba.
- *Huntingtonova nemoc*
Tato dědičná porucha se projevuje změnami osobnosti, apatií, podrážděností, poruchami emotivity. Je doprovázena nepravidelnými pohyby končetin a motorickým neklidem. Dá se dobře diagnostikovat. Pohybové a psychiatrické problémy lze léčit, ale nelze zastavit její postupné zhoršování.

Vzhledem k tomu, že klienti s demencí tvoří více než 40 % obyvatel standardních oddělení domovů pro seniory a k vysokému počtu těchto nemocných je naprosto nutné, aby vznikala zařízení či oddělení specializovaná na péči o tyto pacienty a byl zajištěn dostatek kvalifikovaného zdravotnického personálu. Pracovníci těchto zařízení musejí být zaškoleni a vzděláváni v problematice péče o pacienty s demencí a specifických přístupů ke klientům s demencí.

Cévní mozkové příhody

Cévní mozkové příhody (CMP) jsou častým a velmi závažným onemocněním, které má mnohdy invalidizující následky a vyžaduje maximální dostupnost zdravotně sociální péče, zejména v režimu péče dlouhodobé. Toto onemocnění nepředstavuje jenom zdravotně sociální problém, ale i velkou socioekonomickou zátěž pro společnost. Velká míra zátěže je však v osobní rovině klienta: vyplývá ze snížení soběstačnosti (až závislost, ztráta zaměstnání, rodinné problémy, ekonomické a psychické důsledky) a také narušení komunikační schopnosti. Je tedy nezbytné významně snižovat morbiditu a mortalitu, a to dokonalejší organizací péče, včasnou diagnostikou, léčbou a správnou rehabilitační péčí, a v návaznosti pokračovat poskytováním sociálních služeb podle potřeb klienta.

Pokroku v péči o CMP lze dosáhnout pouze tehdy, bude-li CMP posuzovaná jako emergentní stav – všichni klienti musejí být neodkladně přijati do nemocnice, musejí být léčeni na specializovaných cerebrovaskulární pracovištích a ošetřováni cerebrovas-

kulárním týmem, farmakoterapie musí mít vědecky prokázanou účinnost, rehabilitace musí být vždy plánována ve spolupráci s klientem a jeho rodinou a musí brát v potaz jeho bio-psycho-sociální potřeby, všem klientům po CMP musí být zajištěna adekvátní sekundární prevence a následně zajištěna rehabilitace, jakmile to jejich zdravotní stav dovolí, a to na tak dlouhou dobu, jak bude potřeba, rehabilitaci musejí zajišťovat interdisciplinární rehabilitační týmy speciálně školené v péči o klienty po CMP.

Aby došlo ke zlepšování této problematiky, všechny členské státy Evropské unie musejí zavést systém pro zhodnocení kvality péče o klienty s CMP.

Výše uvedené skutečnosti jsou zohledněny v Helsingborgské deklaraci, která již v devadesátých letech minulého století stanovila zásady, jak postupovat v prevenci, diagnostice a terapii a jak optimálně zorganizovat péči o pacienty s CMP.

V posledních letech sice začaly v rámci některých nemocnic vznikat iktové jednotky, ale péče, kterou poskytují, má vcelku výhradně akutní, převážně intervenční formu.

Velké problémy pro pacienty po CMP nastávají v situaci, kdy hledají adekvátní rehabilitaci – ta nebývá vždy dostupná, a pokud dostupná je, pak spíše mladším pacientům. Ve většině případů není specializovaná (to se týká zejména rehabilitace ústavní).

Rovněž důležitost systému, co se týká dalších podpůrných služeb, které tito lidé potřebují (terénní rehabilitace, psychologická podpora, pomůcky, poradenství, ergoterapie, logopedie atd.) – je velmi roztržistá, nekoordinovaná a tito lidé jen těžko tyto služby hledají. Tím více jich potom samozřejmě končí v systému dlouhodobé péče.

Traumatické poškození mozku

Velmi obdobná situace nastává u osob se zdravotním postižením, kdy handicap je způsoben traumaty centrálního nervového systému (traumatic brain injury, TBI). Incidence jejich těžkých forem je udávána asi 150 případů na 100 tisíc obyvatel, tj. celkem 15 tisíc ročně, celková (včetně TBI lehčího charakteru) pak cca 36 tisíc ročně.

Vzhledem k tomu, že narůstá počet a kvalita vznikajících traumacenter, je těmto lidem vcelku zajištěna velmi výborná péče.

Přesto právě tato traumata představují ve věku 0–40 let nejčastější příčinu úmrtí a celou třetinu náhlých úmrtí. Poranění mozku mají závažné následky, s kterými se musejí tito klienti vyrovnávat a jejichž následky vč. omezení soběstačnosti jsou velmi závažné. Tito lidé potřebují převážně dlouhodobou péči.

V problematice traumatického poškození mozku platí totéž, co bylo uvedeno výše pro problematiku CMP. Po ukončení akutní léčby zdravotní systém nenabízí prakticky žádné další možnosti, a to i přesto, že symptomatologie těchto lidí bývá velmi závažná a zahrnuje nejenom poruchy chování, ale má i významné sociální dopady, neboť dochází k omezení funkčnosti, včetně rizika dalšího zhoršení stavu, a to hlavně ve smyslu rozvoje demence.

Paliativní péče a její důležitost v systému dlouhodobé péče

Problematika paliace je v oblasti dlouhodobé péče velmi důležitá. Jedná se o péči o klienty v terminálních stádiích nevyléčitelných onemocnění a o klienty umírající. Představuje velmi široký komplex specifických problémů.

V České republice vznikaly a vznikají od počátku 90. let 20. století lůžkové hospice. Jejich množství však zdaleka nepokrývá potřebu paliativní péče. Není vytvořeno ani dostatečné zázemí včetně metodického a odborného vedení pro systém paliativní péče a medicíny, který by měl být implementován všude tam, kde jsou lidé, kteří paliativní péči potřebují – a nemusí se vždy jednat o onkologické onemocnění. Právě zmiňované stavy po CMP, demence atd. otevírají velký prostor pro poskytování paliativní péče v **domácím prostředí pacienta**.

Lůžkové hospice a některá zařízení poskytující klasickou domácí péči jsou odborně, technicky i kapacitně schopny poskytovat tento druh péče v daném regionu, negativum spočívá ve skutečnosti, že současný systém financování a úhrad nepochopitelně upřednostňuje umístění těchto lidí do klasických lůžkových zařízení, která jsou finančně daleko nákladnější než péče paliativní v obou zmíněných variantách.

Navíc péče o pacienty v terminální fázi života v těchto zařízeních je v drtivé většině nedostatečná a nedůstojná. Týká se to především tlášení bolesti a eliminace průvodních fyzických i psychických obtíží.

9 Hodnocení zdravotních a sociálních potřeb a soběstačnosti, škály hodnocení

Dlouhodobá péče je spektrem kombinovaných zdravotních a sociálních služeb, které potřebují osoby se sníženou soběstačností, trvale závislé na cizí pomoci. Pro vymezení pojmu dlouhodobé péče je klíčový právě významný propojený podíl jak zdravotní, tak sociální péče v potřebách uživatele.

Techniky/nástroje hodnocení jsou podpůrným prostředkem pro práci zdravotnických a sociálních pracovníků. Jejich přínos je důležitý zejména pro zkvalitnění ošetrovatelského diagnostického procesu.

Jednotlivé nástroje umožňují sběr informací o daném klientovi v krátkém časovém intervalu. Zajistí tak přehledné informace o aktuálním stavu posuzované osoby a v případě nástrojů, které jsou skórované, tak i umožní sledovat klienta v čase.

Klient, který potřebuje dlouhodobou péči, je specifický tím, že jeho diagnóza stanovená standardními biomedicínskými technikami nevyovídá o skutečnosti, jakou a kolik péče klient potřebuje a do jaké míry je závislý na pomoci okolí.

Potřeby uživatelů dlouhodobé péče jsou zajišťovány terénní, ambulantní a pobytovou formou zdravotně sociálních služeb. Pokud není možné, aby nemocní setrvali v domácím prostředí, může jim být poskytnuta forma pobytová, která umí řešit jejich sníženou soběstačnost vzniklou v důsledku zhoršení zdravotního stavu, a to při zachování respektu jejich bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb.

Vzhledem k současným významným demografickým změnám, zejména stárnutí populace, a predikci, že do roku 2050 budou 80letí a starší lidé tvořit významnou část populace, se předpokládá i zvýšená poptávka po zdravotně sociálních službách.

Vyšší efektivnosti a výkonnosti stávajícího systému dlouhodobé péče by bylo možné dosáhnout, pokud by tito lidé mohli setrvat ve svém přirozeném prostředí, ve své komunitě, a zároveň vytvořením systému podpory neformálních a profesionálních pečovatelů. Systém dlouhodobé péče je založen na individuální péči o uživatele z hlediska jeho zdravotně sociálních potřeb a zaměřuje se na poskytování péče v komunitě, která je z pohledu nákladů a financování méně náročná než péče institucionální.

K posouzení soběstačnosti klientů a stanovení jasných kritérií se nejčastěji využívají Barhelův test (ADL), test instrumentálních denních činností (IADL) či Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (ICF, MKF).

Hodnocení by mělo být **prováděno multioborovým týmem**, stanovenou metodikou „Hodnocení potřeb péče a podpory“, a to ve vzájemné spolupráci sociálního pracovníka a komunitní sestry, aby bylo zachováno zdravotně sociální hledisko.

Do celého procesu bude zapojen multidisciplinární tým, který na základě svých kompetencí určí svůj postup a doporučení pro řešení a intervence **z nelékařského hlediska** a se souhlasem uživatele. Jedná se o systematickou spolupráci pracovníků různých profesí při péči a poskytování služeb či podpory jednotlivým uživatelům.

Multioborovým týmem se rozumí:

- Komunitní sestra (nově)
- Sociální pracovník nebo sociálně zdravotnický pracovník
- Pokud bude potřebné, bude tento tým rozšířen o další nelékařské profesionály (fyzio-terapeut, ergoterapeut a další)
-

Hodnocením sociálních potřeb uživatele se rozumí sociální šetření prováděné sociálním pracovníkem/komunitní sestrou.

Hodnocením zdravotního stavu uživatele se rozumí hodnocení potřeb ošetřovatelských zdravotních služeb a odhad vývoje zdravotního stavu klienta prováděné ošetřující zdravotní sestrou a ošetřujícím lékařem.

9.1 MKF – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

Invalidita, označovaná také jako disability (převzetím termínu z angličtiny – disability), se stává stále důležitějším tématem, který souvisí s rozvojem medicíny, která dnes dokáže léčit stavy, jež byly dříve smrtelné.

MKF slouží jako klinický nástroj k potřebám hodnocení - ke sledování léčení ve speciálních podmínkách, k posuzování pracovní schopnosti, úspěšnosti rehabilitace (hodnocení funkčních schopností, kapacity i výkonu jednotlivce), výstupů kvality života a faktorů prostředí.

Dále je vhodná jako statistický nástroj, který můžeme použít pro shromažďování a zaznamenávání dat.

MKF se uplatňuje i v systému ošetřovatelské péče, například k vytváření standardů, na jejichž základě lze plánovat financování těchto služeb.

Souhrnem – MKF poskytuje popis situací z pohledu funkčních schopnosti, kterých člověk dosahuje, a zároveň i jejich omezení a slouží jako rámec pro organizování těchto informací.

Vzhledem k pokroku ve zdravotnictví se počet občanů s disabilitou zvyšuje. I velmi těžké případy lze zachránit, ale je nutná včasná, individuálně zaměřena rehabilitace poskytovaná multidisciplinárním týmem.

MKF patří do klasifikací, které byly vytvořeny Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a jsou určeny k aplikaci pro různá zdravotní hlediska. Mezinárodní klasifikace obstarává rámec ke kódování širokého okruhu informací vztahujících se ke zdraví a používá standardní jazyk, který umožňuje komunikaci v oblasti zdraví a zdravotní péče po celém světě v rámci různých disciplín a věd.

Tab. 3: Test instrumentálních denních činností (Instrumental activities daily living, IADL)

Činnost	Zvládnutí činností	Body
Telefonování	Vyhledá samostatně číslo, vytočí ho	10
	Zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	Nedokáže používat telefon	0
Transport	Cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
	Cestuje s doprovodem jiné osoby	5
	Cestuje v speciálně upraveném dopravním prostředku	0
Nakupování	Je schopný si samostatně nakoupit	10
	Nakoupí s doprovodem nebo radou jiné osoby	5
	Neschopný bez podstatné pomoci	0
Vaření	Uvaří samostatně celé jídlo	10
	Jídlo si ohřeje	5
	Jídlo musí připravit jiná osoba	0
Domácí práce	Udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	10
	Vykoná lehké práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	5
	Potřebuje pomoc při většině prací nebo nedělá žádné práce v domácnosti	0
Práce kolem domu	Vykonává samostatně a pravidelně	10
	Vykonává pod dohledem	5
	Vyžaduje pomoc, práci nevykoná	0
Užívání léků	Samostatně bere v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků	10
	Užívá léky, když jsou připravené a připomenuté	5
	Léky musí podávat jiná osoba	0
Finance	Spravuje samostatně, platí účty, pozná příjmy a výdaje	10
	Zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
	Neschopný bez pomoci nakládat s penězi	0
Vyhodnocení stupně závislosti:		
0–40 bodů – závislý		
41–75 bodů – částečně závislý		
76–80 bodů – nezávislý		

Tab. 4: ADL - Barthelův test

Barthelův test základních všedních činností		
Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1. Příjem potravy a tekutin	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
2. Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
3. Koupání	Samostatně nebo s pomocí	5
	Neprovede	0
4. Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	5
	Neprovede	0
5. Kontinence moči	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Trvale inkontinentní	0
6. Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
7. Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
8. Přesun lůžko – židle	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0
9. Chůze po rovině	Samostatně nad 50 m	15
	S pomocí 50 m	10
	Na vozíku 50 m	5
	Neprovede	0
10. Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Celkem:		
Hodnocení stupně závislosti**		
ADL 4 0–40 bodů vysoce závislý		Hodnocení
ADL 3 45–60 bodů závislost středního stupně		
ADL 2 65–95 bodů lehká závislost		
ADL 1 96–100 bodů nezávislý		
* zaškrtněte jednu z možností a запиšte bodů celkem		
** zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku a запиšte hodnocení		
Dne:	Podpis:	

Tab. 5: Test kognitivních funkcí (Mini Mental State Exam, MMSE)

Oblast hodnocení:	Max.skóre:
<p>1. Orientace: Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Který je teď rok? 1 - Které je roční období? 1 - Můžete mi říci dnešní datum? 1 - Který je den v týdnu? 1 - Který je teď měsíc? 1 - Ve kterém jsme státě? 1 - Ve které jsme zemi? 1 - Ve kterém jsme městě? 1 - Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení, tato ordinace) 1 - Ve kterém jsme poschodí?(pokojí?) 1 	
<p>2. Paměť: Vyzvěte nemocného, aby jmenoval 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta – například židle, okno, tužka) a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod.</p>	3
<p>3. Pozornost a počítání: Nemocný je vyzván, aby odečetl 7 od čísla 100, a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	5
<p>4. Krátkodobá paměť (= výbavnost): Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)</p>	3
<p>5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti: (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod) Ukažte nemocnému dva předměty (př.tužka, hodinky) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Žádná ale 1 - Jestliže 1 - Kdyby 1 <p>Dejte nemocnému třístupňový příkaz:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na půl a položte jej na podlahu.“ 1 - Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči.“ 1 - Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek, která dává smysl) 1 - Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. Počítá se 1 bod, jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník. 1 	2
<p>Hodnocení: 00–10 bodů: těžká kognitivní porucha 11–20 bodů: středně těžká kognitivní porucha 21–23 bodů: lehká kognitivní porucha 24–30 bodů: pásmo normálu</p>	

Tab. 6: Škála celkové deteriorace podle Reisberga (Global Deterioration Scale, GDS)

Tato hodnotící stupnice je určena zejména pro klienty s Alzheimerovou nemocí nebo jiným typem demence.

Stádium	Klinické příznaky
1	Bez postižení kognitivních funkcí: Preklinické stádium, nejsou přítomny žádné subjektivní ani objektivní potíže.
2	Počínající postižení kognitivních funkcí: Pouze subjektivní potíže (zapomětlivost, rozržitost), objektivní vyšetření bez patologie.
3	Lehké postižení kognitivních funkcí: Potíže při vykonávání pracovních povinností, při řeči, řízení automobilu, v neznámém prostředí. Při objektivním vyšetření pouze mírné poruchy paměti.
4	Středně těžké postižení kognitivních funkcí: Neschopnost samostatně provádět některé komplexní činnosti (finanční záležitosti, plánování složitějších aktivit – dovolená, vaření). Vyšetření prokazuje poruchu krátkodobé paměti, řeči a konstrukčních schopností středního stupně.
5	Pokročilé postižení kognitivních funkcí: Neschopnost vykonávat bez dohledu nebo dopomoci např.: osobní hygienu, vybrat si vhodné oblečení – částečná ztráta soběstačnosti. Objevuje se dezorientovanost v čase a prostoru, pacient zapomíná jména členů rodiny. Pokročilé poruchy paměti, apraxie, agnózie.
6	Těžké postižení kognitivních funkcí: Vyžaduje pomoc při oblékání, při jídle a osobní hygieně. Později dochází i k inkontinenci. Dezorientovanost vším, včetně vlastní osoby. Časté iluze a misidentifikace, poruchy chování.
7	Velmi těžké postižení kognitivních funkcí: Těžká porucha až ztráta řeči a jakékoli komunikace, ztráta schopnosti chůze a volní motoriky, trvalá inkontinence. Neurologické příznaky (rigidita, pseudobulbární syndrom).

9.2 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je určen osobám starším 1 roku, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb (ZŽP) v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle zákona o sociálních službách. Tyto stupně závislosti se hodnotí podle počtu ZŽP, které tato osoba není schopna bez cizí pomoci zvládat. Z poskytnutého příspěvku pak tyto osoby hradí pomoc, kterou jim může podle jejich rozhodnutí poskytovat buď osoba blízká, asistent sociální péče, registrovaný poskytovatel sociálních služeb, dětský domov, nebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu.

Právní úprava

- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.
- Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Při posuzování stupně závislosti osoby se hodnotí schopnost zvládat tyto ZŽP: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost (péče o domácnost se neposuzuje u osob do 18 let).

Bližší vymezení schopností zvládat ZŽP a způsob jejich hodnocení stanoví vyhláška č. 505/2006 Sb.

Výše příspěvku na péči

Výše příspěvku na péči pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc:

- 800 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- 4 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- 8 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

Hodnocení nároku na příspěvek na péči

- Osoba starší 18 let věku se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve
- a) stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat **tři nebo čtyři ZŽP**,
 - b) stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat **pět nebo šest ZŽP**,
 - c) stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat **sedm nebo osm ZŽP**,
 - d) stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat **devět nebo deset ZŽP a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby**.

Stupeň závislosti je tedy dán kumulativními podmínkami, a to:

- každodenním nezvládnutím určitého počtu ZŽP a
- každodenní potřebou mimořádné pomoci/pomoci, dohledu, péče.

Každodenností se myslí skutečnost, že ZŽP se u většinové populace vykonávají pravidelně každý den, i když v případě různých životních potřeb a aktivit s různou denní frekvencí, a jejich nezvládnutí tedy vyžaduje každodenní mimořádnou péči, pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby.

V ojedinělých případech s ohledem na osobitý životní styl některých osob (např. nepřízpůsobivé osoby) nemusí být některé ZŽP v praktickém životě každodenně realizovány, ale jsou realizovány nesporně často, s určitou soustavností (např. tělesná hygiena). I v takových případech je nutno vyhodnotit, zda dotyčná osoba má či nemá dostatečné schopnosti každodenně zvládat konkrétní ZŽP, včetně předpokladu každodennosti pomoci, dohledu nebo péče.

Schopnost zvládat ZŽP se hodnotí ve vztahu ke konkrétnímu zdravotnímu postižení a režimu stanovenému ošetřujícím lékařem.

Pro uznání závislosti v příslušné základní životní potřebě musí **existovat příčinná souvislost mezi poruchou funkčních schopností z důvodu nepříznivého zdravotního stavu a pozbytím schopnosti zvládat ZŽP v přijatelném standardu.**

Pro uznání neschopnosti zvládnout ZŽP v přijatelném standardu musí existovat příčinná souvislost mezi:

- poruchou funkčních schopností z důvodu nepříznivého zdravotního stavu,
- pozbytím schopnosti zvládat ZŽP v přijatelném standardu.

Dalším důležitým posudkovým hlediskem je skutečnost, že k uznání neschopnosti zvládnutí ZŽP, a tedy závislosti, se vyžaduje prokázání neschopnost zvládnutí ZŽP v přijatelném standardu. Nevyžaduje se tedy každodenní zvládnání v 100% kvalitě, zcela bezchybně ani úplné nezvládnání ZŽP.

Podstatné je, zda posuzovaná osoba je schopna/neschopna ZŽP zvládnout v obvyklé kvalitě a rozsahu, uspokojivě, tedy způsobem, který je společností ještě přijatelný a který umožňuje, aby její potřeby byly naplněny bez vazby na každodenní intervenci jiné osoby.

Přitom je třeba mít na paměti, že funkční schopnosti se hodnotí s využíváním zachovaných potenciálů a kompetencí fyzické osoby (tj. se zachovanými funkčními schopnostmi) a s **využíváním běžně dostupných pomůcek, prostředků, předmětů denní potřeby nebo vybavení domácnosti**, veřejných prostor nebo s využitím zdravotnického prostředku (tzv. „facilitatory, facilitující prostředky“).

To znamená, že pro účely zákona o sociálních službách se hodnotí funkční dopady zdravotního postižení na schopnost zvládnání ZŽP s využitím facilitujících prostředků, které vyrovnávají případné znevýhodnění a napomáhají nebo umožňují samostatnost.

Přitom není nezbytné cíleně zkoumat, zda osoba takové běžně dostupné facilitatory má nebo ne, protože z kritéria dostupnosti i charakteru jejich vymezení vyplývá, že je má přímo (jako součást prostředí, kde žije) nebo si je může obstarat. Může jít např. o zdravotně vyhovující oblečení a obuv, hůl, berli, chodítka, zábradlí, madlo, odstranění prahu, lžičky na obouháně, kompenzační pomůcky, jako jsou protézy, ortézy, brýle, sluchadla, inkontinenční pomůcky - chůze s přidržováním se zábradlí, vstávání s oporou o nábytek, přecvičení pravorukosti na levorukost atd.

Podstatné je, že posuzovaný je schopen facilitující prostředky samostatně používat nebo se na své zdravotní postižení adaptoval a může využívat zachovaných potenciálů a kompetencí a ZŽP svede alternativním, ale vyhovujícím způsobem, v přijatelném standardu. Finančně a stavebně náročné úpravy bytu či okolí bytu a jiné finančně náročné zvláštní pomůcky ve smyslu zákona č. 329/2011 Sb. a vyhlášky č. 388/2011 Sb. se nepovažují za běžně dostupné facilitatory.

Řízení o příspěvku na péči

Řízení o přiznání příspěvku na péči se zahajuje na základě písemné žádosti podané na tiskopisu předepsaném ministerstvem (žádosti jsou k dispozici na kontaktních pracovištích krajských poboček Úřadu práce nebo na Integrovaném portálu MPSV v sekci Elektronické formuláře). Žádost se podává na kontaktním pracovišti krajské pobočky Úřadu práce (ÚP). Příslušnost se určuje podle místa trvalého pobytu žadatele o příspěvek.

Krajská pobočka Úřadu práce (sociální pracovník) provádí pro účely rozhodování o příspěvku nejprve sociální šetření, při kterém se zjišťuje schopnost samostatného života osoby v jejím přirozeném sociálním prostředí.

Následně krajská pobočka ÚP zašle příslušné Okresní správě sociálního zabezpečení (OSSZ) žádost o posouzení stupně závislosti osoby. Při posuzování stupně závislosti osoby vychází OSSZ ze zdravotního stavu osoby doloženého nálezem vydaným poskytovatelem zdravotních služeb, z výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb osoby, popřípadě z výsledků funkčních vyšetření a z výsledku vlastního vyšetření popuzujícího lékaře.

Sociální šetření provádí sociální pracovník. O provedeném sociálním šetření vyhotovuje písemný záznam, který na požádání předkládá posuzované osobě. Krajská pobočka ÚP zašle příslušné okresní správě sociálního zabezpečení žádost o posouzení stupně závislosti osoby; součástí této žádosti je písemný záznam o sociálním šetření a kopie žádosti osoby o příspěvek.

ÚP má podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, **60 dní na provedení sociálního šetření** a vydání rozhodnutí, v případě nutnosti objektivního posouzení má možnost požádat nadřízený orgán o prodloužení této doby. Časová norma na sociální šetření u klienta a vlastní zpracování šetření činí 120 minut.

Na základě tohoto posudku pak krajská pobočka ÚP vydá rozhodnutí, zda se příspěvek na péči přiznává či nikoliv. Proti tomuto rozhodnutí se lze odvolat. Odvolání se podává k úřadu, který napadené rozhodnutí vydal, o odvolání pak rozhoduje MPSV.

Při posuzování stupně závislosti osoby vychází OSSZ ze zdravotního stavu osoby doloženého nálezem ošetřujícího lékaře, z výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb osoby, popřípadě z výsledků funkčních vyšetření a z výsledku vlastního vyšetření provedeného posuzujícím lékařem.

OSSZ zašle příslušné krajské pobočce ÚP stejnopis posudku vydaného podle zvláštního právního předpisu s uvedením základních životních potřeb, které osoba není schopna zvládat, a dále s uvedením, zda jde o osobu s úplnou nebo praktickou hluchotou nebo hluchoslepotou, jestliže tato osoba neovládá základní životní potřeby v oblasti

orientace. Toto posouzení je součástí rozhodnutí o přiznání či zamítnutí příspěvku, které obdrží žadatel.

Na vypracování zdravotního posouzení má OSSZ 45 dní s tím, že tato lhůta může být následně prodloužena, např. v případě dožádání podkladů potřebných k objektivnímu posouzení

Výchozím momentem je **objektivizace zdravotního stavu, tj. tělesných, smyslových a duševních schopností, ať zachovaných nebo ztracených, prostřednictvím nálezů, zpráv, vyšetření provedených ošetřujícími lékaři, psychology, zjištění ze strany jiných zdravotnických pracovníků (ergoterapeutů, fyzioterapeutů), diagnostických zjištění laboratorních nebo přístrojových.** Důraz je kladen na lékařské nálezy s popisem funkčních dopadů, tj. nálezy, ze kterých na základě klinických, laboratorních, zobrazovacích nebo jiných vyšetření vyplývá rozsah a tíže omezení fyzických, duševních a smyslových schopností a jejich dopad na funkční schopnosti a „funkční zdraví“.

Posudkový orgán vyhodnocuje a interpretuje výsledky sociálního šetření z pohledu existence dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (DNZS) a příčinné souvislosti jevů popsanych sociálním šetřením se schopnostmi zjištěnými na základě lékařských nálezů s funkčním zaměřením ve vztahu ke schopnosti, resp. neschopnosti zvládnání základních životních potřeb z důvodu DNZS. Přitom postupuje podle pravidel a kritérií posuzování stupně závislosti stanovených příslušnými právními předpisy. O posouzení vede posudkový orgán písemný záznam – posudek, jež je orgán sociálního zabezpečení povinen zaslat příslušnému správnímu úřadu, který vede řízení o příspěvku na péči.

Posudek o zdravotním stavu a stupni závislosti musí být úplný a přesvědčivý a reflektovat stěžejní skutečnosti uvedené v právní úpravě, a to zejména:

- označení orgánu sociálního zabezpečení, který posoudil zdravotní stav a stupeň závislosti, označení fyzické osoby (dále jen osoby), jejíž zdravotní stav je posuzován, účel a datum posouzení zdravotního stavu a stupně závislosti osoby,
- výčet rozhodujících podkladů o zdravotním stavu osoby a její schopnosti samostatného života v přirozeném sociálním prostředí, z nichž orgán sociálního zabezpečení vycházel při posouzení zdravotního stavu a stupně závislosti osoby,
- zjištění o funkčním dopadu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost zvládat základní životní potřeby (funkčních schopnostech), ke kterým orgán sociálního zabezpečení dospěl při posuzování zdravotního stavu a stupně závislosti,
- výsledek posouzení stupně závislosti s uvedením, zda se jedná o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, výčtem základních životních potřeb, které osoba není schopna zvládat a vyžaduje v nich každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby nebo každodenní dohled, pomoc nebo péči jiné fyzické osoby, stupně závislosti, dne vzniku

stupně závislosti, dne změny stupně závislosti nebo dne zániku stupně závislosti, doby platnosti posudku,

- odůvodnění výsledku posouzení zdravotního stavu a stupně závislosti.

Při hodnocení základních životních potřeb pro účely stanovení stupně závislosti se základní životní potřeby, u nichž bylo zjištěno, že je osoba z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat, sčítají.

Vymezení schopností zvládat základní životní potřeby

Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby:

- a) mobilita,
- b) orientace,
- c) komunikace,
- d) stravování,
- e) oblékání a obouvání,
- f) tělesná hygiena,
- g) výkon fyziologické potřeby,
- h) péče o zdraví,
- i) osobní aktivity,
- j) péče o domácnost.

Ad a) Mobilita

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna zvládat vstávání a usedání, stoj, zaujímat polohy, pohybovat se chůzí krok za krokem, popřípadě i s přerušováním a zastávkami, v dosahu alespoň 200 m, a to i po nerovném povrchu, chůzí po schodech v rozsahu jednoho patra směrem nahoru i dolů, používat dopravní prostředky včetně bariérových.

Výklad

Při posuzování schopnosti mobility se zkoumá, zda posuzovaná osoba má dostatečné pohybové schopnosti a fyzickou zdatnost, a dále duševní a smyslové (zrakové) schopnosti. Zkoumá se, zda je posuzovaná osoba schopna chůze krok za krokem bez pomoci druhé osoby.

Je-li osoba odkázána trvale na invalidní vozík, protože nezvládne chůzi výše uvedeným způsobem, pak je uznána za neschopnou chůze. Schopnost chůze se uzná v případě, že posuzovaná osoba k chůzi používá podpůrné prostředky, ortézy, protézy, hole, berle, chodítka.

Záleží na celkové fyzické a psychické zdatnosti posuzované osoby, zda tyto prostředky je schopna používat a svede s nimi chůzi. Posuzovaná osoba musí být chůze schopna v ur-

čítém dosahu, a to alespoň 200 m, který umožňuje realizovat aktivity v přirozeném sociálním prostředí. Připouští se možnost zastavení s odpočinkem, a poté pokračování v chůzi.

Chůzí po nerovném povrchu se rozumí chůze po chodníku z dlažebních kostek, schopnost překonání obrubníků. Nezkoumá se např. schopnost chůze v kamenitém nebo kluzkém terénu.

Při změně polohy těla, stojí, při chůzi, chůzi do schodů, včetně použití dopravního prostředku, se stav hodnotí s **facilitátory, jako jsou např. madlo, zábradlí, opěrné pomůcky, vhodná obuv, ortéza, protéza apod., event. s přidržováním o stěnu, nábytek.**

Zaujímáním poloh se rozumí zvládnout polohu vsedě, ve stoje a vleže, neboť to jsou nejběžnější a nejčastější fyziologické polohy. U chůze po schodech není rozhodná plynulost chůze. U osob, které využívají invalidní vozík k mobilitě jen v určitých situacích (např. při cestování na delší vzdálenosti), je potřeba individuálně posoudit schopnost a rozsah chůze.

Pro používání dopravního prostředku včetně bariérového je potřebná přiměřená fyzická schopnost, schopnost přidržovat se, zvládat vstávání, usedání a stoj, přiměřený rozsah hybnosti v kolenou a kyčlích (zejména flexi) k zvládnutí několika schodů nutných k vstupu nebo sestoupení z dopravního prostředku.

Každodenně se opakující stavy agrese (objektivně přetrvávající i přes medikaci) nebo těžké mentální postižení s pozbytím rozpoznávacích a ovládacích schopností brání schopnosti používat hromadnou dopravu, ale nebrání obecně použít dopravní prostředek.

Pokud systém veřejného zdravotního pojištění poskytl osobě protézu, je nutno brát zřetel na to, že ji potřebuje a je schopna ji využívat – jinak by jí nebyla poskytnuta. Případně subj. údaje o nepoužívání je nutno posoudit prizmatem DNZS – tj. zda jde o každodenní nepoužívání ze zdravotních důvodů nebo jen občasné nepoužívání při dočasných otlacích nebo při chůzi na delší vzdálenosti, kdy z důvodu dyskomfortu osoba raději používá invalidní vozík.

Ad b) Orientace

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna poznávat a rozeznávat zrakem a sluchem, mít přiměřené duševní kompetence, orientovat se časem, místem a osobou, orientovat se v obvyklém prostředí a situacích a přiměřeně v nich reagovat.

Výklad

Při posuzování schopnosti orientace se zkoumá, zda posuzovaná osoba má smyslové a duševní schopnosti k chápání v dostatečné míře toho, kdo je, kde je a v jakém čase se nachází.

Samotná porucha orientace v čase, není-li každodenní, opakovaná, však nepodmiňuje uznání závislosti. Uvedené jednotlivé schopnosti orientace musejí být dostatečné i k chá-

pání a řešení situací vyplývajících ze zvládnání ZŽP, které jsou realizované v obvyklém prostředí.

Přiměřenost duševních kompetencí je nutno vztáhnout k věku a ke zvládnání základních životních potřeb. Obvyklost prostředí a situací se vztahuje k přirozenému sociálnímu prostředí a obvyklým každodenním situacím; za přiměřenost reakce se považuje reakce, která je obvyklá u osoby téhož věku v daném sociokulturním prostředí. U osob s poruchou smyslových schopností se hodnotí zvládnání ZŽP s využitím kompenzačních pomůcek.

Ad c) Komunikace

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna dorozumět se a porozumět, a to mluvenou srozumitelnou řečí a psanou zprávou, porozumět všeobecně používaným základním obrazovým symbolům nebo zvukovým signálům, používat běžné komunikační prostředky.

Výklad

Při schopnosti zvládnání komunikace se zkoumají duševní a smyslové schopnosti, schopnosti mluvidel a jemná motorika rukou, které se podílí na schopnosti řeči, mluvení a schopnosti psaní.

Za schopnost zvládnání komunikace se nepovažuje hlas při používání elektrolarynxu u stavů po laryngektomii, protože nejde o schopnost řeči v přijatelném standardu. Základními obrazovými symboly se rozumí např. piktogramy signalizující WC, vyznačení přechodu pro chodce, světelná signalizace na přechodu pro chodce. Zvukovým signálem se rozumí např. troubení auta nebo oznámení poplachu.

Běžnými komunikačními prostředky se rozumí schopnost telefonování (s facilitujícím prostředkem), psanou zprávou informace stručného obsahu a malého rozsahu (s facilitujícím prostředkem psaná rukou, strojem nebo PC – záleží na zvyklostech jedince.

Ad d) Stravování

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna vybrat si ke konzumaci hotový nápoj a potraviny, nápoj nalít, stravu naporcovat, naservírovat, najíst se a napít, dodržovat stanovený dietní režim.

Výklad

Při schopnosti zvládnání stravování se zkoumají duševní a smyslové schopnosti, schopnost příjmu potravy a jemná motorika rukou.

Zkoumá se, zda posuzovaná osoba je schopna si vybrat samostatně hotovou stravu v tekutém i pevném stavu, nápoje si nalít, tekutou a pevnou stravu dát na talíř, stravu naporcovat (příčemž za přijatelný standard lze připustit i použití lžice), přemístit stravu (přenést, přesunout, převést na vozíku, tzn., že způsob přemístění není rozhodující) na

místo konzumace (na stůl), a to i s použitím potřebných pomůcek, stravu požit obvyklým způsobem (přičemž za přijatelný standard lze připustit i použití lžice).

Při hodnocení schopnosti dodržování diety se hodnotí, zda osoba má dostatek duševních schopností nutných k vybrání stravy odpovídající nařízené dietě.

Ad e) Oblékání a obouvání

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna vybrat si oblečení a obutí přiměřené okolnostem, oblékat se a obouvat se, svlékat se a zouvat se, manipulovat s oblečením v souvislosti s denním režimem.

Výklad

Při schopnosti zvládání oblékání a obouvání se zkoumají duševní a smyslové schopnosti a fyzické schopnosti (**schopnost vstávání a usedání, ohnutí horních a dolních končetin a přiměřená motorika rukou**).

Jednotlivé aktivity se zkoumají s využitím facilitujících prostředků; u osob se zdravotním postižením, zvl. pak s poruchami zraku, je důležité zhodnotit přínos sociální rehabilitace na zvládání ZŽP. Pro schopnost oblékat si dolní části těla (kalhoty) a manipulace s oděvem je podstatná schopnost opřít se nebo nadzvednout dolní končetiny a alespoň mírně nadzvednout hýždě.

Ad f) Tělesná hygiena

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna použít hygienické zařízení, mýt si a osušovat si jednotlivé části těla, provádět celkovou hygienu, česat se, provádět ústní hygienu, holit se.

Výklad

Při schopnosti zvládání tělesné hygieny se zkoumá stav duševních a fyzických schopností včetně přiměřené motoriky rukou. Hodnotí se schopnost umytí se u umyvadla, v případě použití přenosného umyvadla (např. u lůžka nebo na jiném místě v bytě, pokud není koupelna) musí být osoba schopna nádobu připravit, zajistit vodu a vylít ji.

Dále se hodnotí schopnost celkové hygieny, tj. umýt si celé tělo postupným umýváním jednotlivých částí, kdy posudkově rozhodné není místo provádění celkové hygieny, vybavení ani technický způsob provedení (ve stoje, v sedě, ve sprše nebo ve vaně). **Tyto schopnosti se hodnotí i s využitím facilitátorů (opěrných pomůcek, madel, sedáku ve vaně, protiskluzové podložky, zdravotně přiměřeného holicího přístroje aj.).**

Ad g) Výkon fyziologické potřeby

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna včas používat WC, vyprázdnit se, provést očistu, používat hygienické pomůcky.

Výklad

Při schopnosti zvládnání výkonu fyziologické potřeby se zkoumá stav duševních a fyzických schopností včetně motoriky rukou. **Nehodnotí se schopnost chůze, tedy dosažení WC, ani manipulace s oděvem v souvislosti s WC – to je předmětem jiných ZŽP.**

Podstatná však je, podobně jako u oblékání, schopnost opřít se o nohy nebo dolní končetiny, nazvednout se, posadit/přemístit se na WC (např. z lůžka, z invalidního vozíku), vyprázdnit se (i použitím léčebných prostředků) a otřít se. Začas použité WC se považuje situace, kdy se osoba začas vyprázdní do WC; **občasné selhání osoby z důvodu, že tento úkon nestihne a ušpiní se, není posudkově rozhodné.**

U močení lze za včasné použití WC považovat situaci, kdy v důsledku lehké inkontinence dojde k lehkému předčasnému úniku moče, ale převážná kapacita močového měchýře je vyprázdněna fyziologickým způsobem nebo kdy k selhání dojde jen někdy (např. při rozrušení, smíchu, kašli). U použití hygienických pomůcek je podstatná schopnost jak jejich zavedení, tak odstranění. Jedná se nejčastěji o menstruační vložky, vložky coby absorpční pomůcky při inkontinenci moči, stomické sáčky.

Ad h) Péče o zdraví

Za schopnost zvládnat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna dodržovat stanovený léčebný režim, provádět stanovená léčebná a ošetrovatelská opatření a používat k tomu potřebné léky, pomůcky.

Výklad

Při schopnosti zvládnání výkonu péče o zdraví se zkoumá stav duševních a fyzických schopností včetně jemné motoriky rukou, popř. i smyslových schopností, pokud jsou potřebné ve vztahu ke konkrétním opatřením (např. zrak pro aplikaci inzulínu).

Schopnost zvládnat tuto základní životní potřebu se hodnotí vždy ve vztahu ke konkrétnímu zdravotnímu postižení a režimu stanovenému ošetřujícím lékařem. V případě, kdy určitý režim (rehabilitace, převazy, inhalace) nebo aplikace injekcí nebo používání pomůcky nejsou nařízeny nebo nejsou každodenní, tyto skutečnosti se nehodnotí, stejně jako opatření preventivní.

Nepřihlíží se k hyperprotektivní péči osob blízkých o zdravotně postižené, u nichž takovou péčí charakter DNZS nevyžaduje a je poskytována nad rámce schopností posuzované osoby.

Při dodržování léčebného režimu je nutno vzít v úvahu facilitátory, jako např. dávkovače léků aj. Schopnost dodržování diety se v rámci této ZŽP nehodnotí, neboť je součástí hodnocení ZŽP stravování.

Léčebným režimem se rozumí soubor opatření, která podporují léčbu a minimalizují její možná rizika, včetně doporučení úpravy životního stylu. Musí se tedy jednat o režim, který je v příčinné souvislosti se zdravotním postižením (DNZS) a projevuje se každodenně v důsledku každodenních postupů, výkonů nebo opatření.

Ad i) Osobní aktivity

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna vstupovat do vztahů s jinými osobami, stanovit si a dodržet denní program, vykonávat aktivity obvyklé věku a prostředí, jako např. vzdělávání, zaměstnání, volnočasové aktivity, vyřizování osobních záležitostí.

Výklad

Při schopnosti zvládnutí výkonu osobní aktivity se zkoumá stav duševních, smyslových a fyzických schopností. **Hodnotí se, zda osoba je schopna navazovat vztahy s osobami blízkými, ale i jinými, které se v jejím přirozeném sociálním prostředí vyskytují, plánovat si a dodržet denní program.**

Dále se hodnotí schopnosti ve vztahu k pravidelnému každodennímu vykonání aktivit, a to vzhledem k věku a vzhledem k aktivitám vykonávaným před vznikem DNZS. Za aktivity se považují činnosti, které souvisejí s realizací každodenních základních životních potřeb, velmi často až každodenně se opakující.

Za neschopnost vzdělávání se považuje stav, kdy osoba při něm vyžaduje každodenní osobní asistenci. U volnočasových aktivit (které by měly být opakujícího se až každodenního charakteru) a vyřizování svých záležitostí se přihlíží i k situaci před vznikem DNZS.

Volnočasovými aktivitami se rozumějí návštěva kroužků, kulturní a sportovní aktivity, kontakt s vrstevníky či známými osobami. Svými záležitostmi se rozumějí osobní věci související s existencí ve společnosti, kontakt s úřady apod., zde je nutno zohlednit individuální situaci posuzované osoby a její potřeby – tj. dosadit konkrétní skutečnosti ze života posuzované osoby.

Pokud zdravotně postižená osoba při svých aktivitách potřebuje každodenně přítomnost a pomoc asistenta, pak aktivity nezvládá. Rovněž se musí vzít v úvahu realizace této potřeby s facilitátory.

Ad j) Péče o domácnost

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna nakládat s penězi v rámci osobních příjmů a domácnosti, manipulovat s předměty denní potřeby, obstarat si běžný nákup, ovládat běžné domácí spotřebiče, uvařit si teplé jídlo a nápoj, vykonávat běžné domácí práce, obsluhovat topení a udržovat pořádek.

Výklad

Při schopnosti zvládnutí výkonu péče o domácnost se zkoumá rozsah duševních a fyzických schopností, včetně chůze a jemné motoriky rukou. **Schopností nakládat s penězi se rozumí schopnost vést domácí rozpočet a manipulovat s penězi v rozsahu příjmů posuzované osoby. To znamená rozeznat hodnotu jednotlivých bankovek a mincí a schopnost realizovat zaplacení potřebných osobních nákladů a nákladů na domácnost.**

V rámci zajištění chodu domácnosti se hodnotí rozsah schopností souvisejících s jeho udržováním, ovládnutím běžných domácích spotřebičů (např. sporák, mikrovlnná trouba, lednice, rozhlas, TV), manipulací s běžnými předměty (nádobí, oblečení, potraviny), s běžným úklidem (povrchy), obsluhou topení (ovládat kohouty u topení, event. tlačítka elektrického a plynového kotle, akumulčních kamen, event. přiložení uhlí a dřeva do kamen).

Nehodnotí se donáška uhlí. Běžným úklidem se rozumí každodenní činnosti, jako např. mytí nádobí (nikoli mytí oken, velké prádlo, převlékání lůžka či jiné činnosti, které se nevykonávají denně, ale v malé frekvenci). Uvařením teplého jídla se rozumí uvaření jednoduchého teplého jídla, tj. polévky a hlavního jídla s malým počtem surovin. U obstarání nákupu se jedná o běžný každodenní nákup – výběr zboží, jeho umístění do nákupního koše, tašky a zaplacení nákupu, nikoli o velký nákup.

Posudkové rozhodné není způsob dopravení nákupu (donesení nebo dovezení), ale naplnění cíle – obstarání nákupu.

Opět je nutno vzít v úvahu využití facilitátorů při provádění péče o domácnost.

Výplata příspěvku na péči

Příspěvek na péči se vyplácí měsíčně, a to v kalendářním měsíci, za který náleží. Příspěvek na péči vyplácí krajská pobočka ÚP, která je příslušná k rozhodování o příspěvku. Příspěvek se vyplácí v české měně převodem na platební účet určený příjemcem příspěvku, anebo v hotovosti.

Povinnosti účastníků řízení

Účastníci řízení:

- jsou povinni podrobit se sociálnímu šetření pro účely přiznání příspěvku na péči,
- mají povinnost písemně ohlásit příslušné krajské pobočce ÚP do 8 dnů všechny změny, které mohou mít vliv na nárok, výši nebo výplatu příspěvku na péči,
- jsou povinni na vyžádání krajské pobočky ÚP prokázat, že dávka byla využita k zajištění pomoci, a to způsobem, který osvědčí využití příspěvku, nebo dokladem o vyplacení příspěvku fyzickým nebo právnickým osobám, které poskytují pomoc při zvládnání základních životních potřeb.
- V případě nesplnění povinností může být výplata příspěvku po předchozím upozornění zastavena.

10 Financování dlouhodobé péče z pohledu zdravotnického a sociálního systému

10.1 Zdroje financování pobytových sociálních služeb

Pobytové sociální služby mají vícezdrojové financování. Klient hradí cca 51 % (důchod a příspěvek na péči), 4 % hradí zdravotní pojišťovny, z dotačního programu ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) získává poskytovatel cca 30 % finančních prostředků určených na provoz a mzdy zaměstnanců. Pracovní skupina MPSV přechodem financování na kraje se snažila najít transparentní řešení alokace zdrojů pro všechny poskytovatele.

Podle nově vydané metodiky poskytování finančních příspěvků ze státního rozpočtu (dotační program na rok 2015) byly stanoveny měsíční paušální částky na jednotlivé druhy sociálních služeb: pro domovy se zvláštním režimem se jedná o 3000 Kč na jedno lůžko, pro domovy pro seniory o 2000 Kč na jedno lůžko.

Příklad netransparentního financování

Analýza alokace zdrojů do domovů se zvláštním režimem:

V roce 2011 činily celkové roční příjmy na jednoho uživatele domova se zvláštním režimem 323 tisíc Kč, přičemž mezi jednotlivými skupinami zřizovatelů se pohybovaly od 281 tisíc do 327 tisíc Kč. Příjmy z úhrad za pobyt přímo od uživatelů činily ročně v průměru 153 tisíc Kč (135 tisíc až 164 tisíc Kč u jednotlivých zřizovatelů). Dotace od státu dosahovaly v průměru 75 tisíc Kč ročně, přičemž vyšší byly u zřizovatelů krajských a církevních domovů. Dotace od zřizovatele tvořily opět významnou část příjmů u krajských a obecních zařízení, zatímco u soukromých zřizovatelů jen nepatrnou (0–20 %). Poměrně výrazné rozdíly byly v ročních příjmech od zdravotních pojišťoven – průměrné příjmy činily 66 tisíc Kč s rozmezím 14–19 tisíc Kč.

V roce 2013 dosahoval průměrný měsíční náklad na jedno lůžko v domovech se zvláštním režimem 33 072 Kč (zdroj: žádosti o dotace 2013). Průměrné náklady na lůžko jsou vyšší, než mohou poskytovatelé získat z vícezdrojového financování (klient, zdravotní pojišťovna, zřizovatel, dotace), odhad deficitu financování je cca 9300 Kč.

Poskytovatel sociálních pobytových služeb tedy volí cestu doplatku deficitní částky od rodinných příslušníků v různých formách (dary, sponzorské příspěvky) a klient si nad rámec poskytovaných služeb připlácí fakultativní služby. Jedním z řešení by mohla být právní úprava poskytování dlouhodobé zdravotně sociální péče v České republice.

10.2 Analýzy a studie k problematice dlouhodobé zdravotně sociální péče

Během 20 let se mnoho odborníků věnovalo problematice dlouhodobé zdravotně sociální péče.

Projekt Kulatý stůl

V roce 2008 v rámci projektu ministerstva zdravotnictví Kulatý stůl vznikly návrhy na možné změny ve zdravotnictví. V jeho rámci byly vytyčeny základní problematice okruhu českého zdravotnického systému, které je nutné do budoucna řešit, jako například nedostatečná znalost přínosu zdravotní péče a jasné vymezení práva na zdravotní péči.

Odborníci se vyjádřili k neustálému narůstání finančních nákladů na zdravotní péči a k významné nerovnováze alokace těchto prostředků ve prospěch klientů. K velmi významným faktorům patří nízká úroveň zdraví, která v důsledku znamená vyšší potřebu zdravotní péče.

V České republice je nedostatečná a nevhodná struktura zdravotní péče, neboť je zde nejvíce aplikován model akcentující akutní péči (více akutních lůžek oproti lůžkům na následnou dlouhodobější péči), který opomíjí demografický vývoj. Bude nutné nastavit model zdravotně sociální (dlouhodobé) péče, který tento vývoj respektuje.

Nové nastavení jednotlivých segmentů zdravotní péče bude potřebovat zejména transformaci akutní lůžkové péče do modelu „aktivní péče“, tedy nastavení posloupnosti péče akutní – následně - dlouhodobé. V této souvislosti bude nutné zaměřit se na vzdělávání nelékařských a lékařských pracovníků, individuální přístup k pacientovi, efektivnější využívání informačních technologií, které přispějí ke zlepšení koordinace a sdílení informací mezi lékařským a nelékařským personálem.

Jedním z nejdůležitějších prvků je také definování základního standardu zdravotní péče financovaného z veřejného zdravotního pojištění. Dále zpráva uvádí, že bude nutné celý systém zdravotnictví podrobit analýze, kdy získané výsledky budou použity k naplánování transformace modelu akutní péče ve prospěch modelu péče aktivní (rehabilitace, doléčovací proces) a dlouhodobé s převážným zastoupením ošetrovatelské, sociální a rehabilitační složky.

Nevhodné je především nastavení financování obzvláště nákladné péče. V této oblasti musí být nalezena rovnováha mezi vynaloženými prostředky a solidaritou. Je nutné přijmout taková opatření, která budou koncentrovat finanční prostředky na drahou léčbu do specializačních center.

Systém dlouhodobé péče je nedostatečný, roztržštěný, neprovázaný, nedostatečně finančně zajištěný a nereflexuje demografický vývoj. Řešení je spatřováno v rozvoji koncepce geriatry a gerontologie (nebyla ještě přijata a návrhy jsou předkládány již 15 let), tvorbě vyhovujícího systému dlouhodobé péče, přesunu kompetencí na nelékařský per-

sonál a jeho podpoře ve zdravotnickém systému. Jednou z možností je vytvoření nového typu pojištění dlouhodobé péče.

Změna by se měla týkat i poskytování pobytové sociální péče – je nutné podpořit rozvoj komunitní péče, motivaci a podporu neformální péče v domácnostech. Je nutné nastavit rovné a spravedlivé podmínky pro všechny socioekonomické skupiny, zejména pak věnovat zvýšenou pozornost osobám zdravotně znevýhodněným a seniorské populaci.

Souhrnem - současná struktura zdravotní péče nastavená v naší republice je nevhodná. Výše zmíněná akcentace modelu akutní péče je pro systém financování dražší a restrukturalizace by přinesla více finančních prostředků do péče ambulantní a ve prospěch aktivní rehabilitace a péče dlouhodobé. Jedním z návrhů řešení je zavedení povinnosti pro pojišťovny pojiřit každého občana bez ohledu na jeho zdravotní rizika, nastavení systému kritérií na přerozdělování prostředků a stanovení povinností pojištěnoven vůči zdravotnickým zařízením.

Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice

V roce 2010 vyšla další publikace k východiskům dlouhodobé péče v České republice s podrobnou analýzou zdravotně sociálních služeb s návrhy do roku 2020. V roce 2009 byla provedena analýza vybraných zdravotně sociálních služeb (léčebny pro dlouhodobě nemocné, ošetřovatelská lůžka domácí zdravotní péče, pečovatelská služba a domovy pro seniory) za účelem naplánování jejich dostupnosti do roku 2020.

Byla navržena transformace lůžek pro dlouhodobě nemocné na lůžka dlouhodobé zdravotně sociální péče do roku 2020, která by přinesla 14 tisíc nových lůžkových kapacit. Vycházelo se z analýzy počtu příjemců na péči ve vyšším stupni, neboť tito klienti mají nejen sociální potřeby, ale také vyžadují specializovanou ošetřovatelskou rehabilitační péči.

V současné době je cca 12 tisíc lůžek v domovech se zvláštním režimem, které alternují dlouhodobou zdravotně sociální péči, ale s malou podporou finančního krytí ze zdravotního pojištění. Dále bylo navrženo navýšení počtu lůžek dlouhodobé péče u současných poskytovatelů pobytových sociálních služeb (domovy pro seniory), kde již v současné době probíhá transformace na lůžka se zvláštním režimem.

Do roku 2020 je dále potřeba zajistit vyšší dostupnost domácí zdravotní péče (v roce 2009 bylo 2,4 %, do roku 2020 docílit nárůstu na 5procentní dostupnost pro osoby ve věku 65+) a pečovatelskou službu navýšit cca na 15 %. Všechny návrhy odborné veřejnosti směřují a doporučují, po vzoru jiných evropských zemí, koordinovanou spolupráci mezi zdravotnickým a sociálním systémem, přičemž hlavní roli koordinátora zajištění dostupnosti služeb by měly mít obec a kraj.

Výzkumný ústav práce a sociálních věcí se v posledních letech věnoval této problematice, bylo vydáno mnoho studií, které se zabývaly dostupností služeb a návrhy na financování. V roce 2011 vyšla publikace, která kvantifikovala náklady na dlouhodobou

péči: v pobytových zařízeních v roce 2009 činily cca 5,45 mld. Kč, zdravotní pojišťovny zaplatily pouze cca 1,106 mld. Kč.

V roce 2010 bylo v odborných léčebných ústavech umístěno cca 15 tisíc klientů ze sociálních důvodů, tyto osoby již nevyžadovaly vyšší komponentu zdravotních služeb. Částečná transformace odborných léčebných ústavů na lůžka dlouhodobé zdravotní sociální péče by mohla představovat celkovou úsporu výdajů z veřejného zdravotního pojištění cca 9,9 mld. ročně.

10.3 Návrhy legislativního řešení dlouhodobé zdravotně sociální péče v České republice

V roce 2011 byl při MPSV ustanoven koordinační tým pro hledání legislativního řešení dlouhodobé péče. V rámci individuálního projektu MPSV „Podpora procesů v sociálních službách“ vytvořili odborníci analýzy a návrhy na změny ve zdravotnickém a sociálním systému.

Dlouhodobá péče je dnes poskytována osobami blízkými nebo jinými (neformální péče v rámci domácnosti nebo komunity) a profesionálními poskytovateli v resortu práce a sociálních věcí a v resortu zdravotnictví.

Služby poskytované ze strany jednotlivých resortů nejsou vzájemně koordinované, což vede k významným nerovnostem mezi srovnatelnými klienty zdravotnických a sociálních zařízení, nedostatečnému zajištění kvality a dostupnosti, neefektivnímu poskytování a k vysokým transakčním nákladům. Roli koordinátora v současnosti nedokáže naplnit ani kraj či obec. Oba resorty nemají společnou koncepci vzdělávání zdravotnických a sociálních pracovníků.

Podívejme se nyní na finanční spoluúčast klienta v případě pobytové péče, která se významně liší podle toho, zda osoba s obdobnými potřebami je pacientem zdravotnického zařízení nebo klientem zařízení poskytujícího pobytové sociální služby. V případě pobytu v zařízení poskytujícím pobytové sociální služby se klient podle zákonných předpisů MPSV ČR podílí na úhradě stravy a ubytování ve výši maximálně 380 Kč denně za „hotelové služby“ a v průměru cca 170 Kč denně za sociální péči (z příspěvku na péči). Pokud je klient hospitalizován ve zdravotnickém zařízení, jsou „hotelové služby“ hrazeny zdravotní pojišťovnou. V důsledku této nerovnosti (a pravděpodobně nedostatečné kapacity zařízení poskytujících pobytové sociální služby) je ve zdravotnických zařízeních hospitalizována řada pacientů, kterým je de facto poskytována dlouhodobá péče.

Pro řešení tohoto problému je v současné legislativě zaveden institut Sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních ústavní péče („sociální lůžka“). Tento institut není v praxi příliš využíván, neboť chybí jasné vymezení rozhraní mezi následnou a dlouhodobou péčí a pacienti nedávají souhlas s převodem svého statusu z pacienta na klienta, protože to pro ně znamená významnou finanční spoluúčast podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Pro poskytovatele zdravotnických služeb je poskytování sociálních služeb nevýhodné z hlediska nižších úhrad od zdravotních pojišťoven, získávání dotačních prostředků je časově náročné a nejisté. Pro zdravotnické zařízení je výhodnější vykazovat klienta jako pacienta, a tím si udržet platby z veřejného zdravotního pojištění.

Uvedený stav vede ke zvýšeným výdajům zdravotních pojišťoven. Pacienti jsou většinou hospitalizováni na lůžkách akutní nebo následné péče. Finanční náklady na kvalifikovaný personál poskytující zdravotní péči na odděleních jsou vysoké. Z pohledu těchto pacientů je popsané prostředí nevhodné, neboť mají potřeby i sociálních služeb. Na druhé straně se zdravotní pojišťovny, zatěžované těmito výdaji, brání plně proplácet potřebnou zdravotní péči poskytovanou v zařízeních pobytových sociálních služeb.

Vznikají tak problémy v podobě nerovného a roztržitého poskytování a financování dlouhodobé péče a je třeba řešit otázku dlouhodobě udržitelného zajištění zdrojů. Dlouhodobá péče bude nejrychleji rostoucím druhem zdravotní péče a přibývajícím počet osob závislých na cizí pomoci bude také vytvářet velký tlak na sociální výdaje státu. Dnešní průběžné financování téměř veškeré sociální a zdravotní péče je proto v důsledku stárnutí obyvatelstva dlouhodobě neudržitelné. Stejně jako je v oblasti důchodového zabezpečení plánováno doplnění průběžného systému zdroji založenými na úsporách, je k podobnému kroku nutno přistoupit i v oblasti dlouhodobé péče.

V České republice je nutné jasné vymezení oblasti dlouhodobé péče, zdravotních a sociálních služeb poskytovaných v jejím rámci, nároku klientů, požadavků na personální a věcné a technické vybavení poskytovatelů a financování dlouhodobé péče. Překlenutí segmentace a překážek mezi službami zdravotní a sociální péče. Zajištění optimálního způsobu poskytování dlouhodobé péče podle individuálních potřeb klienta, pokud možno v domácím prostředí klienta, a provázanost jejich různých forem (domácí/terénní, stacionární/ambulantní, lůžková/pobytová).

Zásadním hlediskem je i vytvoření nových pracovních příležitostí v oblasti dlouhodobé péče a podpora potřebného počtu kvalifikovaných pracovníků pro tyto služby. Mělo by dojít ke zvýšení flexibility na pracovním trhu vytvořením kategorie zdravotně sociálních pracovníků – např. rozšířením vzdělávacích programů nelékařských pracovníků nebo doplněním vzdělávacích programů pracovníků v sociálních službách.

Všechna uvedená opatření by měla zabezpečit kvalitu poskytovaných služeb s nastavením minimálních standardů a rovnoměrné dostupnosti pro všechny, vedoucí k nezávislému a důstojnému životu jedince. Rovněž by se měla zvýšit efektivita poskytovaných služeb.

Nesystémový přístup ke klientům, kteří vyžadují dlouhodobou zdravotně sociální péči, bude mít finanční dopady na oblast sociální i zdravotnickou. V rámci pracovní skupiny již byly definovány, jak je uvedeno níže.

Dopady na sociální a zdravotní systém

- Vzrůstající tlak na veřejné rozpočty na úhradu potřebné péče.
- Nesplnění závazků politických prohlášení ve volebních programech jednotlivých stran.
- Snížení úrovně poskytování zdravotně sociálních služeb z hlediska nedostatku finančních prostředků na úrovni obcí, krajů a státu.
- Nárůst hospitalizací, které povedou k dalšímu setrvávání klientů ve zdravotnických zařízeních, a tím k neúčelnému vynakládání prostředků z veřejného zdravotního pojištění a k nevhodnému způsobu poskytování dlouhodobé péče.
- Zhoršení lokální dostupnosti péče a nezajištění odpovídajících služeb stále většímu počtu klientů, kteří je v důsledku stárnutí obyvatelstva potřebují.

Dopady na klienty dlouhodobé péče dnes pobývající ve zdravotnických zařízeních

Občané dnes pobývající v lůžkových zdravotnických zařízeních, kteří potřebují dlouhodobou zdravotně sociální péči poskytovanou v bytovém zařízení (odhadem 26 000 osob), budou přispívat na stravu a ubytování stejným způsobem jako klienti dnešních bytových zařízení sociálních služeb, tedy na základě zákona o sociálních službách, se všemi ochrannými mechanismy, které tento zákon obsahuje. Při počtu 4 mil. ošetrovacích dnů a minimální úhradě 330 Kč za den pak uhradí 1,32 mld. Kč.

Dopady na dnešní poskytovatele pobytových sociálních služeb

Ze sociální oblasti při zřízení institutu lůžkové dlouhodobé péče by mohlo dojít k přesunům (ne nutně fyzickým) cca 30 000 osob do pobytových institucí dlouhodobé péče (osoby se stupněm závislosti 3, 4 a část osob ve stupni 2). Tyto osoby, obvykle po většinu roku upoutané na lůžko, v roce 2009 spotřebovaly přes 7,5 mil. ošetrovacích dnů. Financování se v těchto případech nezmění s výjimkou zvýšení plateb zdravotních pojištěnec za zdravotní péči poskytovanou v rámci dlouhodobé péče (o 1,5–2,2 mld. Kč), což vychází z objektivního zhodnocení potřeby zdravotních služeb u těchto klientů – uvedená suma byla spočítána následujícím způsobem: 7,5 mil. spotřebovaných ošetrovacích dnů je nutno vynásobit hodnotou úhrady komplexu zdravotních služeb včetně ošetrovací péče – a jelikož tato úhrada činí 300–350 Kč, výsledná částka by dosáhla 2,2–2,7 mld. Kč; v současné době je pobytovým sociálním zařízením za poskytovanou zdravotní péči vypláceno 0,7 mld. Kč. V praxi by to obnášelo navýšení alokace zdrojů ze zdravotního pojištění klienta, která by odpovídala zdravotním potřebám klienta.

Dopady na neformálně pečující

Na základě šetření Příjmy a životní podmínky domácností 2010 provedeného Českým statistickým úřadem (ČSÚ) poskytuje neformální péči svým blízkým přes 200 000 osob (přepočtený počet). Zlepšením koordinace péče na rozhraní zdravotní péče a sociálních

služeb může dojít k poklesu zátěže těchto osob. Na druhou stranu ale přesunem 10 000 osob ze zdravotnických zařízení do vlastního sociálního prostředí mírně vzroste zátěž neformálních pečujících.

Nová právní úprava by měla neformálním pečujícím nabídnout pomoc, možnost konzultace (s komunitní sestrou) a respitní (odlehčovací) péči. Pracovní skupina navrhl i povinnost 40hodinového vzdělávání pro neformálně pečující. Vzdělávací modul by měl být zaměřen na edukaci neformálně pečujících, praktické návky jednoduchých ošetrovatelských úkonů, které zajistí bezpečnost a kvalitu poskytované zdravotně sociální péče klientovi, ale také neformálnímu pečujícímu, aby si nepoškodil své zdraví.

Trend vývoje mandatorních výdajů v oblasti příspěvku na péči

Pracovní skupina odhadla trend dalších výdajů, které budou muset být alokovány do sociálního systému, pokud nebude dlouhodobá zdravotně sociální péče řešena na úrovni legislativního opatření.

V takovém případě dojde s vysokou mírou pravděpodobnosti v následujícím období k nepříznivému vývoji v oblasti mandatorních výdajů určených k výplatě příspěvku na péči.

Stagnující příjmy veřejného zdravotního pojištění, rostoucí poptávka po zdravotních službách a regulační změny, zejména zvýšení dolní sazby DPH, vedou k tlaku na vyrovnaní rozpočtu zdravotních pojišťoven prostřednictvím všech dostupných mechanismů.

Zvýšený tlak od zdravotních pojišťoven na omezení následné a dlouhodobé péče plně hrazené ze zdravotního pojištění povede ke zvýšenému přeměňování dnešních zdravotních lůžek na „sociální lůžka ve zdravotnických zařízeních“, kde jsou poskytovány sociální služby podle par. 52 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tento jev již můžeme vidět na psychiatrických odděleních nemocnic, která musela na nátlak zdravotních pojišťoven, část lůžkového fondu transformovat na sociální lůžka ve zdravotnických zařízeních.

V důsledku takové změny se někteří dnešní pacienti ve zdravotnických zařízeních stanou v souladu se stávající legislativou příjemci příspěvku na péči. Podle předpokladů se mělo v letech 2012 a 2013 jednat vždy zhruba o 10 000 osob a o 16 000 osob v roce 2014 (celkem za tyto tři roky tedy o 36 000 osob). Při dalším předpokladu, že z těchto osob bude 10 % ve stupni 1, 10 % ve stupni 2 a 40 % ve stupni 3 a 4, byl odhadován nárůst výdajů na příspěvek na péči do roku 2014 o 3,6 mld. Kč. Hned v roce 2012 by došlo k nárůstu o 1 mld. Kč a podobná situace měla nastat v roce 2013.

Predikce nákladů na příspěvek na péči se podle statistických údajů MPSV z roku 2013 naplnila: v roce 2012 bylo alokováno na příspěvek na péči 18,400 mld. a v roce 2013 19,5 mld. Kč, což znamená index nárůstů o 6 % oproti roku 2012. Počet příjemců příspěvku na péči se navýšil v roce 2013 o 11 865 klientů oproti roku 2012 (309 446 klientů). Za rok 2014 je odhadován nárůst o 1,6 mld. Kč.

Toto zvýšení mandatorních výdajů na základě dnešní legislativy je možno korigovat zvýšením efektivity zdrojů vydávaných na příspěvek na péči (změny v procesu posuzování, jemnější oddělení jednotlivých stupňů závislosti, změny v regulaci cen) a zvýšením efektivity celého systému dlouhodobé péče včetně realokace výdajů zdravotních pojišťoven v rámci segmentů zdravotní péče a stanovení ukončení následné zdravotní péče.

Modelace nákladů na dlouhodobou péči

Tab. 7: Modelace nákladů na dlouhodobou péči

Zdroj: vlastní návrh, spoluautor Roubal T.

a) V těchto zařízeních se vychází z úhrady za ošetřovací den – vyšší varianta odpovídá stupni závislosti IV, hodnota ošetřovacího dne = 300 Kč

Personální vybavení na 30 lůžek				
	lékař	ZPBD 0,5 – SP/0,5	ZPBD + ZPOD	ZPOD/3
lůžko LTC	0	1	6	13

Pozn.: 1 – jedna osoba v pozici nelékařského zdravotnického personálu (NLZP) s vysokoškolským vzděláním, specializovanou způsobilostí nebo zvláštní odbornou způsobilostí (pro výkony v ošetřovatelské zdravotní péči), pracovní úvazek 8 hodin denně;

6 – šest NLZP (v třísměnném provozu) se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu pro výkon ošetřovatelských činností;

13 – 13 NLZP (ve třísměnném provozu) – asistent pro pečovatelské služby/pracovník v přímé péči zajišťující sociální úkony.

Hodnota použitého materiálu na den = 100 Kč.

Lékař – 0,1 ambulanti specialista s kurzem MDP.

b) Střední varianta odpovídá stupni závislosti III, hodnota ošetřovacího dne = 250 Kč

Personální vybavení na 30 lůžek				
	lékař	ZPBD/SP 0,5/0,5	ZPBD + ZPOD/3	ZPOD/3
lůžko LTC	0	1	3	13

Pozn.: 1 – jeden NLZP (8 hodin denně) s vysokoškolským vzděláním, specializovanou způsobilostí nebo zvláštní odbornou způsobilostí (pro výkony ošetřovatelské zdravotní péče);

3 – tři NLZP (v třísměnném provozu) se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu;

13 – 13 NLZP (v třísměnném provozu) – asistent pro pečovatelské služby/pracovník v přímé péči zajišťující sociální úkony.

Hodnota použitého materiálu na den = 100 Kč.

Lékař – 0,1 ambulanti specialista s kurzem MDP.

Rehabilitační výkony nejsou zahrnuty do výpočtu ošetřovatelského dne, fyzioterapeut by měl mít uzavřenou smlouvu se ZP jako v současném režimu v DpS a DZR.

Dlouhodobá domácí zdravotní péče

Dlouhodobá péče je ucelený systém zdravotnických, sociálních a dalších podpůrných služeb (včetně využití informačních technologií a podpůrného prostředí), jejichž cílem je podpora kvality života (důstojnosti, svébytnosti, obvyklých sociálních rolí, zabezpečení) u lidí s dlouhodobě ohroženou, omezenou či ztracenou soběstačností.

Těžiště dlouhodobé péče spočívá v přirozeném domácím prostředí.

Dlouhodobá domácí péče je určena chronicky nemocným klientům, jejichž zdravotní, sociální i duševní stav vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou péči kvalifikovaného personálu.

Obvykle se jedná o klienty po mozkových příhodách, s roztroušenou sklerózou, komplikovaným diabetem, klienty s plným i částečným ochrnutím nebo se závažným duševním onemocněním, s imunodeficitem či chronickou bolestí. Tato forma péče obsahuje aktivity zdravotního i sociálního charakteru.

Zdroje financování: spoluúčast klient (z příspěvku na péči), zdravotní pojištění, soukromé zdroje.

Dostupnost domácí zdravotní péče a sociálních služeb

Doporučený minimální počet kvalifikovaných zdravotnických pracovníků pro zajištění nepřetržitě dostupné domácí péče je 5,0 plných pracovních úvazků ve smluvním vztahu. S ohledem na indikační skupiny pacientů v domácí péči je žádoucí zajistit nepřetržitou dostupnost 24 hodin denně, 7 dní v týdnu ve vzájemné koordinaci se sociálními službami, kdy odborné ošetřovatelské výkony provádí všeobecná sestra a jsou hrazeny ze zdravotního pojištění.

Sociální péče poskytovaná nejčastěji pečovatelskou službou nebo osobní asistencí zajišťuje nepřetržitou dostupnost 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Sociální úkony provádí pracovník v přímé péči a jsou hrazeny z příspěvku na péči nebo soukromých zdrojů klienta.

Obě tyto činnosti (zdravotní a sociální) jsou koordinované a monitorované z hlediska kvality jednou osobou agentury.

Organizace poskytované péče

Komplexní plán dlouhodobé péče (KPDP) se definuje – na základě komplexního posouzení zdravotního a funkčního stavu včetně soběstačnosti – potřeby a indikuje potřebné další služby. KPDP stanovuje, zda a v jaké míře pacient potřebuje zdravotní a sociální služby. Indikuje jej praktický a ošetřující lékař, dále lékař-specialista v oboru medicíny dlouhodobé péče ve spolupráci s nelékařským zdravotnickým pracovníkem (sestra se specializovanou způsobilostí nebo se zvláštní odbornou způsobilostí k úzce vymezeným činnostem se zaměřením na oblast péče o klienta v geriatrice, komunitní péči v oboru gerontologie). KPDP je závazným doporučením pro zajištění služeb.

Součástí KPDP je také závazné doporučení či preskripce potřebných rehabilitačních a kompenzačních pomůcek, indikace domácí péče, základní rehabilitace včetně dalších opatření (odstranění bariér v bytě a podobně) a sociálních služeb.

Tento plán může být revidován vždy při změně zdravotního stavu nebo podle charakteru onemocnění po 3 až 6 měsících, a tak můžeme rozlišit, zda se v případě klienta v LTC jedná o záležitost krátkodobou (1–3 měsíce) nebo dlouhodobější (3–12 měsíců nebo déle).

Rozdělení kompetencí při poskytování zdravotní a sociální péče

Ošetrovatelský plán dlouhodobé péče (OPDP) na základě zhodnocení bio-psycho-sociálních potřeb metodou ošetrovatelského procesu nelékařským zdravotnickým pracovníkem (viz dále) definuje dílčí zdravotní potřeby, nefarmakologické programy a režimy a potřebu dalších služeb pečovatelského charakteru.

OPDP stanovuje a vede metodou ošetrovatelského procesu především všeobecná sestra se speciální způsobilostí nebo se zvláštní způsobilostí k úzce vymezeným činnostem se zaměřením na péči o klienta v geriatrici, komunitní péči.

Pracovník v sociálních službách

Vykonává přímou obslužnou péči o osoby spočívající v nácviu jednoduchých denních činností, pomoc při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivity, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb.

Ošetrovatelské výkony

Jsou rozděleny podle rozsahu a náročnosti:

a) základní ošetrovatelská péče – malý rozsah a nízká náročnost ošetrování (do tří hodin týdně, nejvýše jednou denně)

Zahrnuje: odebrání sesterské anamnézy, vypracování a průběžné hodnocení plánu komplexní ošetrovatelské péče, nácvik potřebných výkonů, ošetrovatelská hygiena, měření krevního tlaku, pulsu a teploty, kontrolu glykémie, očištění a léčebná klyzmata, sledování diurézy, cévkování ženy, aplikaci neinjekční léčby, aplikaci injekce intramuskulárně a intravenózně, nácvik podávání inzulínu, prevenci vzniku dekubitů, ošetrovatelskou rehabilitaci, vyšetření moči, odběr krve a biologického materiálu, konzultace s lékařem, základní výkony psychiatrické domácí ošetrovatelské péče.

Vzdělání pracovníků: všeobecná sestra bez odborného dohledu, která poskytuje péči pacientům, kterým jejich zdravotní stav nebo léčebný a diagnostický postup umožňuje běžné aktivity denního života a jejichž riziko ohrožení základních životních funkcí, zejména

dýchání, krevního oběhu, vědomí a vylučování, je minimální a u nichž nejsou přítomny patologické změny psychického stavu.

b) komplexní ošetrovatelská péče – střední rozsah a náročnost ošetřování (do sedmi hodin týdně, nejméně jednou denně)

Zahrnuje: výkony uvedené v bodě a) a dále péči o nemocného s permanentním kate-trem, péči o močový katetr a intravenózní kanylu, pravidelné převazování a dezinfekci, péči o ezotracheální, nazotracheální a tracheostomickou kanylu, práci sestry při domácí peritoneální dialýze, péči o epidurální katetr, polohování, výměnu stomických setů s následnou toaletou, aplikaci kyslíku, přípravu a podávání infuze, ošetřování dekubitu velikosti do 5 cm², převaz rány velikosti do 5 cm², komplexní výkony psychiatrické domácí ošetrovatelské péče.

Vzdělání pracovníků: všeobecná sestra bez odborného dohledu se způsobilostí k výkonu povolání, která poskytuje pacientům, jimž jejich zdravotní stav nebo léčebný a diagnostický postup výrazně omezuje běžné aktivity denního života a u nichž je reálné riziko narušení základních životních funkcí nebo jejich selhání nebo kteří mají patologické změny psychického stavu, jež nevyžadují stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví pacienta nebo jeho okolí; za specializovanou ošetrovatelskou péči se považuje také péče poskytovaná pacientům se závažnými poruchami imunity a pacientům v terminálním (konečném) stavu chronického onemocnění, kde se nepředpokládá resuscitace.

c) specializovaná ošetrovatelská péče – těžší až závažný rozsah a náročnost ošetřování (do 14 hodin týdně, nejméně dvakrát denně).

Zahrnuje: výkony jako v bodech a) a b) a dále také výživu u imobilních osob, výživu sondou, ošetřování dekubitu velikosti nad 5 cm², převaz rány velikosti nad 5 cm², opakované odsávání pacienta, programy zvládnání bolesti, kontinuální sledování klinického stavu pacienta (měření TK, pulsu, dechové frekvence, tělesné teploty, monitoraci příjmu a výdeje tekutin, stolice a sledování jiných funkcí podle ordinace lékaře).

Vzdělání: všeobecná sestra bez odborného dohledu, kde je nutná zvláštní příprava zdravotnického pracovníka prostřednictvím celoživotního vzdělávání včetně dlouhodobé přípravy (specializační vzdělávání formou PSS, bakalářský nebo magisterský stupeň vzdělání v oboru ošetrovatelství).

Logistika poskytování

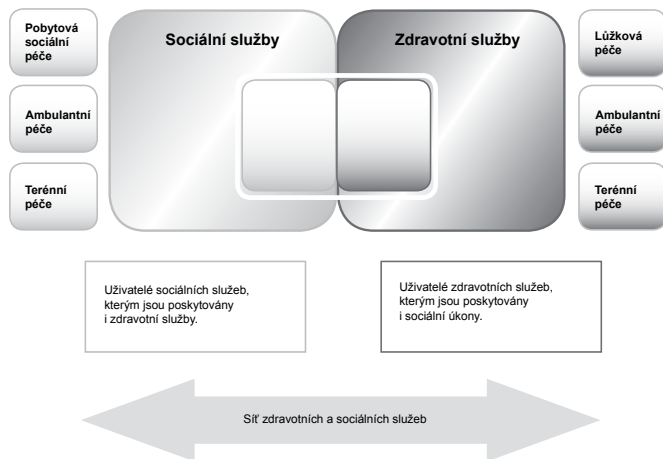
Rozvoj kontaktních center poskytujících kombinovanou ošetrovatelskou a sociální péči v obcích – základní organizační jednotka schopná odborně komunikovat, organizovat a zajišťovat potřebné zdravotně sociální služby na odborné profesionální úrovni v dané

lokalitě v souladu s platnými právními předpisy a v rámci rozsahu své regionální působnosti.

Rozhraní zdravotně sociálních služeb

Obrázek ukazuje rozhraní zdravotně sociální péče, které odděluje péči ryze sociální a ryze zdravotní, která je poskytovaná odděleně v jednotlivých systémech, a dále styčnou oblast, kde je poskytována péče jak zdravotní, tak sociální (model dlouhodobé zdravotně sociální péče).

Obr. 1:



Pozn.: Zpracoval MUDr. Zdeněk Hejduk, 2012.

Hlavní cíle řešení dlouhodobé zdravotně sociální péče

- podpořit procesy sociální a zdravotní reformy,
- zvýšit efektivitu veřejně financovaných služeb,
- podpořit koordinaci mezi jednotlivými resorty,
- optimalizovat počty lůžek zdravotní a sociální péče na potřeby krajů a celé ČR,
- zajistit v rámci objemu dnes vynakládaných veřejných prostředků dostupnou a kvalitní sociální a zdravotní péči,
- navrhnout dlouhodobě udržitelný způsob financování sociální a zdravotní péče.

Dnešní a budoucí potřeba financování dlouhodobé péče

Dlouhodobou péčí dle odhadů potřebuje v ČR přes 350 000 lidí. Jejich počet bude v důsledku stárnutí obyvatelstva narůstat zhruba o 100 000 každých 10 let. Finančně dnes dlou-

hodobá péče stojí veřejné rozpočty zhruba 1,2 % HDP (bez zahrnutí neplacené neformální péče poskytované v rodinách). Tento objem podle modelací naroste o 20 % každých 10 let.

Organizace péče o dlouhodobě nemocné a její financování je v současné době nesystémově rozdrobeno mezi resorty MZ a MPSV, kraje a obce, což vede k významným nerovnostem mezi srovnatelnými klienty zdravotnických a sociálních zařízení, nedostatečnému zajištění kvality a dostupnosti, neefektivnímu poskytování a k vysokým transakčním nákladům. Jak je již zdůrazněno v předchozích oddílech tohoto textu, dnešní průběžné financování z daní a ze zdravotního pojištění je z důvodu stárnutí obyvatelstva neudržitelné. Dlouhodobá péče je v současné době hrazena z prostředků zdravotních pojišťoven, státními dotacemi, z finančních prostředků krajů, obcí, ale také ve velké míře ze sociálních dávek, ať již pojistných nebo nepojistných systémů (příspěvek na péči), a tyto dávky navíc mohou být mezi sebou kombinovány.

Odhad celkových veřejných nákladů, které lze spojit s dlouhodobou péčí, se pohybuje okolo 40 mld. Kč (1,2 % HDP). Do tohoto odhadu navíc nejsou započítány náklady na péči poskytovanou v rámci rodin nebo komunit osobami blízkými nebo jinými (kvalifikovaný odhad uvádí až 200 000 přepočtených úvazků blízkých osob).

Kategorie pracovníků poskytujících dlouhodobou péči (vybrané nelékařské obory):

- sociální pracovník,
- všeobecná sestra,
- komunitní sestra,
- zdravotnický asistent,
- pracovník v přímé péči, sanitář, sanitárka, ošetrovatelka,
- ergoterapeut, fyzioterapeut, logoped, psycholog, léčebný pedagog, speciální pedagog, nutriční terapeut.

Sociální pracovník

Vykonává sociální šetření, sociální agendy (řešení hmotné nouze či sociálně právních problémů v zařízeních sociální péče), sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitaci.

Odborná způsobilost sociálního pracovníka podle par. 110 odst. 4 písm. b) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Pracovník v sociálních službách

Vykonává:

- přímou obslužnou péči o osoby spočívající v nácviu jednoduchých denních činností, pomoc při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem,

udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivity, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb;

- základní výchovnou nepedagogickou činností spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků až po jejich fixaci, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti a provádění asistenční služby a osobní asistence;
- pečovatelskou činností spočívající ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péčí o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depistáží pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti v územním celku.

Odborná způsobilost podle par. 116 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Zdravotnický asistent, zdravotnický asistent v sociálních službách

Střední odborný zdravotnický pracovník, který pracuje pod dohledem zdravotní sestry (všeobecné sestry nebo porodní asistentky) – poskytuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči v rámci ošetrovatelského procesu, podílí se na získávání informací nutných k určení ošetrovatelských diagnóz a v míře určené všeobecnou sestrou nebo porodní asistentkou plní ošetrovatelský plán a provádí ošetrovatelské výkony.

Odborná způsobilost podle zákona č. 96/2004 Sb. a vyhlášky č. 55/2011 Sb.

Všeobecná sestra v sociálních službách, výkony autorské odbornosti 913, 925 a všeobecné sestry

Všeobecnou sestrou v sociálních službách se rozumí všeobecná sestra poskytující zdravotní péči pojištěncům v pobytových zařízeních sociálních služeb a rovněž ve zdravotnických zařízeních ústavní péče – v tomto případě pojištěncům, kteří jsou v nich umístěni z jiných než zdravotních důvodů. Poskytnutá zdravotní péče se vykazuje na základě ordinace ošetřujícího lékaře příslušnými výkony odbornosti 913.

Odborná způsobilost podle zákona č. 96/2004 Sb. a vyhlášky č. 55/2011 Sb. (par. 30).

Všeobecná sestra bez odborného dohledu

Všeobecná sestra podle par. 4 zákona č. 96/2004 Sb.

Všeobecná sestra bez odborného dohledu se podílí na základě indikace lékaře na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispensární péče – zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům, na základě

indikace lékaře je provádí nebo při nich asistuje, zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich; vykonává činnosti podle par. 3 odst. 1 uvedeného zákona a dále bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu.

Zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu – zejména vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za pomoci měřících technik používaných v ošetrovatelské praxi a další činnosti.

Geriatrická sestra

Všeobecná sestra se specializovanou nebo zvláštní způsobilostí k úzce vymezeným činnostem se zaměřením na oblast péče o pacienta v geriatrici, komunitní péči – nejvyšší dosažitelné vzdělání v gerontologickém a geriatrickém ošetrovatelství.

Má kompetence k posouzení soběstačnosti gerontologického pacienta z ošetrovatelského pohledu a vypracování a vedení ošetrovatelského plánu dlouhodobé péče, dále je kompetentní k vedení nelékařských týmů dlouhodobé péče a komunitních služeb. Rozsah způsobilosti je dán vzdělávacím programem.

Provádí poradenství a záchvát s pečujícími rodinami v rámci propouštěcího procesu.

Všeobecná sestra, dětská sestra, ženská sestra s odbornou způsobilostí pro poskytování domácí zdravotní péče (DZP) – odbornost 925 – podle zákona č. 96/2004 Sb. Poskytují DZP na základě indikace ošetřujícího lékaře u klientů, kteří jsou plně nebo částečně závislí na pomoci druhé osoby a u nichž je nutné zajistit pokračování dlouhodobé i následné péče nebo doléčení z důvodu chronického i akutního onemocnění.

Součástí aktivit domácí péče je také péče o duševní zdraví a resocializace klientů s duševním onemocněním. Systém domácí péče obsahuje flexibilní a variabilní řešení problému klienta, které pružně reaguje na individuální potřeby klienta i indikaci ošetřujících lékařů.

Dlouhodobá domácí péče je určena chronicky nemocným klientům, jejichž zdravotní i duševní stav vyžaduje pravidelnou domácí péči kvalifikovaného personálu po delší časové období. Obvykle se jedná o klienty po mozkových příhodách, s roztroušenou sklerózou, komplikovaným diabetem, klienty plným či částečně ochrnuté nebo o klienty se závažným duševním onemocněním, s imunodeficitem či chronickou bolestí.

Tato forma domácí péče obsahuje aktivity zdravotního i sociálního charakteru. Jedná se o tzv. integrovanou formu domácí péče nazývanou též komplexní domácí péče, která je poskytována v rozsahu měsíců i několika let. Tato péče významně přispívá ke zkvalitnění života u této diagnostické skupiny klientů i jejich blízkých.

11 Závěr

Zásadní význam má respektování důstojnosti a autonomie klienta.

Vzdělání profesionálů poskytujících péči seniorům a handicapovaným, ale také úředníků státní správy a samospráv jsou stejně důležité jako vzdělání (informovanost) seniorů samých (vzdělávání o stáří), a to na všech úrovních vzdělávacího systému.

Zajišťování služeb dlouhodobé zdravotně sociální péče musí respektovat princip subsidiarity, komunitního principu zajištění služeb. Základním principem pro poskytování těchto služeb klientům musí být snaha zajistit je pokud možno v domácím prostředí, blízko místa, kde staří lidé žijí či žili, a přizpůsobit je jejich potřebám.

Dlouhodobá péče musí respektovat výše zmíněné principy. Dále je důležité zajistit dostatečné kapacity služeb poskytovaných v domácím prostředí lidem s potřebou dlouhodobé péče a také komunitní zařízení pro denní péči i péči pobytovou (stacionáře, domovy všech typů atd.).

Stěžejním úkolem je také zajistit kontinuitu a vzájemnou koordinaci zdravotně sociálních služeb, a dále podpořit zdravotní služby pro klienty vyžadující dlouhodobou zdravotní sociální péči v rezidenčních zařízeních, a to zejména implementací ošetrovatelského procesu a kvalifikovaných zdravotnických služeb.

Mezi další nezbytné aktivity patří podpora tvorby sítě služeb s malou kapacitou v běžné komunitě a podpora procesu deinstitucionalizace zařízení služeb sociální péče s velkou kapacitou do sítě služeb v běžné komunitě. Uživatelé malokapacitních služeb rozvíjejí své funkční schopnosti více, než obyvatelé velkých institucí. Z tohoto důvodu v některých případech může docházet i zvýšení funkčních schopností do té míry, že je snížen příspěvek na péči.

Komunitní služby (s malou kapacitou) vedou k minimalizaci izolace a segregace uživatelů a zvyšují úroveň samostatného života. Ve velkém počtu uživatelů velkokapacitních zařízení dochází k porušování základních lidských práv a svobod a zároveň ke skrytému týrání a zneužívání zranitelných jedinců.

V komunitních službách s malou kapacitou je usnadněna kontrola využívání veřejných prostředků. Dále je usnadněna kontrola zajišťování kvality péče a je naplněna poptávka rodinných příslušníků po službách komunitní péče.

Za nezbytné je třeba považovat vytvoření celorepublikové strategie geriatrické péče, komunitních gerontologických služeb a péče pro lidi s demencí.

Rovněž je nutné podporovat postavení rodinných příslušníků (neformálně pečujících), aby systém podpory umožnil poskytovat péči v domácím prostředí co nejdéle a za dopomoci služeb sociálních i zdravotních podle aktuálního stavu klienta, s možností přelaku do lůžkového zařízení potřebného typu.

Žádoucí je vytvoření jednotného mechanismu posuzování zdravotně sociálních potřeb, na jehož základě budou nastaveny jednotlivé strategie řešení daných oblastí, které budou následně realizovány relevantními subjekty

V neposlední řadě je nezbytné zajistit financování dlouhodobé zdravotně sociální péče legislativní úpravou zákona o sociálních službách (č. 108/2006 Sb., v platném znění) a zákona o zdravotních službách (č. 372/2011 Sb.) tak, aby byly zajištěny adekvátní léčba, rehabilitace a management chronických stavů u klientů vyžadujících zdravotní a sociální služby. Poskytnuté služby musejí zachovávat soběstačnost a kompenzace zdravotního stavu (důležitost oborů geriatrické, rehabilitační, medicíny dlouhodobé péče atd.)

Seznam použité literatury

- Analýza příjemců příspěvku na péči a potencialních klientů dlouhodobé péče, výstup z individuálního projektu MPSV. Praha, 2011.
- Analýza kapacit a sítě poskytovatelů dlouhodobé péče, výstup z individuálního projektu MPSV. Praha, 2011.
- Červenková A., Bruthansová D., Pechanová M.: Sociálně-zdravotní služby poskytované klientům na ošetřovatelských odděleních domovů důchodců a v léčebnách dlouhodobě nemocných se zřetelem k jejich sociální situaci a zdravotnímu stavu. Praha: VÚPSV 2006.
- Demographic outlook: National reports on the demographic developments in 2006. Luxembourg: Eurostat 2007. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY-OFFPUB/KS-RA-07-026/EN/KS-RA-07-026-EN.PDF>,30.3.2008.
- Chytil M, Mátl O.: Zpráva o možných změnách zdravotnictví v ČR: identifikované problémy financování a možnosti jejich řešení. Projekt Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v České republice. 2009.
- Jarošová D.: Úvod do komunitního ošetřovatelství. 1. vydání. Praha: Grada 2007.
- Lipperová-Gruberová M.: Neurorehabilitace. 1. vydání. Praha: Galén 2005.
- Kalvach Z. a kol.: Geriatrie a gerontologie. 1. vydání. Praha: Grada 2004.
- Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR. Praha: MZ, leden 2009.
- Marin B., Leichsering K., Rodrigues R., Huber M.: Who Cares? Coare coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European union. Discussion paper. Stockholm: Conference on Healthy and Dignified Ageing 2009, Sept 15–16.
- Metodický pokyn ředitele odboru posudkové služby pro posudkové komise MPSV. 2014. <http://www.mpsv.cz/files/clanky/19744/pokyn.pdf>
- Návrh Věcný záměr zákona o dlouhodobé zdravotně – sociální péči. Důvodová zpráva – shrnutí. http://www.mpsv.cz/files/clanky/13536/Navrh_vecneho_reseni_problematiky_LTC.pdf
- Holmerová I., Korejšová M., Válková M., Kloučková T.: Návrh na vytvoření koncepce a strategie v oblasti dlouhodobé péče o seniory a handicapované. Praha: MPSV 2010.
- Pfeifer J., Švestková O.: Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. Praha: Grada 2008. s. 280. ISBN: 978-80-247-1587-2.
- Průša L. a kol.: Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Praha: VÚPSV 2010.
- Průša L. a kol.: Poskytování ošetřovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních. Praha: VÚPSV 2009.

- Trachtová E.: Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. 2. vydání. NCO NZO 2004. ISBN-10: 80-7013-324-4.
- Tomeš I.: Sociální politika teorie a mezinárodní zkušenost. Praha: Socioklub 2001.
- Válková M., Korejsová M., Holmerová I.: Diskusní materiál k východiskům dlouho péče v České republice. Praha: MPSV 2009.
- Věcný záměr zákona upravujícího řešení dlouhodobé zdravotně sociální péče. Závěrečná zpráva hodnocení dopadů regulace RIA. <http://www.vlada.cz/cz/ppov/lrv/ria/databaze/mpsv-2—navrh-zakona-o-dlouhodobě-zdravotně-socialní-pecí-93425/>.
- Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků částka 20/2011, vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
- Věčné stáří, nebo zralý věk moudrosti? Sborník příspěvků z 28. ročníku symposia k problematice 19. století. Plzeň, 28. února–1. března 2008. Praha: Academia 2009.
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&id.Biblio=75500&nr=372~2F2011&rpp=15#local-content>. On-line 11. 10. 2012.
- Zákon č. 108/2006 Sb., vyhláška č. 505/2006 Sb., zákon č. 189/2008 Sb., vyhláška č. 55/2011 Sb., nařízení vlády č. 31/2010 Sb.

Curriculum vitae

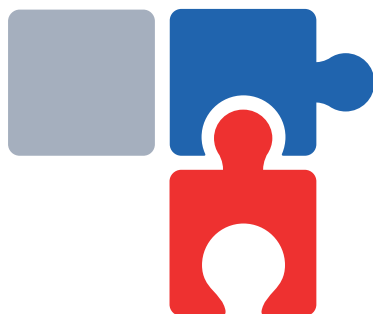
Mgr. et Bc. Monika Válková

Datum narození: 3. 7. 1966



Vystudovala střední zdravotnickou školu v Kolíně, v roce 1992 absolvovala v rámci oboru Ošetrovatelská péče o nemocné v neurologii v Brně, v roce 1999 ukončila studium na LF UK Hradec Králové, obor Ošetrovatelství, psychologie, pedagogika, kde získala titul Bc. V roce 2006 dokončila studium programu Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích na Fakultě humanitních studií Univerzity Karlovy (UK), a to získáním titulu Mgr. Od roku 2007 studuje na Fakultě humanitních studií UK doktorandský program Aplikovaná etika.

Ve svém profesním životě se věnovala práci ve zdravotnictví: 15 let byla vrchní sestrou na Neurologickém oddělení Oblastní nemocnice Kolín, 5 let působila jako hlavní sestra nemocnice a 5 let jako poradkyně v oblasti sociálně zdravotní péče na ministerstvu práce a sociálních věcí. V současné době je odbornou lektorkou na Univerzitě Karlově v Praze a dále se věnuje poradenské činnosti v oblasti sociálně zdravotní péče.



Vytvořeno a vtištěno v rámci Individuálního projektu Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost "Odborné vzdělávání lékařských a nelékařských zdravotnických pracovníků I. ".
Číslo projektu: CZ.1.04/1.1.00/D3.00004.



PODPORUJEME
VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz