

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Katedra řízení a supervize
v sociálních a zdravotnických organizacích

Mgr. Václava Bláhová

Case manager jako koordinátor

kvalitní a efektivní dlouhodobé domácí péče o seniora.

Diplomová práce

Praha 2017

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta humanitních studií

Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Mgr. Václava Bláhová

Case manager jako koordinátor

kvalitní a efektivní dlouhodobé domácí péče o seniora.

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Hana Janečková, Ph. D.

Praha 2017

Věnováno mému otci,
který zemřel dne 14. března 2017
doma ve své ložnici v kruhu svých nejbližších!

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repositáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 30. června 2017

Mgr. Václava Bláhová

Obsah

ABSTRAKT.....	5
ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	10
1. Základní pojmy	11
1.1 Stáří	11
1.2 Stárnutí	12
1.3 Zdravotní péče.....	12
1.4 Sociální péče	12
1.5 Přirozené sociální prostředí	13
1.6 Komunita.....	13
1.7 Heterogenní potřeby seniorů	13
1.8 Shrnutí	15
2 Koncept a vývoj dlouhodobé péče	16
2.1 Definice	16
2.2 Vývoj konceptu dlouhodobé péče v mezinárodním kontextu	16
2.3 Současný stav dlouhodobé péče o seniory v České republice.....	18
2.4 Ekonomická situace dlouhodobé péče	20
2.5 Vize dlouhodobé péče.....	22
2.6 Koordinace dlouhodobé péče ve vybraných zemích.....	25
2.6.1 Německo	25
2.6.2 Velká Británie	27
2.6.3 Francie.....	28
2.6.4 Švédsko	29
2.7 Shrnutí	30
3 Case management.....	31
3.1 Definice case managementu.....	32

3.2	Case management v České republice	32
3.3	Výhody case managementu.....	33
3.4	Zásady case managementu	33
3.5	Case manager	34
3.5.1	Kompetence case managera	35
3.6	Shrnutí.....	35
4	Aktéři dlouhodobé péče	36
4.1	Ministerstva.....	37
4.2	Kraje a obce.....	40
4.3	Úřad práce ČR.....	42
4.4	Zdravotní péče.....	42
4.4.2	Všeobecná sestra	43
4.4.3	Lékař	44
4.4.4	Komunitní sestra	45
4.4.5	Zdravotně sociální pracovník	46
4.5	Sociální péče	47
4.5.1	Sociální pracovník.....	47
4.6	Neformální pečující.....	48
4.7	Nestátní neziskové organizace	49
4.9	Shrnutí	50
5	Úvod do kvality v dlouhodobé péči	51
5.1	Legislativní rámec kvality – sociální péče	51
5.2	Legislativní rámec kvality - zdravotní péče	51
5.3	Další možnosti řízení kvality dlouhodobé péče	52
5.4	Shrnutí.....	52
	EMPIRICKÁ ČÁST	53

6	Předmět a cíl výzkumu.....	53
6.1	Výzkumné otázky.....	53
6.2	Stanovení výzkumné metody.....	53
6.3	Stanovení výzkumného vzorku.....	55
6.4.	Etické aspekty výzkumu.....	57
7	Výsledky výzkumu.....	59
7.1	Potřeba koordinované podpory.....	59
7.2	Bariéry koordinované podpory.....	65
7.3	Význam case managera.....	75
7.4	Náplň práce case managera.....	75
7.5	Předpoklady pro funkci case managera.....	76
7.6	Působnost case managera.....	77
	DISKUSE.....	82
	ZÁVĚR.....	88
	POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE.....	91
	SEZNAM PŘÍLOH.....	Chyba! Záložka není definována.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá možnostmi dlouhodobé péče a podporou oblastí zdravotně sociální péče směřující k setrvání seniora s disabilitou v jeho přirozeném sociálním prostředí – v komunitě. Teoretická část se věnuje demografickým predikcím, které zakládají nutnost věnovat pozornost dlouhodobé péči poskytované seniorům. Zabývá se definicemi stáří a stárnutí z pohledu sociální gerontologie, potřebami seniorů a jejich saturací. Definuje základní zákonný rámec dané problematiky. Obsahuje souhrn současného stavu dlouhodobé péče v České republice a ve vybraných zemích. Popisuje zdravotně sociální systémy vybraných evropských států, které již pracují s koordinací péče těchto systémů a znají pozici koordinátora. Charakterizuje vliv a možnosti jednotlivých aktérů dlouhodobé péče s cílem identifikovat možného koordinátora v našich podmínkách, a to subjekty, kterými jsou nelékařští zdravotničtí pracovníci, lékaři, komunitní sestry, zdravotně sociální pracovníci, sociální pracovníci, Obecní a Krajské úřady, Úřady práce ČR, Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo zdravotnictví, nestátní neziskové organizace a neformální pečující. Popisuje case management a hledá příklady jeho uplatnění v jiných oblastech, kterými jsou sociálně právní ochrana dětí a podpora osob s duševním onemocněním. Věnuje se též ekonomickým aspektům dlouhodobé péče a současnému pojetí její kvality. Na základě výstupů z teoretické části byli identifikováni aktéři dlouhodobé péče, se kterými byly vedeny polostrukturované rozhovory. Empirická část je zaměřena na identifikování možného case managera, jakožto koordinátora zdravotně sociální péče o seniora v domácím prostředí. Identifikuje nároky na jeho potřebné kompetence. Popisuje současnou podporu a koordinaci dlouhodobé péče v domácím prostředí. Hledá oblasti LTC, které by se zřízením pozice case managera zefektivnily a zkvalitnily.

Klíčová slova:

Case manager, dlouhodobá péče, komunita, koordinátor, přirozené sociální prostředí, senior, sociální péče, zdravotní péče

ABSTRAKT

This thesis is dealing with the possibilities of long-term care and support of the health-social care pointing to staying a senior with disability in his or her natural social environment – in community. The theoretical part is dealing with demographic predictions which are based on the necessity to take attention of long-term care provided to seniors. It deals with the definition of old age and ageing from the social gerontology point of view, senior needs and their saturation. It defines the basic of legal Framework of the problematics. It contains the summary of the present condition of the long-term care in the Czech Republic and in the chosen countries. It describes the health-social systems in chosen European countries which have already worked with the coordination of the care of these systems and they have known the position of the coordinator. It characterizes the influence and possibilities of the individual initiators of the long-term care with the aim of identification of the possible coordinator in our conditions, it means the subjects which are the non-medical health workers, doctors, community nurses, medical health workers, social workers, municipal offices, regional offices, employment departments, Ministry of Labour and Social Affairs, Ministry of Health, Non-governmental non-profit organizations and informal workers. It describes a case management and seeks for examples of their application in another areas, which are Social and legal protection of children and care of mentally ill. It also deals with economical aspects of long-term care and present conception of its quality. On the base of the incomes from the theoretical part there were identified the initiators of long-term care and there were discussed by the half instructed dialogues with them. Empirical part is focused on the identification of the possible case manager as the coordinator of the medical social care about senior in the home environment. It identifies the claim and his or her necessary competences. It describes the present support and coordination of long-term care in home environment. It seeks for the areas LTC where by the establishment of the case manager would be more effective and improved in.

Keywords:

Case manager, long-term care, community, coordinator, home environment, senior, social care, health care

Seznam použitých zkratek

AARP	-	Americká asociace důchodců (American Association of Retired Persons)
aj.	-	a jiné
CM	-	Case Management
EFQM	-	Model excellence (Excellence Model)
ISO	-	Mezinárodní organizace pro normalizaci (International Organization for Standardization)
LTC	-	dlouhodobá péče (long-term care)
MPSV	-	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZ	-	Ministerstvo zdravotnictví
NASP	-	Národní asociace sociální práce
NNO	-	nestátní nezisková organizace
OECD	-	Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj (Organization for Economic Co-operation and Development)
OSN	-	Organizace spojených národů
SAK	-	Sdružená akreditační komise
SGB	-	Sociální zákon - Německo (Sozialgesetzbuch)
SO ORP	-	Správní oblast Obce s rozšířenou působností
SSIAD	-	domácí zdravotně sociální péče (Services de soins infirmiers à domicile)
TQM	-	Totální řízení kvality (Total Quality Management)
tzv.	-	tak zvaných
ÚP ČR	-	Úřad práce České republiky
WHO	-	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)
ZSPOD	-	Zákon o sociálně právní ochraně dětí

ÚVOD

V současné době jsme neustále exponováni prognózám o neudržitelnosti systému péče o seniory, a to jak ve zdravotnictví, tak v oblasti sociální. O jejich validitě není pochyb. O této situaci hovoříme jako o problému týkajícího se vyspělých zemí světa.

Moderní technologie využívané ve zdravotnictví a farmacii, zvyšující se životní úroveň obyvatel, vzdělanost a informovanost, zapříčiňují to, že mnoho seniorů žije a dožívá i s výraznou disabilitou ve věku přesahující hranici 80 let. Náklady na jejich péči však strmě narůstají a s výhledem vyššího procentuálního zastoupení osob starších 65 let v populaci bude i stoupat ekonomická zátěž vůči této skupině.

Vynakládané prostředky na zdravotní a sociální péči jsou mnohdy neefektivně alokovány z důvodu nedostatečného vyhodnocení stavu klienta/pacienta. Mnoho pacientů např. následné lůžkové péče je hospitalizováno zbytečně, jelikož nedochází k aktivnímu řešení jejich (nepříznivé) sociální situace, přestože zdravotní stav je stabilizován. Mnoho klientů sociálních pobytových služeb je v těchto zařízeních zbytečně, neboť nebyla dostatečně vyhodnocena jejich nepříznivá sociální situace či nebyl zachován princip subsidiarity, tedy využity terénní či ambulantní formy sociálních služeb, podpořena rodina.

Oda systémy v gesci Ministerstva zdravotnictví či Ministerstva práce a sociálních věcí existují a svoji péči vykonávají jistě nejlépe podle svých možností a schopností. Avšak o koexistenci nebo snad kooperaci systémů, jež jsou zásadní pro kvalitní, efektivní, ekonomickou a etickou péči o seniorskou populaci, stále jen slýcháme. Různá prohlášení, výstupy pracovních skupin a nadnárodní zprávy neustále hovoří o nutnosti propojení těchto systémů v rámci dlouhodobé péče o seniory. Cesta ke konsensu je však trnitá s mnoha kulturně-sociologickými a legislativními překážkami.

Jisté pokroky v této oblasti jsou již zaznamenány. Např. počátkem roku 2017 vláda České republiky schválila návrh novely zákona o nemocenském pojištění, který nově do sociálního systému zavádí sociální dávku, tzv. dlouhodobé ošetřovné. Dávka má pomoci lidem, kteří chtějí pečovat o své blízké v jejich přirozeném prostředí, a to za přesně stanovených podmínek. Neformální pečující tak budou mít možnost postarat se o své blízké bez strachu ze svého existencionálního zajištění. O jejich přesném počtu

nevíme. Jsou to rodinní příslušníci, nejčastěji životní partneři a děti, kteří se dokáží postarat o své blízké doma, v jejich přirozeném prostředí, komunitě. Právě podpora života v přirozené komunitě seniora je jedna z možností, jak zajistit dlouhodobou péči. Ta není jednoduchá, troufám si tvrdit, že je velmi komplikovaná, ale ne nemožná. Vhodným přístupem zdravotních služeb a sociální péče, jejich koordinováním a využíváním case managementu lze docílit kvalitní dlouhodobé péče i v domácím prostředí.

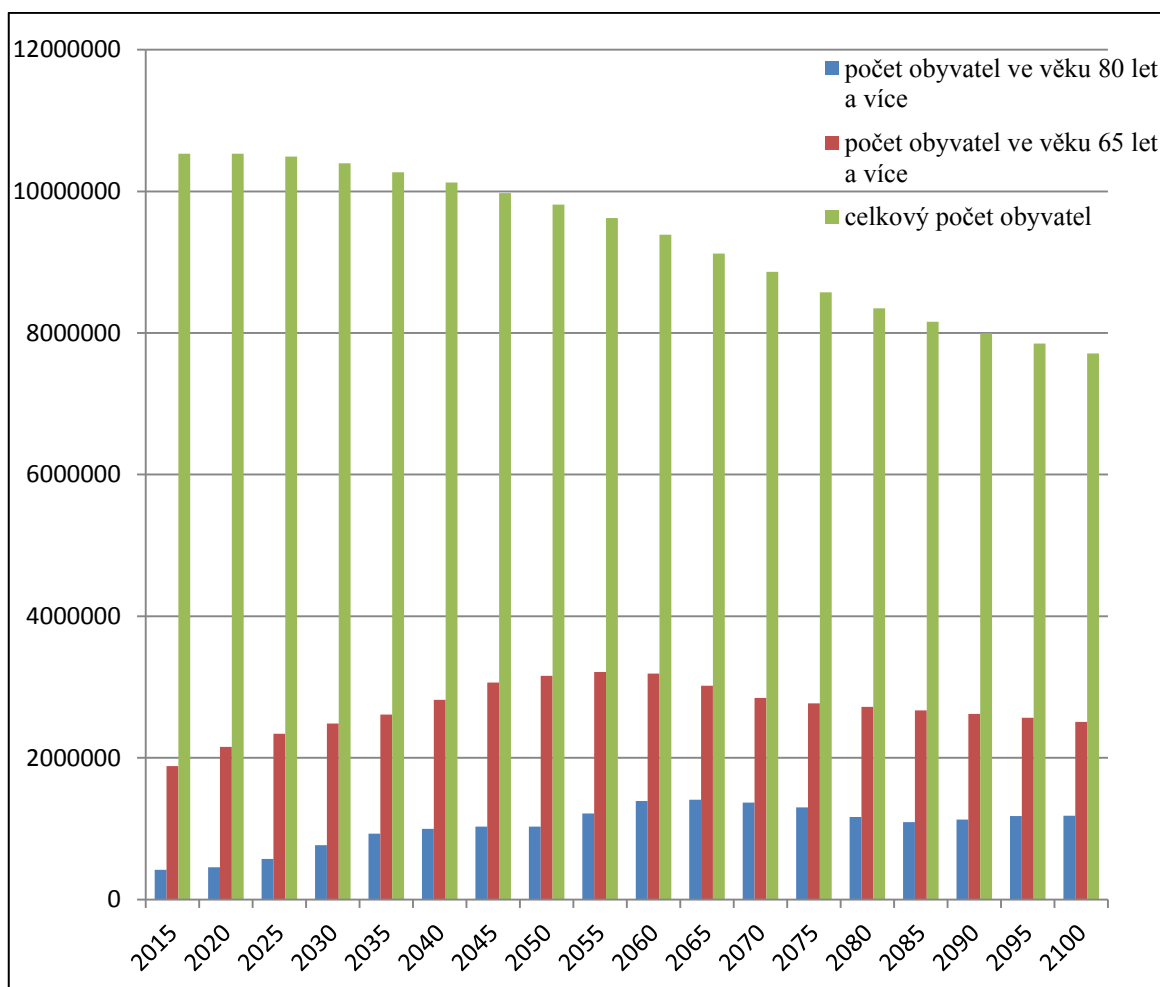
Zásadní roli zaujímá informovanost seniorů samotných, ale i jejich blízkých, obcí, zdravotníků a osob pracujících v sociální sféře pro nalezení nejlepšího způsobu péče o tuto křehkou skupinu. Stejně postavení mají i legislativní normy, které hovoří o koordinaci péče, avšak doposud nejsou plně implementovány.

Účastníků dlouhodobé péče o seniory je mnoho a je velmi obtížné v takto širokém a hlubokém moři hledat jakýsi pomyslný maják, jenž bude svítit do všech stran a současně zajistí hladký a bezpečný průplav séniem. Tímto majákem může být pozice case managera, jakožto koordinátora podpory v přirozené komunitě. Kdo by to měl být a jaké kompetence má mít osvojeny, je předmětem této diplomové práce.

TEORETICKÁ ČÁST

Vlivem pokroku a stále zlepšujících se životních podmínek, rozvojem nových medicínských technologií a zvyšováním kvality v oblasti sociální péče, se populace ve vyspělých státech světa dožívá věku nad 80 let. Prognózy hovoří o nárůstu osob ve věku 80 let a více v zemích Evropské unie, a to o jejich ztrojnásobení do roku 2050. V tomto roce bude v České republice podíl seniorů nad 80 let 13% z celkové populace. Predikce tohoto charakteru přináší úskalí v podobě vyššího výskytu onemocnění typických pro daný věk zejména v podobě neurodegenerativních onemocnění (Prudká, 2015) a problémů týkající se pohybového aparátu.

Graf 1 Predikce věkové struktury obyvatel České republiky do roku 2100



Zdroj: ČSÚ 2015

1. Základní pojmy

1.1 Stáří

Stáří je poslední vývojovou etapou ontogeneze. Souhrnně se jedná o projev a následek involučních změn s různou interindividuální variabilitou. Biologické stáří tak predikuje zvýšený výskyt nemocí, funkčních deficitů a úmrtí. Je pro něj typický pokles výkonnosti, funkčnosti zdraví či fenotyp stáří (změna postavy, postoje, chůze, pokožky, vlasů, chrupu, chování aj.)

Stáří lze chápat i z pohledu kalendářního. Světová zdravotnická organizace (WHO) jej rozděluje na rané stáří 60 - 74 let, vlastní stáří 75 - 90 let a dlouhověkost 90 více let. Dnes se však více užívá členění na mladé seniory (young – old) 65 – 74 let, staré seniory (old – old) 75 – 84 let a velmi staré seniory (oldest – old, very old – old) 85 let a více. Kalendářní stáří je snadno stanovitelné a využívá se zejména pro účely demografie a další oblasti, např. stanovení hranice pro nárok na starobní důchod apod. (Čevala, et al., 2012).

Sociální stáří je významným jevem, který je dán souborem mnoha sociálních změn. Jedná se především o změnu rolí, penzionování, ztrátu zaměstnání, odchod dětí, ovdovění, zastarávání znalostí a další. Za jeho počátek je většinou považován odchod do starobního důchodu (Čevala, et al., 2012).

Nelze však stáří generalizovat, jelikož v dnešní době se běžně setkáváme s tím, že 65ti letý muž právě přijal roli otce, jeho zevnějšek neodpovídá fenotypu stáří a je ekonomicky aktivním a produktivním. Na stáří je proto nutno pohlížet individuálně s respektem k dlouhověkosti a předcházet mýtům o homogenní populaci seniorů (Čevala, et al., 2012). V souvislosti s tím je záhodno zmínit Roberta Neila Butlera (americký psychiatr), který v roce 1968 poprvé použil pojem ageismus¹. V češtině hovoříme o diskriminaci stáří, ke které vlivem homogenního pojetí seniorské populace reálně dochází, a to upřednostňováním „kultu mládí“.

¹ „Ageismus – neboli věková diskriminace je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu. Projevuje se skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité generaci.“ (Vidovičová, 2005)

1.2 Stárnutí

Obdobně jako stáří, tak i stárnutí nabývá mnoha podob. Aktivní stárnutí je takové, kdy zdravotní stav, funkční stav, schopnost adaptace a ekonomická situace odpovídají nárokům a požadavkům sociální situace. Projevuje se pocity spokojenosti, seberealizace a participace až do dlouhověkosti.

Existence nerovnováhy mezi zhoršeným zdravotním a funkčním stavem, psychickými potřebami, nároky prostředí a omezenými sociálně ekonomickými možnostmi je typické pro obvyklé stáří (Čevala, et al., 2012).

K patologickému stárnutí dochází v případě výrazného zhoršení zdravotního a funkčního stavu. Schopnost adaptace, pocity spokojenosti, seberealizace a participace obvykle neodpovídají situaci vrstevníků. Jedná se o závažný jev, kdy je přítomna výrazná disabilita, maladaptace, rezignace, sociální exkluze, dochází ke ztrátě soběstačnosti, případně zanedbávání až zneužívání. Na výskytu patologického stárnutí a stáří se podílí mnoho faktorů, jako je zdravotní stav (např. Alzheimerova choroba), náročnost prostředí, životní události (např. ovdovění), ekonomická situace či sociální kontakty (Čevala, et al., 2012).

1.3 Zdravotní péče

Zdravotní péče se v České republice člení do několika forem a druhů, které definuje zákon č. 372/2001 Sb., o zdravotních službách. Druhy zdravotní péče jsou vymezeny § 5 na neodkladnou, akutní, nezbytnou, plánovanou, preventivní, diagnostickou, dispenzární, léčebnou, posudkovou, léčebně rehabilitační, paliativní, ošetrovatelskou a lékárenskou. Formy poskytování zdravotní péče pak definuje § 6 téhož zákona jako ambulantní, jednodenní, lůžkové a služby poskytované v přirozeném sociálním prostředí pacienta. Zdravotní péče v přirozeném sociálním prostředí pacienta je tzv. návštěvní služba (provádí lékař) a domácí péče (ošetrovatelská, léčebně rehabilitační a paliativní).

1.4 Sociální péče

V rámci práva sociálního zabezpečení je nástrojem sociální ochrany sociální péče, jakožto systém státu pro případ sociální události občana. Výstižnějším termínem

pro vytvořenou záchrannou sociální síť je sociální pomoc, která v sobě zahrnuje prvky napomáhající nepropadnutí v daném systému.

V užším slova smyslu a v terminologii zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je za sociální péči považován soubor poskytovaných sociálních služeb, definovaných v § 8: *„Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí.“* Jedná se o služby buďto terénního, ambulantního nebo pobytového charakteru. Služby poskytované v přirozeném sociálním prostředí jsou pak: osobní asistence, pečovatelská služba, odlehčovací služba, tísňová péče a odborné sociální poradenství.

1.5 Přirozené sociální prostředí

Rodina a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost a vazby k lidem žijících v domácnosti, ale i místa, kde se realizují běžné sociální aktivity, je považováno za přirozené sociální prostředí (Válková, 2015). Většinou se jedná o byt či dům, kde jedinci žijí a k danému místu mají patřičný vztah. Stejný vztah zaujímají i k osobám, s kterými zde trávili poměrnou část svého života. Zákon o sociálních službách jej vymezuje obdobně (§ 3 odst. d)).

1.6 Komunita

Komunitu nelze omezit pouze z geografického hlediska tak, jak je např. v intencích komunitního plánování v našich podmínkách pojmána. Wilmott si je vědom širšího pojetí komunity a její geografické pojetí rozšiřuje o komunitu zájmů a lidí spojených společnými podmínkami či problémem (Poppl, et al., 2002). Podle Materové (2004) se komunita tvoří lidmi žijícími v jednom místě, mající mezi sebou různé sociální vazby a jsou citově spjati nejen k sobě navzájem, ale též k místu, kde žijí.

1.7 Heterogenní potřeby seniorů

Jednotlivé etapy lidského života jsou spojeny s určitými potřebami. Ne jinak je tomu i u seniorů. V tomto období dochází ke změně *„hodnotové orientace potřeb, v popředí*

jsou potřeby zdraví, klidu, bezpečí a spokojenosti“ (Mlýnková, 2011: 48). Nelze však tyto potřeby souhrnně přiřazovat k této životní etapě, ale spíše k úbytku funkčních schopností a soběstačností, které omezují člověka v jeho schopnosti uspokojovat své každodenní potřeby. Kaufmanová ve svém výzkumu týkajícího se potřeb seniorů prezentovala výsledky, které reflektují jako nejdůležitější fyziologické potřeby bezpečí a sociální potřeby. Hovoří o nich jako o ohrožených potřebách, „s tím, že je velmi pravděpodobné, že tyto hodnoty budou záviset na podmínkách bydlení, na zdravotním stavu, na úrovni sociálních kontaktů“ (Kaufmanová in Dvořáčková, 2012: 39).

Z hlediska potřeb a zájmů je funkční stav důležitější než kalendářní věk seniorů. Existují tak senioři schopni extrémních výkonů do vysokého věku, zvládající život v náročném prostředí, ale také senioři, kteří potřebují pomoc při překonávání různých bariér, senioři s vyšší mírou disability, závislí až zcela závislí a umírající s potřebou paliativní péče (Čevala, et al., 2012). Proto je velmi důležité vytvářet seniorům takové podmínky, které budou udržovat nároky prostředí a jejich potřeby v rovnováze. Hranice mezi vytvářením podmínek a tzv. „přepečováním“ je velmi tenká. V péči o seniory je třeba na seniora pohlížet jako na autonomního partnera a neomezovat jeho právo svobodně se rozhodovat o svém životě. Příkladem je dnes již chronicky známá Maslowova pyramida potřeb, u seniora orientovaná k základům, stejně tak jako „domy života“², které nejsou u seniorů tak vysoké a mají méně tzv. místností. To je způsobeno potlačením potřeb seberealizace a sebeaktualizace. Na druhé straně jsou výrazně preferovány základní fyziologické potřeby. Z oblasti potřeb psychosociálních jsou pro seniory především důležité pocity bezpečí, jistoty, lásky a sounáležitosti (Mlýnková, 2011).

Institucionální péče o seniory hůře uspokojuje potřebu komunikace. Senior je vytržen ze své přirozené komunity, v mnohých případech umocněnou ztrátou životního partnera nebo blízkých (Mlýnková, 2011). Často je materiálně technickými podmínkami zařízení sociální péče donucen sdílet společný prostor s lidmi, které nezná či ke kterým nepociťuje

² „Domy života“ – Helena Chloubová (in Mlýnková, 2011) rozšířila Maslowovu pyramidu potřeb o holistické pojetí, které vychází z její filosofie a hierarchie. V literatuře se můžeme setkat též s pojmem „Dům životních potřeb“, který má stejný význam.

žádné sympatie. V tomto společném životním prostoru se odehrávají veškeré činnosti související se saturací základních životních potřeb. Hygiena, defekace, výměna inkontinenčních pomůcek, příjem stravy, hovory s blízkými, emoce, projevy nemocí a mnoho dalšího tak najednou musí senior sdílet s někým, koho v životě před tím neviděl. Veškeré takto vysoce intimní záležitosti se stávají de facto věcmi veřejnými a např. potřeba bezpečí, jak uvedla ve svém výzkumu Kaufmanová (in Dvořáčková, 2012), se vlivem institucionální péče obtížně saturuje. Péče o seniory v jejich přirozené komunitě eliminuje negativní pocity ze ztráty bezpečí a klidu.

1.8 Shrnutí

Ať je na stáří a proces stárnutí hleděno jakýmkoli pohledem, vždy by mělo být myšleno na individualitu každého seniora s maximálním respektem k jeho autonomii. Zdravotně sociální péče poskytovaná této cílové skupině má jednoznačně směřovat k saturaci bio-psycho-sociálním a spirituálním potřebám se zachováním plné vážnosti a důstojnosti. Přijímání péče, chcete-li podpory, v přirozeném sociálním prostředí je bezpochyby jednou z možností.

2 Koncept a vývoj dlouhodobé péče

2.1 Definice

Dlouhodobá péče má několik definic. Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj (OECD) a Světová zdravotnická organizace (WHO) uvádějí nejužitečnější z nich.

Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj (OECD) definuje dlouhodobou péči jako „*péči poskytovanou lidem, jejichž soběstačnost je dlouhodobě omezena, jsou tedy závislí a jejich schopnost vykonávat každodenní sebeobslužné aktivity je snížena.*“ (Long-term care for the Older People, 2005 citováno in Válková, et al., 2010: 22)

Světová zdravotnická organizace (WHO) hovoří o dlouhodobé péči jako o souboru aktivit zajišťujícím lidem, kteří nejsou plně soběstační v péči o svoji osobu, udržet kvalitu života podle jejich individuálních potřeb s vysokou mírou autonomie, nezávislosti, důstojnosti a účasti na společenském životě (Tomeš, 2010).

Dlouhodobá péče je tak určena pro osoby s omezenou soběstačností v základních sebeobslužných a instrumentálních činnostech (Tomeš, 2010), způsobených chronickým onemocněním nebo získaným postižením.

Dlouhodobá péče o seniory může být poskytována prostřednictvím formálních a neformálních pečovatelů. Formální pečovatelé jsou z řad profesionálů zdravotního a sociálního systému. Formální péče nabízí několik forem poskytování, a to terénní, ambulantní a pobytovou. Velmi početnou skupinou jsou i neformální pečovatelé, kterými jsou většinou osoby blízké – rodina, sousedé či dobrovolníci (Horecký, 2014).

I když do systému dlouhodobé péče vstupují dva systémy, zdravotní a sociální, jejich postavení v rámci poskytování dlouhodobé péče je jiné. Prostředky zdravotní péče směřují k léčbě a rehabilitaci, kdežto sociální služby především kompenzují handicap (Válková, 2015).

2.2 Vývoj konceptu dlouhodobé péče v mezinárodním kontextu

Mezinárodní koncepte integrované zdravotně sociální péče, tzv. long-term care (LTC) vznikl v počátku 21. století (Kalvach, et al., 2011). Evropské centrum pro sociální politiku a výzkum ve Vídni (European Centre for Social Welfare Policy and Research)

nejprve rozvíjel LTC jako odborný koncept, později se v této oblasti začala výrazně angažovat Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj (OECD) v Paříži. Ta uvedla, že jde o „výsledek mnohostranného politického úsilí integrovat různorodé služby pro lidi dlouhodobě závislé na pomoci jiných při zajišťování každodenních aktivit.“ (Kalvach, et al., 2011: 152).

LTC je součástí mezinárodního plánu pro vytváření společného působení zdravotně sociálních systémů. Organizace spojených národů (OSN) jej vlivem reflexe stárnutí populace od počátku 80. let zahrnuje do komplexních mezinárodních konceptů. Důležitým mezníkem bylo Světové shromáždění o stárnutí ve Vídni v roce 1982, jehož výstupem byl akční plán (1992), později aktualizován jako „Madrid International Plan of Action on Ageing“. Světová zdravotnická organizace (WHO) realizovala několik projektů zaměřujících se na zdravé stárnutí a snižování nemocnosti a disability ve stáří. Jedná se především o „Zdraví 21“, „Healthy Ageing“ a „Age-Friendly“ (Kalvach et al., 2011).

Evropská komise a „American Association of Retired Persons“ (AARP) jsou dalšími organizacemi mezinárodně usilujícími o zlepšení kvality života seniorů. V roce 2006 byly výsledkem jejich bruselského setkání definované tři okruhy problémů zabývající se podporou nezávislosti seniorů a péče o ně doma i v komunitě. Neopomenuli podporu neformálních pečujících z řad rodinných příslušníků a navýšení personálních kapacit pro dlouhodobou péči. Třetím významným výstupem byly otázky udržitelnosti financování systému dlouhodobé péče (Kalvach, 2011).

Tyto mezinárodní snahy byly přirozeným vyústěním vývoje moderní společnosti a nedostatečné péče o křehkou cílovou skupinu seniorů. Nekomplexnost kvality péče v tzv. LDN, ekonomická neudržitelnost současného stavu, neinformovanost o paliativní péči, změna formy rodiny, nízká podpora pečujících, nedostatečná kooperace a návaznost zdravotních a sociálních služeb, preferování institucionální péče a slabá ochrana lidských práv seniorů jsou hlavními problémy stávajícího stavu péče o seniory vyžadujících dlouhodobou péči (Kalvach, 2011).

2.3 Současný stav dlouhodobé péče o seniory v České republice

V české společnosti se model péče o nesoběstačné členy rodiny, resp. seniory, opírá o princip subsidiarity a solidarity. Ten předpokládá, že danou péči primárně zabezpečí rodina. Formální, resp. státní služby, se využijí až po selhání péče neformální (Svobodová 2006). Z toho důvodu je velmi důležité utvářet dostačenou nabídku doplňujících a podpůrných služeb tak, aby senior mohl svůj život trávit v komunitě. Institucionální formu péče se má využít až tehdy, když se senior stane natolik nesoběstačným, že setrvání v původním prostředí a péče ze strany rodinných příslušníků úplně chybí nebo je nedostatečná (Nešporová et al., 2008). Otázkou však zůstává, jestli model subsidiarity v dnešní době orientované na výsledky, má dostatečně silnou pozici.

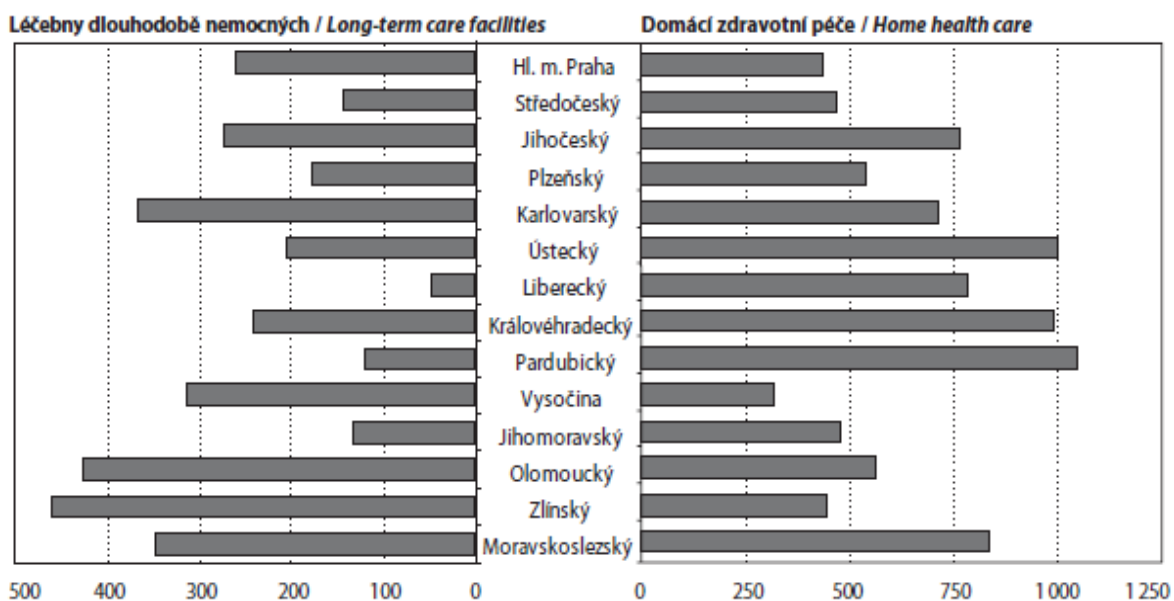
V současné době lze pojmut dlouhodobou péči ze dvou zcela protichůdných konceptů. Jedná se o redukcionisticko-ekonomický a existencionálně humanistický model. Redukcionisticko-ekonomický systém redukuje nesoběstačné osoby na postproduktivní, jimž je poskytována péče pouze k saturaci biologických potřeb. Klade důraz na ekonomické aspekty a tradiční institucionální péči. Oproti tomu existencionálně humanistický koncept spatřuje kvalitní péči a podporu v saturaci celého spektra lidských potřeb s maximálním respektem k jedinečnosti každé bytosti. Tento koncept pracuje s komunitou a jejím pozitivním potenciálem. Zda se má jednat o péči nebo podporu, je další otázkou, etickou, jelikož pojem péče lze chápat jako nerovné postavení subjektů, přičemž jeden je poskytovatel péče a druhý příjemcem péče, z čehož může vyplývat submisivní postavení příjemce péče (zdravotní péče, následná péče, sociální péče). Oproti tomu poskytnutí podpory respektuje autonomii, je z ní patrná míra partnerství a participace (Kalvach, 2014). Proto již někteří osvícení poskytovatelé sociálních služeb raději ve své terminologii používají výraz „podpora“ jako projev úcty nejen ke starší populaci.

Jak má být potřebná péče nebo podpora poskytována, definuje např. zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve svém samotném úvodu: *„Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrávání nebo prohlubování nepříznivé*

sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležité kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob“ (Zákon č. 108/2006 Sb., § 2 odst. 2) I zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách ukládá, jak má být zdravotní péče poskytována. Nenalezneme v něm však tak globální definici, jako v zákoně předešlém, nýbrž již vymezené kompetence jednotlivých forem, druhů a poskytovatelů zdravotní péče.

Problematika zakotvení uceleného systému zdravotně sociální péče vychází, jak již bylo mnohokrát řečeno, ze samotného nastavení resortů v gesci Ministerstva práce a sociálních věcí a Ministerstva zdravotnictví. Zatímco Ministerstvo zdravotnictví pracuje na podkladech pro zákon o koordinované rehabilitaci, Ministerstvo práce a sociálních věcí se již mnoho let pokouší o legislativní ukotvení dlouhodobé péče. Ať již slovy MZ nebo MPSV (koordinovaná rehabilitace/dlouhodobá péče) stále se v důsledku jedná o jeden objekt péče či podpory, o jedince. Česká republika tedy nemá nastavený efektivní systém ani koordinované rehabilitace a ani dlouhodobé péče. Prozatím je v této oblasti postupováno zcela intuitivně, nesystémově bez jasné koncepce. Příklady dobré praxe však ukazují, že propojování obou systémů je reálné (Čípková, et al., 2014). Např. v některých českých nemocnicích pracují zdravotně sociální pracovníci s celonemocniční působností. Bývají členy multidisciplinárních týmů řešících komplexní (léčebnou, sociální i pracovní) rehabilitaci pacienta. Fragmentaci též potvrzují existující velké rozdíly ve využívání institucionální a terénní formy dlouhodobé péče. V Pardubickém kraji, Ústeckém a Královéhradeckém je tento rozdíl nejvýraznější. Domácí péči zde využívá každý desátý senior. Oproti tomu ve Zlínském kraji je počet hospitalizovaných seniorů v léčebnách dlouhodobě nemocných vysoký (viz graf č. 2) (Dědič, 2016).

Graf 2 Hospitalizace osob v léčebnách dlouhodobě nemocných a poskytování domácí zdravotní péče u osob ve věku 65 let a více



Zdroj: Dědič, 2016

2.4 Ekonomická situace dlouhodobé péče

Odhadem 350 000 občanů České republiky potřebuje dlouhodobou péči. Mezi ně se řadí i senioři, kterých dle predikce každých 10 let přibude 100 000. O 100 000 seniorů více, kteří budou potřebovat dlouhodobou péči.

LTC je financována z prostředků zdravotních pojišťoven, státních dotací, krajů a obcí, ale i pojistnými a nepojistnými sociálními dávkami v různé kombinaci. Současný způsob financování dlouhodobé péče je nesystémově roztržštěn mezi resorty MPSV, MZ, kraje a obce, což vede k nerovnostem mezi příjemci zdravotních nebo sociálních služeb (Válková, 2015). Někteří lidé z řad odborníků kritizují nákladovost poskytované péče ve zdravotnických zařízeních, která činila v roce 2011 35 600 Kč měsíčně oproti lůžku v domově pro seniory s 21 400 Kč (Pruša, 2011). Podobné částky vzešly z projektu „Posilování bipartitního dialogu v odvětvích“ pro konferenci zaměstnavatelských a podnikatelských svazů ČR. Cena lůžka v domově pro seniory v celorepublikovém

srovnání byla kalkulována pro rok 2012 na 721,2 Kč/den. Přepočteno běžně používaným výpočtem poskytovatelů sociálních služeb³ 21 924 Kč měsíčně. Ze stejného projektu byla kalkulována tzv. „klientohodina“ poskytování pečovatelské služby a osobní asistence v roce 2012 ve výši 410,38 Kč (Marek, et al., 2013).

Nynější nastavený systém financování sociálních služeb dotací na období jednoho roku je byrokratickou a administrativní zátěží, nehledě na to, že vytváří pole nejistoty, zda bude dotace poskytnuta a v jaké výši (Kalvach, 2014). Klienti sociálních služeb hradí poskytnuté služby dle Vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Např. za poskytnutí pečovatelské služby nebo osobní asistence je tato částka maximálně 130 Kč/hod podle skutečně spotřebovaného času. V případě poskytování pobytové služby je tato maximální denní částka 380 Kč. Podobná nejistota je v rámci poskytování zdravotních služeb určených primárně seniorům s potřebou vyšší a vysoké míry podpory (péče). Lůžková zdravotnická zařízení, a stejně tak i agentury home care, bývají mnohdy ve svých činnostech limitovány ze stran zdravotních pojišťoven, které nastavují mantinely pro jejich uplatnění. Dalším problémem je i alokace prostředků na následnou a dlouhodobou péči. Upřednostňována je péče akutní, která je i nejnákladnější např. v různých specializovaných centrech (iktové jednotky). Avšak finančním poddimenzováním následné a dlouhodobé péče reálně dochází k neefektivní rehabilitaci a mnohdy ke zmaření úsilí vynaloženého na akutní péči (Válková, 2015).

Domácí zdravotní péče (home care) je financována z veřejného zdravotního pojištění. Ta je pak podle potřeby a indikace lékaře poskytována v rozsahu až 3 krát denně 1 hodinu. V případě, kdy dojde k závažnému zhoršení stavu nebo zejména u osob v terminálním stádiu, lze na základě schválení revizního lékaře danou péči poskytovat i 5 krát denně 1 hodinu. Domácí péče je dělena do čtyř typů na tzv. ošetřovatelské

³ Pozn.: Úhrada nákladů za poskytované služby za kalendářní měsíc se stanoví také tak, že úhrada stanovená za kalendářní den se násobí průměrným počtem dnů v měsíci za kalendářní rok, tj. 30,4 (365 dní : 12 měsíců = 30,4) (vlastní zpracování – analýza podkladů poskytovatelů sociálních služeb dostupných z internetu).

návštěvy. Jednotlivé typy se od sebe liší časovou a bodovou dotací a svým obsahem (Národní centrum domácí péče České republiky, 2017). Úhradová Vyhláška ze dne 19. října 2016 o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2017 (Zákon č. 348/2016, Vyhláška č. 6) stanovuje hodnotu bodu při poskytování péče odbornosti 925⁴ na 1,02 Kč. Např. ošetřovací návštěva typu III je hodnocena 79 body a je určena zejména pro pacienty odkázané na ošetřování druhou osobou pro částečnou imobilitu, dezorientaci, inkontinenci a specifickou náročnost ošetřovatelské péče (Národní centrum domácí péče České republiky, 2017).

2.5 Vize dlouhodobé péče

Národní akční plán (2012) podporující pozitivní stárnutí na období let 2013 až 2017 je strategickým materiálem, představující, mimo jiné, vize, které by měly mít kladný dopad na kvalitu prostředí, v němž senioři žijí, ale také na oblasti týkající se zdravého stárnutí a zajištění péče. Co se týče zabezpečení kvalitního prostředí, je daným dokumentem kladen důraz na podporu života ve své komunitě, a to za předpokladu rozvinutých terénních a ambulantních služeb, občanské vybavenosti. Nejsou opomenuty ani nové formy bydlení pro seniory či vhodné úpravy stávajícího bydlení s ohledem na jejich účelnost a bezpečnost. Podporou stárnutí populace v komunitě se koncem 20. století začala zabývat i řada západoevropských zemí v čele se Švédskem, Nizozemskem a Francií. Tzv. „ageing in place“ - stárnutí doma, bylo motivováno nejen samotnými seniory, kteří i v našich podmínkách chtějí dnes setrvat ve vlastním bydlení, ale i tlakem ekonomickým. Náklady na péči doma jsou stále mnohem nižší, než při rezidenčním způsobu života. Principem „ageing in place“ je „zabezpečení standardního bydlení flexibilně doplňováno o služby a péči vycházejících z aktuálních potřeb seniorů“ (Mikeszová, 2016: 25). Zásadní pro stárnutí doma je propojení jak zajištění bezbariérovosti bydlení např. formou úprav, ale i zabezpečení dostupnosti a koordinace zdravotně sociálních systémů péče. Tady opět narážíme na potřebu integrace zdravotně sociálních služeb do komunity. Nejedná se však

⁴ Všeobecná sestra s odbornou způsobilostí k výkonu domácí péče.

pouze o zajištění péče o seniory, ale i o vytváření podmínek pro jejich vstup do domácností seniorů.

Vhodným doplňkem mohou být i různé asistivní technologie (signalizační náramky, telecare) pro kontrolu zdravotního stavu či pomůcky pro přivolání pomoci v případě nouze. Tyto služby jsou dnes již dostupnější, ale nikoli dostupné. Zajišťují je např. poskytovatelé sociálních služeb či různá centra asistivních technologií. Ta mohou prostřednictvím moderní techniky na dálku monitorovat např. základní fyziologické funkce (tep, tlak a tělesnou teplotu), ale i hmotnost, hladinu cukru v krvi apod. Lze jimi monitorovat i pohyb osoby anebo je naopak tímto systéme navigovat. Předpokladem však je, že senioři tyto prostředky zvládnou obsluhovat. Podle výběrového šetření o informačních a komunikačních technologiích v domácnostech cca čtvrtina dnešních seniorů využívá počítač a internet. V celorepublikovém srovnání jsou na tom nejlépe senioři v Praze a Pardubickém kraji. Oproti tomu senioři na Vysočině a v Olomouckém kraji jsou ve využívání těchto technologií konzervativnější (Dědič, 2016). S odkazem na výsledky šetření a současné využívání komunikačních technologií produktivní generací lze postupně integrovat asistivní technologie do procesu dlouhodobé péče o seniory.

Národní akční plán (2012) podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017 stanovil své strategické cíle i v oblasti zdravého stárnutí. Upozorňuje na nízkou aktivitu a zájem seniorů v preventivních akcích a odpovědnosti ze své zdraví. Současně deklaruje, že budoucí zlepšení zdravotního stavu seniorů koreluje s výší příjmu. Apeluje na zvyšování gramotnosti a investic v oblasti vlastního zdraví, ale i na zvláštní důraz na osoby s nízkým socioekonomickým statutem. Český statistický úřad zveřejnil počet seniorů (věk: 65+) žijících pod hranicí chudoby, který v roce 2015 dosahoval 7,4% z celkového počtu 1 006 200 občanů České republiky (Český statistický úřad, 2017). Důraz na ekonomickou situaci ve vztahu na zdraví seniora je tak oprávněný, jelikož se odráží např. na výběru a kvalitě potravin, využívání zdravotně sociálních služeb a celkovém způsobu života.

„V oblasti profesionální péče, musí dojít k provázání zdravotních, sociálních a dalších služeb poskytovaných v domácím prostředí.“ (NAP 2012: 40). I když akční plán stanovuje v této oblasti několik strategických cílů, způsob jejich koordinace nezmiňuje.

Pouze obecně konstatuje nutnost provázání obou systémů ve smyslu zvýšit, podpořit, rozvíjet. V rámci politiky přípravy na stárnutí v České republice se v akčním plánu objevují přístupy k seniorské populaci založené na mezigenerační solidaritě, tzv. každému věku přátelskou společnost („age-friendly society“) a inovativní způsob bydlení seniorů - „Co-housing“. „Age friendly society“ je taková společnost, která neustále pracuje na posilování mezigeneračních poměrů a vytváří kladný přístup k seniorům již od raného dětství. Vytváří prostor pro aktivní zapojení seniorů do komunity s důrazem na pochopení jejich potřeb. Takovým nástrojem pak mohou být různé mezigenerační projekty, komunitní centra, ale i vzájemná spolupráce mezi seniory samotnými. „Senior Co-housing“ je pak nízkonákladová forma bydlení podporující stárnutí v přirozeném sociálním prostředí seniora a život v komunitě. Principem je společné soužití seniorů, kteří se mohou navzájem podporovat za současného zabezpečení terénních zdravotně sociálních služeb. Ideálně by tyto byty (domy) měly být součástí běžné zástavby, bezbariérové a v komunitě. Tedy se zachováním současných vazeb jak k blízkým osobám, tak i službám, místům apod. (Vidovičová, et al., 2015). Budoucnost je tedy spatřována v tzv. „ageing in community“ spočívající v integraci zdravotně sociálních podpůrných služeb, podpoře mezigenerační solidarity a zachování komunitního způsobu života seniorů.

Připravovaný změnový zákon (zákona č. 108/2006 Sb.) počítá s další možnou variantou, a to se zřízením tzv. „Ošetřovatelských domovů“. Jedná o pobytová zařízení sociálních nebo zdravotních služeb, která doplní potřebné služby osobám, se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního stavu. Typicky by se mělo jednat o seniory, vyžadující celodenní péči, a to jak ze strany poskytovatelů sociální služby, tak i ošetřovatelskou péči. V této souvislosti má dojít ke vzniku nové odbornosti ošetřovatelského personálu – 923, jež budou zdravotní pojišťovny hradit paušálně, nikoli výkonově (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2017).

Další vize směřování dlouhodobé péče stanovil Expertní panel pro dlouhodobou péči, který navázal na činnost meziresortní spolupráce MPSV a MZ vzniklé v roce 2009. Stanovil hlavní cíle se zaměřením na koncepci LTC včetně způsobu financování, integrace zdravotně sociálního systémů a jejich koordinaci, deinstitutionalizaci a individualizaci. Také se orientoval na stírání rozdílů poskytované péče v rámci jednotlivých krajů,

dostupnost terénních a ambulantních služeb, ale samozřejmě i na potřebnou legislativu (Válková, 2015).

Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí vydalo v roce 2015 strategický materiál⁵, v němž upozorňuje na současné nedostatky následné a dlouhodobé péče i v souvislosti s poskytováním sociální péče. Hlavním obsahem je nereflexivní demografického vývoje (stárnutí populace), neefektivní alokace finančních prostředků a nízká návaznost na terénní zdravotně sociální služby. Strategický materiál hovoří o nutnosti zavedení efektivní koordinace, respektive návaznosti služeb, za účasti komunitní sestry (MZ, 2015).

2.6 Koordinace dlouhodobé péče ve vybraných zemích

2.6.1 Německo

Jeden z prvních evropských států, který přijal zákony o sociálním pojištění, bylo Německo (19. století). Od té doby dochází k neustálému posilování tohoto sociálního státu a podpoře osob v nepříznivé sociální situaci. V německém sociálním systému je patrný akcent na podporu rodiny s cílem maximálního upřednostnění péče v rodině před péčí institucionální. Kooperaci zdravotně sociálních služeb a sociální jistoty zaručuje legislativní norma – Sociální zákon („Sozialgesetzbuch“). Tato norma je rozdělena do několika knih, přičemž koordinací a kooperací zdravotně sociálních systémů se zabývá Kniha IX – Rehabilitace a integrace a Kniha XI – Sociální pojištění péče. Obsahem knihy IX je především propojení sociální, zdravotní a pracovní rehabilitace.

Podobně jako v České republice, tak i v Německu je nastavený systém, kdy různé instituce odpovídají za určitou oblast. V Německu jim však ukládá zákon („Sozialgesetzbuch“) spolu úzce spolupracovat. Jedná se o tzv. společná centra služeb „Gemeinsame Servicestellen“, která zabezpečují koordinovanou podporu potřebným osobám v blízkosti jejich bydliště a v co nejkratší lhůtě (Tomešová, et al., 2015).

⁵ Akční plán č. 8: Zvýšení kvality, dostupnosti a efektivity následné, dlouhodobé a domácí péče, Ministerstvo zdravotnictví 2015.

Kompetence koordinátora péče v Německu je především v oblastech zajištění dostatečné informovanosti o vhodných dávkách a jejich využití, zprostředkování péče různých poskytovatelů služeb (zdravotních, sociálních aj.) a zejména jejich koordinace. To vše v gesci sociálních úřadů („Sozialämter“) měst a obcí. V německých zemích je tak jednou normou zabezpečována péče lékařů, rehabilitační péče či podpora při samostatném bydlení. Přidělování služeb je vždy individuálně posuzováno tak, aby vynaložené prostředky směřovali ke stanovenému (zdravotnímu, sociálnímu i pracovnímu) cíli.

V Německu je dlouhodobá péče od roku 1995 financována prostřednictvím sociálního pojištění. Jedná se tedy o zcela jiný přístup ekonomického zabezpečení potřebné dlouhodobé péče (nejen o seniory), nežli je tomu v České republice. Z pojištění je pak financován příspěvek na péči „Pflegegeld“, jehož výše je stanovena na základě zjištěné potřebné míry podpory, tedy podobně jako v našich podmínkách a lze jej čerpat jak na institucionální služby, tak i v rámci poskytování neformální péče v přirozeném sociálním prostředí (Kalvach, 2014). V řeči německého sociálního zákona jsou opečovávaní *„osoby, které na základě tělesného, duševního nebo smyslového onemocnění či postižení vyžadují ve vyšší míře pomoc s běžnými každodenními úkony a u nichž se předpokládá, že tuto pomoc budou vyžadovat déle než 6 měsíců“* (SGB, Kniha XI, § 14, překlad vlastní). Tyto osoby mohou využít např. ambulantní pečovatelské služby (mezi tyto služby patří terénní služby a základní zdravotní péče), kombinované služby (ambulantní služby a péče rodiny) nebo např. alternativní formy bydlení.

Německo, jako sociální stát s dlouholetou tradicí, věnuje značnou pozornost neformálním pečujícím tak, aby bylo možné starat se nejen o seniory co nejdéle v jejich přirozeném sociálním prostředí. Pojišťovny a různé instituce pořádají např. vzdělávací aktivity pro pečující a prohlubují informovanost v této oblasti, stejně jako samotné Spolkové ministerstvo práce a sociálních věcí. Avšak v jednotlivých spolkových zemích, vzhledem ke kulturně politické minulosti, je tato péče poskytována v různé kvalitě (Geissler, et al., 2015).

2.6.2 Velká Británie

Klasickým zástupcem liberalistického pojetí sociální politiky je Velká Británie. Zásahy státu do péče o potřebné osoby nastávají až v případě, kdy si jedinec není schopen pomoci sám, anebo rodina a ani trh nedokáže saturovat jeho potřeby. Velká Británie tak klade značný důraz na podporu neformálních pečovatелů za účelem podpory života v přirozeném sociálním prostředí. Tato politika je pro království ekonomicky výhodná, jelikož ušetří až £119 miliard, které by byly jinak vynaloženy na poskytování institucionální péče (Kalvach, 2014).

V roce 1999 byla labouristickou vládou přijata „Národní strategie pro pečující“ („National Strategy for Carers“) s programem na podporu neformálních pečujících. V témže roce vyšla zpráva „Královské nařízení pro dlouhodobou péči“ („Royal Commissions on Long Term Care“) s vymezenými podpůrnými opatřeními pro pečující osoby. I přes to se ve Velké Británii potýkají např. s nedostupností a nízkou flexibilitou služeb péče (Geissler, a další, 2015).

„Zákon o péči“ („Care Act“) z roku 2014 pak uložil povinnosti místním správcům a nastavil způsob financování pobytových zařízení, ale i komunitních služeb. Tyto komunitní služby, mimo jiné, cílí na podporu neformálních pečovatелů např. formou dalšího vzdělávání či sdílení informací (Geissler, et al., 2015).

Ve Velké Británii, podobně jako v České republice, je zdravotní a sociální péče zajišťována dvěma subjekty. Zdravotní péči má v gesci „Národní zdravotní služba“ prostřednictvím tzv. „Clinical commissioning groups“, sociální služby pak městské samosprávy. Kooperaci a integraci obou systémů je ve spojeném království věnována značná pozornost. Nabídka těchto služeb je řízena v rámci samosprávných celků. Jedná se např. o odlehčovací služby, stacionáře a domácí péče. Domácí péče („Home care“) je poskytována na základě posouzení nároku místními odděleními sociálních služeb („Social services department“). Do domácností pečovaných vstupují i klasické terénní zdravotní služby, ale nově také zdravotnické záchranné týmy („Rapid response teams“). „King’s Fund“ tuto službu zavedl na podporu integrované péče v Anglii a reagoval tím na stárnutí populace. Součástí týmu jsou lékaři, zdravotní sestry, pečovatелé,

fyzioterapeuti a ergoterapeuti, snažící se poskytnout intenzivní péči na lůžku přímo v domácím prostředí pacienta, jehož zdravotní stav se zhoršil.

Významným aktérem v řešení otázek péče o seniory je tak právě zmiňovaná nevládní organizace „King’s Fund“, která se zaměřuje např. na prevenci rehospitalizace a tzv. sociální hospitalizace způsobené nedostatečnou péčí a diagnostikou „křehkých“ pacientů, ale i na integraci zdravotně sociálních služeb. Na těchto případech pak demonstruje přínos integrace nejen zdravotně sociální péče v rámci komunity (Kalvach, 2014). „King’s Fund“ vytváří tým odborníků a specialistů, který je koordinován jednou osobou. Koordinátor v rámci své činnosti pak navštěvuje „osoby závislé na péči“ v domácnostech, kde pomocí mapování potřeb a možností těchto osob nastavuje komplexní plán péče („Care plan“). Plán péče je zaměřený na dlouhodobou a komplexní péči za dodržení přísně individuálního přístupu. Díky tomu dochází k úsporám výdajů spojených s léčbou, k úsporám v oblasti poskytování institucionální péče a k vyšší podpoře neformálních pečujících. Projekt „King’s Fund“ zavedením pozice koordinátora posiluje ve společnosti princip subsidiarity, čímž se zvyšuje pravděpodobnost, že tzv. „osoby závislé na péči“ budou moci zůstat déle doma. Tento model není v Anglii doposavad zaveden plošně, avšak kde se jej podařilo realizovat, byly zaznamenány jeho pozitivní dopady (Tomešová, et al., 2015). V současné době dochází k jeho diskutování, kdy by mělo dojít k plošnému zavedení koordinátora (Válková, 2015).

2.6.3 Francie

Ve Francii má své postavení manager péče, a to v rámci „Domácí zdravotně sociální péče“ SSIAD („Services de soins infirmiers à domicile“). Tato země věnuje velkou všímavost lidem s demencí, čemuž nasvědčuje i fakt, že od roku 2001 přijala již třetí Alzheimer plán. V rámci těchto akčních plánů, konkrétně v „Plánu pro solidaritu ve stáří“ („Plan Solidarité Grand Age“) bylo přistoupeno k plošné depistáži „křehkosti“ seniorů nad 70 let. Z důvodu nedostatečného ekonomického zázemí tohoto plošného screeningu, který prováděli praktičtí lékaři, nebyl plně implementován (Kalvach, 2014).

Francie rozděluje péči o seniory do třech kategorií. Jedná se o seniory vyžadující dlouhodobou péči, „křehké“ seniory a zdravé a soběstačné seniory. Dostupnost informací

o zdravotně sociální domácí péči je centralizována do tzv. informačních středisek (Kalvach, 2014). Francie má jeden z nejpropracovanějších systémů zdravotně sociální péče. Např. již během hospitalizací se zaměřuje na ucelenou rehabilitaci v návaznosti na specifické zdravotně sociální potřeby v oblasti bydlení, osobní asistence apod. Cílem dlouhodobé péče ve Francii je poskytnout dostatečnou podporu v oblasti péče v rodinném prostředí, hrazenou ze zdravotního pojištění. Takto nastavený systém poskytuje patřičnou podporu nejen samotným osobám vyžadujících péči, ale klade důraz i na jejich blízké a rodiny (Čípková, et al., 2014).

2.6.4 Švédsko

Švédsko, jakožto nejskloňovanější a nejštedřejší sociální stát, přebírá na sebe vysokou zodpovědnost za národní blaho. Značné daňové odvody obyvatel mají za úkol garantovat zachování minimálního životního standardu přeneseného na stát, nikoli rodinu. V současné době však na území království dochází k diskusím o udržitelnosti daného modelu, a tak i zde začínají narůstat iniciativy respektující princip subsidiarity snažící se přenést zpět více odpovědnosti samotným občanům.

Jednotlivé kraje mají za povinnost zabezpečovat zdravotní péči na svém území. Co se sociální péče týče, tu obstarávají obce ve spolupráci s kraji. Zákon o sociálních službách („Socialtjänstlag“) pak švédským obcím ukládá povinnost s každou „péčí potřebnou“ osobou vytvářet individuální plán péče, který musí zahrnovat přesný popis léčby, poskytovaných služeb (Kalvach, 2014). Plán sestavují tzv. „sociální komise“. Zároveň je obcím dána poměrně velká míra svobody při plánování a organizování těchto služeb financovaných z daní. Jednotlivé municipality si pak stanovují své priority na základě zdravotně sociální potřebnosti svých obyvatel. Hlavní důraz je kladen na vytváření podmínek zabezpečujících přístup ke službám nejen pro seniory (Čípková, et al., 2014). Středobodem koordinace sociálních systému ve Švédsku jsou municipality, disponující širokou škálou prostředků. I zde jsou nabízeny podpůrné aktivity pečujícím osobám ve formě vzdělávacích programů a dalších podpůrných služeb a činností.

Podobně jako v České republice vychází potřeba péče z posudku poskytovatele zdravotních služeb (ve Švédsku praktický lékař) s tou výjimkou, že ve Švédsku potřebnou

podporu navrhuje i zástupce obce. Individuální plán péče pak vytváří právě lékař a zástupce obce společně s opečovávaným, rodinou apod. Švédský model výrazně napomáhá k jasnému určení druhu a způsobu poskytování péče a také plnohodnotné integraci systému podpůrných zdravotních a sociálních služeb (Čípková, et al., 2014).

2.7 Shrnutí

Koordinaci zdravotně sociální péče je ve vybraných evropských zemích věnována značná pozornost a v některých případech je i legislativně zakotvena. Obdobné postavení má i koordinátor péče, který primárně zabezpečuje jak depistážní činnost, tak i samotnou koordinaci péče. Ať již v rámci municipalit či dobrovolnických organizací, vždy je dané působení směřováno k jednotnému cíli. Podpořit osoby v setrvání v jejich přirozeném sociálním prostředí, stimulovat funkci rodiny v péči o své blízké a šetřit veřejné finance. Bezesporu k cílům patří i důstojnost života, respektování autonomie a posilování principu subsidiarity.

3 Case management

S pojmem case managementu se v souvislosti s poskytováním zdravotně sociální péče o seniory setkáváme v České republice jen sporadicky. Jiná je situace např. v rámci výkonu sociálně právní ochrany dětí, kdy sociální pracovník spolupracuje s dětskými lékaři, psychology, psychiatry, učiteli apod., kteří pro výkon sociálně právní ochrany dětí mohou zpracovávat odborné posudky a navrhnout eventuální řešení nepříznivé situace (Solařová, 2013). Jedná se dokonce i o povinnost uvedenou v zákoně o sociálně právního ochraně dětí.⁶ Další oblastí, kde našel své uplatnění, je péče o duševně nemocné, která započala v roce 1995 za holandské spolupráce („Projekty regionální duševní péče o dlouhodobě duševně nemocné s využitím CM“) (Stuchlík, 2002). Využití CM v práci s cílovou skupinou osob s duševním onemocněním se věnuje zejména nestátní nezisková organizace FOKUS.

Dlouhodobá péče, jak již bylo několikrát sděleno, v sobě zahrnuje nástroje v gesci dvou oborů. Ačkoli je zdravotně sociální péče shrnována do tzv. pomáhajících profesí, jejich působnost je odlišná, i když se společným objektem. Jako možnost jejich propojení se jeví case management, jehož počátky datujeme od poloviny 70. let 20. století v USA. Ve stejné době se rozvíjel i v jiných anglosaských zemích za tímž účelem - deinstitucionalizace. Situace v oblastech péče o lid (zdravotně a sociální), se v té době potýkala s podobnými problémy, jaké jsou na našem území diskutovány téměř 25 let. Jednalo se o nesystémovost, nízkou informovanost o možnostech zdravotně sociálních systémů, neefektivní alokaci zdrojů a prostředků péče. Počátky case managementu byly cíleny převážně na osoby s psychiatrickým onemocněním, dále pak osoby chronicky nemocné, později i seniory (Solařová, 2013).

⁶ § 10 odst. 3, písm. e) ZSPOD: *Obecní úřad obce s rozšířenou působností je povinen pořádat případové konference pro řešení konkrétních situací ohrožených dětí a jejich rodin, a to ve spolupráci s rodiči a jinou osobou odpovědnou za výchovu dítěte, dalšími přizvanými osobami, zejména zástupci škol, školských zařízení, zařízení poskytovatelů zdravotních služeb, orgánů činných v sociální oblasti, orgánů policie, státních zástupců, odborných pracovníků v oblasti náhradní rodinné péče, poskytovatelů sociálních služeb a pověřených osob*

CM je spíše chápán jako metoda sociální práce, i když mnohdy přesahující do jiných oborů a oblastí. Koordinace služeb a provázení klienta při jejich využívání je tzv. americkým modelem. Druhým modelem, britským, je hospodaření v rámci případu a zabezpečování dalších služeb s cílem finanční úspory veřejných prostředků (Stuchlík, 2002). Ve Spojených státech amerických existuje v rámci poskytování zdravotní péče tzv. „managed care“ téměř se stoletou tradicí, jehož úkolem je koordinovat zdravotní péči ve vymezené lokalitě za účelem eliminace finančních nákladů vynaložených na léčbu. Nicméně návaznost na další služby (sociální) organizace neřeší (Stuchlík, 2001).

3.1 Definice case managementu

Národní asociace sociální práce („National Association of Social Workers“) definovala CM jako: *„Proces plánování, vyhledávání, prosazování a monitorování služeb z různých sociálních a zdravotních organizací ve prospěch klienta. Tento proces umožňuje sociálním pracovníkům v organizaci/organizacích koordinovat svoje úsilí v zájmu daného klienta skrze profesionální týmovou práci a tím rozšiřovat rozpětí nabízených služeb, které klient potřebuje. Case management předchází problémům plynoucím z fragmentace služeb, fluktuace pracovníků a nedostatečné koordinace mezi poskytovateli.“* (MPSV, 2017).

Jiné zdroje uvádějí, že CM je koordinovanou činností podporující osoby s přispěním všech relevantních dostupných zdrojů (rodina, sociální služby, sociální zabezpečení, zdravotné služby, Úřady práce ČR či odborníci rozmanitých profesí). Za vedení CM je pak odpovědný case manager, který vyhodnocuje potřeby klienta/pacienta a společně se zainteresovanými osobami vytváří individuální plán (Solařová, 2013).

3.2 Case management v České republice

V současné době není case management zcela neznámým pojmem, jen ještě nenašel své uplatnění např. v souvislosti s poskytováním dlouhodobé péče, kdy by jeho aplikace byla bezesporu legitimní. Zejména v souvislosti s výkonem sociální práce v přenesené působnosti, kdy sociální pracovníce vykonávají svoji agendu v terénu, ve zdravotnických zařízeních, v oblasti sociálních služeb, nepojistných dávek atd., by mohlo vést ke kvalitnější a efektivnější dlouhodobé domácí péči.

Samotný anglický termín nebyl implementován do našeho jazyka. Podle Musila (in Nepustil, et al., 2013) je nejpřesnějším výkladem CM hospodaření se službami v rámci případu. Stuchlík (2001) hovoří v souvislosti s prací s osobami s duševním onemocněním o asertivním komunitním přístupem nebo asertivní komunitní léčbě.

Týmovou metodou sociální práce, která je CM velmi podobná a u nás užívaná, je případový proces/případová konference. CM může také být zcela individuálním přístupem. Agentura pro sociální začleňování na svých webových stránkách dále rozvádí týmovou formu CM na vnější a vnitřní, přičemž k vnější formě uvádí: „*na řešení situace klienta se podílejí další subjekty, které tvoří tým s různou mírou zapojení.*“ (Agentura pro sociální začleňování, 2017). CM má tedy mnoho podob, ale s jedním cílem.

3.3 Výhody case managementu

Přednosti CM lze chápat jak z úhlu pohledu klienta/pacienta, tak i pro samotné profesionály. Mezi nejzásadnější výhody patří dostupnost nabízených služeb. K tomu je zapotřebí vyvinout fungující systém různých kontaktů apod. Dalším pozitivem je i kontinuita a koordinace péče, které saturují požadované potřeby cílové skupiny. Jelikož je týmem řešen vždy jeden konkrétní případ (case), je zajištěn i zcela individuální přístup.

Metodou CM vzrůstá angažovanost jednotlivých členů týmů, která s sebou přináší zvyšování odborných kompetencí a autonomie. Důsledkem je pak narůstající prestiž dané profese (Stuchlík, 2001).

3.4 Zásady case managementu

Rapp a Wintersteen (1989) stanovili šest zásad case managementu. Jedná se však o principy aplikované při práci s osobami s duševním onemocněním. Svoji obecností je lze využít během práce se seniorskou populací.

- Zaměřit se na zdravé stránky klienta
- Vyzdvihnout vztah case managera a klienta
- Respektovat klientovo rozhodnutí
- Asertivita
- Reagovat na změnu stavu

- Využívat veškeré dostupné zdroje

Souhrnně o zásadách můžeme říci, že se jedná o proces, který v sobě zahrnuje důkladné mapování možností a schopností klienta, včetně jeho přání a požadavků. Na základě získaných informací pak zvolit nejvhodnější formu spolupráce za dodržování lidských práv a svod. Asertivita spočívá v aktivním přístupu koordinátora v nabízené podpoře a depistážní činnosti. V souvislosti s poskytováním dlouhodobé péče seniorům flexibilně reagovat na změnu stavu (fyzického, duševního, mentálního) a do procesu zapojovat i osoby blízké (Stuchlík, 2001).

3.5 Case manager

V českém jazyce je case manager překládán jako koordinátor podpory. Tak byl označen i v rámci dále zmiňovaného projektu „Podpora neformálních pečovatелů“. Jedná se o profesionála, kterým je nyní v pomáhajících profesích nejčastěji sociální pracovník. Hlavní náplní činnosti je pomáhat klientovi najít cestu z nepříznivé sociální situace. Měl by znát dostupné zdroje k podpoře a efektivně využívat nejen veřejné prostředky. Jeho funkce je primárně koordináční. Není možné, aby byl odborníkem na všechny obory, které se do případového procesu zahrnují (Solařová, 2013).

Objektem působnosti case managera v LTC není pouze senior, ale jsou jimi ve velké míře i osoby blízké podílející se na péči. Jedná se o velmi početnou skupinu tzv. neformálních pečujících, kteří se ve velké většině rekrutují z řad rodiny. Z výsledků projektu „Podpora neformálních pečovatелů“ byli za cílovou skupinu pozice case managera označeni:

- pečující osoby poskytující dlouhodobě péči nejen seniorům
- pečující osoby, které péči ukončily
- senioři

Case manager pracuje v několika rovinách. V první, počáteční fázi, se zaměřuje na budování vztahu s klientem a hodnocení stavu. V druhé fázi spolupracuje s dalšími odborníky (osobami), kteří jsou v kontaktu s klientem, anebo jej nějakým způsobem ovlivňují. Existuje několik metod, které lze využít v této fázi. Jedná se o facilitovaná

setkání odborníků či případové konference. V obou případech by měl case manager disponovat dobrými komunikačními a manažerskými schopnostmi (Solařová, 2013; Stuchlík, 2001).

3.5.1 Kompetence case managera

Cílem CM je jednoznačně funkčně vytvořená spolupráce a koordinace veškerých dostupných služeb pracujících s cílovou skupinou. Na profesionálního case managera jsou tak kladeny obrovské koordinační nároky pro uplatnění komunitního způsobu poskytování zdravotně sociální péče seniorům.

Ve své práci využívá přístupy orientované jak na přímou práci s tímto okruhem osob, tak i metody manažerské, určené pro vedení týmu odborníků. Pro definování schopností a dovedností case managera můžeme využít opět zkušenosti z oblastí podpory osob s duševním onemocněním a SPOD. Zde je case manager odpovědný za vedení celého případového procesu.

Jasně vymezené kompetence můžeme nalézt v Národní soustavě povolání pro koordinačního pracovníka v sociální oblasti. Sociální pracovníci, respektive zřizovatelé, pracující v sociálních službách a na úřadech obcí a krajů, mají zákonnou povinnost koordinovat služby péče (Zákony o obcích, o krajích a o sociálních službách). Z tohoto důvodu se vymezené kompetence ve jmenovaném zdroji jeví jako optimální. Jedná se o schopnost efektivní komunikace, kooperace, plánování, leadershipu, flexibility, samostatnosti a řešení problémů (Národní soustava povolání, 2017).

3.6 Shrnutí

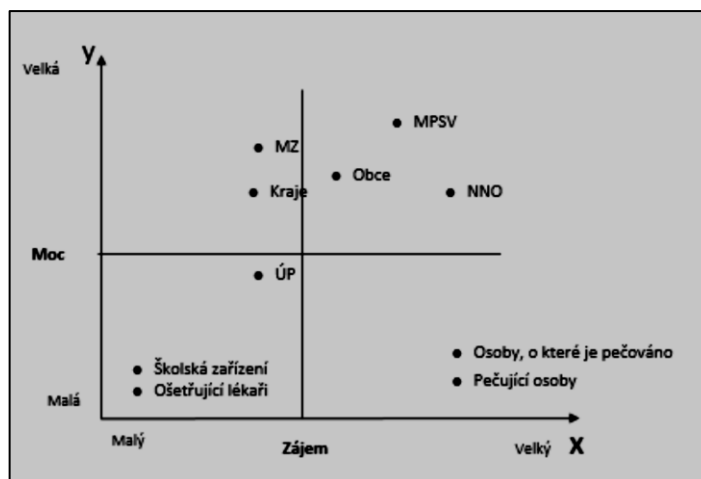
CM je současně nástrojem a metodou k efektivnímu způsobu řešení nepříznivé sociální situace. Nejvíce zkušeností s CM je v oblastech péče o duševně nemocné a sociálně právní ochrany dětí. Pro koordinaci zdravotně sociálního systému péče o seniorskou populaci má nejlepší předpoklady asertivní komunitní přístup se zapojením veškerých zainteresovaných stran.

4 Aktéři dlouhodobé péče

Péče o seniora se sníženou soběstačností je multidisciplinární záležitostí. Tak, aby péče o tuto cílovou skupinu byla co nejvíce efektivní, musí se na ní podílet několik subjektů. Na tom se shodne většina aktérů dlouhodobé péče. Ti byli návrhem věcného záměru zákona o dlouhodobé zdravotně sociální péči a Expertním panelem pro dlouhodobou péči identifikováni jako Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo zdravotnictví, Úřad práce ČR, Okresní zpráva sociálního zabezpečení, kraje, krajské úřady, obce, obecní úřady obcí s rozšířenou působností, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, osoby s potřebou dlouhodobé péče a zdravotní pojišťovny (MPSV, 2011; MPSV, 2012). Do této skupiny však zcela určitě patří i neformální pečovatelé.

V rámci projektu „Podpora neformálních pečovatelů“ byly stanoveny odhady týkající se zájmu a moci vybraných aktérů na zavedení pozice case managera znázorněné grafem č. 3. Z výsledků je zřejmé, že především Ministerstvo práce a sociálních věcí má vysoký zájem na zavedení pozice case managera stejně tak jako osoby, o které je pečováno a pečující osoby. Ty však mají jen velmi malou moc na jejím ustanovení (Geissler, a další, 2015).

Graf 3 Grafické znázornění analýzy aktérů dlouhodobé péče

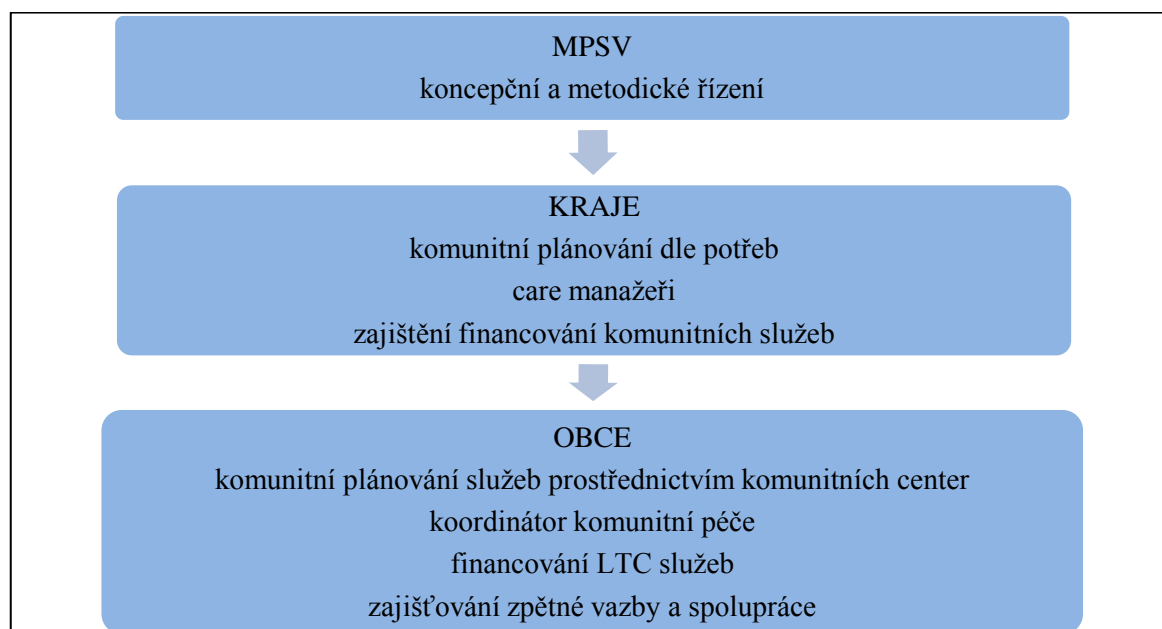


Zdroj: Geissler et al., 2015d

Kalvach (2014) označil za funkční systém služeb a podpory seniorů žijících v komunitě a vyžadujících dlouhodobou péči takový, který se skládá z dostupných relevantních služeb, jako jsou všeobecní praktiční lékaři, místní úřady (odborní sociálních věcí obecních úřadů II. a III. stupně), Úřady práce ČR, místní zdravotní a sociální služby, nestátní neziskové organizace, dobrovolníci, neformální pečující, ale i okolní obce a krajský úřad.

Expertní panel pro dlouhodobou péči pak navrhl způsob řízení LTC, který znázorňuje tabulka č. 1. Jednotlivé aktéry a jejich vstup do koordinované podpory jsou popsány v následujících kapitolách.

Tabulka 1 Návrh řízení dlouhodobé péče



Zdroj: Válková, 2015

4.1 Ministerstva

Zejména Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo práce a sociálních věcí již několik let spolupracují na tvorbě politiky k nalezení konsenzu v této oblasti. Jedním z výstupů je např. Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017. Ten deklaruje, že stěžejní prostředky k zajištění kvalitní péče o seniory je flexibilita a prostupnost jak zdravotnických zařízení, tak sociálních služeb s maximální participací

rodiny. Právě rodina, jakožto skupina neformálních pečujících, by měla zaujímat principiální postavení, tzv. neformální péči. Záměrem NAP je investovat do vzdělávání a podpory neformálních pečujících ke zvýšení jejich kompetencí, což povede ke zkvalitnění tohoto specifického druhu péče, redukci nákladům pro zdravotní a sociální systém, ale také nižšímu výskytu zdravotních komplikací (Dvořáčková, 2012).

V minulosti proběhlo již několik bipartitních jednání, které však stále potvrzují zhruba 25 let existující jakousi resortní dvojkolejnost, jejímž důsledkem je neefektivní vynakládání prostředků obou systémů podílejících se na dlouhodobé péči o seniory. Mnohdy dochází k dublování nebo opačně k negativním kompetenčním konfliktům, kdy senior propadá jak sítem sociálního systému, tak i zdravotního (Kalvach, 2014).

Návrh věcného záměru zákona o dlouhodobé zdravotně sociální péči, resp. jeho důvodová zpráva, reagoval na Programové prohlášení vlády ze dne 4. srpna 2010. Ta se v tomto prohlášení zavázela mimo jiné i k vymezení, dostupnosti a podpoře dlouhodobé, zdravotně sociální péče. V současné době však bylo od tvorby zákona o dlouhodobé péči ustoupeno, jelikož by tuto oblast, dle Legislativní rady vlády, měly upravovat stávající zákony č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, respektive jejich novely.

Ministerstvo práce a sociálních věcí je zásadním aktérem v jednání o ustanovení koordinátora zdravotně sociálních systémů. Ve spolupráci s Fondem dalšího vzdělávání v rámci projektu „Podpora neformálních pečovatelů“ pojmenovává důležitého aktéra dlouhodobé zdravotně sociální péče jako koordinátora podpory. Jak již bylo popsáno v kapitole č. 2.3 (Současný stav dlouhodobé péče o seniory v České republice), je termín podpora ve vztahu k příjemcům péče důstojnější a současně pojímá širší pojetí tohoto uceleného konceptu. Zejména pojem „péče“ v řeči zákona o sociálních službách je jasným vymezeným typem poskytování potřebné pomoci, a však v pojetí dlouhodobé péče by tento termín mohl mít své limity, jelikož sociální systém České republiky je podstatně rozsáhlejší.

Ministerstvo práce a sociálních věcí v rámci pracovní skupiny „Péče o seniory“ poměrně hluboce roli koordinátora diskutovalo. Do debaty byli zapojeni i zástupci

realizačního týmu projektu „Podpora neformálních pečovatелů“. Dle výstupů „Studie o významu zavedení koordinátora podpory pro pečující osoby a osoby odkázané na pomoc druhých“ by měl být nejprve jasně vymezený okruh osob, kterým by koordinátor podpory poskytoval své služby a poté právně vymezena pozice koordinátora. Cílem této nové pracovní pozice by mělo být propojení zdravotních služeb se sociálními, které je v České republice stále nedostatečné (Tomešová, et al., 2015).

I Ministerstvo zdravotnictví, jak bylo výše popsáno, je aktérem dlouhodobé péče. Stejně jako byly snahy ze strany Ministerstva práce a sociálních věcí zavést ucelený koncept dlouhodobé zdravotně sociální péče, tak i Ministerstvo zdravotnictví započalo práci, společně s MPSV na návrhu zákona o koordinované rehabilitaci týkající se osob se zdravotním postižením. Teze (návrh) právní úpravy ze dne 31. 10. 2013 předkládá nutnost zavedení systému ucelené rehabilitace u oprávněných osob, kterými jsou osoby s duševním, mentálním nebo smyslovým handicapem a osoby tímto postižením ohrožené. Jedná se o osoby, jimž postižení v kombinaci s bariérami může bránit inkluzi. Tedy jak o jedince se získaným, tak i vrozeným handicapem. Zcela oprávněně sem patří i senioři, kteří vlivem degenerativních změn organismu, patřících k procesu stárnutí, neodmyslitelně patří. I zde je počítáno se zřízením pozice koordinátora, a to buďto pomocí systému sociálních služeb v odborných sociálních poradnách, anebo zavedením rehabilitačních koordinačních center jednotlivých krajů. Jeho kompetence by měly sahát do zdravotně sociálních oborů. Jedna z jeho možných forem by mohla navazovat na pozici zdravotně sociálního pracovníka (Tomešová, et al., 2015), jehož činnost je již vymezena Vyhláškou č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků § 9. V řeči navrhovaného zákona o koordinované rehabilitaci by se jednalo o ustanovení rolí koordinátora a kontaktního pracovníka, kteří by poskytovali odborné poradenství, zabezpečovali průběh komplexní rehabilitace a uplatňování práv a oprávněných zájmů. Cílem jejich práce by tak měla být i podpora péče v domácím prostředí a zvýšení dostupnosti a informovanosti o zdravotních a sociálních službách (Tomešová, et al., 2015).

Expertní panel pro dlouhodobou péči navrhl, aby MPSV zastávalo především koncepční a metodickou činnost, která by měla být v oblastech komunitního plánování, vzdělávání, definování standardů a alokaci finančních a dalších zdrojů (Válková, 2015).

4.2 Kraje a obce

Obce, jakožto základní subjekty veřejné správy, mají vymezeny své základní povinnosti vztahující se k péči o své občany těmito relevantními zákony:

- zákon č. 129/2000 Sb., o krajích
- zákon č. 128/2000 Sb., o obcích
(resp. zákon č. 131/2000 Sb., o hlavním městě Praze)
- zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Klíčové postavení obcí spočívá ve správě veřejných statků a infrastruktury souvisejících s kvalitou života a soudružností společnosti. Zákon o obcích ukládá v § 35 obcím pečovat a vytvářet podmínky pro rozvoj sociální péče pro uspokojování potřeb svých občanů zejména v oblastech bydlení, ochrany a rozvoje zdraví, dopravy a spojů, informovanosti, výchovy a vzdělávání, celkového kulturního rozvoje a ochrany veřejného pořádku. Kraje a obce mají, mimo jiné, i zajistit koordinaci poskytování sociálních služeb: *„na území svého správního obvodu koordinuje poskytování sociálních služeb a realizuje činnosti sociální práce vedoucí k řešení nepříznivé sociální situace a k sociálnímu začleňování osob; přitom spolupracuje s krajskou pobočkou Úřadu práce a krajským úřadem“* (Zákon č. 108/2006 Sb., § 92). Zákon o sociálních službách též ukládá krajům a obcím povinnosti k zajištění potřeb svých občanů: *„zjišťuje potřeby poskytování sociálních služeb osobám nebo skupinám osob na svém území, zajišťuje dostupnost informací o možnostech a způsobech poskytování sociálních služeb na svém území, spolupracuje s dalšími obcemi, kraji a s poskytovateli sociálních služeb při zprostředkování pomoci osobám, popřípadě zprostředkování kontaktu mezi poskytovatelem a osobou* (Zákon č. 108/2006 Sb., §§ 94, 95) a další. Z citované legislativní úpravy vyplývá, že obce a kraje by se měly na zřízení pozice koordinátora a její implementace jednoznačně podílet, nicméně její konkrétní definici v těchto zákonech

nenalezneme. Můžeme se pouze domnívat, že by koordinátor mohl být efektivním nástrojem k plnění citovaných §§ zákona o obcích a sociálních službách.

Z výzkumu, který probíhal v rámci projektu „Podpora neformálních pečovatелů“ formou on line dotazníků mezi kraji České republiky a jehož cílem bylo zmapovat postoje krajů a obcí k oblasti poskytování neformální péče, bylo zjištěno, že je pro většinu marginálním. Z toho lze dovodit, že i zájem na zřízení pozice koordinátora podpory, je ovlivněn tímto smýšlením. Účastníky kulatých stolů v rámci zmiňovaného projektu, však byla role obcí k zavedení pozice koordinátora vyhodnocena jako prioritní.

Další povinností krajů (obcím se ukládá pouze možnost), uloženou zákonem o sociálních službách, je *„zpracovat střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve spolupráci s krajem, poskytovateli sociálních služeb na území obce a za účasti osob, kterým jsou poskytovány sociální služby“*. Obce nemusejí zpracovávat tento strategický a efektivní nástroj podpory, kterým by mohly předcházet resortismu, a vedl by k podpoře integrace zdravotně sociálních systémů.

V kompetenci obcí, respektive obecních úřadů obcí s přenesenou působností, je také vykonávat terénní sociální práci a poradenství, včetně zajištění koordinace poskytování sociálních služeb a dále *„na základě oznámení poskytovatele zdravotních služeb zjišťuje, zda je nezbytné poskytnout osobě umístěné ve zdravotnickém zařízení služby sociální péče a zprostředkovává možnost jejich poskytnutí; v případě, že nelze služby sociální péče osobě poskytnout, sděluje neprodleně tuto skutečnost poskytovateli zdravotních služeb, v jehož zdravotnickém zařízení je osoba umístěna“* (Zákon č. 108/2006 Sb., § 92). Tímto de facto zákon umožňuje koordinaci poskytování, respektive zajištění návaznosti sociálních služeb na služby zdravotní.

Obec, jakožto důležitý aktér posilování a pěstování soudržnosti komunity, je tedy i ze zákonných důvodů logicky nedílnou součástí koordinace dlouhodobé péče. V souvislosti s tímto byla účastníky kulatého stolu projektu „Podpora neformálních pečovatелů“ diskutována delimitace agendy nepojistných sociálních dávek z Úřadu práce ČR zpět do kompetencí obcí II. a III. typu, jak tomu bylo před rokem 2012. Současný stav

totiž rozděluje agendu nepojistných dávek a sociální práce mezi dvě různé instituce. Opětovné sloučení by mělo zvýšit jejich dostupnost a efektivitu podporující komplexní charakter (Tomešová, et al., 2015). Po vzoru Švédska by tak obec mohla vytvářet podmínky pro práci koordinátora. I Expertní panel pro dlouhodobou péči označil kraje a obce za subjekty řízení dlouhodobé péče, kde je krajům navrhováno zřídit specializovaná komunitní centra za pomoci care managerů a obcím koordinátory komunitní péče v rámci komunitních center pro zajištění služby LTC (Válková, 2015).

4.3 Úřad práce ČR

V systému dlouhodobé péče je postavení Úřadů práce ČR od roku 2012 klíčové. S účinností zákona č. 73/2011 Sb., o úřadu práce došlo k reorganizaci, v rámci níž vznikla i kontaktní pracoviště a krajské pobočky zabezpečující agendu nepojistných dávek včetně příspěvku na péči. Informace o žadatelích a příjemcích příspěvku na péči a dalších nepojistných dávek, jsou pro činnost koordinátora zásadní. Výhodou umístění koordinátora pod Úřady práce ČR jsou především informace o osobách evidovaných v softwaru OK Stat, do kterého jiní aktéři (obce a kraje) mají jen omezený přístup. Tyto informace by však mohly sloužit pro potřeby sestavování střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb a depistáže. Jednotný informační systém práce a sociálních věcí (JISPSV) umožňuje tyto informace získat, ale pouze za dodržení anonymizace osobních údajů. Jedním ze systémových řešení pro účely pozice koordinátora se jeví zpřístupnění databáze v plném znění pro sociální pracovníky obcí a krajů tak, aby mohly naplňovat povinnosti vyplývající ze zákonů o obcích, krajích a sociálních službách uvedených v kapitole č. 4. 2 (Kraje a obce).

4.4 Zdravotní péče

Poskytovatelé zdravotních služeb jsou stěžejními aktéry dlouhodobé péče. Formy poskytování zdravotní péče jsou různé, a to pobytové, ambulantní i terénní. Všechny tři zmiňované formy by měly být zahrnuty do koordinace zdravotně sociálních systémů.

Rozvoj technologií a přísun nových poznatků vede k rozmachu úzce specializovaných medicínským oborů. Na úkor toho dochází i k nekoordinovanosti poskytování zdravotní péče samotné. Důkazem je polypragmazie nebo duplicitní užívání

léků předepsaných různými specialisty. Současná medicína nedokáže efektivně pracovat s polymorbidními pacienty/seniory („geriatric frailty“⁷). Nynější zdravotní systém založený na modelu „disease-oriented“⁸ nedostatečně reflektuje potřeby seniorů s různými formami disability tak, aby si dokázali udržet funkční zdraví, důstojnost, soběstačnost, kvalitu zdraví a přitom se cítili bezpečně (Kalvach, 2014; Dvořáčková, 2012).

V souvislosti s koordinací zdravotně sociálního systému v téže zákonu, konkrétně v § 46 odst. 1 písm. c) ukládá poskytovatelům zdravotní péče povinnost: „*aby byl pacient informován o dalších zdravotních službách a dalších možnostech sociálních služeb, které mohou zlepšit jeho zdravotní stav, zejména o možnostech sociální, pracovní a pedagogické rehabilitace*“. Zda dochází ze strany zdravotnického personálu k naplňování této povinnosti je otázkou, jelikož jejich odborné kompetence nesahají do oblasti poskytování sociální péče.

Zdravotní péče poskytovaná v domácím přirozeném sociálním prostředí je neinstitucionální variantou lůžek následné péče, kde jsou převážně hospitalizováni pacienti s chronickými obtížemi. Těmto pacientům je většinou poskytována péče týkající se léčby chronických ran nebo péče léčebné rehabilitace. Aktéry dlouhodobé péče poskytované v přirozeném sociálním prostředí seniora z oblasti zdravotnictví jsou pak především všeobecní praktičtí lékaři, všeobecné sestry, zdravotničtí asistenti, fyzioterapeuti a ergoterapeuti. Své místo by zde jistě našli i nutriční terapeuti a komunitní sestry. Praktičtí všeobecní lékaři a lékaři specialisté samozřejmě také (Válková, 2015).

4.4.2 Všeobecná sestra

Domácí péči v našich podmínkách vykonává všeobecná sestra s odbornou způsobilostí (925), která je rozdělena do 4 kategorií podle potřebných úkonů a času

⁷ „Je to synonymum křehkosti reprezentované více příznaky a symptomy, jako je pokles svalové hmoty, slabost, únava, špatná tolerance zátěže či zpomalená motorická aktivita. U seniorů žijících v ústavěch je výskyt ještě vyšší. Frailty je stav poklesu až vyčerpání fyzických rezerv organismu a zvýšené vulnerability ke všem druhům stresu – tyto stavy, od akutní infekce přes zhoršení hospitalizací, mohou identifikovat jedince, u nichž bude snížena tolerance ke všem invazivně medicínským intervencím obecně“ (Rockwood, 2004).

⁸ Model orientovaný na chorobu.

stráveného u pacienta. Všeobecná sestra v dlouhodobé péči v domácím prostředí vykonává tzv. domácí péči plně hrazenou z veřejného zdravotního pojištění. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách § 10 odst. 1 písm. b) stanovuje domácí péči „jako péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta, kterou je ošetrovatelská péče, léčebná rehabilitační péče nebo paliativní péče. Domácí péči vykonává všeobecná sestra, dětská sestra, ženská sestra s odbornou způsobilostí dle zákona č. 96/2004 Sb., vyhlášky 55/2011 poskytují domácí zdravotní péči na základě indikace ošetřujícího lékaře u klientů, kteří jsou plně, nebo částečně závislí na pomoci druhé osoby, u nichž je nutné zajistit pokračování dlouhodobé i následné péče, nebo doléčení z důvodu chronického i akutního onemocnění“. Domácí péče může být poskytována i několik měsíců a let a výrazně přispívá ke zkvalitnění života příjemců. Všeobecná sestra se specializací v geriatrickém ošetřování (geriatrická sestra) je úzce specializovaným odborníkem se zaměřením na péči o seniorskou populaci. Má vysoké kompetence k posouzení stavu geriatrického pacienta z ošetrovatelského pohledu a je oprávněna vést tým nelékařského týmu dlouhodobé péče, ale i komunitních služeb (Válková, 2015).

Domácí péče, kterou vykonává všeobecná sestra s odborností 925, může být poskytována pouze na základě indikace lékaře. Tím je buď všeobecný praktický lékař, nebo ošetřující lékař. Ošetřující lékař je oprávněn vystavit poukaz na domácí péči max. po dobu dvou týdnů (Národní centrum domácí péče České republiky, 2017a).

4.4.3 Lékař

Lékaři, kteří mohou ordinovat domácí péči, se dělí v přístupu k ní na dvě skupiny. Jedni v ní spatřují jakousi míru konkurence a druzí ji naopak velice vítají. Považují ji za rozšíření svých možností v péči o své pacienty. Motivace lékařů k předepisování domácí péče je ovlivněna dvěma aspekty, a to ekonomickým a administrativním. Kapitační platba za pacienta vedeného v ordinaci všeobecného praktického lékaře je hrazena pojišťovnou i v době hospitalizace. Lékaři tak nevznikají náklady na péči o takového pacienta, přestože mu je poskytována zdravotní péče jiným způsobem. Oproti tomu poskytování domácí péče náklady lékařům přináší (Čípková, et al., 2014).

Stejně tak jako všeobecné sestry s odborností 925, tak i samotný lékař (všeobecný praktický lékař) může své pacienty navštívit v jejich domácnosti. Jedná se tzv. návštěvní službu dle 4 § zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Ze statistických údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR ale plyne, že je tento úkon ze strany lékařů poskytován stále méně. Zatímco v roce 2007 daný úkon lékaři vykazali zdravotním pojišťovnám v absolutním počtu 1 432 914, v roce 2010 to bylo už jen 920 334, v roce 2012 pak 807 261 a v roce 2016 pouze v 660 989 případech (NZIS Report, 2017).

Ošetřující lékař (všeobecný praktický lékař i lékař specialista) bývá většinou první osobou, která identifikuje potřebu zavedení dlouhodobé péče u svého pacienta. Bývá také tím, kdo tuto skutečnost sděluje i blízkým osobám, avšak není to jeho zákonnou povinností. A při tom lékař stále představuje, zejména pro starší generaci, autoritu, na kterou se pravidelně lidé obracejí. Kontakt a spolupráce lékaře a koordinátora by přispěla k včasější a efektivnější podpoře seniora v setrvání v domácím prostředí.

I v rámci projektu „Podpora neformálních pečovatелů“ byl několikrát ze strany členů fokusní skupiny označen praktický lékař jakožto osoba, u které by pečování a pečující hledali otázky týkající se podpory při pečování v komunitě (Tomešová, et al., 2015). Činnosti praktického všeobecného lékaře však toto nezahrnují, nicméně je potřeba s danou informací pracovat a využívat ji v rámci dlouhodobé péče o seniory.

4.4.4 Komunitní sestra

Diakonie Českobratrské církve evangelické v rámci rozsáhlého projektu s názvem „Pečuj doma“ zdůrazňuje funkci komunitní sestry. Např. v roce 2015 vyšla publikace s názvem „Jak zůstat déle doma?“, kterou vydal Institut důstojného stárnutí Diakonie Českobratrské církve evangelické, kde je postavení komunitní sestry spatřováno v koordinaci služeb, zajišťování informací a včasné pomoci (Pečuj doma, 2017). Ta je Vyhláškou č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků definována v § 59 takto: „*vykonává činnosti podle § 54 při poskytování primární péče, integrované péče a preventivně zaměřené ošetrovatelské péče o jednotlivce a skupiny osob ve vlastním sociálním prostředí /.../ Může*

bez odborného dohledu a bez indikace komplexně analyzovat zdravotní a sociální situaci jednotlivce ve vlastním sociálním prostředí nebo skupiny občanů z hlediska koordinace poskytované zdravotní a sociální péče, všechna vhodná zařízení zdravotní a sociální péče a koordinovat poskytovanou integrovanou péči, komplexně analyzovat zdravotní a sociální situaci pacientů a osob blízkých z hlediska ošetrovatelské péče, realizovat poradenství pro skupinu občanů ve spolupráci s odpovědnými orgány; bez odborného dohledu na základě indikace lékaře nebo odborného pracovníka v ochraně a podpoře veřejného zdraví v rozsahu své odborné způsobilosti vypracovávat hodnocení zdravotních rizik jednotlivce ve vlastním sociálním prostředí nebo skupiny občanů a sestavovat priority při jejich řešení na základě epidemiologických a statistických dat a výsledků výzkumů, připravovat a organizovat preventivní prohlídky, vyšetření a očkování. Z legislativního zakotvení komunitní sestry je zřejmé, že její činnost je spíše orientována na ošetrovatelskou péči, i když v přirozeném sociálním prostředí seniora. Je otázkou zda zdravotnický pracovník dokáže provést sociální šetření v celé své šíři a následně navrhnou nejefektivnější způsob řešení nepříznivé sociální situace. Nutno však dodat, že i věcný návrh zákona o dlouhodobé zdravotně sociální péči navrhoval ustanovit komunitní sestru, jakožto zaměstnance obce, který by měl identifikovat objekty dlouhodobé péče a zajišťovat pak vhodnou zdravotně sociální péči (MPSV, 2011; MPSV, 2011).

4.4.5 Zdravotně sociální pracovník

Činnosti zdravotně sociálního pracovníka stanovuje Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků č. 55/2011 Sb., v § 9: *„provádět sociální prevenci, včetně depistážní činnosti, zaměřenou na cílené a včasné vyhledávání jedinců, kteří se v důsledku své nemoci nebo nemoci blízkých osob mohou ocitnout nebo se již ocitli v nepříznivé sociální situaci, provádět sociální šetření u pacientů a posuzovat životní situace pacienta ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům, podle potřeby objektivizovat rozbor sociální situace návštěvní službou v rodinách, na základě spolupráce s orgány veřejné správy, popřípadě dalšími subjekty a o zjištěných skutečnostech zpracovávat zprávu o posouzení životní situace pacienta, sestavovat plán psychosociální intervence do životní situace pacienta, včetně rozsahu, druhu a potřeby*

sociálních opatření, ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky tato opatření realizovat, zajišťovat sociálně-právní poradenství ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům, účastnit se integrace pacientů, kteří takovou pomoc potřebují v důsledku chybějících fyzických, psychických nebo sociálních schopností, narušených sociálních vztahů nebo jiných překážek do společenského prostředí; k aktivní účasti na této integraci získávat pacienty a jejich sociální okolí, v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přípravě a organizaci rekondičních pobytů, v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přípravě propuštění pacientů, včetně zajištění další péče a služeb, v případě úmrtí pacientů provádět odborné poradenství v sociální oblasti; u osamělých zemřelých pacientů zajišťovat záležitosti spojené s úmrtím.

Kompetence zdravotně sociálního pracovníka jsou široké a zasahují do obou systémů. Z legislativně deklarovaných odborných kompetencí vyplývá jeho potencionální umístění na pozici case managera.

4.5 Sociální péče

4.5.1 Sociální pracovník

Sociální pracovník má taktéž legislativně vymezeny své kompetence. § 109 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách uvádí: *„Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby 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 rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.* Z citace ze zákona o sociálních službách je zřejmé, že sociální pracovník je jednou z osob, která je plně kompetentní k participaci na systému LTC, a to nejen v domácím prostředí. Jeho činnost je však úzce zaměřena na sociální aspekty života bez přímé návaznosti na zdravotní péči.

Case management však bývá nástrojem a metodou jeho práce. Tyto dovednosti lze přenést do systému koordinace zdravotně sociálních systémů v oblasti péče o seniory v přirozeném sociálním prostředí.

4.6 Neformální pečující

Společnost má přijímat stáří jako přirozenou realitu a starší subpopulaci jako svou neoddělitelnou součást (Poledníková, 2006). Starý člověk je součástí rodiny, která je základní jednotkou lidského společenství.

Možnost setrvat se svými blízkými i v závěrečné etapě života umožňuje seniorům více saturovat jejich životní potřeby. Rodinu lze chápat jako nejdůležitější faktor v pomoci seniorům vyrovnat se s problémy přicházejících s věkem (Hrozenská, et al., 2013), a to nejen zdravotními, ale i sociálními a ekonomickými zejména při ztrátě životního partnera.

Neformální pečující v naší republice jsou početnou skupinou pečujících, která vstupuje do procesu poskytování dlouhodobé péče v domácím prostředí. Oproti jasně vymezeným kompetencím jak zdravotních, tak i sociálních systémů ji nemůžeme přiřadit ani k jednomu z uvedených aktérů. Nicméně jí nelze odepřít její zásadní roli v péči o seniorskou populaci (Kalvach, 2014).

Ze srovnání neformálních poskytovatelů péče podle vztahu k příjemci ve vybraných zemích jednoznačně vyplývá jejich důležité postavení (viz tabulka č. 2). Podpora neformálních pečovatелů je však v současné době v České republice ze strany státu nízká, i když pečující (fyzická osoba) může být např. zvláštním příjemcem příspěvku na péči nebo dlouhodobého ošetřovného⁹ (Wija, 2012).

⁹ (nejdříve však v 1. pololetí 2018)

Tabulka 2 Neformální pečovatelé podle vztahu k příjemci péče (podíl v %) ve věku 50 let a více.

STÁT	PARTNER/ MANŽEL(KA)	RODIČ	PŘÍBUZNÝ	PŘÍTEL
Rakousko	36,3	34,7	14,7	16,8
Belgie	33,7	40,4	16,6	23,4
Česko	27,5	11,2	33,0	16,2
Dánsko	39,7	41,3	15,9	20,9
Francie	31,8	40,5	19,6	13,7
Německo	34,9	44,2	13,0	21,5
Řecko	33,2	35,2	14,9	14,7
Irsko	28,5	35,2	22,4	18,8
Itálie	23,1	36,2	22,6	24,1
Nizozemsko	27,4	46,9	17,2	24,7
Polsko	33,8	10,6	27,9	8,0
Španělsko	28,0	39,9	20,6	10,9
Velká Británie	34,1	32,2	5,4	27,4
Švédsko	26,5	48,5	19,5	18,1

Zdroj: Wija, 2012

Ze stejného projektu vzešla vysoká angažovanost neformálních pečovatelů pro zřízení koordinátora podpory. Hlasy této početné skupiny aktérů dlouhodobé péče opakovaně kritizovaly nedostatečný přísun patřičných informací pro zabezpečení péče v domácím prostředí a nesystémovost jejich propojení.

4.7 Nestátní neziskové organizace

Postavení nestátních neziskových organizací je čím dál tím více pevnější a je běžnou součástí našich životů. Své aktivity zaměřují i do oblastí zdravotně sociálních. Účelem založení a podpory nestátní neziskové organizace je služba směřující k veřejnému prospěchu (Skovajsa, 2010).

U nás se v oblasti péče a podpory života seniorů v jejich přirozeném sociálním prostředí angažuje např. Diakonie Českobratrské církve evangelické a Asociace poskytovatelů sociálních služeb. Tyto organizace nabízí laické veřejnosti edukační materiály obsahující informace týkající se jak praktického poskytování péče, tak i odkazů na další návazné služby. Diakonie Českobratrské církve evangelické pořádá také semináře

pro laické pečující, kde probíhá výuka základů ošetřovatelství, ale i předávání sociálně právních znalostí.

Zejména projekt „Pečuj doma“ je průkopníkem implementace konceptu dlouhodobé péče o seniory v domácím prostředí, resp. integrace zdravotně sociálních systémů.

4.9 Shrnutí

Z vyjmenovaných aktérů je evidentní, že se jedná o velký počet profesionálů, ale i laiků, kteří jsou zainteresováni do procesu poskytování LTC v přirozeném sociálním prostředí seniora.

Senior do systému LTC poskytované v domácím prostředí může vstoupit z několika stran. Zde je zásadní angažovanost jak samotného seniora, tak veškerých výše uvedených aktérů. Proto je bezesporu zásadní nejprve explicitně definovat okruh osob case managera.

5 Úvod do kvality v dlouhodobé péči

Kvalitě ve zdravotnictví a v sociálních službách je dnes věnována velká pozornost. Oba systémy mají nastaveny procesy, kterými je kvalita poskytovaných služeb zabezpečována.

5.1 Legislativní rámec kvality – sociální péče

Kvalita poskytování sociálních služeb je zakotvena v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a je poskytovatelům ukládána § 88 písm. h). Samotné standardy kvality sociálních služeb jsou uvedeny ve Vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Relevantní pro zabezpečení návaznosti služeb je především standard č. 8¹⁰.

5.2 Legislativní rámec kvality - zdravotní péče

Zdravotní služby mají v oblasti kvality též zákonnou povinnost ve smyslu ustanovení § 47 odst. 3 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., kdy poskytovatel zdravotních služeb je rovněž povinen v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí. Externí hodnocení kvality je založeno ryze na principu dobrovolnosti.

Specifické postavení dlouhodobé péče, kdy je služba poskytována více subjekty, je obtížné dnešními systémy hodnotit její kvalitu. O to více v rámci poskytování zdravotně sociálních služeb v přirozeném sociálním prostředí seniorů. Sdružená akreditační komise (SAK) reflektovala současný demografický vývojový trend a v roce 2009 vydala „Akreditační standardy následné péče“ aplikovatelné též na péči dlouhodobou, které byly o šest let později aktualizovány. I když se jedná o standardy určené pro lůžková zdravotnická zařízení, zohledňují další návaznost služeb ve smyslu poskytování domácí péče. Především standardy oblastí dostupnosti a kontinuity péče (č. 3¹¹) a diagnostické

¹⁰ Kritérium 8a), kritérium 8b) kritérium 8c)

¹¹ Standard č. 3. 5 „Zařízení spolupracuje s poskytovateli ambulantních zdravotnických služeb, s lékaři primární péče, agenturami domácí péče a komunitními službami zdravotnickými a sociálními s cílem zajistit svým pacientům včas a správně další péči.“

péče (č. 4¹²) jsou právě těmito nástroji. Účelem jmenovaných standardů je zabezpečit pacientům ambulantní a terénní návaznost na lůžková zařízení za účelem zkvalitnění života ve svém přirozeném sociálním prostředí a zabránit také možné rehospitalizaci (SAK, 2014).

5.3 Další možnosti řízení kvality dlouhodobé péče

Existují i jiné modely zavádějící kvalitu, a její hodnocení, poskytovaných služeb. Nejčastěji se jedná o řízení kvality dle norem ISO. V sociálních službách pak např. Česká Alzheimerovská společnost zavedla certifikační systém vycházející ze strategie P-PA-IA. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR vyvinula projekt ZQ – Značka kvality, jakožto hodnotící model z pohledu klientů sociální služby založený na udělování hvězd. Další variantou jsou přístupy TQM¹³ a EFQM¹⁴, které nemají tak vysoké nároky na vedení dokumentace jako systém ISO. Důraz je kladen především na zákazníky (klienty/pacienty), prevenci, bezvadnost a trvalé zlepšování (Holmerová, 2015).

5.4 Shrnutí

Kvalitu dlouhodobé péče poskytovanou v přirozeném sociálním prostředí seniora nelze současně platnými normami komplexně řídit a ani hodnotit. Fragmentace zdravotně sociálních systémů se odráží i v této oblasti.

¹² Standard č. 4. 5: „Na základě vstupního vyšetření se plánuje propuštění pacienta.“ (SAK, 2014)

¹³ Jedná se o komplexní metoda řízení kladoucí důraz na řízení kvality ve všech dimenzích života organizací. Překračuje rámec řízení kvality a stává se metodou strategického řízení a manažerskou filozofií pro veškeré konání organizace (Holmerová, 2015).

¹⁴ Model excelence EFQM je praktickým nástrojem pro sebehodnocení organizace vedoucí k jejímu rozvoji (Holmerová, 2015).

EMPIRICKÁ ČÁST

6 Předmět a cíl výzkumu

6.1 Výzkumné otázky

1. Jaké postavení má mít case manager při zajištění kooperace aktérů dlouhodobé péče o seniora v domácím prostředí?
2. Jaké kompetence má mít case manager?

6.2 Stanovení výzkumné metody

Využité metody výzkumu:

- polostrukturovaný rozhovor
- desk research
- stakeholder analysis

Ke kombinaci těchto třech metod bylo přistoupeno na základě ověřování předvýzkumných otázek, jelikož bylo zjištěno, že pozice koordinátora podpory není v současné době v našich podmínkách plně implementováno do procesu péče o seniory.

Nejprve prostou metodou desk research, neboli sekundární analýzou dat, založené na zpracování již existujících dat v podobě odborných publikací, výstupů z výzkumných projektů, formálních a neformálních dokumentů, statických dat apod., byli předběžně identifikováni aktéři podílející se na péči o seniora v jeho přirozeném sociálním prostředí, komunitě. Velkým zdrojem těchto informací byly především materiály OECD (Long-term care for Older People Paris 2005) a různé výstupy pracovních skupin v rámci projektu: „Podpora neformálních pečovatелů“ CZ.1.04/3.1.00/C6.00002. Inspirativním zdrojem byl též návrh věcného záměru zákona o dlouhodobé zdravotně - sociální péči. Analýza těchto dostupných prostředků pro účely diplomové práce zahrnovala shromažďování relevantních podkladů, vztahujících se k určení konkrétní pozice case managera pro účely kvalitní a efektivní koordinace zdravotně sociální péče o seniory. V teoretické části jsou uvedeny příklady zemí, které koordinátora podpory využívají. I tyto údaje sloužili pro tvorbu designu výzkumu, zejména pro hledání kompetencí a postavení case managera

v procesu péče o seniory. Důležitou platformou byly poznatky case managementu z oboru péče o osoby s duševním onemocněním v České republice, kde zejména různé neziskové organizace aktivně využívají koordinátora podpory.

Další metodou byla tzv. „stakeholder analysis“. Jedná se převážně o heuristiku, tedy o metodu zkusného řešení problému, pro který neznáme algoritmus nebo přesnější metodu. Heuristické řešení je často jen přibližné, založené na poučeném odhadu, intuici, zkušenosti nebo na zdravém rozumu. Ve fázi přípravy polostrukturovaných rozhovorů je však výborným pomocníkem. Jelikož jak např. Hendl (2005) uvádí, výzkumník vyhledává a analyzuje různé informace, které přispívají k osvětlení výzkumných otázek.

Na základě těchto poznatků byli identifikováni aktéři LTC poskytované seniorům v jejich přirozeném sociálním prostředí. Zvolení respondenti z velké části korespondovali s označenými aktéry LTC v rámci projektu „Podpora neformálních pečovatелů“.

„Rozhovor je nejčastěji používanou metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu.“ (Švaříček, Šedřová et al., 2007: 159). „In-depth interview“ – hloubkový rozhovor, jakožto dotazování jednoho účastníka výzkumu většinou jedním badatelem, bylo další použitou metodou. Co se výzkumného rozhovoru týče, lze rozlišit dva typy rozhovorů: polostrukturovaný rozhovor vycházející z předem připraveného seznamu témat a otázek, a nestrukturovaný rozhovor, který může být založen na jedné připravené otázce. Badatel se pak dále dotazuje na základě informací poskytnutých zkoumaným účastníkem (Švaříček, Šedřová et al., 2007). Získaná data z rozhovorů byla dále zpracována s použitím kvalitativní analýzy, která využívá prvky zakotvené teorie („grounded theory“). V rámci výzkumu užitého v diplomové práci byly využity jen některé její prvky, jelikož cílem nebylo zpracovat zakotvenou teorii, ale pouze její popis, který je v kombinaci s „desk research“ a „stakeholder analysis“ dostačující. *„Během otevřeného kódování jsou údaje rozebrány na samostatné části a pečlivě prostudovány, porovnáním jsou zjištěny podobnosti a rozdíly, a také jsou kladeny otázky o jevech údají reprezentovaných.“* (Strauss, Corbinová, 1999: 43). Tzn., že výsledkem kódování bylo zpracovat kategorie, na jejichž základě vyplynuly vztahy mezi jednotlivými jevy a následně dány do korelací a poté objasňovány. Následovala komparace zpracovaných jevů s údaji získanými pomocí ostatních dvou užitých metod k získání odpovědí na výzkumné otázky.

V rámci diplomové práce bylo pracováno s citacemi z transkripcí rozhovorů uvedených v textu či boxech. Před samotnou realizací rozhovorů byl sestaven scénář rozhovoru s relevantními otázkami. Na základě uskutečněného pilotní rozhovoru došlo ke změně v pořadí připravených otázek, jelikož původní scénář nezohledňoval uspokojení potřeby bezpečí tazatele a navození patřičné atmosféry k prolomení psychické bariéry. Otázky byly koncipovány pro dostatečné získání užitečných dat k další analýze. V průběhu rozhovorů byly otázky upravovány s ohledem na postavení respondenta ve výzkumu. Bylo zohledněno to, zda byl rozhovor veden s odborníkem ze zdravotní nebo sociální péče, anebo z neformálním pečujícím, jelikož *„cílem kladení otázek je „otevření“ údajů: přemýšlení o možných kategoriích, jejich vlastnostech a rozměrech“* (Strauss, Corbinová, 1995: 55). Veškeré získané poznatky byly pak zpracovány metodou SWOT analýzy pro získání odpovědí na hlavní výzkumné otázky (viz tabulky č. 4 a 5).

Z provedených rozhovorů „face tu face“ byl pořízen se souhlasem respondentů audiozáznam, následně proběhla jejich transkripce bez důrazu na nonverbální projevy. Délka jednoho rozhovoru byla od 30 minut do 90 minut. Ukázka přepisu rozhovoru je uvedena v příloze č. 1. Rozhovor s všeobecným praktickým lékařem probíhal po telefonu. Zde je podstatné zmínit, že bylo velmi obtížné získat lékaře, který by byl ochoten o zkoumané problematice hovořit.

6.3 Stanovení výzkumného vzorku

Pro možnost určení pozice a kompetencí case managera zdravotně sociální péče o seniora, který by podpořil jeho setrvání v domácím prostředí, bylo identifikováno 7 respondentů, a to na základě výstupů a dat uvedených v teoretické části diplomové práce. Rozhovory byly vedeny se širokým spektrem aktérů, mezi nimiž byli jednotliví zástupci z obou oblastí péče (zdravotní a sociální), ale i zástupci kraje, obce a neformální pečující. Struktura rozhovoru byla navržena tak, aby vždy směřovala k odpovědím na výzkumné otázky. Nesourodost výzkumného vzorku se může jevit jako výrazná, avšak pro objektivní výsledky výzkumu bylo potřeba získat informace od všech výše jmenovaných aktérů. Obsah rozhovoru byl vždy pevný, ale otázky byly kladeny způsoby odpovídajícími kompetencím jednotlivých aktérů. Vždy se jednalo o to, aby respondent popsal svje nynější postavení v zabezpečení péče v systému LTC k podpoře setrvání seniory v jeho

domácnosti, ale i bariéry a návrhy na změnu současného stavu. Velká pozornost byla pak věnována analýze rozhovorů s důrazem na agendu či oblast, kterou měli respondenti v gesci, včetně míry participace a vlivu na práci case managera.

Pro účely této diplomové práce byly vedeny rozhovory s osobami v předem vymezené lokalitě obce s rozšířenou působností v Plzeňském kraji. Správní oblast Obce s rozšířenou působností hraničí se Spolkovou republikou Německo. Rozlohou 90 634 ha je druhým největším obvodem v kraji. Svým počtem obyvatel 50 588, což je cca 9 % z celkového počtu obyvatel Plzeňského kraje, je 3 nejlidnatějším. Populace v SO ORP výrazně stárne stejně tak, jak je tomu v celé České republice. Hustota zalidnění je 55,8 obyvatel na 1 km². Přirozený přírůstek obyvatelstva je -59. Index stáří¹⁵ v současné době dosahuje 123,5 procentních bodů. Průměrný věk muže je 41 let a ženy 43,4 let. Ve vymezené lokalitě se nachází 1 nemocnice a 19 ordinací všeobecných praktických lékařů. Střední délka života narozených žen v SO ORP je 80,8 let, narozených mužů pak 75,0 let. Muži se obecně dožívají nižšího věku než ženy. Podíl obyvatel ve věku 65 let a více neustále narůstá. Zatímco v roce 2010 bylo těchto osob 15,2 % v roce 2015 již 18,5 % (ČSÚ, 2016).

Téma výzkumu, ač se to nemusí na první dojem zdát, je v mnohém až intimní. Zejména výpověď zástupce neformálních pečujících, který v rozhovoru popisoval způsob péče o osobu blízkou v terminálním stádiu, je toho důkazem. Proto byl kladen vysoký důraz na anonymitu, a to nejen v případech rozhovorů se zaměstnanci veřejné správy, kteří mohou přímo ovlivnit pozici case managera v souvislosti se svoji metodickou činností. V rozhovorech mnohdy zaznívaly negativní postoje jednotlivých respondentů vůči ostatním aktérům LTC, jejímž odhalením by mohlo dojít k nenapravitelným škodám již v tak nesystematickém pojetí koordinace péče.

Zvolení účastníci výzkumu, referující osoby, jsou pro přehlednost a rychlejší orientaci označeni číslem a uvedeni v tabulce č. 3. Senior, koncový uživatel LTC, nebyl

¹⁵ „Index stáří je velmi často používanou charakteristikou věkové struktury obyvatelstva, která vypovídá o stárnutí populace. Vyjadřuje, kolik obyvatel ze starších věkových skupin připadá na sto dětí. Konkrétně v tomto případě kolik obyvatel ve věku 65 a více let připadá na 100 dětí do 15 let věku.“ (ČSÚ, 2017).

do výzkumu zařazen záměrně, a to z toho důvodu, že jeho potřeby jsou již identifikovány a uvedeny v rámci teoretické části této diplomové práce. Dalším důvodem je i ta skutečnost, že senioři, o které je pečováno, jsou velmi úzce spojeni s neformálními pečujícími, na kterých mají určitou závislost. Lze tedy předpokládat, že jejich potřeby a postoje k zavedení case managera budou totožné. Během oslovování stanoveného výzkumného vzorku zafungoval „efekt sněhové koule“, díky němuž byly získány poznatky poskytovatele domácí hospicové péče.

Tabulka č. 3 Seznam respondentů

Označení	Stručná identifikace aktéra podílejícího se na LTC
Respondent č. 1	zdravotně sociální pracovník v nemocnici okresního typu, místo výkonu práce – následná lůžková péče, sociální lůžka
Respondent č. 2	vedoucí zaměstnanec sociální služby poskytující terénní sociální služby vhodné pro seniory a současně domácí ošetrovatelskou péči
Respondent č. 3	úředník a terénní sociální pracovník zdravotně sociálního odboru (obec II. a III. typu - ORP)
Respondent č. 4	neformální pečující
Respondent č. 5	všeobecný praktický lékař
Respondent č. 6	poskytovatel domácí hospicové péče
Respondent č. 7	úředník sociálního odboru (kraj)

Zdroj: vlastní zpracování

6.4. Etické aspekty výzkumu

Podle Hendla (2005) je výzkumník hlavním prostředkem výzkumu. V souvislosti s lokálním vymezením realizovaného výzkumu (Plzeňský kraj), byl v jednom případě realizován rozhovor s poskytovatelem sociální služby, kde jsem dříve vykonávala kontrolní činnost – inspekci poskytování sociální služby. I když jsem v přípravném rozhovoru s tímto předem identifikovaným respondentem avizovala mé nynější postavení (studentka), bylo ze způsobu vyjadřování respondenta zřejmé, že má obavy vyjadřovat se k mým otázkám. Dokonce i přímo řekl, že má strach z toho, aby se vyjadřoval v mezích

zákona. Proto jsem opakovaně zdůrazňovala dobrovolnost, anonymitu a respekt vůči jeho profesi a snažila jsem se respondentu uklidnit přenesením pozornosti na jiná, volná témata. Daná skutečnost mi umožnila jistou sebereflexi mého postavení a uvědomit si svoji moc, kterou považuji za pomoc (klientům i poskytovatelům sociálních služeb).

Dalším etickým dilematem, s kterým jsem se potýkala, byla vlastní osobní zkušenost s péčí o mého otce v terminálním stádiu. Aby nedošlo ke zkreslení a subjektivnímu výkladu poznatků z výzkumu, byl realizován v jiné lokalitě. Tedy tam, kde jsem se v rámci péče o otce nesešla s jednotlivými aktéry zdravotně sociálních systémů.

7 Výsledky výzkumu

Výsledky výzkumu jsou interpretovány pro vymezené oblasti, které jsou vždy nejprve pojmenovány a poté následují zjištění získaná v rámci rozhovorů s jednotlivými respondenty – identifikovanými aktéry LTC poskytující péči seniorům v přirozeném sociálním prostředí. Transkripce v textu jsou autentické, pro přehlednost a zdůraznění problému jsou některá citována v boxech označených čísly.

Záměrem výzkumu není pouhé identifikování potřebnosti koordinované podpory prostřednictvím case managera, ale i vymezení jeho kompetencí a požadavků na výkon jeho činnosti. Ve vhodných případech došlo k uvedení vyplývajících rámcových doporučení. Z konkrétně pojmenované potřebnosti a analýzy identifikovaných bariér pak vyplývají jednoznačné odpovědi na výzkumné otázky. Ty jsou poté hlouběji konfrontovány s jinými výzkumy v části diplomové práce „diskuse“. Zájem na zavedení pozice case managera narůstá, a to hlavně ze strany různých organizací. Pro ilustraci se jedná např. o iniciativu Diakonie Českobratrské církve evangelické a možnosti uplatnění komunitní sestry pro integraci zdravotně sociálního systému péče v rámci komunity. Pro zajímavost zde uvádím, že ani jeden ze sedmi respondentů neznal pojem komunitní sestra a nedokázal si představit její pracovní náplň. Pouze respondent č. 2 uvedl: *„Ale komunitní sestra? To si nemyslím, že by byla. Ale myslím si, že jsem to slyšela trošku jinak. Jako geriatrická sestra. Je to něco, co asi nepamatuju ani já. Neznám.“*

7.1 Potřeba koordinované podpory

Jedna z otázek kvalitativního výzkumu směřovala k získání informací o vnímání současného stavu komplexní podpory při poskytování dlouhodobé péče seniorům v jejich přirozeném sociálním prostředí. Nynějšímu stavu LTC v České republice se věnovala kapitola č. 2.3 této diplomové práce. Z rozhovorů s respondenty bylo zjištěno, že dosavadní způsob poskytování zdravotně sociální péče je roztržštěn mezi jednotlivé systémy v gesci MPSV a MZ. Dané zjištění vyjádřilo 6 ze 7 respondentů. Hovořili především o potřebě dostatku informací, které by vedly k rychlejší návaznosti na jednotlivé systémy. Zejména z řad neformálních pečujících byla vyslovena vysoká potřeba v této oblasti.

Box 1 Potřeba koordinované podpory – 1. část

Respondent č. 4: *„Víte, bylo toho tolik potřeba zařídit. Pořád něco domlouvat s doktorem, pečovatelskou službou, se sestřičkami a do toho ten strach o něj. Připadala jsem si, že běhám od čerta k ďáblu. Všude vám řeknou jen kousek, a vy si musíte všechno hledat na internetu a shánět po známých místo toho, abychom se opravdu mohli starat o tátu. Strašně jsme ho chtěli domů. Přece ho nenecháme někde samotného? /.../ Víte, ještě že mám v rodině i toho zdravotníka. To taky bylo strašně užitečné. My jsme nevěděli jak s tátou manipulovat na posteli. Jak ho otočit, posadit a ta cévka, proleženina. A ona nám to všechno ukázala a pomáhala nám se to všechno naučit.“*

Zdroj: vlastní zpracování

Pečující se tak k potřebným informacím dostávají zcela intuitivně bez jakýchkoliv známek systematické práce profesionálů z řad pracovníků zdravotních a sociálních systémů. Potřebné informace jsou mnohdy získávány až v situacích, kdy je již nezbytné je řešit, anebo na základě získaných kontaktů s lidmi v podobných situacích či se zkušenostmi z pečujících profesí.

Zástupci z řad poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb také sdíleli nynější dvojkolejnost a nekoordinovanost daných systémů. O nedostatečné informovanosti veřejnosti i odborníků se zmínil i poskytovatel domácí paliativní péče (respondent č. 6), která zcela neodmyslitelně patří do systému LTC: *„S nemocnicí tady u nás je to špatný. Neexistuje, aby se lidi k nám dostali rovnou, návazně po hospitalizaci. To nám zase volají rodiny, ale většinou až v situaci, když už jsou na tom pacienti hodně špatně. S praktickými lékaři je to také obtížné. Moc o nás nevědí, anebo nechtějí slyšet.“* Potřebu koordinované podpory vyjádřili i respondenti č. 1, 2, 3, 5 a 7 viz Box č. 2.

Box 2 Potřeba koordinované podpory – 2. část

Respondent č. 1: „*Já si myslím, že jsou vedle sebe. Není to moc propojený.*“

Respondent č. 3: „*Jsou lékaři, kteří jsou vstřícní a s rodinou komunikují a jsou lékaři, kteří si udělají jen to své. Měli jsme třeba případ plně ležícího seniora a my jsme potřebovali, aby ten praktický lékař došel za ním domů a nestalo se to. Nedostali jsme ho tam. No, to je téměř neřešitelné. Lékař s tím odmítl cokoli mít. Narážíme skutečně na tento problém. Respektive zdravotnická zařízení mají ze zákona povinnost oznámit obci, že končí hospitalizace a že je potřeba jej nějak řešit. Kam ho dáme apod. Narážíme na problém, že ten klient je z nějakého důvodu hospitalizován na akutním lůžku, pak si ho nemocnice převede na LDN. Tam může být jenom tři měsíce. A já si myslím, třeba že si to myslím špatně, ale ta nemocnice po měsíci až dvou, ve spolupráci s tím ošetřujícím lékařem, musí vědět, jestli se ten člověk bude lepší anebo se bude muset někam umístit nebo nějak řešit. V tom momentě, by nám to již měli dávat na vědomí. Již nespočetněkrát jsme s nimi o tom jednali. A oni až v momentě, když mu ta tříměsíční lhůta skončila nebo týden po, nám dají na vědomí. A teď s ním něco honem dělejte. Pak narážíme na situaci, že se nás rodina chodí ptát, proč s tím my něco neděláme a proč ho nechtějí vzít do domova pro seniory. Není to pro nás vůbec průhledný. My nemáme informaci, jestli je tam místo. Největší chyba je v komunikaci mezi těma sociálníma pracovníkama. Pořád mám dojem, že si každý jede ty své klienty, ty své čárky. Mám dojem, že si je nechtějí předávat. Vždyť se na tom musí společně podílet, na tom cíli klienta. Já tomu nerozumím, proč se tohle takhle děje ta nespolečná práce. /.../ No a to komunitní plánování, jo. Tak podle toho všechno máme. Nic není potřeba a vše je dostačující. A my tady bojujeme s tím, co s lidma. /.../ Když jsme tady dřív dělali ty dávky, tak jsme se setkali i s lidma, kteří měli mít průkazku invalidy už léta, ale jejich doktor jim vůbec nic neřekl.*“

Respondent č. 2: „*Oni to ti lidé začnou řešit, až když to potřebují. Hledají a pátrají. Není nikdo, kdo by jim s tím pomohl a takhle se staral.*“

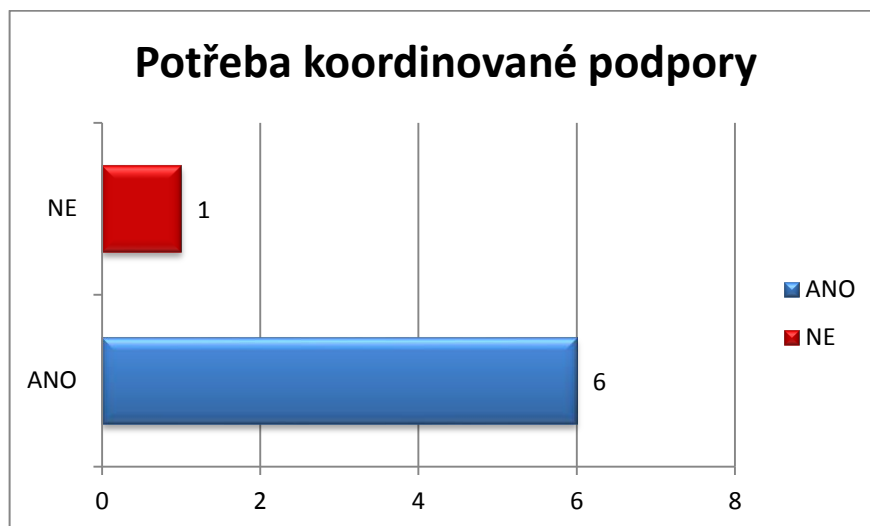
Respondent č. 7: „*Já si myslím, že kdyby každý dělal co má a dělal to dobře, tak se tady spolu vůbec nemusíme bavit o nějakém koordinátorovi.*“

Respondent č. 5: „*Jak se to vezme. Své práce mám až nad hlavu. Za svýma pacientama si chodím sám a home care taky píšu. Někdy za mnou přijdou z (poskytovatel sociálních služeb), jestli si můžou dát letáky do čekárny. A to je tak všechno. Vozí ty obědy, ne? Ale co mi štvě je to, jak strašně dlouho trvá vyřízení příspěvku na péči. Voni než vůbec dorazí na první návštěvu. No chudáci ty lidi, co se pak mají starat o ty babičky a dědečky doma. Z čeho mají žít. Kolikrát jim je vrátí z nemocnice domů a vůbec s nima nediskutují, jestli to zvládnou nebo ne. No to mi jich je potom líto. Chudáci neví, co si mají počít, jak ho třeba krmít, mýt, na koho se obrátit o pomoc. To se ani nedivím, že je rodina raději šoupne do důchodáku.*“

Zdroj: vlastní zpracování

Z citací uvedených v Boxu č. 2 – 2. část je zřejmé, že velkým problémem je nízká informovanost jednotlivých aktérů o možnostech a způsobech poskytování péče v přirozeném sociálním prostředí. Velmi také záleží na nastavení morálního kompasu osob blízkých a jejich ekonomické situaci.

Graf 2 Postoje aktérů LTC k potřebě koordinované podpory



Zdroj: vlastní zpracování

Byl shledán i velmi zajímavý postoj ke koordinované podpoře pouze v rámci poskytování péče v jedné organizaci, nikoliv na povšechnější úrovni. Nejedná se však v pravém slova smyslu o komplexní koordinovanou podporu, ale pouze o interní nastavení

organizace. Přesto je zde daný postoj zmíněn, a to z důvodu ilustrace způsobu poskytování péče, která je mnohdy omezena právě a jen na možnosti organizace, nikoli na saturaci veškerých potřeb seniora (viz Box č. 3). Opomíjí postavení neformálních pečujících, Úřadu práce ČR, komunity a obce pro komplexnost péče a uspokojení vyšších lidských potřeb. Na tuto skutečnost upozornil i terénní sociální pracovník obce, který kritizoval netransparentnost poskytovaných služeb, které nejsou zřizovány městem. Velký nedostatek vidí v tom, že nemůže ovlivnit např. poradník žadatelů o sociální službu, ke kterému nemá oprávněný přístup a nemůže tak operativně řešit nastalé situace: „*No a my to potom dubluje a dostaneme se k závěru, že klient má podáno žádost tam, tam, tam a že není nikde volná kapacita a my maximálně řekneme, že má zůstat dále na sociálním lůžku. To je tak všechno, co my můžeme maximálně udělat. Protože ty poradníky má v rukou jiná organizace, která má svoje řízení. My na to nemáme slovo, aby někoho někam upřednostnili. Takže tady je ta naše pozice úplně špatně. To je u všech tady poskytovatelů. Oni nám třeba řeknou, nemáte komu poroučet.*“ (respondent č. 3).

Box 3 Koordinace pouze v rámci jedné organizace

Respondent č. 2: „*Já si myslím, že by je měl někdo koordinovat. Jinak si tam každý budeme dělat, co bude chtít. To musí někdo jasně stanovit. Třeba ty tam půjdeš v 8, ta tam potom půjde ve čtyři hodiny odpoledne. To musí být. Protože, tady mluvíme o jednom člověku a my těch lidí máme třeba tady 15. Příklad. Jo? To opravdu, podle mého názoru by bylo dobře, aby to někdo koordinoval a jednak i pro to, alespoň já si to tak myslím, aby věděli, co ten člověk jasně potřebuje. Aby si vždycky mezi sebou řekli. Musí si mezi sebou nějaký ty informace předávat, a aby trošku jako byl zachován nějaký dohled. To zní blbě, ale aby se opravdu vědělo, že Mařenka tam byla, pak tam půjde Boženka a večer, že tam půjde třeba Filip zkontrolovat. Takhle si to teda já představuju. /.../ U nás teda funguje, že ony se mezi sebou domlouvají. Jak vedoucí pečovatelské služby tak i vrchní sestra a jasně si řeknou, kdo, kdy a kam půjde. Tzn., že ráno tam jdou třeba sestřičky, nebo ráno se tam dělá třeba hygiena dejme tomu od pečovatelský služby, a pak tam zase třeba přijdou sestřičky změřit tlak nebo já nevím, převázat bercovej vřed nebo něco takovýho. Takže oni to o sobě ví, kdo tam je.*“

Zdroj: vlastní zpracování

Koordinovanou podporu by vítali jak neformální pečovatelé, tak i profesionálové z řad zdravotního i sociálního systému. Zjištění korespondují se současným stavem poskytování LTC v domácím prostředí v České republice.

Koordinovaná podpora by měla především pracovat s neformálními pečujícími, kteří jsou mnohdy z důvodu špatné informovanosti z nastalé situace nutnosti péče o seniora, až zoufalí. Chybí jim opora v systémovém nastavení, neznají všechny instituce, na které se mohou obrátit o pomoc a ani netuší, co vše lze v domácím prostředí a péči o osoby blízké využít.

Dalším důležitým atributem je i čas. Vynaložené úsilí neformálních pečujících, kteří se pokoušejí koordinovat zdravotně sociální systémy svépomocí, je na úkor stráveného času s osobou vyžadující péči, se seniorem. I samotní profesionálové hovoří o neefektivní práci s časem. Jedná se o situace, kdy senior opakovaně propadá sítím péče a jeho situace musí být znova řešena. „*V nemocnici ho zkompenzují, zavodní nebo přeléčí, co bylo zanedbáno. Pak se vrátí domů, kde žije sám a opět se začne zhoršovat, protože občas zapomene vzít léky, nepije, až třeba zase zkolabuje. A my ho opět hospitalizujeme a vše se jede nanovo.*“; uvedl respondent č. 5. Chybí aktivní nabídka a kontinuita poskytovaných služeb.

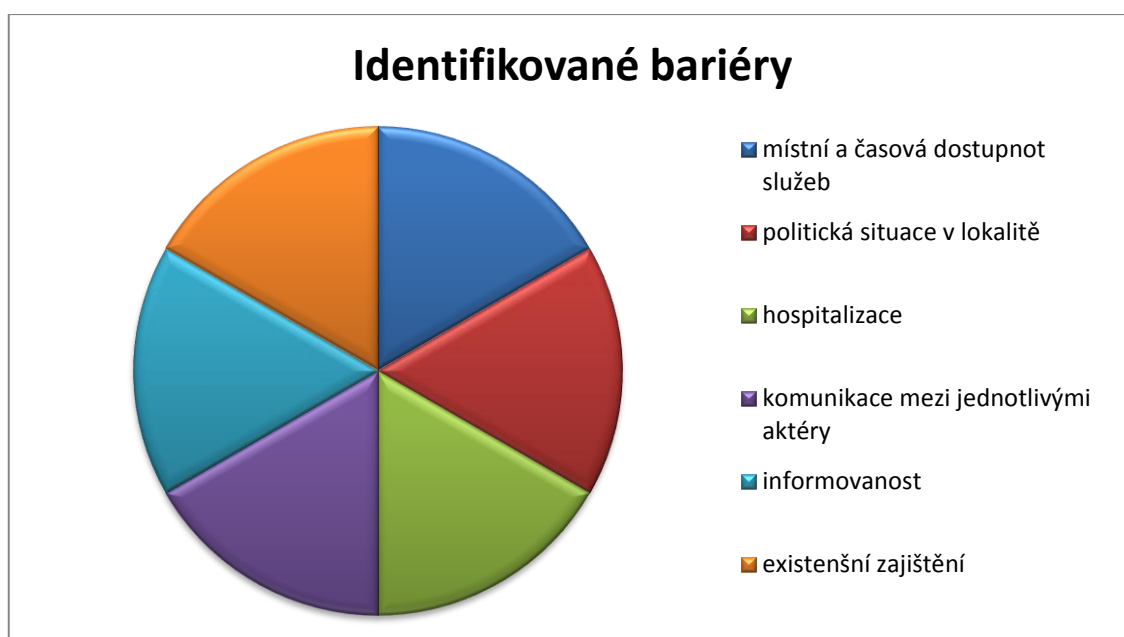
Rámcová doporučení:

- Včasná identifikace seniora, který má předpoklady pro život v komunitě s podporou zdravotně sociálních systémů a osob blízkých.
- Edukace všeobecných praktických lékařů a lékařů specialistů v možnostech integrace zdravotně sociálních systémů v rámci komunity.
- Nastavení case managementu již během hospitalizace seniora.
- Podpora a edukace osob blízkých v oblasti zdravotně sociálních systémů.
- Nastavení a prohloubení efektivní spolupráce mezi aktéry z řad zdravotních a sociálních systémů – účelné komunitní plánování, pořádání kulatých stolů apod.
- Rozšíření kompetencí sociálních pracovníků obce pro možnost sledování a ovlivňování evidencí žadatelů o sociální služby (§ 88 písm. g) zákona o sociálních službách).

7.2 Bariéry koordinované podpory

Účastníci výzkumu poukazovali také na mnohé překážky, které brání zavedení koordinované podpory. Tyto bariéry se týkaly různých oblastí, a to časové a místní nedostupnosti terénních a ambulantních zdravotně sociálních služeb, nastavení komunikace mezi jednotlivými aktéry LTC, špatné informovanosti, formalismu výkladu zákonných povinností (zákonů č. 108/2006 Sb., 372/2011 Sb., 129/2000 Sb. a 128/2000 Sb.), politické situace ve vymezené lokalitě a obavy z existenčního zajištění pečujících osob. Ve výsledcích výzkumu jsou podrobněji prezentovány ty nejčastěji zmiňované, znázorněné grafem č. 5. Jelikož jednotliví aktéři přisuzovali různým bariérám jinou váhu, jsou bariéry v grafu prezentovány pouze ilustračně a se stejnou hodnotou.

Graf 3 Identifikované bariéry zavedení koordinované podpory



Zdroj: Vlastní zpracování

Časová nedostupnost

Časová nedostupnost terénních služeb zkoumané lokality byla kritizována několika účastníky výzkumu (3 případy). Největší problém shledávají v tom, že pečovatelská služba nabízí péči pouze ve všední dny od 7:00 do 15:30. Víkendy, svátky a pozdější odpolední a večerní hodiny nejsou ze strany poskytovatele kryty, i když poptávka po nich je. Jedná se

však o problém, se kterým se potýkají i v jiných částech České republiky. Ostatně oslovený lékař tezi potvrdil, jelikož se domnívá že: „*Vozí ty obědy, ne?*“ Nedokázal vyjádřit, jaké další úkony je možné po pečovatelkách vyžadovat. Koordinátor by tak zcela určitě narážel na časovou omezenost služeb, která by bránila integraci zdravotně sociálních systémů. Na limity časové dostupnosti upozornili i respondenti č. 3 a 1(viz Box. č. 4).

Box 4 Časová nedostupnost

Respondent č. 3: „*No tak, osoba senior, když to budu brát v tom našem regionu. Pokud je senior zdrav a je schopen se o sebe sám postarat, tak to asi není problém nikde. Nicméně tady třeba narážíme v tom našem regionu. Máme sociální služby pro seniory, ale narážíme dost na časovou omezenost těch služeb terénních. Když tedy budeme chtít toho nemocného seniora udržet v tom domácím prostředí co nejdéle, aby byl schopen s nějakou službou se sám o sebe postarat, tak nebudu řešit ty pobytový služby, ale ty terénní. V současné době máme ty terénní služby domácí ošetrovatelskou péčí, pečovatelskou službu. Ty služby jsou ale omezené. Pečovatelská služba je u nás v současnosti do půl čtvrté. A domácí ošetrovatelská péče, tak co vím z vlastní zkušenosti, tak jsou schopni po domluvě jít za tím klientem třeba ještě v pět nebo v šest hodin. /.../ Nejhorší je ten čas. Oni pracují jen do 15:30 a o víkendech a svátcích ne.*“

Respondent č. 1: „*Víte co? Voni by to i využívali, ale řeknou. Ona chodí jenom do půl čtvrtý ta pečovatelka a co potom? Co potom do večera a celou noc? To je jasný, že tam s nima nikdo celou nebude. Ale alespoň, kdyby chodily do šesti nebo do sedmi. Potom by je třeba uložily do postele a tu noc by nějak zvládli. Ale do těch půl čtvrté, to mi přijde hrozně brzo. Pak už nikdo nepřijde. Tady u nás jsou jenom do půl čtvrtý.*“

Zdroj: vlastní zpracování

Rámcová doporučení:

- Zmapovat současný stav poskytování terénních služeb s ohledem na jejich skutečnou potřebnost.
- Poskytovat terénní služby v delším úseku, a to i ve dny pracovního klidu.
- Takto poskytované služby aktivně nabízet.

Místní nedostupnost

S časovou nedostupností služeb jde ruku v ruce i místní nedostupnost. Zde opět narážíme na nastavené mantinely různých poskytovatelů, kteří si v rámci své organizace vymezily teritorium dojezdnosti, což vyústilo ve vytvoření tzv. hluchých míst: „*A taky tady máme oblasti, kam tu pečovatelku nedostaneme, ani kdybyste se rozkrájela. To jsou ty hraniční obce, jo? To je potom taky oříšek, jak to udělat, aby mohl být doma. Každý poskytovatel si stanovil nějakou dojezdovost a my s tím tady neheme. Takže jsou tady místa, kde lidi nemůžou zůstat doma, ani kdyby chtěli, a musejí se jim hledat pobytová místa.*“ Místní nedostupnost služeb pak přímo ovlivňuje místo dalšího žití seniora. Tzn., že i když by senior a jeho osoby blízké měly zájem pečovat v původní domácnosti za podpory terénních sociálních služeb, nejsou jim k tomu vytvořeny vhodné podmínky, a tak může zcela reálně docházet k prodlužování hospitalizace či volbě pobytové sociální služby a postupování v rozporu se základními zásadami zákona o sociálních službách (§ 2). „*Zřízení koordinátora podpory by mělo velký vliv na síťování terénních a ambulantních služeb. Určitě by se po nich zvýšila poptávka.*“ (respondent č. 7). V souvislosti s tímto výrokiem je zřejmé, že pozice case managera by jednak zvyšovalo poptávku po terénních službách, a také by např. v rámci komunitního plánování přinášela důležité informace týkající se dostupnosti služeb. Jelikož jeho činnost spočívá i v terénní práci a depistáži, bylo by možné jeho prostřednictvím získávat údaje o potřebnosti služeb vzhledem ke zjištěnému stavu věci.

Analýzou komunitního plánu SO ORP, kde byl výzkum realizován, bylo zjištěno, že problém místní a časové nedostupnosti, vůbec neobsahuje. Co se týká poskytování pečovatelské služby seniorům, tak dokument uvádí, že tato cílová skupiny nemá příliš vysoký zájem na využívání pečovatelské služby. Jako hlavní důvody jsou uvedeny: fungující rodina a neochota vynakládat příspěvek na péči na pečovatelskou službu (Eberlová, Fremlová, 2014).

Rámcová doporučení:

- Zmapovat současný stav poskytování terénních služeb s ohledem na jejich skutečnou potřebnost.

- Efektivně pracovat s tzv. „síťováním“ sociálních služeb a poskytovatelům služeb v dané lokalitě nastavit pravidla vedoucí k plnému pokrytí.

Lokální politická situace

Úzce s místní a časovou dostupností souvisí i politická situace v dané lokalitě, která přímo ovlivňuje vývoj poskytovaných služeb: *„My jsme terénní pracovníci, jenže samospráva město, nám řekne, že budeme sedět tady a brát telefony a bude tady každý den někdo pro každého občana. No a jak pak máme dodržet zákon a být v terénu, když jsme terénní pracovníci? Když to byl okresní - státní úřad tak jste nenarážela na ty politický věci. Ta sociálka jim to hold kazí.“* Politické naladění samosprávy se odráží i na směru komunitního plánování, do kterého se zapojují nejen poskytovatelé zdravotně sociálních služeb. I když zde mohou předkládat své návrhy a potřeby, konečné rozhodnutí je na straně obce. Ačkoli obce mají ze zákona povinnost na území svého samosprávného obvodu vůči svým občanům zajišťovat patřičné životní podmínky (viz kapitola 4. 2 Kraje a obce), mnohdy se tak neděje: *„Město nás podporuje, asi podle svých možností a myslí si, že dostatečně. My si to ale rozhodně nemyslíme. Minimálně jednou ročně chodíme i do různých zastupitelstev, na jednání města vysvětlovat, co pro ty lidi děláme, jak se o ně staráme. O kolik občanů se staráme. My toho využíváme i pro to, že od nich chceme nějakou finanční podporu a oni nám posílají dotaci. Dávají málo, ale máme zkušenost, že se to vyplatí s tím starostou takhle jednat.“* (respondent č. 2).

Rámcová doporučení:

- Vyzívat občany a poskytovatele služeb k aktivní účasti na řešení integrace zdravotně sociálních systémů v rámci komunity.
- Vytvářet podmínky a činit politická rozhodnutí směřující k posilování komunity, podporovat ve společnosti princip subsidiarity.

Komunikace mezi aktéry

LTC je víceoborová péče, na které se podílí mnoho aktérů. Vzájemná komunikace mezi jednotlivými účastníky výzkumu vykazovala jednoznačné nedostatky, které brání podpoře seniora v přijímání péče v jeho přirozeném sociálním prostředí. Tato komunikační

krize se táhne jako nit již od samotného vzniku potřeby péče např. při zhoršení zdravotního stavu. Zhoršený zdravotní stav seniora může vyústit k návštěvě všeobecného praktického lékaře, anebo až v hospitalizaci. Právě všeobecný praktický lékař byl 4 účastníky výzkumu označen za osobu, která má kvalifikaci k identifikování potencionálních příjemců LTC (4 případy) a na kterou se osoby obracejí (neformální pečující). A však odezva ze strany lékařů je různá (viz Box. č. 5).

Box 5 Postavení všeobecných praktických lékařů

Respondent č. 3: „*No, jsou to většinou první, kdo se s těma lidma setká. /.../ Taky jsme měli případ, že byla špatná péče doma. Že nás upozorňoval lékař. Máme tady jednu paní lékařku, která chodí celkem pravidelně a hodně. Což je dobře. Byla za paní doma. Zjistila, že ta paní je v nevyhovujícím prostředí, že ta péče je špatná.*“

Respondent č. 1: „*Záleží, jak kdo má o to zájem. Když je na tom člověku vidět, nebo když třeba vidíme, že to zázemí není doma takový, aby to tam zvládnul, tak se pak s tou rodinou nebo s tím člověkem a s rodinou samozřejmě řeší co dál, jaký jsou možnosti. /.../ Ale vono většinou ty lidi už sami přijdou nebo na pokyn jejich lékaře.*“

Respondent č. 4: „*Nejprve jsme šly za tou praktickou doktorkou. Když jsme ji řekli, že jde táta domů, okamžitě nám to začala vymlouvat. Víte, my jsme byli tak motivovaní a odhodlaní, že to půjde, že ho pustí a ona měla úplně odlišný názor. Říkali jsme jí, že víme, že nám táta umře, a že nechceme, aby se to stalo v nemocnici. Tam by byl sám.... hrůza pomyslet. Ale asi nám spíš nevěřila, že to dotáhneme do konce. Pořád říkala, že až se táta zhorší, že zavoláme sanitku a v nemocnici stejně skončí a že by si to táta určitě nepřál. Ptali jsme se jí, jestli by za ním chodila domů, že má tu cévku a je potřeba ji vyměnit. Říkala, že to nedělá, a že musí táta do nemocnice. Ale bydlíme v patře a táta ochrnutý. /.../ Byly jsme z jejího přístupu strašně zklamaní.*“

Respondent č. 6: „*S praktickými lékaři je to také obtížné. Moc o nás nevědí, anebo nechtějí slyšet. Myslí si, že když až to bude potřeba, tak stačí domácí péče. Ale my poskytujeme úplně jiný druh služby.*“

Zdroj: vlastní zpracování

Rámcová doporučení:

- Zapojovat do komunitního plánování všeobecné praktické lékaře.
- Zvýšit informovanost lékařů o možnostech dlouhodobé péče v domácím prostředí.
- Např. po vzoru Francie provádět plošnou depistáž a identifikovat „křehké“ seniory.
- Provádět návštěvní službu u „křehkých seniorů“.

Hospitalizace

Hospitalizace seniora byla označena za zásadní okamžik v životě seniora, kdy se rozhoduje o jeho dalším způsobu života. Do procesu se zapojuje ve velké míře i rodina, ale také samozřejmě lékaři, zdravotně sociální pracovníci a terénní sociální pracovníci obce (§ 92 zákona č. 108/2006). Zde už se potýkáme s početnou skupinou aktérů, která řeší situaci seniora ve smyslu návaznosti na akutní a následná lůžka. V této oblasti bylo detekováno hned několik nedostatků, které jsou zapříčiněny nesystémovostí v návaznosti služeb a nevyjasněných kompetencí uvedených osob. Vliv má i heterogenní pojetí seniorské populace: *„Jako co já vidím tady, Co jsou třeba ty lidi po těch amputacích, tak třeba ty co přijdou a je na nich vidět, že jsou jako schopnější nebo mladší a většinou jdou domů. Normálně, jako jo? A jsou schopni doma fungovat, protože většinou mají tu rodinu, manželku, manžela, že jako se postarají. Ted'ko tady máme pána, ten se bude chystat do domova důchodců, protože už je tam to stáří, jako.“* (respondent č 1). Jednotlivý aktéři mezi sebou dostatečně nekomunikují a budoucnost seniora závisí na aktivitě rodiny a spolupráci nemocnice s obcí. *„Narážíme na problém, že ten klient je z nějakého důvodu hospitalizován na akutním lůžku, pak si ho nemocnice převede na LDN. Tam může být jenom tři měsíce. A já si myslím, třeba že si to myslím špatně, ale ta nemocnice po měsíci až dvou, ve spolupráci s tím ošetřujícím lékařem musí vědět, jestli se ten člověk bude lepší anebo se bude muset někam umístit nebo nějak řešit. V tom momentě, by nám to již měli dávat na vědomí. Již nesčetněkrát jsme s nimi o tom jednali. A oni až v momentě, když mu ta tříměsíční lhůta skončila nebo týden po, nám dají na vědomí. A teď s ním něco honem dělejte. Pak narážíme na situaci, že se nás rodina chodí ptát, proč s tím my něco neděláme a proč ho nechtějí vzít do domova pro seniory.“* (respondent č. 3). V souvislosti s hospitalizací seniora, zejména u pacientů lůžek následné a dlouhodobé péče a u klientů

tzv. sociálních lůžek, dochází během krátké doby až ke třem sociálním šetřením po sobě. První provádí zdravotně sociální pracovník. Druhé šetření sociální pracovník obce, který se dostavil do zařízení na základě oznámení zdravotnického zařízení (§ 46 odst. 1 písm. c) zákona č. 372/2011) a třetí s poskytovatelem sociální služby. „*Takže tam je ten problém vlastně ten, že sociálně zdravotní pracovník s tou rodinou pracuje jako první, že jo. Takže tam toho seniora má a zná ho.*“ /.../ „*No a my to potom dublujeme a dostaneme se k závěru, že klient má podáno žádost tam, tam, tam a že není nikde místo a my maximálně řekneme, že má zůstat dále na sociálním lůžku.*“ /.../ „*Dokonce je absurdní, že vlastně ti sociální pracovníci (pozn.: sociálních služeb), když ten člověk má podanou žádost, tak jdou zase do té nemocnice a zase si tam udělají to sociální šetření. Už třetí u klienta. Ten z toho musí být rozčarován. Klade mu zase ty stejné otázky. Co by jiného vymyslel?*“ Do tohoto procesu pak vstupuje i rodina/osoby blízké, které se potýkají nejen se strachem a obavami o svého milovaného, ale také s tím, kdo se o něj postará (viz Box. č. 6). Ocítají se tak mnohdy ve velmi stresových situacích a balancují mezi oběma systémy: „*Víte, je to těžké se starat o někoho doma. Ale jde to. Smutné je, že vám to třeba vylouvá samotný lékař. A taky to, že pořád jen něco zařizujete, pořád se někoho ptáte a vlastně nikde vám to neřeknou všechno. To by se mělo změnit. Vždyť přece stát ušetří, když nebudou lidi v důchodčákách a v nemocnicích, ne? Tak proč je pořád tak málo seniorů doma?*“

Box 6 Cesta k informacím

Respondent č. 4: „*Zdravotní stav táty se zhoršoval a byl častěji v nemocnici. Po hospitalizaci se mu vždycky ulevilo a vrátil se domů, ale jednou nemoc pokročila o tolik, že on ochrnul na nohy a začaly mu selhávat i ledviny. Mamka to strašně těžce nesla. Dělal jí problém, se o tátově stavu bavit s lékaři. Asi není tak silná.*“ /.../ „*Šlo to s ním strašně rychle z kopce. Nelíbilo se nám, jak se o něj v nemocnici starají. Doktoři byli fajn, ale některé sestry a ošetřovatelky byly hrozné. Klidně před tatškou řekly, že je ležák. Daly mu plenu a to jí vůbec nepotřeboval a za 3 dny měl na boku proleženinu. Vůbec jsme neváhali a řekli, že tátu chceme domů. On sám měl obavy, jak to doma zvládneme. Pořád se staral víc o druhé než o sebe. Lékaři v nemocnici s tím souhlasili a dokonce nás i podporovali. Bylo to náročné to všechno okolo. Jedna z lékařek oddělení, kde táta ležel,*

nám dala kontakt na jejich sociální pracovníci. Taky nám doporučila, ať se domluvíme s tátovo praktickou lékařkou, jestli by za ním chodila domů a měnila cévku. Jak mu nefungovaly ty ledviny tak mu jí zavedli. Ale zase od jiného lékaře jsme věděli, že ta cévka vydrží třeba i 3 týdny. Nejprve jsme šli za tou praktickou doktorkou. Ptali jsme se jí, jestli by za ním chodila domů, že má tu cévku a je potřeba ji vyměnit. Říkala, že to nedělá, a že musí táta do nemocnice. Ale bydlíme v patře a táta ochrnutý. Víte, co by to pro něj bylo takhle ho mordovat? Prý by za ním přišla, ale jenom na kontrolu a tak. Táta měl taky takové náplasti na bolest. Ty jsme sehnali v Plzni ještě hned na začátku. To byl ještě docela dobrej. Byly v nich opiáty. Vždycky jsem mu je z Plzně přivezla. Ale pak byl problém, kdo je bude tátovi psát doma. Obvodní se k tomu neměla. Přímo neřekla, že je nenapíše, ale byla by raději, kdybychom je vozily z tý Plzně. Naštěstí, když jsme si tátu vezli domů z nemocnice, tak je tam předepsali. Byli jsme strašně zklamaní z přístupu té doktorky. My už jsme toho tolik věděli. Myslím tím to, co je potřeba zařídit. V rodině máme člověka, který pracoval v sociálních službách. No, a tak jsme věděli, že je pečovatelská služba a taky, že by tam měli půjčovat postele a tak. Jak byl táta ochrnutý, tak jsme pro něj potřebovali vyšší postel. Kontakty na pečovatelskou službu nám dala sociální pracovníce z nemocnice. Vlastně na dvě pečovky.“

Zdroj: vlastní zpracování

Jsou ale i příklady, kdy rodina se o své blízké starat nechce a pak je potřeba zajistit institucionální péči: „*Já si myslím, že je to spíš jako v té rodině. Kdo už dopředu ví, že se o toho člověka postará, tak se nějak postará. Nebo si to sám někde dohledá. A kdo už dopředu ví, že ho prostě doma nechce tak dělá všechno pro to, aby šel do tý pobytovky. Spíš si myslím, že je to takhle. Prostě, kdo je přesvědčenej, že si ho vezme domů za každou cenu, pokud to ten stav dovolí, tak si prostě řeknou - to se nějak udělá a nějak to zvládnou. Mě to tak přijde, tedy co mám zkušenosti. Na někom je už dopředu vidět, že prostě nechtějí. Vidí to jako problém.“* (respondent č. 1). Z vyjádření v Boxu č. 6 a sdělení respondenta č. 1 je jasné, že motivace rodiny je v otázce setrvání seniora s disabilitou zásadní. Dalším důvodem je i historický vývoj způsobu péče, který byl zejména v minulém režimu především institucionální. Pobytové služby byly mnohdy první volbou řešení vzniklé

nepříznivé (sociální) situace. Rodina nebyla v těchto oblastech upřednostňována a princip subsidiarity se bortil.

V souvislosti s hospitalizací dochází též ke vzniku závislosti seniorů na péči, což uvedli dva respondenti: „*Oni když jsou u nás, tady v nemocnici tak to vidí tak, že se o ně postaráme my. Pak když přijdou domů, tak se ten pohled změní. Ale to úplně nevidím, že jo. Když jsou tady, tak jim to pak doma přijde málo. Myslím tu pečovatelskou službu. Tady jsou zvyklí na tu 24 hod. péči. Jsou tu i dost dlouho. I ty tři měsíce. Takže, když jsou pak na tom sociálním lůžku, tak jim to pak přijde už normální, že se o ně takhle někdo stará a potom si spíš nedovedou představit, jak to bude doma, když tam nikoho nebudou mít, no.*“ (respondent č. 1). Jedná se o tzv. jev „přepečování“. Byly však zaznamenány i příklady dobré praxe, kdy sociálního pracovníka obce kontaktovala poskytovatele terénních a ambulantních služeb s dotazem na zabezpečení péče o seniora. Není to však každodenní záležitost, spíše výjimka. Zajímavá byla ta informace, že poskytovatel těchto služeb uvedl, že za celou dobu své praxe (15 let) jej kontaktovalo lůžkové zdravotnické zařízení jen jednou (respondent č. 2).

Rámcová doporučení:

- Využít při poskytování následné a dlouhodobé lůžkové péče např. standardy Sdružené akreditační komise sestavené právě pro tyto účely (viz kapitola č. 5. 2 této diplomové práce)
- Posilovat postavení a prestiž zdravotně sociálního pracovníka.
- Vytvářet multidisciplinární týmy k individuálnímu řešení situace jednotlivých seniorů.
- Aktivně zapojovat rodinu a motivovat ji k podílení se na péči o seniora.

Obava o existenční zajištění

Péči o osoby blízké, o seniora, mnohdy nelze zajistit pouze integrací zdravotně sociálních služeb. Do péče je zapotřebí zapojit i rodinu. Se zvyšujícím se věkem odchodu starobního důchodu souvisí i obavy pečujících se ztrátou zaměstnání.

Box 7 „A je vůbec zájem rodiny pečovat o seniora doma?“

Respondent č. 3: *„Málokdo to chce. Bojí se o práci. A taky víte, jak dlouho trvá přiznání příspěvku na péči a ten člověk se bojí, že dostane jen malej a pak kvůli tomu přijde o práci. A taky neví, na jak dlouho to bude jo. Většinou ty ženský jsou takové pečující, že by byly ochotný zůstat s dědou doma. Nejvíc je tam ten strach o práci. Ted' taky chtějí dát i víc peněz, ale když nevíte, na jak dlouho to bude a tady přijít o práci, to je jako špatný. Protože, někdo by za ty peníze byl doma, jo ale nevíte, jestli to bude na týden nebo 5 let. Do tohodle rizika vám málokdo půjde. A málokterý klient může být doma sám, než přijdete z práce. Dobře, pečovatelky tam můžou být do půl čtvrté. Ale vemte si, že já jsem tady do pěti. A jak bych to řešila já třeba s maminou, dojíždím, doma dvě děti. No nedovedu si ti představit.“*

Respondent č. 5: *„Tohle strašně záleží na ekonomické situaci rodiny. Když chlap vydělává dost, tak se i ta ženská rozhodne odejít z práce a starat se i o tchýni. Ale víte, kolik lidí platí hypotéky apod.? Prostě se bojí, že to neutáhnou.“*

Zdroj: vlastní zpracování

Rámcová doporučení:

- Zavedení tzv. „pečovatelské dovolené“.
- Zkrátit doby pro vyřizování příspěvku na péči.
- Podporovat občany k vytváření finančních rezerv pro možné situace nutnosti péče o osobu blízkou.
- Posílit ve společnosti morální odpovědnost vůči svým blízkým.

Informovanost

Nízká míra informovanosti byla v úvodu této kapitoly označena za jednu z hlavních bariér vzniku koordinované podpory. Jedná se však o kategorii, která velmi blízce souvisí se všemi ostatními.

Nedostatečná míra informovanosti o možnostech integrace zdravotně sociálních systémů při podpoře a péči o seniory v rámci komunity, byla identifikována napříč celým

spektrům oslovených aktérů. Tomu nasvědčují interpretace již ve výše uvedených, jednotlivých bariérách. Nejvíce jsou nízkou informovaností ohroženi neformální pečující, protože u nich lze předpokládat, že nemají znalosti jak z oblasti zdravotní, tak i ze sociální.

7.3 Význam case managera

Potřebnost a identifikované bariéry zavedení koordinované podpory zakládají na významu zavedení pozice case managera (koordinátory podpory). Jeho přínos by byl zejména v časné navázání kontaktů mezi jednotlivými aktéry a poskytnutí potřebných informací. Avšak respondent č. 3 se k zavedení pozice case managera vyjádřil negativně: *„Já si myslím, že je to zase člověk navíc. My tu práci tady vlastně už děláme, jen jsme hodně omezení. Obec by přeci měla vědět o svých obyvatelích a celé to zaštiťovat. Museli bychom mít ale větší slovo proti organizacím péče. A taky by nás bylo třeba více. My tady pracujeme jen ve dvou, a to neděláme jen seniory. On by byl spíše kontraproduktivní. Podívejte se teď, jak to je, když lidi spolu komunikovat nechtějí. A pak by museli, to by byla hrůza. Docházelo by k rivalitě. Musel by být spíše daný jasný postup.“* Leč pečující se vyjadřoval v tom smyslu, že ke kýženým informacím se dostával skrze známé a příbuzné a mnoho svého času strávil pochůzkami po lékárnách a jiných organizacích. Další oblastí je i špatná počáteční informovanost pečujících, kteří se potýkají např. s náhlým zhoršením stavu svého blízkého. Informací je mnoho, ale jsou spíše roztržité. Proto by stěžejní význam case managera spočíval v nastavení zahájení způsobu péče o seniora za předpokladu zapojení okolí (komunity) a integrace zdravotně sociálních systémů.

Rámcová doporučení:

- Jasně vymezit okruh osob, kterému by byly poskytovány služby case managera tak, aby nedocházelo k nahrazování či duplování práce zdravotně sociálního pracovníka v nemocnici.

7.4 Náplň práce case managera

Jak již bylo uvedeno výše, náplň práce case managera by především spočívala v depistáži seniorů odkázaných na péči. Záchyt takovéto osoby je zásadní pro naplnění současné vize politiky stárnutí v České republice. Důležitá je též informovanost pečujících osob, a to nejen z řad těch neformálních. Aktuální povědomí o současných nabízených

službách je zásadní pro vytvoření plánu podpory směřujícího k setrvání seniora v komunitě. Jak již bylo několikrát řečeno, do systému LTC vstupuje mnoho odborníků, ale z různých oborů. Proto by měl koordinátor umět pracovat se všemi. Hlavní náplní práce by pak měla být podpora pečujících, kteří se starají o seniory odkázané na pomoc druhých. Měl by mít tak povědomí nejen o oblast sociální práce a péče, ale i zdravotnictví. Dále by měl shromažďovat údaje a aktivně se podílet na komunitním plánování. Neodmyslitelně spolupracovat s všeobecnými praktickými lékaři a nemocnicemi (zdravotně sociálním pracovníkem). Velmi úzce by měl kooperovat s rodinou seniora a aktivně se podílet na řešení jeho situace.

Box 8 Náplň práce case managera

Respondent č. 3: *„No, kdyby se mělo jednat jen o to, že je budeme informovat kam si dojit pro žádost na příspěvky, anebo kde najdou pečovatelskou službu, tak to asi není třeba ho zřizovat. To vám řekne kdejaká sociální pracovnice. Já bych to viděla spíš v tom, že třeba zajde za tím doktorem a zeptá se, zda by byla množná ta sestra domů, pak se domluví s pečovatelskou službou, kdyby chodili. Aby se tam nepletli. Je přece lepší, když přijde sestřička a pak třeba odpoledne pečovatelka.“*

Respondent č. 5: *„No, hlavně je potřeba těm lidem říct, kde a jakou pomůcku dostanou. V tom kolikrát plavu i já sám. Nebo jim taky poradit, jak přestavit byt.“*

Zdroj: vlastní zpracování

Rámcová doporučení:

- Zařadit case managera (koordinátora podpory) do národní soustavy povolání a jasně vymežit jeho kompetence a dovednosti.
- Legislativně vymežit jeho postavení v dotčených zákonech a uvést je do praxe.

7.5 Předpoklady pro funkci case managera

Požadavky na zkušenosti a schopnosti koordinátora zazněly v odpovědích respondentů hned několikrát. Vzhledem k velké důvěře k všeobecným praktickým lékařům by uvítali, aby právě tito lékaři vykonávali koordinační práce (respondenti 1, 3, 4, a 6 viz Box č. 5). Neformální pečující pak uvedl, že si pamatuje z vyprávění, že: *„Na obvodě*

dělávala sociální sestřička. Ta chodila i domů a zkoumala, v jakých podmínkách ty lidi žili.“ Oproti tomu se vyjádřil praktický všeobecný lékař: „*A co bych ještě měl všechno dělat? Vím, je to pro tu rodinu důležité, ale nemám na to prostor. Jsem rád, když si stihnu objet ty mé lidi doma. Je toho tolik, že se v tom nevyznám.*“ Respondent č. 3 se o informační funkci lékařů vyjádřil: „*Oni se setkávají docela často, ti lékaři. Každý měsíc sem chodí a my jim ty informace pokaždé říkáme. Ať si uvědomí, že jsou opravdu většinou prvními, kdo identifikuje člověka k dlouhodobé péči. A ten ošetřující lékař by je měl už směřovat na dávky.*“ Zároveň připustil, že v praxi lékařů není dostatek prostoru pro komplexní řešení (nepříznivé) sociální situace seniorů. Vyslovil obavy z nízkého povědomí o všech možných pojistných i nepojistných dávkách, organizacích. Neformální pečující (respondent č. 4) pak v rozhovoru uvedl, že patřičné informace mu byly předány osobou pracující v sociálních službách, lékařem nemocnice a sociálně zdravotním pracovníkem. Praktické zkušenosti mu pak poskytl zdravotník. Zejména sdělení neformálního pečujícího upozorňuje na nutnost znalostí obou systémů a také praktické dovednosti v přímé (ošetřovatelské) péči.

7.6 Působnost case managera

Z důvodu dostupnosti by měl mít koordinátor jasně stanovené pracoviště, kam by za ním bylo možné v případě potřeby dojít. Současně má být i terénním pracovníkem a docházet do nemocnic, domácností, úřady apod. Z těchto důvodů, které jsou také popisovány v předešlých kapitolách, byla identifikována obec, jako centrum pro koordinaci zdravotně sociální domácí péče o seniory. Velká aktivita je též očekávána od všeobecného praktického lékaře a zdravotně sociálního pracovníka. Nicméně v případě lékařů byly shledány nedostatky týkající se zejména časové vytíženosti a nízké kvalifikace v orientaci v sociálním systému. Zdravotně sociální pracovník je pak klíčovou osobou v péči o seniory, ale pouze v rámci hospitalizace. Je tedy jednoznačně aktérem LTC, nikoli koordinátorem. Dále bylo v souvislosti s delimitací agendy nepojistných dávek na Úřady práce ČR zjištěno, že dalším místem výkonu case managera může být tato instituce, a to zejména z toho důvodu, že je zde řešena otázka příspěvku na péči a je zde přístup k velkému množství údajů v rámci informačního systému. Ten je však pro zaměstnance obce anonymní a údaje v něm jsou pro ně pak pouze orientační. „*My si u nich ověřujeme,*

jestli už mají zažádáno o příspěvek na péči.“ /.../ „Většinou si zavoláte nebo z toho JISPSVu se dá zjistit.“ /.../ „Oni jim vyplácí dávky, my ne. My ty kompetence nemáme.“

Sociální pracovník působící na obci (respondent č. 3) uvedl, že pečující se na obec obracují i sami, avšak z nedostupnosti informací o jednotlivých péči potřebujících osobách, dochází k dublování práce a neúčelnosti vynaložených finančních prostředků (viz Box č. 9).

Box 9 Působnost case managera

Respondent č. 3: „My nevíme, když ten člověk sem za námi na obec přijde, jestli už nějakou službu využívá. Je to další známka roztržitého. My mu všichni pomáháme současně a mnohdy neúčelně. Někteří klienti toho i zneužívají a my tady pak plýtváme svůj čas. Ale taky se nám stalo, že v té nemocnici mu neposkytli ani ty základní informace, co teda v tom a tom případě dělat. Ony ty rodiny pak různě obcházejí. Nejprve jdou na internet, pak jdou rovnou do nějaké sociální služby. Nefunguje to tak, že by je poslali na obec, ale řeší si to v rámci své organizace. A ty lidi nemají ty informace. Kolikrát se stane, že ty lidi volají a říkají, my jsme nevěděli, že se na vás můžeme obrátit, že existuje ten a ten poskytovatel, že máme požádat o tu a tu dávku.“

Zdroj: vlastní zpracování

Z prezentovaných výsledků výzkumu byla zpracována přehledná tabulka, která souhrnně demonstruje hlavní výhody a nevýhody zavedení pozice case managera působícího jako zaměstnanec obce. Obec II. (III.) typu je totiž jakýmsi centrem, kam se obracují občané, ale také poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb. Současně zaměstnanci obce znají své občany a také jejich životní podmínky. Zvolení obce I. typu se z těchto důvodů jeví neúčelné, jelikož by nebyl zachován komunitní způsob práce. Obec II. (III.) typu má v rámci komunitního plánování přímou příležitost ovlivnit strukturu nabízených služeb včetně facilitace a motivace komunity. Také má potenciál k odstranění určitých bariér zavedení koordinované podpory, a to zejména v oblasti dostupnosti potřebných služeb. Koordinátor by se tak mohl stát součástí komunity a průvodcem zdravotně sociálních systémů. Varianta zavedení case managera jakožto zaměstnanec obce však vyžaduje navýšení zaměstnanců. Zejména ve zkoumané oblasti vykonávají sociální práci pouze dva zaměstnanci, kteří pracují i s jinou cílovou skupinou, nežli jsou senioři. Z těchto důvodů je navýšení pracovních pozic nezbytné, stejně tak jako vymezení

kompetenci sociální práce na obci a case managera, aby nedocházelo k jejich překrývání a dublování.

Tabulka 4 Grafické znázornění výhod a nevýhod zavedení pozice case managera pomocí matice SWOT analýzy

<i>Silné stránky</i>	<i>Slabé stránky</i>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Potřeba ze strany pečujících ➤ Potřeba ze strany odborníků ➤ Dostupnost potřebné podpory ➤ Zajištění adekvátní návaznosti na terénní a ambulantní služby jejich znalostí ➤ Depistáž „křehkých“ seniorů ➤ Efektivní využití dostupných zdrojů ➤ Úspora veřejných prostředků ➤ Zaměstnanci obce znají občany a jejich životní situaci 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Chybí legislativní rámec, potřeba úprav ➤ Chybí přístup k informacím (JISPSV) ➤ Další bujení agendy úřadů krajů a obcí
<i>Příležitosti</i>	<i>Hrozby</i>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rozvoj komunity a jejího potenciálu ➤ Nárůst terénních a ambulantních sociálních služeb pro seniory ➤ Vznik geriatrických ambulancí? ➤ Snížení tlaku na lůžka určená seniorům s disabilitou (zdravotní i sociální) ➤ Saturace vyšších lidských potřeb seniorů ➤ Podpora neformálních pečovatelů ➤ Setrvání seniora v přirozeném sociálním prostředí 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Špatná spolupráce všech identifikovaných aktérů ➤ Politická situace v lokalitě ➤ Nízká finanční podpora obcí* ➤ Překrývání sociální práce na obcích a agendy case managera ➤ Nízká motivace pečujících ➤ Odmítání spolupráce potencionálních neformálních pečovatelů ➤ Nedostatečná míra autonomie seniorů

Zdroj: vlastní zpracování

* Se zavedením pozice case managera souvisejí náklady povahy ekonomické, administrativní a organizační.

Hlavní postavení case managera pak spočívá v:

- provádění pečujících zdravotně sociálními systémy
- koordinaci zdravotně sociálních systémů – přímý kontakt s aktéry LTC
- depistáži „křehkých“ seniorů a neformálních pečujících o tento okruh osob
- podpoře komunity a posilování jejího potencialu v přístupu k seniorům
- ovlivňování komunitního plánování
- posilování autonomie seniorů a osob blízkých
- zajištění dostatku relevantních informací k podpoře života seniorů v jejich přirozeném sociálním prostředí

Nároky na nově vytvořenou pozici case managera, který by poskytovatel své služby k podpoře seniora k setrvání v jeho přirozeném sociálním prostředí i s výraznou disabilitou a navíc požadavky na její kvalitu a efektivitu, jsou vysoké. Proto je opět nutné zdůraznit, že je nejprve potřeba explicitně definovat okruh osob, kterým bude patřičná podpora poskytována. LTC je typická kombinací dvou systémů, dvou systémů, které mají mnohdy odlišný pohled na koncového uživatele. Proto by byla role case managera velmi obtížná a nároky na danou pozici vysoké (viz tabulka č. 5).

Tabulka 5 Kompetence case managera

<i>Vědomosti</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ znalost sociální práce ➤ orientace v zákonech č. 108/2006 Sb., 372/2011 Sb., 128/2000 Sb. a jejich prováděcích předpisů, (89/2012 Sb.) ➤ základní znalosti v oboru ošetřovatelství ➤ základní znalost běžné lékařské terminologie
<i>Dovednosti a schopnosti</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ výborná schopnost komunikace ➤ organizační schopnosti ➤ facilitační schopnosti

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ prezentační schopnosti ➤ vyjednávací dovednosti ➤ koordinační schopnosti ➤ schopnost plánování ➤ praktické znalosti přímé práce se seniory ➤ řidičský průkaz skupiny B ➤ schopnost analýzy a syntézy v rámci jednotlivých případů, ale i komunity ➤ tvorba individuálního plánu péče, dohled nad jeho realizací, hodnocení ➤ naslouchání a empatie
<i>Postoje</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ respektování a posilování autonomie seniorů ➤ vnímání potencialů komunity ➤ důvěra v terénní a ambulantní služby
<i>Pravomoci</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ plný přístup do JISPSV ➤ přístup do evidencí žadatelů o sociální službu jednotlivých poskytovatelů včetně možnosti jejího relevantního ovlivnění ➤ ukládat lékařům provádění návštěvní služby včetně ordinování home care ➤ podílet se na tvorbě komunitního plánování ➤ vstup do domácností příjemců koordinované podpory
<i>Působnost</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Obec II. a III. typu odbor sociálních věcí a zdravotnictví

Zdroj: vlastní zpracování

DISKUSE

V rámci této části diplomové práce vyvstává prostor pro reflexi a konfrontaci samotných zjištění. Cílem diplomové práce bylo zjistit, jaké postavení má mít case manager při zajištění kooperace a koordinace aktérů dlouhodobé péče o seniora v domácím prostředí, a jaké kompetence má mít osvojeny. V průběhu zpracování teoretické části průběžně docházelo k nabývání dalších a nových poznatků, které byly např. obsaženy ve výstupech projektu „Podpora neformálních pečovatелů“. V tomto projektu bylo již postavení case managera řešeno, a to nejen v souvislosti s péčí o seniory, ale i o další osoby s disabilitou různého typu. Zde jsem se setkala s označením case managera termínem „koordinátor podpory“, který je mnohem výstižnější a evokuje partnerský přístup spolupráce. Proto i v textu diplomové práce bylo pracováno s oběma termíny, avšak ve stejném významu.

První otázka výzkumu směřovala k identifikování postavení koordinátora podpory (case managera) v procesu zajištění dlouhodobé péče seniorům v rámci jejich komunity. Jedním ze současných trendů, jak zabezpečit seniorům setrvání v jejich známém prostředí, na něj jsou v mnohých případech i desítky let zvyklí, až do konce života, jsou koncepty „ageing in place“ a „ageing in community“ (Mikeszová, 2016). Tyto přístupy jsou popsány v teoretické části diplomové práce. Cest, jak docílit oněch osvědčených přístupů, je mnoho. Jednou z nich je i zřízení koordinátora podpory, jakožto pozice, která by umožnila seniorům s potřebou využívání prvků dlouhodobé péče za přispění integrace zdravotně sociálních systémů, žít a dožít doma i s výraznou disabilitou.

Z výzkumu vyplynuly jednoznačné závěry potvrzující potřebnost koordinátora podpory, a to nejen z řad odborníků ze zdravotně sociální sféry, ale především pečujících osob, které v setrvání „křehkého“ seniora ve svém původním domově hrají zásadní roli. Pakliže tyto pečující osoby nebudou mít vhodně nastavený morální kompas a hodnoty tak, aby se cítili odpovědné za zajištění péče o své blízké, lze udržet seniora vyžadujícího dlouhodobou péči v jeho přirozeném sociálním prostředí, jen s velkým úsilím. Z rozhovoru s respondentem č. 4 daná teze jednoznačně vyplynula. Dokonce bylo zjištěno, že byl schopen vyvinout maximální úsilí k získání potřebných informací a sám si de facto péči koordinovat, a to vše na úkor času stráveného u svého milovaného - seniora. Stejně zaznělo

z úst zdravotně sociálního pracovníka nemocnice, který popisoval své dosavadní zkušenosti se zapojením rodiny do další péče. Ten se s tezí ohledně nastavení morálního kompasu potencionálních pečujících ztotožňoval. Dalším neméně důležitým aspektem je i dobrá ekonomická vitalita potencionálních pečujících. Pakliže jejich finanční zabezpečení je na nízké úrovni, obávají se odejít ze zaměstnání a pečovat doma o své blízké. I když v současné době máme k dispozici příspěvek na péči, obavy ve smyslu zabezpečení ostatních členů rodiny přetrvávají. Koordinátor by zcela jistě přispěl k hlubší informovanosti např. o nepojistných dávkách a pomohl by najít jiný způsob řešení péče, a to zejména za přispění terénních zdravotních a sociálních služeb.

V současné době není pozice case managera plně implementováno do procesu péče o tuto křehkou skupinu, i když by byla v mnohém užitečná. Během sedmi rozhovorů s předem identifikovanými aktéry dlouhodobé péče bylo zjištěno několik bariér, které brání aktivní koordinované podpoře a vedou tak k neustálé dvojkolejnosti jednotlivých systémů v gesci MPSV a MZ. Za jednu z největších bariér byla respondenty označena nedostatečná komunikace mezi jednotlivými aktéry, kterými jsou profesionálové z řad zdravotní a sociální oblasti působících na různých místech. Tedy ne pouze lékaři a sociální pracovníci sociálních služeb, ale i sociální pracovníci obcí a kraje a zaměstnanci Úřadu práce ČR.

V teoretické části diplomové práce jsou také shrnuty poznatky zákonných kompetencí vymezených aktérů, včetně jejich působnosti v systému LTC. Během vedených rozhovorů bylo, mimo jiné, cíleně zjišťováno, jak jednotliví aktéři dostávají svých povinností. V mnohých případech bylo zjištěno, že se jedná o formalismus, nikoli o efektivní nakládání nejen s veřejnými zdroji (např. prostředky veřejného zdravotního pojištění). Zejména v případech seniorů hospitalizovaných na lůžkách dlouhodobé či následné péče, kdy poskytovatel zdravotních služeb má zákonnou povinnost (Zákon č. 108/2006 Sb., § 92) informovat obce, které prostřednictvím terénních sociálních pracovníků mají posoudit to, zda je nezbytné poskytnout osobě umístěné ve zdravotnickém zařízení služby sociální péče a popř. zprostředkovat možnost jejich poskytnutí. V souvislosti s tímto respondent č. 3 opakovaně v rozhovoru uvedl, že k naplnění informační povinnosti poskytovatele zdravotních služeb dochází až těsně před demisí

a sociální pracovníci obce tak nemají dostatek prostoru pro hledání jiných variant. I kdyby pak měli čas k řešení nepříznivé sociální situace terénními službami, narážejí pak na další překážky v podobě místní a časové nedostupnosti a také k absenci důležitých údajů o kapacitách jednotlivých zdravotně sociálních služeb. Především z takto pojmenovaných bariér lze uvažovat o potřebných kompetencích koordinátora podpory. Avšak na tomto místě je potřeba podotknout, že se seniorem, který by byl potencionálním příjemcem dlouhodobé péče, se lze setkat i mimo lůžková zařízení. Zejména všeobecní praktičtí lékaři a zaměstnanci Úřadu práce ČR se s těmito osobami setkávají přímo v jejich přirozeném sociálním prostředí. Co se týče všeobecných praktických lékařů, kteří byli označeni mnohými aktéry za klíčovou osobu v procesu LTC, bývají mnohdy dokonce prvními, kdož identifikují zhoršený stav seniora, a tudíž mohou doporučit vhodné podpůrné prostředky v podobě domácí péče nebo pečovatelské služby. Stejně tak jako výstupy projektu „Podpora neformálních pečovatелů“ zdůrazňující absenci důležitých znalostí, kapacitu a motivaci lékařů k poskytování komplexní podpory (Tomešová, et al., 2015), tak i výsledky praktické části diplomové práce vedou k závěru, že všeobecný praktický lékař je v koordinované podpoře LTC pouze jedním z článků, a to velmi důležitým právě pro depistážní účely. Tak by zejména po vzoru Francie, která přistoupila k plošné depistáži „křehkosti“ seniorů nad 70 let, mohlo dojít k včasnému zachytu seniorů s disabilitou a již nastavování samotného plánu podpory a motivace osob blízkých ve smyslu výše uvedených konceptů „ageing in place“ a „ageing in community“. Depistážní činností může být pověřena i komunitní sestra, kterou zejména vyzdvihuje iniciativa v rámci projektu Diakonie Českobratrské církve evangelické. Ve vymezené lokalitě, kde byl výzkum realizován, však nebyla shledána ani jedna komunitní sestra, jednotliví aktéři si pod tímto označením nedokázali představit konkrétní pracovní pozici. Kalvach (2014) ji charakterizuje jako osobu, která by měla, koordinovat, poskytovat a metodicky vést ošetřovatelskou péči, ale zároveň vykonávat i poradenskou činnost v systému LTC pod záštitou obce. Zaměstnanec obce, respondent č. 3, však jakoukoli další pracovní pozici odmítl, spíše by upřednostnil rozšíření týmu a nabytí dalších kompetencí. V souvislosti s depistážní činností byli též označeni zaměstnanci Úřadu práce ČR, kteří vykonávají sociální šetření za účely řízení o přiznání příspěvku na péči. Pohybují se totiž v přirozeném sociálním prostředí žadatelů, komunikují s lékaři a orientují

se též v systému poskytování sociálních služeb. Za hlavní pozitivum jejich činnosti bylo označeno také to, že mají plný přístup do databáze JISPSV. Jedná se o informační systém, který obsahuje potřebné osobní a citlivé údaje o žadatelích a příjemcích příspěvku na péči, které lze dále využít jak pro depistážní činnost, tak pro komunitní plánování a rozvoj dalších služeb. Jiné bariéry se týkaly místní a časové nedostupnosti terénních zdravotně sociálních služeb, politické orientace lokality a obav potencionálních pečujících o své existenční zajištění.

Z výpovědí účastníků výzkumu převažoval názor, že zavedení pozice case managera je především velkou pomocí pro neformální pečující, obzvláště v jejich postavení. Hlavní význam by měl koordinátor zejména v počátku pečování, kdy se pečující osoby dostávají k informacím zcela nesystémově a intuitivně. Na tento poznatek bylo též upozorněno výstupy projektu „Podpora neformálních pečovatелů“ (Tomešová, et al., 2015), kde postavení koordinátora ještě více upevní, a to na celou dobu potřeby péče, což je zcela logické. V průběhu pečování může zcela reálně docházet ke změně stavu seniora, která vyžadují flexibilní reakci na nově vzniklou situaci. Z těchto relevantních důvodů se jeví postavení koordinátora podpory jakožto zaměstnance obce II. a III. typu nejvýhodnější. Obec je totiž velmi dobře dostupná svým občanům, koordinátor by byl tak součástí komunity a stal by se jistým průvodcem péče. Podobným směrem se již před léty vydalo Německo, které v rámci sociálních úřadů měst a obcí, zřídilo tzv. společná centra služeb zajišťující koordinovanou podporu potřebným osobám v dostupné vzdálenosti a v co nejkratší možné lhůtě. Prostřednictvím koordinátora pak přináší osobám především užitečné informace o vhodných dávkách a zprostředkovává péči různých poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb včetně jejich koordinace. Co je však zásadní je to, že v Německu je spolupráce jednotlivých aktérů uložena přímo zákonem („*Sozialgesetzbuch*“) a nedochází k její roztržiténosti a nesystematičnosti jako u nás. České, relevantní, zákony o obcích, krajích, sociálních a zdravotních službách, o koordinaci a podpoře osob potřebných hovoří, ale každý v jiném smyslu. Zákon o obcích (č. 128/2000 Sb.) nařizuje v § 35 obcím pečovat a vytvářet podmínky pro rozvoj sociální péče pro uspokojování potřeb svých občanů zejména v oblastech bydlení, ochrany a rozvoje zdraví. Zákon o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.) pak obci ukládá,

aby na území svého správního obvodu koordinovala poskytování sociálních služeb a realizovala činnosti sociální práce vedoucí k řešení nepříznivé sociální situace a k sociálnímu začleňování osob (§ 92). V téže zákoně najdeme i to, že obec a kraj mají zajišťovat dostupnost informací o možnostech a způsobech poskytování sociálních služeb na svém území, spolupracovat s dalšími obcemi, kraji a s poskytovateli sociálních služeb při zprostředkování pomoci osobám, popřípadě zprostředkovat kontakt mezi poskytovatelem a osobou (§ 94, § 95). Oproti tomu zákon o zdravotních službách (č. 372/2011 Sb) se orientuje i na druhý systém péče, a to na sociální, když má v souladu s ustanovením § 46 informovat pacienta o dalších zdravotních službách a dalších možnostech sociálních služeb. V žádné normě pak nenajdeme povinnost vzájemné spolupráce zmiňovaných subjektů.

Na municipality vsadila i Velká Británie, když jejich kompetentními zaměstnanci posuzuje nárok na domácí a respitní péči. Do systémů péče zde vstupuje i neziskový sektor („*King's Fund*“) vytvářející tým odborníků a specialistů koordinovaný jednou osobou. Ta také může vstupovat do domácností seniorů a na základě zjištěné situace nastavuje plán péče. Ve Velké Británii je tímto způsobem podporován princip subsidiarity. Na příkladech Německa a Velké Británie vydáme reflexi státu demografických změn ve způsobu práce se seniory. Municipality jsou stěžejními pro depistáž „křehkých“ seniorů a zároveň i místem, kde se rozhoduje o budoucí péči s respektem k přirozenému sociálnímu prostředí. Tyto země si jsou vědomi potencialu komunity, který pozicí koordinátora evidentně posilují.

V souvislosti s poskytováním koordinované podpory je nezbytně nutné jasně vymezit okruh osob, kterému budou služby poskytovány. Mohlo by totiž docházet k suplování práce zdravotně sociálního pracovníka v nemocnici, který již má potřebné a široké pravomoci stanovené zákonem. Jeho postavení by mělo být spíše v týmu aktérů LTC a práci s rodinou. Je totiž velmi důležitou osobou, která začíná pracovat se seniorem a jeho blízkými v oblasti rozhodování o dalším způsobu péče. Na jeho práci by měla činnost koordinátora nasedat.

Druhá otázka měla zjistit, jaké kompetence má mít case manager osvojené. Zde bych se vrátila ke komunitní sestře, která by měla dle mého názoru, být také členem týmu LTC, nikoli jeho koordinátorem. Vzhledem k jejím zákonem vymezeným kompetencí by byla v systému LTC poskytované v přirozeném sociálním prostředí seniora nepostradatelná, jelikož má teoretické i praktické dovednosti v oboru ošetrovatelství. Nároky na case managera jsou v systému LTC vysoké, ale potřebné. Nemůže být odborníkem na všechny oblasti, ale základní povědomí o nich mít musí, aby docházelo k efektivnímu řešení jednotlivých případů. Proto se domnívám, že komunitní sestře by mohlo chybět hlubší povědomí o oblastech sociálního systému.

Z výsledků výzkumu je zavedení koordinátora podpory legitimní, a to především vzhledem k demografickým predikcím. Účastníci výzkumu se na tomto úzce shodují, jelikož dvojkolejnost systémů v gesci MPSV a MZ způsobuje nesystematické a neefektivní poskytování patřičné péče seniorům v jejich přirozeném sociálním prostředí. K tomu bude jistě zapotřebí příslušné zákonné ukotvení této pozice, včetně uložení povinnosti jednotlivým aktérům spolu kooperovat s cílem dosažení maximální podpory seniora v setrvání v jeho domově. Stejně platí o vymezení okruhu osob, kterému by měly být služby case managera poskytovány.

ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jaké postavení má mít case manager při zajištění kooperace aktérů dlouhodobé péče poskytované seniorům v jejich přirozeném sociálním prostředí, respektive pro zajištění kvalitního života seniora v komunitě i s výraznou disabilitou. Téma diplomové práce se snažilo reflektovat současný stav v oblasti péče o seniorskou populaci, který je patrný z demografických predikcí. Tento demografický jev přináší společnosti nové výzvy v přístupu péče o daný okruh osob, a to ve smyslu poskytovaných služeb v gesci MPSV a MZ. Senior s disabilitou totiž potřebuje podporu v obou těchto oblastech. Oblastech, které jsou ovlivněny poslední vývojovou etapou ontogeneze. Domnívám se, že nelze v životě seniora s disabilitou striktně oddělovat péči sociální od zdravotní a naopak, o to více s potřebou dlouhodobé péče. Tyto systémy musí jít ruku v ruce a vzájemně se doplňovat.

Během zkoumání potřebnosti zavedení koordinované podpory prostřednictvím case managera byly využity mnohé metody, jež otvíraly další a neméně zajímavá témata týkající se poskytování zdravotní a sociální péče seniorům v jejich domovech. Na tomto místě mám potřebu vyjádřit hlubokou poklonu všem neformálním pečovatelům, kteří se mnohdy na úkor vlastního fyzického i duševního zdraví, odhodlaly starat se o bližního svého. Právě oni by měly být ze strany státu maximálně podporovány, jelikož povznášejí naši společnost, šetří veřejné prostředky a zdroje a saturují veškeré lidské potřeby pečovaných seniorů. Zmiňovanými metodami došlo k cílům diplomové práce a současně i k vytvoření prostoru pro stanovení rámcových doporučení, která by mohla efektivně ovlivnit poskytování kvalitní LTC seniorům v jejich přirozeném sociálním prostředí.

Teoretická část pojednává o systému dlouhodobé péče, úzce se zabývá stářím a stárnutím a potřebami seniorské populace. Vymezuje současný stav dlouhodobé péče nejen v České republice, ale i její vývoj v jiných zemích. Současně popisuje kooperaci a koordinaci zdravotně sociální péče ve vybraných evropských zemích, které již s koordinací těchto oblastí pracují a využívají ji k efektivní péči nejen o seniory s disabilitou. Tyto získané informace o koordinované podpoře v Německu, Švédsku, Francii a Velké Británii sloužily k tvorbě návrhu koordinované podpory poskytované

pečujícími osobám o seniory v jejich přirozeném sociálním prostředí v našich podmínkách. Bylo také zjištěno, že některým z těchto zemí, např. Německo, ukládá jednotlivým subjektům LTC mezi sebou kooperovat zákon. Dále to, že pozice koordinátora je již v daných systémech zakotvena, a to povětšinou v rámci municipalit. V těchto zemích se case manager pak zabývá většinou zpřístupněním potřebných informací, např. možností dávek, druhů služeb apod., zajišťuje potřebnou a včasnou návaznost služeb, sestavuje v rámci multidisciplinárního týmu plán péče a společně se seniorem a pečujícími osobami pracuje na jeho plnění. Systémy koordinované podpory těchto zemí mohou být inspirací i pro naše podmínky. V teoretické části se také píše o jednotlivých aktérech LTC v rámci poskytování péče seniorům v jejich domovech, a to zejména z pohledu současné právní úpravy. Analýzou relevantních zákonů bylo zjištěno, že koordinací a návazností služeb se mají zabývat poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, ale i obce a kraje. Míra, rozsah a zdroj koordinace a návaznosti zde uvedeny nejsou, a tak může zcela reálně docházet k velmi subjektivnímu výkladu a aplikaci daných norem. Důležité však je, že zákonodárce na takto důležitý úkon neopomněl.

Jednou z cest, kterou lze dojít ke konsenzu o způsobu poskytování patřičných informací týkajících se poskytování zdravotně sociální péče seniorům v jejich přirozeném sociálním prostředí, je zavedení koordinované podpory prostřednictvím case managera, chcete-li koordinátora podpory. Potřebnost ukotvení takovéto pozice vyjádřilo 6 ze 7 účastníků výzkumu realizovaného v rámci diplomové práce. Jeho hlavním úkolem by bylo především zajištění včasné návaznosti služeb, depistáž „křehkých“ seniorů, spolupráce s jednotlivými aktéry péče z řad zdravotní a sociální oblasti, ale i obce a neformálních pečovateli. Podílel by se na tvorbě, realizaci a hodnocení plánů péče a výrazně ovlivňoval směr a nastavení komunity. Byl by zcela jistě její součástí. Tak by mohlo docházet k efektivnímu vynaložení veřejných prostředků zejména na akutní lékařskou péči, které jsou mnohdy zmařeny nedostatečnou následnou, dlouhodobou a sociální péčí. Jeho včasnou intervencí lze předejít i zbytečné institucionalizaci. Zcela jistě by přispěl k naplňování vize politiky stárnutí, která se vrací k principu subsidiarity.

I když zákon o dlouhodobé zdravotně sociální péči skončil tzv. v šuplíku, zákonodárci pracují na legislativě týkající se LTC i nadále, a to procesem novelizace

patříčných zákonů. Snad tyto změny budou seniorům přínosné a osobám pečujícím taktéž. Zejména neformální pečující by měly být v procesu poskytování dlouhodobé péče seniorům maximálně podporovány, jelikož tím by zcela reálně docházelo k úsporám prostředků vynaložených na poskytování lůžkové péče. Koordinátor podpory pak této početné skupině, jejíž přesné počty neznáme, by měl poskytovat užitečné a včasné informace o prostředcích péče podporujících setrvání seniora v jeho přirozeném sociálním prostředí. Z těchto důvodů se má evidentně jednat o osobu znalé komunity a lokality, která má kompetence k přístupu k potřebným informacím má přehled o dostupných zdravotně sociálních službách a orientuje se jak v zdravotním, tak i sociálním systému. Nároky na jeho pozici jsou tedy vysoké, ale nespočívají v detailních znalostech, které mají osvojené všichni aktéři dlouhodobé péče.

Doporučení vycházející jak z teoretické, tak i praktické části diplomové práce se týkají identifikace case managera a jeho kompetencí. Neoptimálnější variantou koordinované podpory se jeví využití sociálního pracovníka obcí II. a III. typu, jelikož obec má přehled o svých občanech, patřičně se o ně stará, má přístup k důležitým informacím a občané se na ni i v mnohých situacích obracejí zcela spontánně. Nelze však náplň této nové pozice přenést na stávající zaměstnance, ale spíše rozšířit tým o nové lidi. A to z důvodu, kterým je již nynější vytiženost zaměstnanců. Case manager by měl být jakýmsi průvodcem podpory, a to nejen v samotném zahájení poskytování dlouhodobé péče seniorům v jejich domovech, ale v celém jejím průběhu. Potřebné kompetence k výkonu této pozice jsou široké, a to právě z důvodu vstupování do dvou systémů. Z tohoto důvodu má mít i patřičné znalosti zdravotních a sociálních systémů, včetně dalších managerských schopností vyjádřených v tabulce č. 4. Case manager, koordinátor podpory, je jedním z nástrojů, jak integrovat zdravotně sociální služby do komunity a udržet tak seniora v jeho domově i s výraznou disabilitou, který si celý život budoval. Domově, který je místem vzpomínek, bezpečí a jistoty. Zkrátka tam, kde se všichni cítíme dobře, chceme žít i zemřít!

POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE

Literatura:

ČEVALA, Rostislav, KALVACH, Zdeněk a ČELADOVÁ, Libuše. 2012. *Sociální gerontologie*. Praha : Grada Publishing, a. s., 2012. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.

ČÍPKOVÁ, Iveta, KOUŘILOVÁ, Ivana a HRUŠKA, Lubor. 2014. *Vzdělávací materiál pro odborný tematický seminář: Vymezení hranice spolupráce mezi sociální službou a lékařskou pomocí v rámci plánování sociálních služeb*. Ostrava : Accendo - Centrum pro vědu a výzkum, o. p. s., 2014.

DEDIČ, Petr. Senioři v mezikrajském srovnání. *Demografie: revue pro výzkum populačního vývoje*. 2016, 58(2), ISSN 1 1805-2991.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. 2012. *Kvality života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha : Grada, 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

EBERLOVÁ, Tereza, FREMLOVÁ, Šárka. 2014. *Komunitní plán sociálních služeb a služeb návazných na Klatovsku pro období 2014 – 2019*.

GEISLER, Hana, a další. 2015. *neformální péče ve vybraných státech Evropské unie - Komparativní rešerže a identifikace příkladů dobré praxe*. Praha : Fond dalšího vzdělávání, 2015.

HENDL, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

HOLMEROVÁ, Iva. 2015. *Dlouhodobá péče - geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha : Grada Publishing, 2015. 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.

HORECKÝ, Jiří. 2014. Otázky dlouhodobé domácí péče v zemích EU. *Sociální služby*. 2014, Sv. 1, leden 2014, str. 23-32.

HROZENSKÁ, Martina a DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha : Grada Publishing, a. s., 2013. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.

KALVACH, Zdeněk, a další. 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha : Grada, 2011. 399 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

KALVACH, Zdeněk. 2014. *Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb*. Praha : Diakonie ČCE, 2014. 100 s. ISBN 978-80-87953-08-2.

Long-term care for the Older People. OESD. 2005. Paris : OECD Publications, 2005. ISBN 978-80-247-4138-3.

MAREK, Jiří, a další. 2013. *Sociální služby na rozcestí*. Praha : Neki group s. r. o., 2013. 296 s. ISBN 978-80-905248-3-5.

MATEROVÁ, Jitka. 2004. *Komunitní plánování sociálních služeb - metodika Agora Europe - společnost pro demokracii a kulturu*. Praha : autor neznámý, 2004.

MIKESZOVÁ, Martina. 2016. Bydlení seniorů podporující setrvání v obci a v komunitě ve středoevropském kontextu. *Stárnutí v komunitě: podporované bydlení seniorů se sníženou soběstačností v obcích*. Ostrava : Diakonie ČCE, 2016.

MLÝNKOVÁ, Jana. 2011. *Péče o staré občany: Učebnice pro obor sociální činnosti*. Praha : Grada, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.

Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2012.

Návrh věcného záměru zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením a o změně a doplnění některých dalších zákonů. Ministerstvo zdravotnictví.

Návrh věcného záměru zákona upravujícího řešení dlouhodobé zdravotně sociální péče. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2011.

NEPUSTIL, Pavel a SZOTÁKOVÁ, Markéta. 2013. *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek*. místo neznámé : Úřad vlády České republiky, 2013. ISBN 978-80-7440-076-6.

NEŠPOROVÁ, Olga, SVOBODOVÁ, Kamila a VODIČKOVÁ, Lucie. 2008. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha : autor neznámý, 2008.

- PILÁT, Miroslav. 2015. *Komunitní plánování sociálních služeb v současné teorii a praxi*. PRAHA : PORTÁL, 2015. 198 s. ISBN 97-88-02620-932-4.
- POLEDNÍKOVÁ, Lubica. 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetřovatelstvo*. Martin : Osveta, 2006. 206 s. ISBN 80-8063-208-1.
- POPPL, Keith a QUINNEY, Anne. 2002. *Theory and practice of community development: a case study the United Kingdom*. London : Community Development Society, 2002.
- PRUDKÁ, Šárka. 2015. *Sociální služby pro seniory v kontextu sociální politiky*. Praha : Wolters Kluwer, 2015. 236 s. ISBN 978-80-7478-839-0.
- PRŮŠA, Ladislav. 2011. *Model efektivního financování a poskytování dlouhodobé péče*. Praha : VÚPSV, 2011.
- SKOVAJSA, Marek. 2010. *Občanský sektor. Organizovaná občanská společnost v České republice*. Praha : Portál s. r. o., 2010. 376 s. ISBN 978-80-73-67-681-0.
- SOLAŘOVÁ, Hana. 2013. *Case management aneb případové konference v praxi*. místo neznámé : Benepal, a. s., 2013.. 42 s.
- Spojená akreditační komise. 2014. *Akreditační standardy pro následnou péči*. Praha : Tegis spol, s. r. o., 2014. ISBN 978-80-905886-0-8.
- STAROSTOVÁ, Olga. 2016. *Co je seniorské bydlení. Stárnutí v komunitě: podporované bydlení seniorů se sníženou soběstačností v obcích*. Ostrava : Diakonie ČCE, 2016.
- STRAUSS, Anselm, CORBINOVÁ, Juliet. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert. 198 s. ISBN 80-85834-60-X.
- STUHLÍK, Jan. 2002. *Asertivní komunitní léčba, case management*. Praha : okus Books, 2002.
- SVOBODOVÁ, Kamila. *Genderové aspekty stárnutí: rodina a péče o seniory*. *Demografie: revue pro výzkum populačního vývoje*. 2006, 48(4), s. 256-261.

ŠVARŘÍČEK, Roman, ŠEĎOVÁ Klára a kolektiv. 2007. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

RAPP, C. A, WINTERSTEEN, R. 1989. *The strengbts modelof case management: result from twelve demonstrations*. Psychococial Rehabilitation Journal.

TOMEŠ, Igor. 2010. *Mezinárodní aspekty problematiky dlouhodobé péče o seniory a zkušenosti s jejím řešením ve vybraných evropských zemích: studie*. Praha : VÚPSV, 2010.

TOMEŠOVÁ, Vladimíra, a další. 2015. *Studie o možnostech a významu zavedení koordinátora podpory pro pečující osoby odkázané na pomoc druhých*. Praha : Fond dalšího vzdělávání, 2015.

VÁLKOVÁ, Monika. 2015. *Dlouhodobá péče v ošetrovatelství*. Praha : Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015.

Věcný záměr zákona o dlouhodobé zdravotně - sociální péči Důvodová zpráva - shrnutí. 2012.

VIDOVIČOVÁ, Lucie. 2005 *Věková diskriminace – ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh*. Praha, Brno: VÚPSV.

WIJA, Petr. 2012 *Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD (III) - poskytování neformální péče a její dopad na zaměstnanost a zdraví*. Praha, 2012.

Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí Akční plán č. 8a): Zvýšení kvality, dostupnosti a efektivity následné, dlouhodobé a domácí péče. Praha: 2015.

Rozhovory:

(vedla Václava Bláhová)

Rozhovor č. 1. - Zdravotně sociální pracovník.

Rozhovor č. 2. - Ředitel a poskytovatel terénních sociálních služeb pro seniory a domácí (ošetřovatelské) péče

Rozhovor č. 3. - Terénní sociální pracovník městského úřadu

Rozhovor č. 4. - Neformální pečující

Rozhovor č. 5. - Všeobecný praktický lékař

Rozhovor č. 6. - Poskytovatel domácí hospicové péče

Respondent č. 7 - Úředník sociálního odboru (kraj)

Webové stránky:

Český statistický úřad. [Online] [Citace: 6. 5 2017.] Dostupné z: <<https://www.czso.cz/csu/czso/prace-socialni-statistiky8198>>.

Český statistický úřad. - demografická data o území, SDLB 2011 [online]. [cit. 2016-04-29]. Dostupné z: <www.czso.cz/csu/xp/so_orp_klatovy>.

Český statistický úřad. [Online] [Citace: 19. 6 2017.] Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xl/030703104>

Diakonie Českobratrské církve evangelické. *Pečuj doma*. [Online] [Citace: 4. 5 2017.] Dostupné z: <<http://www.pecujdoma.cz/v-tistenem-pecuj-doma/komunitni-sestra-a-revoluce-dlouhovekosti/>>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí: *Kvalita péče začíná od personálního klíče (Zdravotnictví a Medicína)* [Online] [Citace: 3. 6. 2017.] Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/29311>>.

Ministerstvo zdravotnictví ČR: *Stručný přehled činnosti oboru praktický lékař pro dospělé 2007–2015 NZIS REPORT č. K/17 (09/2016)* [Online] [Citace: 1. 5 2017.] Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/cinnost-zdravotnickych-zarizeni-ve-vybranych-oborech>>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí: *Sociální pracovník jako case manager*. [Online] [Citace: 18. 6. 2017.] <<http://www.mpsv.cz/files/clanky/19178/Nepustil.pdf>>.

Národní soustava povolání. [Online] [Citace: 28. 5 2017.] Dostupné z: <http://katalog.nsp.cz/karta_p.aspx?id_jp=102726&kod_sm1=13>.

Agentura pro sociální začleňování. [Online] [Citace: 17. 4 2017.] Dostupné z: <<http://www.socialni-zaclenovani.cz/case-management-v-socialnich-sluzbach>>.

System domácí péče - informace pro klienty. *Národní centrum domácí péče České republiky*. [Online] [Citace: 22. 5 2017.] Dostupné z: <<http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty->>.

Sozialgesetzbuch. [Online] [Citace: 17. 4 2017.] Dostupné z: <<http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbi/1.html>>.

Zákony a Vyhlášky:

Sbírka zákonů Česká republika 2016. Vyhláška ze dne 19. října 2016 o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2017 stanovuje.

Vyhláška č. 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Zákon č. 128/2000 Sb., o obcích.

Zákon č. 129/2000 Sb., o krajích.

Zákon č. 131/2000 Sb. o hlavním městě Praze.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

Zákon č. 73/ 2011 Sb., o úřadu práce.

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí.