

# Komunitní systém, koordinace služeb zaměřená na jednotlivce

David Kocman, Zdeněk Kalvach

Magistrát hl. města Prahy

# Dva póly proseniorské politiky

- Uplatnění a seberealizace zdatných, „úspěšných“ seniorů
- Gordický uzel dlouhodobé péče (LTC) na zdravotně sociálním pomezí
  - Vždy zdravotní postižení: frailty, multimorbidita
  - Vždy funkční deteriorace s ohrožením/ztrátou soběstačnosti, případně dokonce sebeobsluhy
  - Vždy sociální potřeby, problémy, ohrožení - EDAN
  - Vždy ohrožení institucionalizací
  - Někdy nezvratné vyhasínání života (paliativní péče)

# Dlouhodobá zdravotně sociální péče v ČR a tedy i v Praze

- Dlouhodobě podfinancovaná
- Nedostatečně zmapovaná (pasportizace)
- Řada kompetenčních konfliktů
- Nedostatek kapacit i personálu
- Tradiční těžiště v ústavní péči a ve zdravotních službách
- Opoždění transformačních snah v reakci na demografický vývoj

# Transformační snahy v oblasti LTC - mezinárodně od 80. let 20. století

- De-institucionalizace – priorita komunitní péče
- De-sektorializace – odstranění kompetenčních konfliktů + sdílená péče
- De-profesionalizace – význam laických pečujících (rodiny, dobrovolníci, pečovatelky)
- De-medicinalizace – priorita kvality života, sociálních rolí a lidských práv bez diskriminace v dostupnosti potřebné zdravotní péče

# Senioři a LTC v Praze (střední varianta vývoje, projekce ČSU 2013)

2017:

- Celkem 1 294 000
- 65+ 243 000
- 80+ 55 800

2030:

77 000

Odhad potřeby lůžek LTC: 15-20 % ve věku 80+

15 % 8 370

11 550

Realita: zdrav. 2 000 + soc. 3 600 = 5 600

Ostatní: mimo Prahu + rehospitalizace + bez péče

# LTC v Praze

- Poddimenzovaná
- Neúčelná spotřeba nemocniční péče „z bezradnosti“
- Nízká absorpční kapacita komunitních služeb
- Nízký zdravotně ošetrovatelský potenciál ÚSP
- Nízká podpora pečujících rodin
- Nízká koordinace a návaznost služeb

# Úvahy o koncepci rozvoje LTC v Praze

- Racionální zvýšení kapacit LTC
  - zčásti reprofilizace nemocničních lůžek
- Posílení absorpční kapacity komunitních služeb
  - Koordinace a zpřesnění služeb– case management
  - Posílení podpory pečujících laických rodin - edukace
- Posílení zdravotnické absorpční kapacity ÚSP bez diskriminace v dostupnosti potřebné péče
- Zvýšení účinnosti krátkodobých nemocničních intervencí u křehkých pacientů (enabling geriatrics) + zkvalitnění propouštěcího procesu
- Rozvoj paliativní péče, především mobilních hospiců

# Mobilní hospice (MH) v Praze

- Počet obyvatel: 1.0–1.2 milionu + příměstské oblasti
- Odhad potřeby: 1 MH/100 000 obyvatel = teoreticky 10-12 MH
- Reálná potřeba nižší (paliativní kapacita lůžkových zdravotnických zařízení): 5-6 MH?
- Aktuální situace: 2 MH - Cesta domů a Most k domovu
- Počet úmrtí: cca 12 200/rok (10 200 ve věku 65+)
- Metoda navýšení: aktivní výzvy pro dotační program v rámci doplňkové sítě (start mimo ZP)



# Zaměření mobilních hospiců (MH)

Především specializovaná paliativní péče pro

- Pacienty v domácím prostředí
- Klienty pobytových sociálních zařízení – DS, DZR, DOZP

Bez zajištění MH či paliatrem v ÚSP jen obecná paliativní péče garantovaná praktickým lékařem.

Paliativní péče v ÚSP: eticky velmi citlivé téma.

# Zvýšení absorpční kapacity komunitních služeb a pečujících rodin

**SIPS** - systém integrovaných podpůrných služeb

Klíčový prvek: koordinátor (case manager) –  
zaměstnanec Úřadu městské části

Funkce:

- Depistáž
- Dispenzarizace
- Koordinace a návaznost služeb (plán podpory)
- Poradenství a edukace pro laické pečující
- Přehled o problematice LTC pro místní správu/  
samosprávu

# SIPS – výběr koordinovaných aktérů a služeb

- Klient
- Pečující rodina
- Praktický lékař
- Home care
- Pečovatelská služba
- Tísňová péče
- Sociální práce
- Ergoterapie
- Půjčovna pomůcek a úprava domácího prostředí
- Dobré sousedství
- Tyflocentrum
- Fyzioterapie
- Psychoterapie a/nebo krizová intervence
- Nutriční terapeut
- Psychiatr – návštěvní služba
- Mobilní hospic
- Geriatrická ambulance
- Respitní pobytové služby
- Centrum pro denní pobyt
- Dobrovolníci
- Logopedie
- Osobní asistence

# SIPS

Základní metoda: koordinace a ucelenost služeb zaměřená na jednotlivce

Využívá místně dostupné, reálně fungující služby – vytváří nehierarchickou síť služeb

Překonává kompetenční konflikty propojením konkrétních služeb u pacienta

Zlepšuje propojení „světa LTC“ s místní správou

Účinnost a udržitelnost: ověřena pilotními projekty Diakonie ČCE (Prachatice, Mělník, Roudnice)

# Vytváření systému LTC v Praze

1. Obvyklé budování kapacit
2. Vytváření neformální sítě (neformální networking) zdola – propojování jednotlivých kvalitních poskytovatelů (příklady dobré praxe)

