



Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

**Metodika práce s pacientem a jeho rodinou pro sociální
pracovníky Krajské nemocnice T. Bati, a. s. Zlín při
propuštění nesoběstačného pacienta nebo pacienta se
sníženou soběstačností**

Bakalářská práce

Studijní program

Sociální práce

Autor: Mgr. Manuela Chovancová
Vedoucí práce: Mgr. Iva Linhartová

Olomouc 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně na základě použitých pramenů a literatury uvedených v bibliografickém seznamu.

V Olomouci 18. 4. 2024

Manuela Chovancová

Poděkování

Na tomto místě chci poděkovat vedoucí práce, paní Mgr. Ivě Linhartové za její obětavé a vstřícné vedení v průběhu psaní práce. Jsem vděčná za připomínky, trpělivost a zpětnou vazbu, kterou mi vždy ochotně poskytla. Poděkování také patří celé mé rodině, především manželovi, za podporu ve studiu.

Obsah

Seznam zkratk	9
Úvod	10
1 Představení tématu	13
1.1 Nesoběstačný pacient	13
1.2 Dlouhodobá péče	14
1.3 Komunitní plánování sociálních služeb	15
1.4 Sociální práce ve zdravotnictví	16
1.5 Krajská nemocnice T. Bati, a. s. Zlín	18
2 Propojení tématu se sociální politikou	20
2.1 Legislativa sociálně-zdravotního pomezí	20
2.2 Financování zdravotních a sociálních služeb	21
2.3 Možnost propojení sociálních a zdravotních služeb	23
2.4 Pilotní projekt Tvorba systému sociálně zdravotního pomezí v kraji Vysočina	23
2.5 Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025 (NSRSS)	25
2.6 Strategie rozvoje Zlínského kraje 2030	26
2.7 Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve Zlínském kraji pro období 2023–2025	27
2.8 Projekt Zlínského kraje “Nejste na to sami”	29
3 Propojení tématu s teorií a metodami sociální práce	32
3.1 Metoda case managementu	32
3.2 Případová konference	34
3.3 Síťování	35
3.4 Mlčenlivost	36
3.5 Souhrn relevantních částí Etického kodexu Společnosti sociálních pracovníků ČR	36
3.6 Výčet typických porušení etického kodexu v oblasti sociální práce v nemocnici	37
3.7 Příklady běžných etických dilemat v oblasti sociální práce v nemocnici	38
4 Identifikace problému, jeho příčin a příležitosti ke zkvalitnění výkonu sociální práce	40
5 Analýza potřebnosti	41
5.1 Popis metod získání předložených dat a vyhodnocení výchozího stavu	41
5.2 Příčiny problému a jeho dopady na cílovou skupinu a společnost obecně	41
5.3 Základní informace o velikosti cílové skupiny	42
5.4 Příklady řešení dané problematiky v ČR a v zahraničí	44
5.5 Specifikace stakeholderů	46
6 Metodický dokument	47
6.1 Očekávaná změna a popis cílového stavu vzhledem k navrženému řešení	47
6.2 Popis navrhovaného metodického dokumentu	48
6.3 Fáze case managementu	49

6.3.1 Navázání kontaktu	49
6.3.2 Identifikace (mapování) potřeb	50
6.3.3 Plánování podpory	51
6.3.4 Realizace intervence (propojení se službami; vzdělávání neformálně pečujících a jejich setkávání).....	52
6.3.5 Hodnocení výsledku	55
6.4 Praktické tipy pro podporu vnitřního case managementu	56
6.5 Vývojový diagram implementace metodických pokynů	56
6.6 Prediktivní analýza rizik a dopadů v cílovém prostředí	58
6.7 Návrh pilotního ověření zavádění metodického postupu v organizaci, včetně harmonogramu a návrhu evaluace	62
Závěr.....	63
Bibliografie.....	66
Seznam příloh.....	79
Přílohy	81

Seznam zkratek

CM	case management
CMS UK	Case Management Society United Kingdom
ČALS	Česká alzheimerovská společnost
ČAP	Česká asociace pojišťoven
ČAPS	Česká asociace pečovatelské služby
ČIS	Český institut pro supervizi
ČR	Česká republika
ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
ČSÚ	Český statistický úřad
EU	Evropská unie
KNTB	Krajská nemocnice T. Bati, a. s. Zlín
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
LTC	long term care, dlouhodobá péče
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NIS	nemocniční informační systém
NRZP ČR	Národní rada osob se zdravotním postižením České republiky
NSRSS	Národní strategie rozvoje sociálních služeb
NZIP	Národní zdravotní informační portál
ORP	obec s rozšířenou působností
OSVČ	osoba samostatně výdělečně činná
PK	případová konference
PSP ČR	Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky
RSPV	Revue pro sociální politiku a výzkum
SAK	Spojená akreditační komise
SSP ČR	Společnost sociálních pracovníků České republiky
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
VZP ČR	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická

Úvod

Bakalářská práce se zabývá tématem sociální práce s pacientem a jeho rodinou při propuštění nesoběstačného pacienta nebo pacienta se sníženou soběstačností. Cílem bakalářské práce je vytvoření metodických pokynů pro pracovníky sociálního oddělení Krajské nemocnice T. Bati, a. s. Zlín, které by měly vést ke zkvalitnění práce, zavedení jednotného postupu, předvídatelnosti a opakovatelnosti pracovních postupů sociálních pracovníků nemocnice. Dále by zavedení metodických pokynů mělo vést ke včasnému propuštění pacienta z akutní péče, zkrácení hospitalizace a zajištění návaznosti zdravotních a sociálních služeb. Vedlejším dopadem by mohlo být šetření finančních prostředků na zdravotní péči.

Práce je rozdělena do šesti hlavních kapitol. V první kapitole s názvem představení tématu vysvětlují základní pojmy nesoběstačný pacient a způsoby posuzování soběstačnosti pacientů, rozdíl mezi následnou a dlouhodobou péčí a způsob plánování, této péče vzhledem k její dostupnosti, respektive tvorbu komunitního plánu. Dále představím specifika sociální práce ve zdravotnictví a konkrétní nemocnici ve Zlíně, protože se této nemocnici týká hlavní část práce. Druhá kapitola se zabývá propojením tématu se sociální politikou a ozřejmuje, že zvolené téma je na tzv. zdravotně sociálním pomezí a spadá tak pod dva resorty, které mají různou legislativu a různé financování, což způsobuje značné potíže. Tématiku zdravotně sociálního pomezí řeší Kraj Vysočina v pilotním projektu Tvorba systému sociálně zdravotního pomezí a navazujícím projektu Rozvoj a podpora procesů pro zkvalitnění poskytování služeb sociálně zdravotního pomezí v Kraji Vysočina financovaných Evropskou unií z Operačního programu Zaměstnanost, jak popisují v další části práce. Výsledky těchto projektů by měly být uplatnitelné ve všech krajích. Dále krátce představím Národní strategii rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025, Strategii rozvoje Zlínského kraje 2030 a Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve Zlínském kraji pro období 2023–2025. Ve Zlínském kraji se v letošním roce také rozběhl projekt financovaný Evropskou unií z Operačního programu Zaměstnanost plus, který úzce souvisí s propojením sociálních služeb, sociálních pracovníků různých institucí a pečujících s názvem Nejste na to sami. Obsahem třetí kapitoly je výklad metody case managementu, kterou jsem zvolila jako nejvhodnější metodu práce sociálních pracovníků v nemocnici. Tuto volbu jsem provedla na základě analýzy dostupné odborné literatury. Dále popisují techniky case managementu a etické souvislosti s prací sociálního pracovníka v prostředí nemocnice. Ve čtvrté kapitole identifikuji problém, který může nastat při propuštění nesoběstačného pacienta a možný způsob řešení tohoto problému. Pátá kapitola se zabývá analýzou potřebnosti, která slouží jako východisko pro zpracování metodického

dokumentu pro sociální pracovníky nemocnice. Metodický dokument společně s plánem implementace a analýzou rizik je předložen v poslední kapitole bakalářské práce.

Téma bakalářské práce je mi blízké z více důvodů. V KNTB pracuji již více než třicet let, ale ne na pozici sociálního pracovníka. Sociální oddělení v nemocnici vzniklo v roce 2018, do té doby v nemocnici fungovala v rámci Centra klinické gerontologie pouze Ambulance sociálního poradenství (KNTB, 2019). Chtěla jsem poznat činnost sociálního oddělení, proto jsem zde ve druhém ročníku studia Caritas vykonávala jednu ze školních odborných praxí. Při jejím vykonávání jsem zjistila, že je velmi obtížné propustit některé pacienty z nemocnice. Jedná se většinou o pacienty, kteří jsou závislí na pomoci jiné osoby, viz níže, u kterých se náhle změnil jejich zdravotní stav, kteří nemají dobré rodinné zázemí, žijí osamocně, nebo jsou to osoby bez přístřeší. Zákon o zdravotních službách říká, že pacient, který není vzhledem ke svému zdravotnímu stavu schopen se obejít bez pomoci druhé osoby, může být propuštěn až po zajištění této péče jinou osobou, většinou někým z rodiny, nebo mu tuto péči má zajistit obec s rozšířenou působností (Zákon č. 372/2011 Sb. §47 odst. 2). K tomu, aby obec s rozšířenou působností mohla zajišťovat péči o tyto vybrané pacienty, je nutné, aby k tomu měla dostatečnou kapacitu sociální sítě a sociálních služeb v této síti. Sociální pracovníci v nemocnici se snaží, aby byli pacienti propouštěni až po zajištění potřebné péče. Tvrdí ale, že kapacita následné péče je nedostatečná. Zajímalo mě, proč z jakých důvodů nastává problém s propouštěním nesoběstačných pacientů. Proto jsem se ve třetím ročníku rozhodla pro výkon odborné praxe na odboru sociálních věcí Krajského úřadu ve Zlíně. Zde jsem se dozvěděla, že ve Zlínském kraji máme největší kapacitu pobytových sociálních služeb vzhledem k počtu obyvatel kraje, což je zřejmé i ze Strategie rozvoje Zlínského kraje 2030 (Zlínský kraj, 2019, s. 51–57) a Zlínský kraj neplánuje jejich rozšíření, spíše pracuje na deinstitucionalizaci¹ pobytových služeb, což často vede ke snížení počtu lůžek pobytových sociálních zařízení. Toto zjištění se ale neslučovalo se zkušeností z nemocnice. Chtěla jsem tedy zjistit, proč nastává problém s propouštěním nesoběstačných pacientů a jak by se dala tato situace řešit. Odpovědí by snad mohl být metodický dokument pro sociální pracovníky nemocnice, který je výsledkem mé bakalářské práce.

¹ vysvětlení termínu viz níže v textu

1 Představení tématu

V absolventské práci se zaměřím na teoretické ukotvení sociální práce v nemocnici s nesoběstačným pacientem nebo s pacientem se sníženou soběstačností a jeho rodinou, respektive neformálně pečujícími při propuštění pacienta z hospitalizace a na definici nejdůležitějších pojmů a zakotvení v odborné literatuře.

1.1 Nesoběstačný pacient

Nesoběstačný pacient je termín používaný v ošetrovatelství pro označení pacienta, který je závislý na pomoci jiných lidí při vykonávání základních denních aktivit. Tito pacienti jsou často upoutáni na lůžko, které neopouští. Hodnocení soběstačnosti pacienta je součástí ošetrovatelského procesu. Existují různé testy a škály, které se používají k hodnocení soběstačnosti, jako je například Barthelův test základních všedních činností (Activities of Daily Living – ADL) nebo Lawton-Brodyho test instrumentálních činností (Instrumental Activities of Daily Living – IADL) (Beharková a Soldánová, 2016). Pacienti mohou být kategorizováni podle míry soběstačnosti. Vyhláška 467/2012 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů v příloze v kapitole 6 člení pacienty do kategorií. Pro účely této absolventské práce jsou zajímavé kategorie pacient částečně soběstačný, pacient vyžadující zvláštní dohled, pacient imobilní a pacient v bezvědomí.

Pacienta částečně soběstačného specifikuje vyhláška jako pacienta, který se sám obslouží s dopomocí, je schopen pohybu mimo lůžko s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku, pacient vykazující mírné příznaky duševní poruchy nebo spolupracující dítě od 6 do 10 let. Pacienta vyžadujícího zvláštní dohled definuje vyhláška jako pacienta lucidního, což znamená při plném vědomí, ale neschopného pohybu mimo lůžko ani s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku. Vyžadujícího téměř úplnou obsluhu. Může to být pacient psychicky alterovaný nebo pacient vykazující středně těžké příznaky duševní poruchy vyžadující zvýšený dohled, případně přechodné omezení pohybu či farmakologické zklidnění nebo dítě od 2 do 6 let. Pacient imobilní je podle této vyhlášky lucidní, zcela imobilní, případně inkontinentní, vyžaduje ošetrovatelskou pomoc při všech úkonech. Vykazuje příznaky závažné duševní poruchy vyžadující omezení pohybu a farmakologické zklidnění nebo dítě do 2 let věku. Poslední kategorií je pacient v bezvědomí, případně v deliriózním stavu, pacient vykazující příznaky těžké duševní poruchy, nebezpečný sobě či okolí, vyžadující trvalý

ošetřovatelský dohled, případně použití omezovacích prostředků intenzivní psychiatrické péče. Pacienti mohou být členění i jiným způsobem než podle Vyhlášky 467/2012 Sb.

Míru soběstačnosti pacienta je také možné hodnotit podle 108/2006 Sb., o sociálních službách. Podle tohoto zákona se posuzuje soběstačnost na základě schopnosti jedince zvládat základní životní potřeby, které zahrnují mobilitu, orientaci, komunikaci, stravování, oblékání a obouvání, tělesnou hygienu, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péči o domácnost. Z hodnocení míry závislosti podle tohoto zákona se vychází při přiznání výše příspěvku na péči, ale také je to například hodnotící kritérium při podávání žádosti o poskytnutí sociální služby v pobytovém sociálním zařízení, jak mi sdělila vedoucí sociální pracovnice Domova pro seniory v Lukově při výkonu odborné školní praxe (Bartošová, 2023), a vychází z něj například i zákon 262/2006 Sb. (zákoník práce) v § 240 až 241a.

Je důležité poznamenat, že míra soběstačnosti může být ovlivněna různými faktory. Zdravotním stavem pacienta, věkem, dědičností a dalšími socioekonomickými a environmentálními faktory (Beharková a Soldánová, 2016).

1.2 Dlouhodobá péče

Dlouhodobá péče je zásadním faktorem při propouštění pacienta z nemocnice. Její význam spočívá v tom, že se zaměřuje na dlouhodobou podporu a péči o pacienta po jeho návratu domů. Dlouhodobá péče může trvat měsíce nebo dokonce roky. Je to klíčový aspekt, který pomáhá pacientům přizpůsobit se novým podmínkám a zlepšit jejich kvalitu života. Pro správné chápání rozdílu mezi dlouhodobou péčí a následnou péčí, je potřeba definovat oba způsoby péče (Holmerová, 2024).

Následná péče je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče. Tato péče může být poskytována v odborných léčebných ústavech, léčebnách dlouhodobě nemocných, nebo jako sociální služba v rámci sociální prevence (Holmerová, 2024). Takto chápaný termín následné péče se zcela nekryje se službami následné péče, jak jsou chápány zákonem o sociálních službách 108/2006 Sb. v § 64. V této práci bude následná péče chápána ve výše uvedeném smyslu a ne podle zákona o sociálních službách.

Na druhé straně, dlouhodobá péče (long term care = LTC) je poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování

ošetřovatelské péče se zhoršuje. Hlavní rozdíl mezi následnou a LTC spočívá v cíli a délce péče. Následná péče je zaměřena na doléčení a rehabilitaci pacienta po akutním zdravotním stavu nebo operaci, zatímco LTC péče je poskytována pacientům, kteří potřebují trvalou péči a jejich zdravotní stav nelze podstatně zlepšit (Holmerová, 2024).

Cílem LTC je zachovat co nejvyšší možnou kvalitu života v souladu s individuálními preferencemi, co nejvyšší míru nezávislosti, autonomie, participace, osobního naplnění a důstojnosti (WHO, 2002). LTC je chápána jako soubor služeb poskytovaných osobám s omezenou funkční, fyzickou nebo kognitivní schopností, které jsou dlouhodobě závislé na asistenci při základních činnostech denního života (activities of daily living = ADL). Tato "osobní" péče je často kombinovaná se základní zdravotní péčí, která zahrnuje ošetřovatelskou péči (například ošetřování ran, léčení bolesti, předepisování a podávání léků, sledování zdravotního stavu) a také prevenci, rehabilitaci nebo paliativní péči (Wija a kol., 2019, s. 7).

V LTC se podle potřeb osob vyžadujících péči uplatňuje formální i neformální péče. Formální péče je odborná péče poskytovaná profesionály jako součást jejich pracovní role a může být poskytována v různých nastaveních, včetně nemocnic, domovů pro seniory, domácí péče a dalších. Na druhé straně, neformální péče je péče poskytovaná osobě závislé na podpoře, pomoci a péči jejími blízkými rodinnými příslušníky, příbuznými nebo známými. Tato péče je poskytována bez formálního vzdělání nebo odborné přípravy. Neformální pečovatelé často poskytují péči bez jakékoliv finanční kompenzace a jejich role je zásadní pro systém dlouhodobé péče (Pro stáří, 2017).

1.3 Komunitní plánování sociálních služeb

K tomu, aby byla dlouhodobá péče dostupná, je nutné nastavit podmínky k jejímu poskytování na úrovni politiky státu, kraje a obcí s rozšířenou působností podle principu subsidiarity. Jedním z nástrojů této politiky je komunitní plánování sociálních služeb (Horecký a kol, 2021, s. 9–10).

Komunitní plánování sociálních služeb je proces, který napomáhá zajišťovat územní dostupnost sociálních služeb v jednotlivých obcích nebo regionech. Jeho cílem je zajistit dostupnost kvalitních sociálních služeb v dané lokalitě a zároveň identifikovat potřeby, které nejsou naplněny. Základem komunitního plánování je spolupráce zadavatelů, což jsou zejména obce a kraje, s poskytovateli a uživateli sociálních služeb při vytváření plánu, užívat vyjednávání o budoucí podobě služeb a realizaci konkrétních kroků. Při tomto plánování se vychází

z porovnání existující nabídky sociálních služeb se zjištěnými potřebami uživatelů služeb, a to i těch potencionálních. Výsledek provedeného srovnání slouží jako jeden z klíčových podkladů pro zformulování priorit v oblasti sociálních služeb (MPSV, 2020).

Aby byl komunitním plánováním vytvořen systém sociálních služeb, který odpovídá zjištěným potřebám komunity, je nutné, aby se do tohoto plánování zapojily všechny zúčastněné strany. Potřeby proto musí být společně formulovány všemi, koho se sociální služby dotýkají. Nesmí být v žádném případě zanedbány potřeby kterékoliv strany (Krausová, 2007, s. 160–164). Mluvíme o principu triády, tzn., aktivně se komunitního plánování účastní tři strany, uživatelé, poskytovatelé a zadavatelé sociálních služeb. Jak bylo napsáno výše, účastnit by se měla i široká veřejnost (Kuzníková, 2011, s. 91).

Na rozdíl od komunitního plánování je komunitní péče v sociálních službách součástí procesu deinstitucionalizace, který se zaměřuje na transformaci institucionální (ústavní) péče o osoby se zdravotním postižením do péče komunitní. Cílem je zkvalitnit život lidem se zdravotním postižením a umožnit jim žít běžný život srovnatelný s životem jejich vrstevníků. Během deinstitucionalizace dochází k řízenému rušení ústavů a rozvoji komunitních sociálních služeb. Výsledná struktura a provoz sociálních služeb jsou primárně orientovány na potřeby uživatelů služeb a jejich sociální začleňování. Komunitní péče může zahrnovat různé formy poskytování péče, včetně terénních služeb, ambulantních služeb a pobytových služeb (MPSV, 2022).

1.4 Sociální práce ve zdravotnictví

V období od roku 1949 do roku 1990 se v České republice sociální práce v oblasti zdravotnictví prakticky nevyvíjela. Možnosti využití sociálních služeb v tomto sektoru jsou i dnes velmi omezené. Rozhodnutí o zaměstnávání sociálních pracovníků v zdravotnických zařízeních je plně v rukou managementu dané organizace. Ministerstvo zdravotnictví vydalo pouze doporučení k přijetí sociálního pracovníka na určitý počet lůžek. Stále jsou v platnosti normy z roku 1988, které stanovují, že na 350 akutních lůžek, 100 chronických lůžek (typu Léčebna dlouhodobě nemocných – LDN), 50 psychiatrických lůžek by měl připadat jeden sociální pracovník. Pokud zdravotnické zařízení nemá sociální oddělení a nezaměstnává sociální pracovníci, mají lékaři možnost obrátit se přímo na sociální odbor nejbližšího úřadu (Vorlíček a kol., 2004, s. 487–488). Dle informací vedoucí sociálního oddělení KNTB a metodičky sociální práce Zlínského kraje neplatí dnes žádná norma, která by stanovovala počet sociálních pracovníků na počet lůžek v nemocnici a zaměstnávání sociálních pracovníků je stále plně pouze v rukou managementu příslušné organizace (Mlčková, 2024).

Sociální práce ve zdravotnictví hraje klíčovou roli v poskytování komplexní a soustavné péče o pacienty a je nedílnou součástí léčebného a ošetrovatelského procesu. Cílem sociální práce ve zdravotnictví je pomoc pacientům, kteří se pro své onemocnění nebo jeho následkům dostali do nepříznivé sociální situace, prostřednictvím kompenzace, adaptace nebo integrace pacienta do společnosti (Havlíková a Hubíková, 2011, s. 198). Zaměřuje se na poskytování nezbytného sociálního poradenství a podpory všem pacientům, kteří se ocitají v obtížné životní situaci v důsledku svého zdravotního stavu. Jejím cílem je zlepšit kvalitu života pacientů, usnadnit jejich návrat do běžného života po ukončení hospitalizace nebo akutní fáze nemoci a pomoci jim lépe zvládnout výzvy, které přináší jejich zdravotní stav (Sociální práce/Sociálna práca, 2020).

Sociální pracovník v nemocnici je definován podle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních ve znění pozdějších předpisů. Zdravotně sociální pracovníci poskytují pomoc při odstraňování negativních faktorů ovlivňujících pacienta v důsledku ztráty či omezení jeho fyzické, psychické nebo intelektuální autonomie. Zprostředkovávají pacientům v nepříznivé sociální situaci podle konkrétní potřeby, kromě zdravotně sociálního poradenství, podporu ke zvýšení jejich orientace ve vlastních právech a povinnostech v dané situaci (Šlenkrťová a Marková, 2012). Zdravotně sociální pracovník by měl umět navázat vztah s pacientem, který je definován kompetencemi pracovníka a charakteristikami klienta². Základními osobnostními dovednostmi zdravotně sociálního pracovníka by měli být pravdivost, pozitivní přijetí a empatické porozumění (Kuzníková, 2011, s. 108–111). Jako case manager, viz níže, by měl mít organizační dovednosti, strategické myšlení, schopnost a dovednost motivovat lidi, komunikační a vyjednávací dovednosti (Solařová, 2013, s. 9–10).

Hlavním úkolem sociálního oddělení je poskytování poradenských služeb všem pacientům, kteří jsou hospitalizováni a ocitají se v obtížné životní situaci, která je přímo spojena s jejich zdravotním stavem. Mnohdy se stává, že si nejsou schopni poradit sami a ani s pomocí svých rodin nejsou schopni najít řešení své situace. Zdravotně sociální pracovníci zde působí jako průvodci a informátoři pro pacienty a jejich rodiny. Jejich cílem je pomoci najít řešení nepříznivé sociální a zdravotní situace, ve které se pacienti nacházejí. Tato podpora může zahrnovat různé formy pomoci, včetně poradenství v oblasti sociálních dávek, zprostředkování kontaktů na další odborné služby, nebo pomoc s koordinací péče po propuštění z nemocnice. Zdravotně sociální pracovníci také mohou pomoci pacientům a jejich rodinám lépe porozumět

² Při sociální práci v nemocnici se pacienti stávají klienty, popř. uživateli sociálních služeb, proto budou v této práci tyto termíny rovnocenné a zaměnitelné.

diagnóze a léčebnému plánu, a mohou poskytnout emocionální podporu v těžkých chvílích. Všechny tyto služby jsou poskytovány s cílem zlepšit kvalitu života pacientů, usnadnit jejich návrat do běžného života a pomoci jim lépe zvládnout výzvy, které přináší jejich zdravotní stav a zabránit, pokud možno, časně rehospitalizaci³ pacienta. Sociální oddělení tak hraje klíčovou roli v poskytování komplexní a soustavné péče o pacienty (KNTB, [b.d.]).

Sociální oddělení nemocnice také napomáhá tomu, aby byl naplněn zákon o zdravotních službách, který v §41 odstavec 2 stanovuje, za jakých okolností může být propuštěn pacient, který není schopen odejít z nemocnice bez pomoci druhé osoby.

1.5 Krajská nemocnice T. Bati, a. s. Zlín

Krajská nemocnice T. Bati, a. s. Zlín je jednou z největších krajských nemocnic v České republice. Zaměstnává více než 2400 lidí na různých odborných pracovištích a ročně poskytuje péči přes 45 tisícům pacientů. Nemocnice disponuje téměř tisícem lůžek, z nichž téměř 800 je určeno pro akutní péči a 200 pro následnou péči. KNTB je akciovou společností, kterou plně vlastní Zlínský kraj. Hlavním posláním KNTB je poskytovat pacientům kvalitní péči ve všech jejích specializovaných odděleních. V listopadu 2019 KNTB úspěšně prošla akreditačním šetřením a vyhověla standardům Spojené akreditační komise (SAK), o. p. s. Zároveň splnila všechny minimální standardy pro hodnocení kvality a bezpečnosti, jak je stanoveno v §105 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, a v souladu s vyhláškou č. 102/2012 Sb. o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Platnost certifikátu SAK byla do 14. 11. 2022. KNTB se v současné době připravuje na reakreditaci, která by měla proběhnout v roce 2024 (KNTB, [b.d.]a).

KNTB má zpracován interní dokument, tak zvaný specifický ošetřovatelský postup s názvem Sociální péče o pacienty v sociální tísní, který může částečně suplovat metodický dokument. Nemocnice má také vytvořen informační leták Služby v Krajské nemocnici T. Bati, který obsahuje informaci o sociálním oddělení nemocnice a jím poskytovaných službách, včetně telefonického kontaktu⁴. Podobnou informaci obsahuje také informační leták Informace pro pacienty⁵. A nemocnice také pravidelně pořádá krátký cca. hodinový kurz pro neformálně

³ Rehospitalizace je opětovné přijetí do nemocnice ze stejného nebo jiného důvodu do 30 dnů od propuštění z nemocnice. Nízká míra rehospitalizace je ukazatelem kvalitní péče (zákon 372/2011 Sb. §105 a Vyhláška 102/2012 Sb.)

⁴ Informační leták Služby v Krajské nemocnici T. Bati je vložen jako příloha č. 1

⁵ Informační leták Informace pro pacienty je vložen jako příloha č. 2.

pečující, kde se rodinní příslušníci dozvědí praktické rady, jakým způsobem a pomocí jakých pomůcek pečovat o svého příbuzného. O tomto kurzu je veřejnost informována pomocí letáčků⁶ a sociálních sítí nemocnice.

⁶ Informační leták, který je ve stejné podobě zveřejňován na sociálních sítích FB a IG je vložen jako příloha č. 3.

2 Propojení tématu se sociální politikou

Základním cílem sociální politiky je vytvoření lidsky důstojných podmínek života a zajištění rovných příležitostí všem lidem. Role státu v sociální politice je nezastupitelná a v jistém smyslu i nejvýznamnější. Stát se angažuje jako konceptor, vymezuje právní rámec, a vykonavatel, poskytuje konkrétní dávky podpory apod., sociálně politických opatření (Mertl a kol., 2023, s. 70). To, zda propuštění pacienta proběhne hladce, souvisí úzce se sociální politikou státu. S tím, jak je nastaveno financování a provázanost systémů sociálních a zdravotních služeb. S ohledem na to, zda za srovnatelné služby ve zdravotním a sociálním sektoru nejsou příliš velké rozdíly v přímých úhradách od klientů a také zda existuje dostatečná kapacita sociálních služeb následné a dlouhodobé péče. Tato kapacita je podmíněna finanční udržitelností sítě služeb, ze které vychází plánování sítě služeb na úrovni krajů a obcí s rozšířenou působností (Horecký a kol., 2021, s. 19).

2.1 Legislativa sociálně-zdravotního pomezí

Sociální práce ve zdravotnictví je specifická tím, že podléhá legislativě v oblasti sociální i zdravotní. Poskytování zdravotních služeb jimiž se rozumí poskytování zdravotní péče zdravotnickými pracovníky a jinými odbornými pracovníky v souvislosti s poskytováním zdravotní péče podle zákonů v oblasti zdravotnictví zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých zákonů, zákon 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, zákon 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), zákon 375/2022 Sb., o zdravotnických prostředcích a diagnostických zdravotnických prostředcích in vitro, Vyhláška 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků a také vnitřní předpisy konkrétní nemocnice.

Sociální služby jsou činnosti zajišťující pomoc a podporu osobám, které se dostaly do nepříznivé životní situace například z důvodu věku, zdravotního stavu či životních návyků, a tím jsou vyloučeny ze společnosti nebo jsou tímto vyloučením ohroženy. Posláním sociálních a souvisejících služeb je pomoci těmto lidem navracet se zpět do běžného života ve společnosti.

Poskytování sociálních služeb je upraveno především zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách, Úmluvou o ochraně lidských práv a základních svobod, sdělení č. 209/1992 Sb. a ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listinou základních práv a svobod, zákonem č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, zákonem č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi a pro obě oblasti platí zákon č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (Sociální práce/Sociálna práca, 2020).

2.2 Financování zdravotních a sociálních služeb

Problematika sociálně zdravotního pomezí spadá pod Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (MPSV) a pod Ministerstvo zdravotnictví ČR (MZ). Tak, jak je celá problematika rozpolcená mezi dvě ministerstva, tak je problematické i financování.

Financování, a tedy i poskytování a rozvoj zdravotních služeb a služeb domácí ošetrovatelské péče ovlivňují zdravotní pojišťovny a do jisté míry v případě domácí ošetrovatelské péče lékaři, kteří mohou, ale mnohdy nechťejí tuto péči ordinovat. V České republice je v současné době sedm zdravotních pojišťoven. Ty jsou samostatnými právními subjekty, jejichž úkolem je provádění veřejného zdravotního pojištění a poskytování hrazených služeb svým pojištěncům. Zdravotní pojišťovny jsou ale limitovány zákonem 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a úhradovou vyhláškou MZ. Pojišťovny prakticky neovlivní, co je a co není hrazeno z veřejného zdravotního pojištění. Pacienti si platí pouze lékařem neindikované výkony, léčivé přípravky apod. Běžně jsou tedy zdravotní služby hrazeny ze zdravotního pojištění a hospitalizovaný pacient neplatí přímo za tyto služby nic (VZP ČR, [b.d.]).

Financování sociálních služeb je podle Vočky (2019) povinností státu, i když to není přímo zmíněno v ústavně právní rovině, jako je tomu u zdravotní péče, ale tato povinnost vyplývá z Listiny základních práv a svobod v článku 30. (Usnesení č. 2/1993 Sb.). Hlavní úlohu při tom hrají vyšší územně samosprávné celky, tedy kraje, které podle zákona o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb.) na tuto činnost dostávají účelově vázané dotace ze státního rozpočtu. Výše této dotace určuje do jisté míry i komunitní plán, protože síť sociálních služeb musí být dlouhodobě finančně udržitelná, viz níže. Ze současné reálné situace je zřejmé, že financování sociálních služeb je vícezdrojové. Klienti sami hradí určité částky, přesto žádný právní předpis o vícezdrojovém financování nehovoří (Vočka, 2019, s. 30–32).

Vočka (2019, s. 30–32) sice píše, že financování sociálních služeb je povinností státu, fakticky je ale vícezdrojové. Jedním ze zdrojů financování těchto služeb jsou i příspěvky přímo

od klientů (příspěvek na péči, část invalidního, či starobního důchodu, úspory, pojištění dlouhodobé péče). Zatímco zdravotní služby jsou přímo pro pacienta zdarma, platí je prostřednictvím zdravotního pojištění, za sociální služby musí platit přímo.

V současnosti je systém dlouhodobé péče nastaven tak, že pacienti s podobným zdravotním stavem mohou být umístěni v zařízeních zdravotnických i sociálních, Tato zařízení jsou však financována odlišně. Rozdrobenost zodpovědnosti za dlouhodobou péči mezi MZ a MPSV, na regionální úrovni mezi kraje, obce, zdravotní pojišťovny a samotné domácnosti klientů vede k značné nerovnosti v péči o klienty se srovnatelnými potřebami a nedochází ke koordinovanému kontinuálnímu přechodu klienta mezi systémem poskytování zdravotnické a sociální péče (RSPV, 2017).

Klienti závislí při zvládnání svých základních životních potřeb z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu na pomoci druhé osoby mohou podle stupně své závislosti čerpat příspěvek na péči. Jde o sociální dávku, která je hrazena ze státního rozpočtu a klienti jejím prostřednictvím mohou hradit služby, nebo alespoň jejich část, které jim poskytuje registrovaný poskytovatel sociálních služeb nebo jinou formu pomoci. Příspěvek na péči je poskytován na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (MPSV, 2024).

Neformálně pečující, kteří mají účast na nemocenském pojištění (odvádí pojistné na sociální zabezpečení, alespoň 90 dnů v posledních 4 měsících před nástupem ošetřování, OSVČ se dobrovolně účastní nemocenského pojištění alespoň 3 měsíce bezprostředně před nástupem na ošetřovné a v době pobírání dávky nevykonávají osobně samostatnou výdělečnou činnost) mohou ze systému nemocenského pojištění čerpat dávku dlouhodobého ošetřovného. Současně musí být u ošetřované osoby splněna podmínka hospitalizace, která trvala minimálně 4 po sobě jdoucích kalendářní dny. Hospitalizace není vyžadována u osoby v inkurabilním stavu, který vyžaduje poskytování paliativní péče. Minimální délka potřeby celodenního ošetřování je jeden měsíc a dávku je možné čerpat maximálně 90 dní. Pečující, který není v přímém příbuzenském vztahu k ošetřovanému, musí mít pro nárok na dávku s ošetřovaným stejný trvalý pobyt. Dávku je možné čerpat opakovaně nejdříve po uplynutí 12 měsíců u téže ošetřované osoby. Specifickou podmínkou pro nárok na dlouhodobé ošetřovné je, že ošetřovaná osoba souhlasí s poskytováním dlouhodobé péče ošetřující osobou (ČSSZ, 2024).

Pro případ dlouhodobé péče je možné si také sjednat komerční pojištění dlouhodobé péče, které může doplnit státní příspěvek na péči a rozšířit tak možnosti dlouhodobé péče. Od ledna

2024 podporuje stát toto pojištění podle zákona 462/2023 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s rozvojem finančního trhu a s podporou zajištění na stáří, možností daňové úlevy až do výše 48 tisíc Kč ročně, podobně jako u penzijního připojištění, doplňkového penzijního spoření nebo dlouhodobého investičního produktu. Také na něj může přispívat zaměstnavatel částkou až 50 tisíc Kč ročně. Nárok na pojistné plnění u pojištění dlouhodobé péče vznikne pojištěnci, který potřebuje pomoc jiné fyzické osoby ve stupni závislosti III nebo IV podle zákona o sociálních službách. Pokud pojištěnec splní podmínky pro výplatu pojistného, bude mu sjednaná částka vyplácena až do smrti. Kooperativa chystá i jiné než finanční plnění. Slibují, že klientům zajistí umístění v zařízení dlouhodobé péče v dostupné vzdálenosti a do určité doby (Svoboda, 2024).

2.3 Možnost propojení sociálních a zdravotních služeb

Odborníci z oblasti zdravotnictví, sociální péče a demografie se shodují, že současný systém péče o pacienty na sociálně zdravotním pomezí je nevyhovující a potřebuje zásadní změny. Stárnutí populace a demografické predikce do roku 2050 zvyšují naléhavost této problematiky. Propojení zdravotního a sociálního systému a vytvoření funkčního systému poskytování komplexní zdravotně sociální péče však dosud neexistuje v ideální podobě v celé Evropské unii (Citores, 2022).

Vývoj demografické křivky, který popisuje stárnutí populace, a nárůst počtu osob s chronickými onemocněními jsou klíčovými výzvami. MZ ČR zařadilo tuto problematiku do svého Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030 (MZČR, 2020). Tyto výzvy budou mít dopad nejen na zdravotní a sociální služby, ale také na obce s rozšířenou působností, kraje, rodiny pacientů a samotné pacienty. Hlavním indikátorem systémového problému je převis poptávky po zajištění kvalitních a dostupných služeb. Je potřeba nastavit podmínky pro poskytování dlouhodobé péče na jednom místě dle aktuálních potřeb klienta (Citores, 2022).

2.4 Pilotní projekt Tvorba systému sociálně zdravotního pomezí v kraji Vysočina

Jedním z prvních kroků k řešení problému propojení sociálních a zdravotních služeb je pilotní projekt Tvorba systému sociálně zdravotního pomezí v kraji Vysočina, financovaný v rámci Operačního programu Zaměstnanost. Jeho cílem je úzká spolupráce kraje, obcí s rozšířenou

působností, poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb, zavedení centrálního registru poskytovatelů služeb, snížení zbytečných sociálních hospitalizací ve zdravotnických zařízeních, zvýšení kvality života klientů skrze zlepšení dostupnosti služeb, zkrácení čekacích dob na umístění do pobytových zařízení sociálních služeb, zkrácení doby hospitalizace a zlepšení individuálního a komplexního posouzení konkrétní životní situace klienta. Efektivitu fungování systému mají zajistit krajsí koordinátoři, kteří pracují ve všech obcích s rozšířenou působností a všech krajských nemocnicích. Projekt počítá i s potřebou péče o neformálně pečující. Výsledkem by měli být návrhy úpravy legislativy (Citores, 2022), vytvoření metodiky práce pro sociální pracovníky a propojení nemocničních informačních systémů (NIS) mezi nemocnicemi a poskytovateli lůžkových sociálních služeb (Citores, 2022a). Nicméně otázka, zda řešení z tohoto projektu budou aplikovatelná na celou Českou republiku, zůstává otevřená (Citores, 2022).

Projekt Tvorba systému sociálně zdravotního pomezí v kraji Vysočina byl již ukončen a jeho výsledkem je Metodika poskytování sociálně zdravotní péče pro sociální pracovníky (EU, 2023). Zda došlo také k propojení NIS mezi nemocnicemi a poskytovateli lůžkových sociálních služeb se mi nepodařilo ověřit.

Na tento projekt plynule navazuje projekt Rozvoj a podpora procesů pro zkvalitnění poskytování služeb sociálně zdravotního pomezí v Kraji Vysočina, který bude probíhat od dubna 2023 do března 2026. Cílem navazujícího projektu je vzdělávání sociálně zdravotních pracovníků, pilotní provoz krizových lůžek, systémové řešení situace vybraných cílových skupin, plánování služeb s cílem zvýšit dostupnost terénních sociálních služeb, zvýšit dostupnost zdravotní péče pro klienty sociálních pobytových služeb prostřednictvím hybridní telemedicíny. Posílením sociální práce dojde ke snížení rehospitalizací pacientů a klientů sociálně zdravotního pomezí (Kraj Vysočina, 2023).

Ambicí Kraje Vysočina je vytvořit pravidla nebo metodiku sociální práce pro zdravotně sociální pracovníky nemocnic včetně návrhu kontinuálního vzdělávání těchto pracovníků. Tato pravidla by měla být hotová na konci prvního čtvrtletí roku 2026. Spolupracovat na tvorbě tohoto dokumentu budou zkušené zdravotně sociální pracovnice, náměstkyně ošetrovatelské péče nemocnice, zástupci vysokých škol a metodici sociální práce. Průběžně budou konzultována i se zástupci MPSV a MZ (e-mailová komunikace únor 2023 mezi Ing. Lenkou Mikletičovou z Krajského úřadu Kraje Vysočina a autorkou práce).

2.5 Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025 (NSRSS)

Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025 (NSRSS) je základním dokumentem politiky sociálních služeb ČR. Byla zpracována na základě usnesení vlády č. 38 ze dne 19. ledna 2015, bodu c) v průběhu roku 2015 v gesci MPSV. Celková vize, ke které systém sociálních služeb v ČR směřuje a k jejímuž naplnění by měla strategie přispět je zformulována: „*V ČR existuje flexibilní síť sociálních služeb, která pomáhá řešit potřeby osob nacházejících se v nepříznivé sociální situaci a je financována transparentním, efektivním a spravedlivým systémem.*“ Globální cíl, jehož splnění je realistické v období platnosti strategie, zní: „*Nastavit dlouhodobě udržitelný systém dostupných sociálních služeb a podpory neformální péče pro osoby v nepříznivé sociální situaci.*“ (MPSV, 2015) Tento cíl se dále dělí do deseti strategických cílů:

- Zajistit přechod od institucionálního modelu péče k podpoře osob v přirozeném prostředí.
- Zajistit dlouhodobou udržitelnost financování sociálních služeb, která bude odpovídat potřebám uživatelů.
- Prostřednictvím prostupných sociálních a zdravotních služeb naplňovat potřeby uživatelů/ pacientů.
- Zlepšit postavení pečujících osob a pečující rodiny.
- Upravit nastavení systému inspekci s důrazem na sledování kvality sociálních služeb.
- Upravit způsob vstupu do systému sociálních služeb.
- Rozvoj sociální práce a profese sociálního pracovníka. Rozvoj povolání pracovníků v sociálních službách.
- Vytvářet sítě sociálních služeb, které reagují na nepříznivou sociální situaci obyvatel.
- Zajistit jednotné chápání a používání základních pojmů včetně revize současných druhů sociálních služeb.
- Podporovat tripartitní vyjednávání v oblasti rozvoje sociálních služeb. (MPSV, 2015)

Národní strategie identifikovala několik základních oblastí, které se v ČR dlouhodobě systémově neřešily a přímo se dotýkají tématu mé práce. Jde o oblasti sociálně-zdravotního pomezí, pečujících osob, financování sociálních služeb, potlačování nelegálních sociálních služeb, poddimenzovanost a profesionální výkon sociální práce a oblast plánování a tvorby sítě sociálních služeb (RSPV, 2017).

V souladu s NSRSS pořádal Výbor pro sociální politiku Poslanecké sněmovny ČR v dubnu loňského roku konferenci s názvem “Problematika sociálně-zdravotního pomezí v ČR jako výzva i příležitost”. Součástí programu bylo i vyhodnocení projektu Tvorba systému sociálně zdravotního pomezí v Kraji Vysočina (PSP ČR, 2023).

MPSV ve spolupráci s MZ předložilo v lednu 2024 návrh novely několika zákonů, který má za cíl efektivně propojit zdravotně-sociální služby. Tento krok umožní poskytování komplexní péče v zdravotnických zařízeních, domovech pro seniory a centrech duševního zdraví. Cílem je řešit aktuální problémy spojené s oddělenými systémy péče pro jednotlivé pacienty. Návrh je momentálně v procesu meziresortního připomínkového řízení. Ministr práce a sociálních věcí Marian Jurečka (KDU-ČSL) k tomu řekl: *„Dlouhodobě usilujeme o rozšíření a zkvalitnění služeb sociální péče, k čemuž tento návrh významně přispěje. Vzájemné propojení poskytne mnohem efektivnější péči pacientům, což je pro nás to hlavní. Očekáváme, že v souvislosti s touto změnou se některé léčebny a domovy pro seniory transformují na sociálně-zdravotní zařízení a budou žádat o registraci a oprávnění poskytování péče. Na to jsme připraveni a máme také několik projektů v rámci evropských fondů, například Národní plán obnovy, kde je alokováno 8,3 miliardy korun. Chceme tak maximálně podpořit investice do infrastruktury zařízení sociální péče a rozvoje infrastruktury sociálních služeb pro prevenci a poradenství.“* (MPSV, 2024a).

Klienti v sociálních zařízeních aktuálně hradí stravu a ubytování, což bude platit i v sociálně-zdravotních službách. Maximální výše této platby je stanovena na 560 korun denně, přičemž seniorům⁷ musí po zaplacení těchto výdajů zůstat alespoň 15 % příjmu. Podle stejných pravidel by mělo docházet k úhradám také v zařízeních, kde je poskytována dlouhodobá péče a které si zřídí sociálně-zdravotní péči, a to od roku 2027. Pokud bude klient v daném zařízení z jiných než zdravotních důvodů, bude si hradit stravu a ubytování. V případě, když revizní lékař zdravotní pojišťovny shledá, že zdravotní důvody k hospitalizaci trvají, bude péče nadále hrazena pojišťovnou (MPSV, 2024a).

2.6 Strategie rozvoje Zlínského kraje 2030

Česká republika čelí problému stárnutí obyvatel. Demografické projekce obyvatelstva ve Zlínském kraji predikují, že bude ve Zlínském kraji v roce 2050 nejvyšší hodnota indexu stáří z celé ČR (Zlínský kraj, 2019, s. 33–37). Ve Zlínském kraji je v porovnání s ostatními kraji

⁷ Seniozem se rozumí osoba starší než 65 let.

ČR nejvyšší průměrný věk obyvatel a v projekčním období do roku 2071 by si kraj toto prvenství měl i zachovat (Zlínský kraj, 2022, s. 21–25). Negativním důsledkem stárnutí je mimo jiné i rostoucí tlak na zdravotní a sociální péči. Lze předpokládat, že s prodlužující se délkou života se bude zvyšovat i počet onemocnění typických pro vyšší věk. Bude nutné zajistit poskytování sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu a také skupinu pečujících osob (Zlínský kraj, 2019, s. 51–58).

Prioritní oblastí 2.3.2 Strategie rozvoje Zlínského kraje 2030 je zajistit efektivní a rovnoměrně rozložené sociální služby s ohledem na měnící se potřeby obyvatel. Jedním z typových opatření této priority je rozvoj návaznosti zdravotní a sociální péče. Vývojové trendy jsou stále více spojeny s logickou propojeností zdravotních a sociálních služeb především vzhledem ke stárnutí populace (Zlínský kraj, 2019, s. 202–204).

V budoucnosti bude nutné řešit provázanost těchto služeb, protože nemocnice v kraji nemají dostatečný počet lůžek sociální péče a kapacity současných léčen dlohodobě nemocných využívají především pacienti vyžadující primárně sociální péči. Síť zdravotnických zařízení by měla reagovat na tuto potřebu a vytvářet kapacity, které tuto návaznost zajistí vytvořením přiměřeného počtu sociálních lůžek v každé nemocnici (Zlínský kraj, 2019, s. 203–204).

Ve Zlínském kraji je ve srovnání s obdobně lidnatými kraji (Plzeňský, Královéhradecký) méně lůžek v nemocnicích a na základě projektu KlientPro bylo zjištěno, že se pacienti s trvalým bydlištěm ve Zlínském kraji čerpají podstatně méně zdravotní péče, než je průměr v ČR. Ve Zlínském kraji je tedy nižší dostupnost zdravotních služeb (Zlínský kraj, 2019, s. 58–59).

Zlínský kraj má nejvyšší počet lůžek pobytových sociálních služeb pro seniory v poměru k počtu obyvatel starších 65 let vzhledem k ostatním krajům (Zlínský kraj, 2019, s. 56).

2.7 Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve Zlínském kraji pro období 2023–2025

Ve všech krajích ČR probíhá plánování sociálních služeb v souladu se zákonem o sociálních službách. Střednědobý plán je zpracováván v tříletých intervalech. Obsahuje informace o potřebách osob ve Zlínském kraji a definuje, které z nich je možné zabezpečit sociálními službami a které jsou na pomezí jiných resortů a jsou zabezpečovány jinými prostředky. Střednědobý plán se zabývá výhradně sociálními službami dle zákona o sociálních službách. Plánování sociálních služeb musí vycházet z predikovaného demografického vývoje v kraji, zvyšování věku dožití a počtu osob nad 65 let. (Zlínský kraj, 2022, s. 12–15).

Pro plánování je důležitá identifikace nepokrytých potřeb osob na daném území a hledání způsobů jejich uspokojení s využitím všech dostupných zdrojů. Sběr nepokrytých potřeb probíhá na úrovni obcí, kraje a území správních obvodů obcí s rozšířenou působností (ORP), popř. z územních celků, jakými mohou být místní akční skupiny, svazky obcí nebo území mikroregionu apod. Kraj je dle zákona o sociálních službách garantem sítě sociálních služeb. Tato síť musí pokrýt potřeby osob na území kraje a musí být také finančně udržitelná. Obecní úřady obcí s rozšířenou působností koordinují poskytování sociálních služeb, provádí činnosti sociální práce vedoucí k řešení nepříznivé sociální situace osob na svém území. Pro období 2023–2025 bylo identifikováno 13 potřeb. Přímo této práci se dotýká potřeba 1. Bezprostřední péče po ukončení hospitalizace, která je popsána jako nedostatek sociálních lůžek ve zdravotnických zařízeních pro osoby s ukončenou hospitalizací, ale které nemohou být propuštěny do domácího prostředí z důvodu nepřipravenosti rodiny na péči doma, nebo nemožnosti zajistit vhodné sociální služby. Rozšíření nebo vznik sociálních lůžek by mohl překlenout dobu přípravy domácího prostředí a zajištění terénních a ambulantních, v nezbytných případech pobytových, sociálních služeb. Tato potřeba byla identifikována v 8 ze 13 území správních obvodů ORP Zlínského kraje pro cílové skupiny seniorů, osob se zdravotním postižením a osob ohrožených sociálním vyloučením. Kraj tuto potřebu chápe jako obtížně řešitelnou a jako téma k diskusi. Jeho cílem je vytvořit nástroje pro řešení tohoto problému. Nástrojem k diskusi mají být meziresortní kulaté stoly. (Zlínský kraj, 2022, s. 26–61).

Potřeba 9. Celodenní péče včetně bydlení a základní zdravotní péče, která je popsána jako zajištění celodenní péče s velkým rozsahem potřebné podpory při uspokojování základních biologických a fyziologických potřeb osob, kteří již nemohou zůstat v domácím prostředí ani s pomocí terénních a ambulantních sociálních a zdravotních služeb. Důležitý je rozsah potřebné podpory při zajišťování potřeb v kombinaci se sníženou mobilitou či imobilitou osob. Potřeba byla identifikována v 9 ze 13 území správních obvodů ORP Zlínského kraje a měla by být zajištěna vznikem služby sociální péče – Domovy se zvláštním režimem, pro cílovou skupinu osob ohrožených sociálním vyloučením, s alkoholovou závislostí, bez příjmů. Kapacita lůžek pobytových sociálních služeb byla v roce 2020 v celém Zlínském kraji 4421 lůžek. K 20. 10. 2021 bylo evidováno celkem 2531 žadatelů, kteří nemohli být do pobytových zařízení z kapacitních důvodů přijati. Aby mohli být uspokojeni všichni žadatelé o pobytové služby sociální péče, musela by být kapacita těchto služeb navýšena asi o 57% (Zlínský kraj, 2022, s. 59–65).

Potřeba 12. Péče v domácím prostředí, včetně odlehčení pečujícím, popsána jako zajištění potřebné péče o osobu, jež vyžaduje pomoc jiné osoby v domácím prostředí. Jde o potřebnou podporu při naplňování základních biologických a fyziologických potřeb, pomoc s chodem domácnosti při zachování stávající autonomie. Také sem patří podpora osobě z důvodu mimořádné situace (úraz, akutního onemocnění člena domácnosti aj.). Potřeba zahrnuje i potřebu odpočinku osoby pečující o osobu blízkou, které je zajištěn krátkodobý oddech tak, že je zastoupena sociální službou. Potřeba byla identifikována v 9 ze 13 území správních obvodů ORP Zlínského kraje. Zajištění péče pro neformální pečující na dvou územích (Uherský Brod a Zlín) tzv. Odlehčovací služba zcela chybí (Zlínský kraj, 2022, s. 60–61).

Do nepokrytých potřeb, které spadají do meziresortní oblasti, zařazuje mimo jiné Kraj ve střednědobém plánu spolupráci s nemocnicemi a lékaři. Pro zajištění péče o seniory, osoby se zdravotním postižením a osoby ohrožené sociálním vyloučením je nutná efektivní komunikace mezi resorty zdravotnictví a sociálních věcí. Cílem je, aby osoba se zhoršujícím se zdravotním stavem mohla plynule přecházet od terénních a ambulantních služeb k pobytovým. Spolu s pečovatelskou službou je nutné zajistit i ošetrovatelskou péči. Praktičtí lékaři nepředepisují v potřebné míře terénní zdravotní služby u pacientů propuštěných do domácího ošetřování. Je potřeba řešit problematiku zajištění financování ze strany zdravotních pojišťoven. Chybí propojení všech forem podpory, chybí psychiatrické ambulance, je nedostatek psychiatrů a psychologů což se projevuje především v práci s osobami ohroženými sociálním vyloučením. Dalším meziresortním problémem dle střednědobého plánu je zajištění bydlení pro osoby se zdravotním postižením, nízkopříjmové seniory, osoby ohrožené sociálním vyloučením a rodiny s dětmi. Kraj konstatuje, že obce mají povinnost dle zákona č. 128/2000 Sb. § 35(2) uspokojovat potřeby svých občanů v oblasti bydlení a rozvíjení sociální péče, ale nedisponují dostatečným bytovým fondem pro realizaci sociální bytové politiky. Meziresortní charakter má dle Kraje také řešení kritické situace v oblasti stárnutí. Je nutné vytvářet tlak na přední orgány státní správy a vrcholnou politickou reprezentaci, aby řešení sociální situace, kdy vyšší procento obyvatelstva než dnes nebude schopno se o sebe postarat, bylo jejím prioritním úkolem (Zlínský kraj, 2022, s. 83–85).

2.8 Projekt Zlínského kraje “Nejste na to sami”

Projekt má za cíl posílit a lépe koordinovat spolupráci mezi pracovníky v sociálních službách, zdravotnictví, školství, městských úřadů a dalších subjektů ve Zlínském kraji, kteří pomáhají lidem v těžkostech. Tito lidé se mohou ocitnout v problémech kvůli nepříznivým životním

okolnostem, jako je ztráta blízkého nebo pečujícího člověka, nebo kvůli zhoršení svého zdravotního stavu. Někteří z nich se mohou potýkat s těmito problémy dlouhodobě. Bez pomoci odborníků, svého okolí nebo využití podpůrných služeb nejsou schopni řešit svou současnou životní situaci vlastními silami (Elfmark, 2023).

V rámci projektu se plánuje realizace mnoha aktivit. Mezi ně patří semináře a konference zaměřené na místní osvětu, vzdělávání a podporu pracovníků zapojených institucí a dobrovolníků, kteří pracují s lidmi v obtížích. Kraj také plánuje vytvořit elektronický portál a informační kampaň. Další z aktivit bude zřízení platformy, které se budou zabývat sjednocením postupů práce s lidmi v nesnázích a expertní tým, který bude hodnotit výstupy a doporučení těchto platform. Projekt také zahrnuje aktivity zaměřené přímo na pečující osoby. Cílem je poskytnout těmto lidem prostředky pro získání informací, dovedností a zkušeností potřebných pro domácí péči, včetně informací o pomůckách, které mohou péči usnadnit. Projekt také usiluje o propojení těchto osob, navázání kontaktů a sdílení zkušeností (Elfmark, 2023).

Statutární náměstkyně hejtmána odpovědná za sociální oblast k tomu řekla: *„Současná forma pomoci lidem v nesnázích je značně roztržštěná a nepropojená. Bohužel se stává, že lidé, kteří se ocitnou v sociálně nepříznivé situaci nebo ti, kdo o ně pečují, často neví, na koho se mají obrátit, kdo a jak jim může pomoci. To chceme změnit.“* (Elfmark, 2023).

Projekt je financován z Evropskou unií z operačního programu Zaměstnanost plus. V první fázi od 1. 1. 2024 do 31. 12. 2026 bude realizován ve dvou vybraných obcích s rozšířenou působností, a to v Kroměříži a v Uherském Brodě. Výběr těchto obcí vycházel z důvodu pilotního ověření realizace jednotlivých projektových aktivit a ze zájmu obcí posunout kvalitu sociální práce k multidisciplinarity. Sociálním pracovníkům těchto obcí byly v tomto smyslu posíleny kompetence (Zlínský kraj, 2024).

Vzhledem k cíli projektu, který počítá hlavně s efektivnější multidisciplinární spoluprací sociálních pracovníků již existujících institucí, nepředpokládám výrazné posílení kompetencí a počtu sociálních pracovníků v nemocnicích, které zřizuje Kraj, tedy ani v KNTB, a. s. Zlín. Ale v podstatě ve vybraných ORP budou jejich sociální pracovníci s rozšířenými kompetencemi pracovat jako case manageri. Jak říká Kalvach: *“Case-manager by měl stát „nad“ či „mezi“ jednotlivými poskytovateli, být nezávislý a fungovat jako pracovník obce ... důležitá je víceoborová či interdisciplinární spolupráce v průběhu procesu podpory a poskytování*

služeb.” (Kalvach a Wija, 2015, s. 11). Tam, kde zatím nejsou tito case manageri na ORP, mohou tuto funkci zastávat, a prakticky tak již dnes činí, sociální pracovníci nemocnice⁸.

Výbornou pomůckou pro sociální pracovníky i pro klienty a pečující osoby, která v souvislosti s projektem vznikla, je informační brožura Nejste na to sami. Brožura obsahuje pomoc s rychlou orientací v možnostech pomoci v sociální a zdravotní oblasti v celém Zlínském kraji (nejen ve vybraných ORP), popis jednotlivých druhů sociálních služeb, možnosti získání finanční pomoci a postupy, jak v jednotlivých situacích postupovat (Zlínský kraj, 2024a). Součástí projektu je také vznik webových stránek www.nejstenatosamizk.cz, které obsahují stejné informace jako tištěná brožura.

⁸ Toto tvrzení se zakládá na osobních zkušenostech z praxe vykonávané na sociálním oddělení KNTB. a. s. Zlín v listopadu a prosinci 2022.

3 Propojení tématu s teorií a metodami sociální práce

Služby, které nejsou integrované a poskytují LTC, bývají často duplicitní a méně efektivní, protože nejsou komplexní. Nezahrnují potřeby seniorů s omezenou soběstačností z důvodu zdravotního stavu jako celek na jednom místě nebo v návaznosti, což je nákladné a neefektivní. Účinnost lze obecně dosáhnout spíše optimalizací, propojením, vytvářením sítí a rychlejší a přesnější identifikací potřeb. V ČR však v současnosti v oblasti dlouhodobé podpory prakticky chybí koordinační case management, včetně odborného poradenství a poskytování souhrnných informací o všech dostupných podpůrných možnostech, bez ohledu na rezortní hranice, kompetence poskytovatelů nebo způsob úhrady. To vážně zasahuje rodiny pečující o seniory, respektive neformální pečovatele, znemožňuje identifikaci a sledování ohrožených osob a komplikuje systémové uplatňování klíčových principů – solidarity a zodpovědnosti (Kalvach a kol., 2015, s. 3–5).

3.1 Metoda case managementu

Case management (CM) je široký celostní přístup, který může být účinným nástrojem koordinace a integrace zdravotně sociálních služeb (Janebová, 2014, s. 9–10). Vznikl v Severní Americe v cca. 60.–70. letech 20. století v oblasti péče o duševně nemocné s potřebou dlouhodobé komplexní péče. Postupně se tato metoda rozšiřovala a byla přebírána do systémů sociální péče a služeb. V poslední době se uplatňuje také v zajištění pomoci v péči o seniory, aby mohli co nejdéle setrvat v přirozeném prostředí bez nutnosti institucionální (pobytové) péče (Hubíková, 2018, s. 35–36). Do ČR se CM začal dostávat také prostřednictvím práce s duševně nemocnými v 90. letech 20. století. Dnes se uplatňuje v dalších oblastech sociální práce, jako je sociální práce na obcích, sociálně právní ochrana dětí, práce se sociálně vyloučenými, ve službách pro uživatele drog atd. (Janebová, 2014, s. 68).

Podle obecné definice je CM proces spolupráce, který posuzuje, plánuje, realizuje, koordinuje, monitoruje a vyhodnocuje možnosti a služby potřebné k uspokojení zdravotních, sociálních, vzdělávacích a pracovních potřeb jednotlivce, přičemž využívá komunikaci a dostupné zdroje k podpoře kvalitních a nákladově efektivních výsledků (CMS UK, [b.d.]).

Ke koordinaci sociálních, psychologických, zdravotnických a dalších služeb v zájmu uživatele, jehož potřeby přesahují možnosti jediné služby a je pro něj nutné účelně koordinovaného postupu několika poskytovatelů služeb, péče či pomoci je vhodné využívat právě case management. Případové řízení je obvykle realizováno v rámci multidisciplinárního týmu

různých poskytovatelů služeb. Case management uskutečňovaný v rámci sociální práce je charakteristický tím, že se obrací na úroveň klienta a jeho rodiny, tak na systém, ve kterém se realizuje (Haasová, 2008, 306–311).

Klasický model CM probíhá ve fázích: navázání kontaktu, identifikace potřeb, plánování podpory, realizace intervencí a hodnocení výsledků. Můžeme ho rozdělit do dvou základních typů individuálního a týmového. U individuálního CM má jeden pracovník na starosti řízení případu klienta. Jeho úkolem je ve spolupráci s klientem identifikovat jeho potřeby, vytvořit plán intervence, který zahrnuje propojení klienta s relevantními návaznými službami a hodnocení efektivity intervence. Týmový CM konkrétního klienta je chápán jako nástroj, který je charakteristický koordinovanou týmovou spoluprací zainteresovaných služeb. Týmový case management lze rozlišovat na vnitřní a vnější. Vnitřní case management je charakteristický pro velké organizace, kde case manažeři jsou zde zaměstnanci jedné organizace. I v tomto pojetí se obvykle volí hlavní koordinátor týmu, ale na hodnocení potřeb klienta, tvorbě plánu a evaluaci se podílejí všechny zainteresované služby. Na rozdíl od individuálního CM, kde se informace shromažďují u case managera a ostatní služby mezi sebou nemusí komunikovat, v případě týmového CM existuje plánovaná vzájemná komunikace mezi službami, která se obvykle realizuje prostřednictvím případových setkání nebo případových konferencí. Rozdíl mezi případovými setkáními a případovými konferencemi je obvykle chápán tak, že případová konference je formalizovaná technika práce s jasnou strukturou, pravidly fungování včetně nutnosti moderátora (facilitátora), zatímco případová setkání nejsou tak formalizovaná, není vyžadován moderátor, ani nemusí být předem jasná jejich struktura (Janebová, 2014, s. 68–71).

Zkušeností ze zahraničí dosvědčují, že pro integraci a návaznost sociálních a zdravotních služeb, zajištění dostupnosti informací a poradenství v životní situaci (řešení zdravotních i sociálních potřeb) je role koordinátora podpory klíčová. Tato osoba působí jako nestranný průvodce procesem LTC a case manager, funguje jako advokát osoby s potřebou komplexní podpory a péče. Součástí jeho role by měla být depistáž a dispenzarizace ohrožených osob (Kalvach a kol., 2015, s. 16–21).

Case manager by měl být nezávislý a fungovat jako pracovník obce. Jeho role zahrnují zajišťování návazných služeb a poradenství (například po propuštění ze zdravotnického zařízení nebo při zhoršení soběstačnosti), poskytování informací a podpory klientům a rodině, podpora spolupráce mezi jednotlivými službami a usnadňování předávání informací mezi zdravotnickými a sociálními službami a pracovníky (předávání informací o službách

praktickému lékaři, předávání informace o zdravotním stavu klienta při akutní hospitalizaci atd.). Case manager může mít různý vzdělanostní profil a profesní zaměření, s důrazem na propojení zdravotních a sociálních kompetencí (Kalvach a kol., 2015, s. 11–12). V některých zemích v zahraničí je case manager vnímán jako specializovaná profese a pro výkon práce musí být profesionálně vyškolen a certifikován (Šibravová, Josková, Holasová, 2021).

3.2 Případová konference

Případové konference (PK) představují plánované, koordinované a strukturované setkání pracovníků, kteří jsou nebo by mohli být zapojeni do řešení životní situace klienta a klienta, který může, ale nemusí být přítomen. Cílem je posoudit klientovu situaci, vytvořit plán intervence a jeho budoucí hodnocení. PK je sdíleným prostorem, kde lze sladit potřeby klienta a jeho přání s představami zapojených odborníků o budoucím řešení situace. Klient může, ale nemusí být na konferenci přítomen. Rozhodnutí o jeho účasti je vždy individuální. Někdy je možné konferenci rozdělit a klient se dostaví až na druhou část konference. Pokud se nepodaří zapojit klienta do tvorby a realizace plánu, snižuje se šance na úspěšné řešení situace. V takových případech je situace spíše řešena direktivně, což může být někdy legitimní (Janebová, 2014, s. 73–82).

Podle Bechyňové (2012) se PK dělí do pěti typů. Klasickou PK, která je nejběžnějším typem a využívá se v případě, kdy nehrozí riziko z prodlení, klient je motivován k spolupráci a případ nevyžaduje expertní řešení. Urgentní PK, která se svolává v případě významného ohrožení klienta z důvodu prodlení. Motivační PK se koná v případech, kdy klient odmítá nebo se vyhýbá řešení své situace. Zaměřují se na vytváření motivačního plánu pro zajištění spolupráce klienta. Metodická PK je obvykle svolávána vyšším metodickým orgánem (nejčastěji městským nebo krajským úřadem) v situacích, kdy se tyto orgány musí zabývat složitými případy. Expertní PK má přinést odborný názor v situacích, kdy je pro hodnocení situace a vytváření plánu potřeba získat další informace od nezávislého experta (například na téma sekt, drog nebo extremistických hnutí).

Občas dochází k záměně mezi případovou konferencí a rodinnou konferencí. Rodinné konference se účastní členové rodiny, kteří pod jejich pod facilitací či moderováním sociální pracovnice identifikují své potřeby a hledají vlastní řešení. Nejde tedy o organizované setkání týmu pracovníků, ale o facilitované setkání členů rodiny (Janebová, 2014, s. 76–82).

3.3 Síťování

Podmínkou kvalitního CM je síťování, tvorba sociální sítě, neboli postup vytváření a udržení propojení a spolupráce organizací, institucí a dalších subjektů, které pracují s uživateli dané služby. Subjekty v síti mohou navzájem sdílet zdroje, dovednosti, kontakty a znalosti a usilují o dosažení stejných nebo podobných cílů. Tvorbu sociální sítě lze rozdělit do několika kroků. Zmapování aktuálního stavu služeb a organizací v regionu zaměřených na danou cílovou skupinu, tzv. síťová analýza. Kontaktování organizací, navázání spolupráce a vytvoření databáze institucí. Spolupráce a průběžná aktualizace kontaktů v databázi (Janebová, 2014, s. 71–73).

Síťování je chápáno jako forma koordinace, která se může uplatnit jak v přímé práci s klienty, tak v budování spolupráce mezi poskytovateli sociálních služeb a dalšími aktéry. Síťování se neomezuje pouze na formální vztahy a organizace, ale mohou být zapojeny i neformální sítě, jako jsou manželé, partneři, rodina, sousedé, kolegové, známí, dobrovolníci atd., které zahrnují řadu zdrojů (například materiální, vztahové, informační atd.). Tvorba sítě je také součástí komunitního plánování. V rámci síťování se vytvářejí podmínky pro výměnu zdrojů a vzájemnou spolupráci zúčastněných. Výhodou sítě je, že jsou flexibilní a dynamické a mohou rychleji reagovat na měnící se podmínky a problémy ve společnosti než samotné izolované organizace sociální práce (Gojová, 2007).

Při síťování je důležité zaměřit se na vztahy a spojení mezi subjekty, nikoli na jednotlivé aktéry. Je nutné se zaměřit na všechny subjekty (organizace, skupiny a jednotlivce), které jsou vzhledem k problému nebo cíli ve vzájemném vztahu, a zkoumat povahu tohoto vztahu. U spojení mezi jednotlivými subjekty je důležitá jejich intenzita, frekvence a kvalita (např. zda jsou vztahy konfliktní nebo dobré). Někteří aktéři mohou mít hodně kontaktů a být v centru sítě, zatímco jiné subjekty mohou být izolované, bez spojení. V sítích jsou jednotliví aktéři v různé míře závislí na sobě. Pokud se navzájem nepotřebují, budování sítě ztrácí svůj smysl. Jeden subjekt může být členem více sítí a sítě se mohou navzájem překrývat. Síť fungují za předpokladu, že všechny subjekty do sítě investují a jsou aktivními členy (Gojová, 2007).

Při síťování se používá tzv. síťová analýza, která je metodou pro vytváření strategického plánu. Používá se především u sítí, které vznikly jako reakce na konkrétní problém, nebo potřebu. Při síťové analýze se zkoumá možná role jednotlivých subjektů při řešení problému, hledají se partneři pro spolupráci, zjišťuje se, který subjekt již v dané věci něco udělal, aby se předešlo možným duplicitám, identifikují se možné překážky, formuluje se strategie pro tvorbu sítě.

Jakmile jsou sítě vytvořeny, je třeba klienta na ně napojit. Jejich využití je vhodné zejména u klientů s mnoha problémy, kde je potřeba zapojení více subjektů pomoci. Na základě zjištění potřeb klienta dochází k výběru vhodných zdrojů pomoci a napojení klienta na síť. Napojení neznamená pouze odkázání klienta na zdroje, ale někdy je nutné klientovi domluvit schůzku s návaznou službou, nebo ho dokonce doprovodit. (Gojová, 2007).

3.4 Mlčenlivost

Důležitá pro spolupráci při týmovém CM je mlčenlivost, kterou musí pracovníci poskytující sociální služby dodržovat podle zákona o sociálních službách. Pokud situace klienta vyžaduje zapojení dalších odborníků z jiných organizací, je nutné se s ním dohodnout na rozsahu sdílených informací. O rozsahu souhlasu sdílení informací je vytvořen písemný záznam, který klient podepisuje. Je také možné s dalším subjektem, klientem a týmem organizace poskytující CM podepsat dohodu o spolupráci, která řeší sdílení informací (Dosoudilová, 2020, s. 8–10).

V nemocnici na pozici sociálního pracovníka pracují zdravotně sociální pracovníci, kteří patří mezi nelékařské zdravotnické pracovníky, podobně jako zdravotní sestry, sanitáři apod. Musí se tedy v případě mlčenlivosti řídit současně i zákonem o zdravotních službách, který nepovažuje za prolomení mlčenlivosti předávání informací nezbytných pro zajištění návaznosti zdravotních služeb. V případě zajištění návaznosti sociálních služeb platí stejná pravidla, která jsou uvedena výše. Pacient sám může určit osoby, které mají být informovány o jeho zdravotním stavu, popřípadě mohou nahlížet do jeho zdravotnické dokumentace, tato jeho vůle je součástí zdravotnické dokumentace. Pacient má právo na srozumitelné informace o svém onemocnění a možných způsobech léčby včetně jejich rizik, alternativ a prognózy. Informace mohou pacientovi zdravotničtí pracovníci sdělovat pouze v rozsahu svých kompetencí (NZIP, 2024). Mlčenlivost uvnitř organizace je řešena interními předpisy a je obsahem pracovněprávního vztahu. Povinnost mlčenlivosti trvá i po skončení pracovněprávního vztahu (Uherek, 2019; Mlčková, 2020; Lacinová, 2022).

3.5 Souhrn relevantních částí Etického kodexu Společnosti sociálních pracovníků ČR

Při práci s klientem sociální pracovník respektuje jedinečnost každého člověka a jeho právo na seberealizaci. U klientů podporuje vědomí vlastní odpovědnosti a důstojnosti. S každým člověkem jedná jako s celostní bytostí bio-psycho-socio-spirituální, která je součástí rodiny, komunity, společenského a přirozeného prostředí. Sociální pracovník se zaměřuje na silné

stránky klientů, jejich rodin a komunit a podporuje jejich zmocnění. Chrání u klientů jejich právo na soukromí a důvěrnost jejich sdělení. Podporuje klienty při využívání všech služeb a dávek sociálního zabezpečení, na které mají nárok, a to ze všech příslušných zdrojů. Sociální pracovník předá klientovi všechny informace o dalších možných formách pomoci. Při své práci s klienty jedná s účastí, empatií a péčí (SSP ČR, 2022).

Sociální pracovník respektuje své kolegy, vyhledává a rozšiřuje spolupráci s nimi nejen ve své vlastní organizaci, ale i v komunitě. Snaží se ovlivňovat sociální politiku, zasazuje se o zvyšování sociální spravedlnosti podněcováním změn v zákonech a upozorňuje na případy porušování zákonů a oprávněných zájmů občanů (SSP ČR, 2022).

3.6 Výčet typických porušení etického kodexu v oblasti sociální práce v nemocnici

Klienti nejsou respektováni ve své jedinečnosti, zachází se s nimi jako s věcmi, stávají se předmětem zisku zdravotnického zařízení, což vede k odosobnění a je nedůstojné. Pacienti bývají přehlíženi a ignorováni, nikdo jim nenaslouchá a neodpovídá na jejich otázky a obavy. Bývá s nimi zacházeno hrubě a bývají ponižováni poznámkami typu “už mu to nemyslí”, “je starý a zmatený”. Velmi často bývají pacienti oslovováni nevhodným a ponižujícím způsobem “babi” a “dědo” bez ohledu na individualitu a jedinečnost. Nebývají respektována individuální přání a potřeby pacientů, například na co se chce dívat v televizi, kdy chce jíst a co mu nechutná, kde bude jíst (v jídelně nebo na pokoji), jak bude teplo na pokoji, jakým způsobem se bude větrat... Může docházet i k nepřiměřenému omezování jejich osobní svobody. Z důvodu bezpečnosti bývají i běžná oddělení uzamčena. Právo na soukromí bývá porušováno sdělováním informací před ostatními pacienty, nepřiměřeným a nerespektujícím obnažováním při vyšetřeních (Nedělníková, 2008).

Pacienti jsou často omezení i ve své seberealizaci, kdy nemohou rozhodovat o péči o svou osobu, včetně volby lékaře a místa péče. Z důvodu nedostatku a nepřiměřenosti informací o svém zdravotním stavu, o všech možnostech další péče, o všech dostupných zdrojích pomoci, službách a dávkách sociálního zabezpečení, nemohou relevantně rozhodovat o další péči o svou osobu. Často jsou manipulováni do forem pomoci, které vyhovují více rodině, lékaři, nemocnici a nastavení společnosti než samotnému pacientovi. Různými formami nátlaku bývají nuceni k podpisu žádosti o umístění v pobytových zařízeních (Mlčková, 2022).

V léčebnách pro dlouhodobě nemocné se často v českém prostředí stává, že jsou spíše respektována přání rodiny než přání pacienta, přestože tento postup nemá žádné opodstatnění

v legislativě. Tomuto by se dalo předejít, pokud by lidé byli včas informováni o institutu dříve vysloveného přání podle zákona o zdravotních službách. Většina klientů LDN o tomto institutu nic neví, přitom ale řada z nich má poměrně jasnou představu o své budoucí léčbě a péči. Sociální pracovníci by měli klienty o této možnosti informovat a mohou také dělat prostředníka mezi klientem, lékařem a případně rodinou. Možnost dříve vysloveného přání zvyšuje autonomii klientů v oblasti léčby a péče (Macková, 2018).

3.7 Příklady běžných etických dilemat v oblasti sociální práce v nemocnici

Kdy vstupovat a zasahovat do života pacienta a jeho rodiny, když pacient počítá po propuštění s péčí své rodiny, tato péče mu byla přislíbena a rodina tuto péči nyní odmítá z důvodů vlastních zájmů. Jak posoudit, zda jsou zájmy rodiny opodstatněné a zda má sociální pracovník právo posuzovat nakolik péče, případně dlouhodobá péče negativně zasáhne do fungování rodiny (Mlčková, 2022).

Kdy a kam propustit pacienta bez přístřeší, který již nepotřebuje lékařskou péči a bylo by možné ho propustit do domácího ošetřování, v nemocnici odčerpává prostředky pro akutní pacienty, kteří tuto péči potřebují, ale potřebuje následnou péči a není možné mu ji zajistit. V azylovém domě mu nemohou zajistit zdravotní péči a ostatní zařízení mají jinou cílovou skupinu uživatel (Mlčková, 2022).

Jak moc podrobně informovat o zdravotním stavu pacienta v žádosti o umístění do domova se zvláštním režimem. Pacient s alkoholovou demencí nebude v domově se zvláštním režimem umístitelný. Pacienta s demencí bude možné v domově umístit (Bartošová, 2023).

Řešit komplexní situaci klienta nebo volit zjednodušený cíl. Kdy zjednodušeným řešením může být propuštění pacienta do léčebně rehabilitační péče a tím ukončit péči o něho anebo řešit jeho situaci komplexně. Jak bude pacient z dlouhodobého hlediska fungovat v domácím prostředí (Musil, 2004, s. 35–45).

Velkým dilematem je volba mezi množstvím klientů a kvalitou poskytované péče. Čím více klientů zvládnou, tím bude má péče méně kvalitní a časem se kvalita bude ještě více zmenšovat v důsledku mého přepracování a případného vyhoření (Musil, 2004, s. 35–45).

Určení hranice mezi důvěrností a bezpečností klienta. Například když se sociální pracovník dozví, že klient má v úmyslu si po propuštění ublížit, musí se pracovník rozhodnout, zda poruší důvěrnost sdělení a informuje lékaře nebo rodinu (Musil, 2004, s. 35–45).

Stanovení profesionální hranice. Klient, který je dlouhodobě hospitalizován, žádá po sociálním, aby s klientem trávil čas i mimo svou pracovní dobu, protože za ním nikdo nechodí a cítí se osaměle (Musil, 2004, s. 35–45).

Volba mezi autonomií klienta a péčí o jeho blaho (pomocí). Klient v terminálním stádiu nemoci odmítá další léčbu, která by mu mohla prodloužit život. Nebo odmítá přijímat stravu. Sociální pracovník musí respektovat autonomii klienta, ale zároveň se obává o jeho zdraví a chtěl by mu pomoci (Musil, 2004, s. 35–45).

Nutnost vyvážit hranici mezi kontrolou a pomocí. Například při propuštění dítěte do rizikové rodiny. Za jakých okolností a kdy vzhledem k prospěchu dítěte propustit křehkého novorozence z nemocniční péče do rizikové rodiny a jak kontrolovat jeho bezpečí a jeho blaho (Musil, 2004, s. 35–45).

4 Identifikace problému, jeho příčin a příležitosti ke zkvalitnění výkonu sociální práce

V případě propuštění pacienta, který není plně soběstačný, nebo jak říká zákon o zdravotních službách, není schopen obejít se bez pomoci další osoby (zákon č. 372/2011 Sb. §47 od. 2), může vzniknout problém, kdy není možné pacienta propustit, přestože již jeho stav nevyžaduje hospitalizaci.

Důvodem může být to, že se v domácím prostředí nemá kdo o pacienta postarat. Domácí prostředí není připraveno na příchod závislého pacienta (byť není bezbariérový, chybí kompenzační pomůcky). Nenajde se žádný neformálně pečující nebo má potencionální pečovatelské obavy z péče, protože není zaškolen, nejsou nasmlouvány žádné terénní služby, nebo je pacient vysoce závislý a potřeboval by celodenní péči nejlépe v pobytovém zařízení, které ale nemá volnou kapacitu nebo pro danou cílovou skupinu v kraji neexistuje.

Zlínský kraj si je vědom nedostatečné kapacity lůžek následné péče (Zlínský kraj, 2022, s. 83–85), ale jejich zajištění není v dohledné době plánováno. Proto se jeví jako nejlepší způsob zajištění kontinuity péče o nesoběstačné pacienty zlepšení výkonu sociální práce v nemocnici, což je možné zavedením metody case managementu, jak tvrdí Kalvach a Wija (2015) a jak to zkoušeli v Kraji Vysočina (Kraj Vysočina, 2023). K provádění této metody v běžné denní praxi sociálních pracovníků v nemocnici by bylo vhodné zavedení metodiky práce a proškolení sociálních pracovníků v metodě case managementu. Prospěšná by byla také účast sociálních pracovníků nemocnice na komunitním plánování, komunikace problému s veřejností a vytváření tlaku na doplnění chybějících služeb v rámci komunitního plánování. (Dosoudilová, 2020, s. 13-14).

5 Analýza potřebnosti

V analýze potřebnosti chci nastínit, koho se dané téma týká, kdo mohou být pacienti, kteří potřebují pomoc při propuštění z hospitalizace, komu je metodika určena, přesněji komu by mohlo její vytvoření pomoci. Kdo všechno je do dané problematiky v různých rolích zapojen. A jak a zda vůbec je toto téma řešeno v zahraničí, ale také v jiných nemocnicích v ČR. Výsledkem by mělo být zodpovězení dotazu, zda existuje nepokrytá potřeba vypracování metodiky sociální práce s nesoběstačným pacientem a jeho rodinou při propouštění z KNTB. Součástí analýzy je také popis metod získání předložených dat.

5.1 Popis metod získání předložených dat a vyhodnocení výchozího stavu

Pro zpracování analýzy potřebnosti jsem využila údaje ze strategických dokumentů a informací zveřejněných na portálech MZ ČR, MPSV ČR, Českého statistického úřadu, Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), Spojené akreditační komise, o. p. s. a Krajské nemocnice T. Bati, a. s. Zlín. Některé údaje byly zjištěny z odborných webových portálů – České asociace pojišťoven (ČAP), Institut důstojného stárnutí Diakonie ČCE, Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, Starám se a pracuji.cz. Část informací byla čerpána ze Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 a jeho implementačních plánů „Zdraví 2030“.

Data o konkrétních nemocnicích jsem získala e-mailovou komunikací. Na portále Hlídač státu jsem našla 20 největších nemocnic ČR. Na webových stránkách konkrétních nemocnic jsem vyhledala kontakt na vedoucí pracovníky sociálních oddělení a ty jsem oslovila e-mailem. V KNTB jsem uskutečnila rozhovor s vedoucí pracovníci sociálního oddělení a referentkou oddělení řízení kvality.

Z analýzy vyplývá potřeba vytvoření metodického dokumentu pro sociální práci s pacientem a jeho rodinou v KNTB při propuštění nesoběstačného pacienta nebo pacienta se sníženou soběstačností. Přispěje to i k reakreditaci SAK, která proběhne v roce 2024.

5.2 Příčiny problému a jeho dopady na cílovou skupinu a společnost obecně

Příčinou problémů v oblasti propuštění pacienta se sníženou schopností soběstačnosti nebo nesoběstačného pacienta je na první pohled nedostatečná kapacita navazujících pobytových sociálních služeb (Mlčková, 2022). Při podrobnějším zkoumání situace v České republice se zdá, že kořenem problému je odkládání a neřešení problému dlouhodobé péče

(long term care = LTC), oddělení systémů zdravotní a sociální péče, jejich rozdílné financování, nekoordinovanost, špatné komunitní plánování, nepřevzetí odpovědnosti obcemi s rozšířenou působností a nevyužití všech možností těchto obcí (Horecký a kol., 2021, s. 32–33; Kalvach a kol., 2015, s. 7; Angelovská a Janečková 2023) podle zákona 372/2011 Sb. § 47 odst. 2a zákona 108/2006 Sb. § 94. Důsledkem je umělé prodlužování hospitalizace, zneschopňování pacienta, porušování bezpečnosti a důstojnosti lidí se sníženou soběstačností (Kalvach a kol., 2015). Umělým prodlužováním hospitalizace dochází k odčerpávání peněz z veřejného zdravotního pojištění a také k blokování lůžka v nemocnici, které by mohlo být lépe využito pro potřebnějšího pacienta.

Dalším dopadem na společnost je často potřeba neformálně pečujících opustit dosavadní zaměstnání. Pečující přichází o svůj dosavadní příjem, který může být částečně nahrazen příspěvkem na péči, nebo po dobu 90 dní dlouhodobým ošetrovným (Špaková, 2021). Ztrácí ale kontakt se svou profesí a zaměstnavatelem, který za něho musí hledat adekvátní náhradu a vynaložit náklady na její zaškolení, riskovat zhoršení kvality svých služeb či výrobků a v neposlední řadě státu vznikne výpadek v odvedených daních a pojistném z důvodu odchodu pečujícího z trhu práce. Z plátce daní se stane příjemce sociálních dávek (ČAP, 2020).

5.3 Základní informace o velikosti cílové skupiny

Primární cílovou skupinou řešeného problému jsou sociální pracovníci Krajské nemocnice T. Bati, a. s. Zlín. Sekundární cílovou skupinou jsou pacienti této nemocnice, kteří nejsou při propuštění z nemocnice soběstační nebo jsou závislí na péči jiné osoby.

KNTB patří mezi největší krajské nemocnice v České republice. Zaměstnává více než 2400 lidí na různých odborných pracovištích, ročně se zde léčí přes 45 tisíc pacientů. Nemocnice disponuje téměř tisícem lůžek, z nichž téměř 800 je určeno pro akutní péči a 200 pro následnou péči. Od ledna 2006 je KNTB akciovou společností. Společnost je plně vlastněna Zlínským krajem a jejím hlavním posláním je poskytovat pacientům kvalitní péči ve všech jejích specializovaných odděleních. V listopadu 2019 KNTB úspěšně prošla akreditačním šetřením a vyhověla standardům Spojené akreditační komise (SAK), o. p. s. Zároveň splnila všechny minimální standardy pro hodnocení kvality a bezpečnosti, jak je stanoveno v §105 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, a v souladu s vyhláškou č. 102/2012 Sb. o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Platnost certifikátu SAK byl do 14. 11. 2022. Nemocnice se v současné chvíli připravuje na reakreditaci, která by měla proběhnout v roce 2024. KNTB má zpracován interní dokument, tak zvaný

specifický ošetrovatelský postup s názvem Sociální péče o pacienty v sociální tísní, který může částečně suplovat metodický dokument (Mlčková, 2021).

Metodický dokument pro sociální práci s pacientem a jeho rodinou v KNTB při propuštění nesoběstačného pacienta nebo pacienta se sníženou soběstačností by se dal použít i v dalších nemocnicích. Souhlas s vypracováním tohoto metodického dokumentu pro KNTB vyslovil předseda představenstva KNTB pan ing. Jan Hrdý na schůzi vedoucích nezdravotnických provozů v listopadu 2023.

Velikost sekundární cílové skupiny se podle předpokladů Českého statistického úřadu (ČSÚ, 2018) a Úřadu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS, 2021) bude v budoucnosti zvětšovat. Důvodem je stárnutí populace. Podle Projekce obyvatelstva České Republiky 2018–2100 ČSÚ bude kolem roku 2059 o 57% více obyvatel v seniorském věku 65 a více let (ČSÚ, 2018). S rostoucím věkem se markantně zvyšuje pravděpodobnost hospitalizace. Například, zatímco u věkové kategorie 10 až 14 let bylo evidováno 82 hospitalizací na každý tisíc obyvatel, u osob starších 85 let tento počet vzrostl 8,9 krát, na 732 hospitalizací. Nejvýraznější zvýšení potřeby hospitalizace je pozorováno od 55 let věku. V kategorii 50 až 54 let je to 161,8 hospitalizací na tisíc obyvatel, což je dvojnásobek oproti skupině 10–14 let a zároveň pouze 22,1 % ve srovnání s věkovou skupinou 85 let a starších. Podobně se zvyšuje i průměrná délka hospitalizace, která je do 45 let kratší než 4 dny, ale u osob ve věku 85 let a více dosahuje průměru 12,1 dne. Většina hospitalizovaných pacientů (74,1 %) byla po léčbě propuštěna domů. Dalších 21,1 % pacientů bylo po hospitalizaci převedeno na jiné oddělení nebo do jiného zdravotnického zařízení. Po propuštění potřebovalo ambulantní péči 69,1 % pacientů, zatímco 10,3 % pacientů po propuštění již nevyžadovalo další péči (ÚZIS, 2021).

Stárnutí má vliv také na zvyšující se poptávku po dlouhodobé péči. Očekává se, že do roku 2050 vzroste procento obyvatel ve věku 80 let a starších ze 4 % v roce 2015 na 9 %. Stávající systém organizace a financování dlouhodobé péče není připraven na zvládnutí takto výrazného nárůstu poptávky. Náklady na dlouhodobou péči dosáhly v roce 2015 1,3 % HDP, přičemž 82 % z toho bylo vynaloženo na péči poskytovanou v lůžkových zařízeních (ÚZIS, 2020).

I ve statistikách sociálního oddělení KNTB můžeme sledovat významný nárůst sociálních šetření, kterých v roce 2019 provedlo oddělení 2259 (KNTB, 2020) a v roce 2022 téměř dvojnásobek, a to 4363 (KNTB, 2023). Velký nárůst můžeme sledovat i v případech sociálních šetření převedených u osob bez přístřeší hospitalizovaných v KNTB, a. s. Zlín. V roce 2019 to bylo 19 šetření (KNTB, 2020) a v roce 2022 to bylo 83 šetření (KNTB, 2023).

5.4 Příklady řešení dané problematiky v ČR a v zahraničí

V České republice není problematika propouštění pacientů se sníženou soběstačností systematicky formálně řešena (Angelovská a Janečková, 2023). Zákon 372/2011 Sb. v odstavci 2 §48 uvádí konkrétní situace, za kterých může být pacient z nemocnice propuštěn a dále v odstavci 1c §46 ukládá poskytovateli zdravotních služeb povinnost informovat pacienta o návazných službách a odstavec 2g §45 ukládá povinnost informovat jiné poskytovatele zdravotních a sociálních služeb o zdravotním stavu pacienta k zajištění návaznosti služeb. Dalším vodítkem při propouštění pacientů je Standard 3.4. Spojené akreditační komise (Marx a Franková, 2023, s. 42), který ovšem zavazuje pouze akreditované nemocnice. Aktuální seznam těchto nemocnic je možné najít na webových stránkách Spojené akreditační komise v části akreditovaná zařízení (SAK, [b.d.]). Zdravotnická zařízení nemají povinnost se podle tohoto standardu akreditovat.

Některé nemocnice v ČR mají zpracovány interní dokumenty, například Ústřední vojenská nemocnice v Praze má metodický návod „Péče o nemocné s potřebou následných, zdravotně sociálních služeb v ÚVN“, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze má zpracovány dokumenty “Organizaci péče o nemocné s potřebou zdravotně sociálních služeb a Postup při zajištění nemocného.”, Fakultní nemocnice v Olomouci má zpracovanou směrnici “Poskytování sociálních služeb”, která popisuje sociální práci a stanoví rozsah poskytování sociálního poradenství a pomoci. Jsou v ní uvedeny pravidla pro spolupráci a postup práce mezi zdravotně-sociálními pracovníky a nelékařským zdravotnickým personálem. Dále je rozepsán výčet úkonů pro práci s dospělými a dětskými pacienty, matkami a ohroženými dětmi. Jednotlivé specifické situace jsou dále rozpracovány v osmi Standardních ošetrovatelských postupech, které jsou převážně zaměřeny na ohrožené matky a děti. Metodiku práce s rodinou pacienta ani zde nemají. S rodinami komunikují osobně jak u lůžka pacienta, tak v kanceláři zdravotně-sociálních pracovníků, dále také telefonicky, e mailem, datovou schránkou. Jednají s úřady, poskytovateli sociálních služeb i zdravotní pomoci, domlouvají následné sociální služby, umístění v domovech, překlady na lůžka následné péče. Při jednání s rodinami často naráží na problémy, které jejich interní Standardy nepokrývají. Práce olomouckých zdravotně-sociálních pracovníků je založená na zkušenostech a ochotě sledovat novinky v sociální oblasti. A Oblastní nemocnice Náchod má zpracován interní dokument, který je v souladu se standardy Spojené akreditační komise, (e-mailová komunikace říjen 2023 mezi vedoucími pracovníky uvedených nemocnic a autorkou práce). Kraj Vysočina v rámci projektu Rozvoj a podpora procesů pro zkvalitnění poskytování služeb sociálně zdravotního pomezí v Kraji Vysočina

pracuje na tvorbě metodiky sociální práce pro zdravotně sociální pracovníky včetně návrhu jejich kontinuálního vzdělávání (e-mailová komunikace únor 2023 mezi Ing. Lenkou Mikletičovou z Krajského úřadu Kraje Vysočina a autorkou práce).

Kořenem problému návaznosti zdravotní a sociální péče a zpoždění propouštění pacientů z nemocnice se zdá být řešení dlouhodobé péče v ČR. O řešení tohoto problému se odborníci snaží již od 90. let minulého století. V roce 1994 byly zahájeny rozhovory mezi MPSV ČR a MZ ČR. Ty se ale nepromítly ani do exekutivních rozhodnutí, ani do legislativních návrhů. Oba resorty předložily v letech 2010–2011 do připomínkového řízení návrh věcného záměru zákona o dlouhodobé péči, který předpokládal zásadní navýšení kapacit domácí péče, ale Legislativní rada vlády ČR nedoporučila tento návrh projednávat. Místo něho navrhovala volit raději novelizaci existujících právních předpisů, což se nepodařilo. V roce 2013 se nepodařila dílčí úprava dlouhodobé péče, která navrhovala zavedení obdobných podmínek pro poskytování dlouhodobé péče v sociálních službách, jako mají lůžková zdravotnická zařízení, čímž by došlo k transformaci části lůžkového fondu. V letech 2010–2015 byl realizován systémový projekt MPSV ČR jehož výsledkem je dokument Analýza a následná syntéza všech existujících dokumentů k LTC a reflexe připravované nebo realizované změny v souvisejících segmentech. (MPSV 2015a). Vláda v letech 2014–2017 založila meziresortní pracovní skupinu, která měla zpracovat změnový zákon, ale ten nebyl k projednání vládě předložen. MPSV ČR a MZ ČR připravují vlastní návrhy řešení dlouhodobé péče (Horecký a kol., 2021, s. 11–12). V lednu letošního roku vyšla tisková zpráva, že Ministerstvo práce a sociálních věcí předložilo ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví návrh novely několika zákonů, který počítá s efektivním propojením zdravotně-sociálních služeb. K úpravě nyní probíhá meziresortní připomínkové řízení ((MPSV Tisková zpráva, 2024). Od ledna 2024 je možné daňově uplatnit komerční pojištění dlouhodobé péče do výše 48 tisíc Kč za rok a je také možný příspěvek od zaměstnavatele až do výše 50 tisíc Kč za rok. Dále bylo avizováno významné zvýšení příspěvku na péči, které by mělo platit od 1. července 2024. Od tohoto data by měla platit novela zákona o sociálních službách, která ještě pro podporu dlouhodobé péče počítá s prodloužením času, který může závislá osoba strávit v odlehčovacích službách. Dnes je tato doba 90 dnů a nově bude 180 dní v roce za podmínky, že celá tato doba bude čerpána u jednoho poskytovatele sociálních služeb (Dubnová, 2024).

V zahraničí, např. ve Skandinávii a Velké Británii je propouštění pacienta systematické a formální. Je spojeno s detailní legislativou a je plánováno od začátku hospitalizace, případně ještě před přijetím pacienta do nemocnice (Angelovská a Janečková, 2023). V těchto zemích

používají také nejefektivnější způsob, jak propouštět nemocné, tzv. “case management”. Každý pacient je posuzován individuálně a pro každého je stanoven individuální plán činností k zajištění jeho bezpečného propuštění, které probíhá ve čtyřech fázích. V první fázi, při příjmu nebo ještě před přijetím pacienta vyplní zdravotní sestra formulář společný pro ošetrovatelskou i sociální péči, jehož cílem je anticipovat potenciální problémy. Při předpokládaných problémech při propuštění je pacient předán propouštěcím koordinátorům, což je tým, který hladký průběh propuštění zajistí. Další fází je multidisciplinární zhodnocení pacienta, které koordinuje zdravotní sestra. Členy multidisciplinárního týmu jsou lékař, zdravotní sestra, fyzioterapeut, ergoterapeut a logoped. Zohledňují se také přání pacienta a jeho rodiny. Zjišťují se všechna potenciální rizika. V případě potřeby se hodnocení provádí opakovaně. V třetí fázi je tvorba a realizace plánu péče. Pacient a jeho příbuzní jsou včas informováni o tomto plánu i o termínu propuštění. Těsně před propuštěním se provádí ještě konečná kontrola, zda je vše připraveno. Poslední čtvrtou fází je kontrola procesu propuštění. Identifikují se opakující se problémy a monitorují se zpožděná propuštění a jejich příčiny (Šimek, 2003).

5.5 Specifikace stakeholderů

Propuštění pacienta se sníženou soběstačností se týká především lůžkového zdravotnického zařízení, ze kterého je pacient propouštěn, v případě navrhovaného metodického dokumentu je to KNTB, a jeho jednotliví zaměstnanci, kterých se propuštění týká – ošetřující lékař, zdravotní sestra, nutriční terapeut, fyzioterapeut, logoped, ergoterapeut, psycholog, psychiatr, sociální či zdravotně-sociální pracovník. Podle zdravotní péče, kterou bude po propuštění pacient potřebovat, jsou to dále ambulantní zdravotnická zařízení primární a specializované péče.

Při propuštění pacienta do domácího prostředí jsou nejdůležitějšími stakeholdery rodinní příslušníci a neformální pečující. Dle situace a stavu pacienta to může být domácí zdravotní ošetrovatelská péče, popřípadě domácí hospicová péče a terénní sociální služby – pečovatelská služba, osobní asistence, tísňová péče (nepřetržitá hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života), odlehčovací pobytové služby, ale i stacionáře a centra denních služeb (Starám se a pracuji, 2022).

V případě, že propuštění do domácí péče není možné, to mohou být domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, domovy pro osoby se zdravotním postižením a azylové domy. V určitých případech to mohou být i zařízení poskytující lázeňskou léčebnou rehabilitační péči.

Na národní úrovni jsou důležitými stakeholdery ministerstva. Sociální oblast je v kompetenci MPSV ČR, zdravotnickou oblast řeší MZ ČR. Na regionální a lokální úrovni jsou to kraje, které mají povinnost vytvářet střednědobé plány rozvoje sociálních služeb a zajišťovat dostupnost těchto služeb na svém území a obce, které mají zjišťovat potřeby poskytování sociálních služeb osobám na svém území, informovat tyto osoby o těchto službách a spolupracovat s kraji na tvorbě plánů rozvoje sociálních služeb (zákon č. 108/2006 Sb. § 94–95). Dalšími aktéry jsou také Úřad práce ČR, ČSSZ a Okresní správa sociálního zabezpečení.

6 Metodický dokument

Cílem bakalářské práce je vytvořit metodiku pro sociální pracovníky Krajské nemocnice T. Bati, a. s. ve Zlíně, která by jim měla usnadnit práci při propouštění nesoběstačného pacienta, nebo pacienta s omezenou soběstačností. Měla by jim pomoci při hledání nejlepšího řešení následné, ideálně dlouhodobé péče pro konkrétního pacienta a při práci s jeho rodinou jako potencionálně neformálně pečujícími o tohoto pacienta.

Pokud v některých nemocnicích taková metodika existuje, je to interní dokument, ke kterému nemají přístup lidé, kteří nejsou v dané organizaci zaměstnáni. V Krajské nemocnici T. Bati a. s., Zlín taková metodika zatím není k dispozici, existuje pouze interní dokument, tak zvaný specifický ošetřovatelský postup s názvem Sociální péče o pacienty v sociální tísní, který může částečně tento metodický dokument suplovat (Mlčková, 2021).

Hlavním smyslem písemných metodických dokumentů je definovat závazná pravidla a postupy pro řešení situací, které se mohou, nebo se očekává, že nastanou během poskytování sociálních služeb. Cílem je zajistit kvalitu poskytovaných služeb a podmínky pro uplatňování práv a svobod uživatelů služby. Dobře připravené metodické materiály přinášejí jistotu jak pracovníkům, tak uživatelům (Holková a Gabrysz, 2011).

6.1 Očekávaná změna a popis cílového stavu vzhledem k navrženému řešení

Obecně od zavedení metodiky práce očekáváme sbírku doporučených principů a postupů použitelných v praxi pro zkvalitnění práce sociálních pracovníků, jednotný postup, předvídatelnost a opakovatelnost pracovních postupů. Cílem je definovat soubor kroků, které na sebe logicky a věcně navazují a jejichž pomocí chceme dosáhnout zlepšení kvality péče o pacienty a pracovníkům sociálního oddělení poskytnout oporu při výkonu jejich práce. Navíc by mělo dojít k zlepšení komunikace a spolupráce mezi sociálními pracovníky a ostatními členy týmu, což by mělo vést k lepší koordinaci péče.

Konkrétním cílem je včasné propuštění pacienta z nemocnice, pokud možno do přirozeného prostředí, ve kterém nezůstane sám a bez pomoci. Navrhovaný metodický dokument by měl zpřesnit a pojmenovat pracovní postupy, které jsou částečně používané již dnes sociálními pracovníky v KNTB v souladu s interními předpisy (Mlčková, 2020, 2021; Uherek, 2019). Měl by přispět k reakreditaci SAK, zkvalitnit poskytované služby pacientům, zkrátit dobu hospitalizace, zajistit návaznost služeb, vytvořit databázi institucí poskytujících sociální služby, udržovat tuto databázi aktuální, navázat spolupráci mezi organizacemi poskytujícími sociální služby, poskytovat poradenství, informovat o všech možnostech pomoci včetně možnosti pravidelného školení neformálně pečujících a setkávání pečujících, upozornit na chybějící služby v sociální síti Zlínského kraje a pomoci vytvořit tlak na jejich zřízení.

6.2 Popis navrhovaného metodického dokumentu

CM je metoda sociální práce, kterou lze efektivně využít při sociální práci v nemocnici. Je to proces systematické a společně tvořené spolupráce mezi klientem, case managerem, pečujícími, poskytovateli sociálních a zdravotních služeb a ostatními profesionály i neprofesionály podílejícími se na řešení nepříznivé životní situace klienta. Case manager pomáhá pojmenovat změny v životě klienta, odborně ho doprovází při řešení nepříznivé životní situace, aktivizuje formální a neformální možnosti péče. Pracuje s klientem, jeho rodinou, blízkými a institucemi, kteří mohou být pečujícími (Šibravová, Josková, Holasová, 2021).

CM v sociální práci v nemocnici má dvě roviny. První, kdy pracovník klientovi doporučuje další služby, které se svými činnostmi odrážejí v řešení klientova problému (individuální CM), druhou, kdy pracovník spolupracuje v CM týmu, který se soustředí na řešení klientova problému jako celku (týmový CM). Při spolupráci s klientem, organizacemi, institucemi se osvědčuje nenazývat se case managerem a činnosti charakteristické pro CM spíše vysvětlovat, než zahrnovat pod tento pojem (Dosoudilová, 2008).

V nemocnici se využívá převážně vnitřní týmový CM. Na případech jednotlivých pacientů v týmu spolupracují všichni, kdo s pacientem nějakým způsobem pracují, zdravotnický záchranář, lékař, zdravotní sestra, rehabilitační pracovní, logoped, psycholog... Za poskytování zdravotních služeb je odpovědný ošetřující lékař pacienta. Klíčovým pracovníkem týmu, v rámci svých kompetencí, je stanoven některý z pracovníků sociálního oddělení, který má přehled o všech činnostech v klientově případě, má přístup do NISu a řídí proces poskytování sociálních služeb klientovi. Vede klientův případ a ručí za kvalitu zvolených

postupů. Pracovník společně s klientem volí, kdy a jaká sociální služba, instituce, organizace vstoupí do řešení klientovy zakázky (Haasová, 2008).

6.3 Fáze case managementu

Podle Haasové (2008) pracují case manageři s klientem v následujících fázích.

6.3.1 Navázání kontaktu

V této první fázi se sociální pracovník snaží o vznik a budování vztahu s klientem. Je při tom nutné si uvědomovat, že pacientem se nikdo nestává dobrovolně a službu sociálního oddělení využívá pouze proto, že je donucen nějakými okolnostmi přijmout pomoc. Nemoc může mít na pacienta fyzický i psychický dopad. Fyzicky může nemoc způsobit bolest, únavu, ztrátu chuti k jídlu, narušení spánku a bdění nebo jiné nepříjemné příznaky. Psychicky může nemoc způsobit frustraci, hněv, stres, úzkost, strach, pocit ohrožení nebo depresi. Tyto faktory mohou pacienta oslabit a ztížit mu interakci se sociálním pracovníkem (Kuzníková, 2011, s. 104–106). Sociální pracovník by měl umět citlivě, rozumně a rychle navázat vztah s klientem, získat jeho důvěru a využít jeho silné stránky. Sám musí vyhodnotit vhodnou míru svého zapojení, se kterým vstupuje do vztahu s klientem (Šibravová, Josková, Holasová, 2021).

Ke klientovi se case manager dostává tak, že je sociální oddělení kontaktováno ošetřujícím lékařem, zdravotní sestrou, pacientem nebo jeho blízkými s požadavkem na řešení pacientovy sociální situace. Vedoucí sociálního oddělení určí, kdo bude v jednotlivých případech klíčovým pracovníkem týmu (Haasová, 2008).

Před prvním kontaktem s pacientem je nutné situaci pacienta zmapovat. Shromáždit co nejvíce informací o pacientovi nejdříve z NIS. Po té sociální pracovník projedná situaci s ošetřujícím personálem, aby si udělal představu o aktuálním zdravotním stavu pacienta a jeho předpokládaném vývoji. Je-li to možné, shromáždí také alespoň nějaké informace o sociální situaci pacienta. Je třeba respektovat zvláštnosti pacienta – např. pacient potřebuje tlumočnicka, je omezen zdravotním stavem apod. Je vhodné vyjít jeho potřebám a preferencím vstříc. Na první setkání by měl být pacient připraven tím, že je o návštěvě sociálního pracovníka informován předem. Proto se sociální pracovník před sociálním šetřením u lůžka pacienta na oddělení, kde je hospitalizován předem telefonicky ohlásí a poprosit ošetřující zdravotní sestru, aby pacienta informovala o jeho plánovaném příchodu (Haasová, 2008).

Při provádění sociálního šetření u lůžka klienta musí sociální pracovník umět citlivě vysvětlit, proč ke klientovi přichází. Musí se správně představit nejprve jménem, pak profesí, musí být označen jmenovkou. Měl by se prezentovat jako člověk, který stojí na straně klienta a přišel mu pomoci. Poté zjistí, jak si klient přeje být osloven a respektuje to. Pokud je to možné, může si přizvat k prvnímu setkání osoby, kterým klient důvěřuje (Haasová, 2008). Na úrovni vztahu se case manager zajímá o to, jaký klient je. Kvalita spolupráce a dosažených výsledků je z velké části ovlivněna dobrým prvotním odhadem osobnosti klienta, který case manager vytvoří. Sociální pracovník si odpovídá na otázky jaké je osobnostní nastavení pacienta, jak pracovat s jeho důvěrou, cítí se pacient respektován a v bezpečí (Šibravová, Josková, Holasová, 2021)?

6.3.2 Identifikace (mapování) potřeb

Tato fáze probíhá současně s budováním vztahu. Je charakteristická shromažďováním, tříděním a rozbořením informací. Šetřením sociální pracovník zjišťuje jaké má klient potřeby, požadavky a přání (Haasová, 2008). Sociální pracovník začíná provázet pacienta procesem zajištění pomoci. Spolu s ním pojmenovává okolnosti případu, zjišťuje schopnosti a dovednosti klienta, jeho omezení, možnosti, jak se cítí zdravotně a psychicky, jeho schopnost sebezpeče, jeho zdroje, sociální zázemí a životní prostředí. S klientem rozebírá například otázky kdo je pro pacienta oporou, co mu dosud v životě fungovalo a co naopak ne a proč, jak se to projevuje, jakou pomoc měl dosud k dispozici, jak si představuje řešení své situace a jaká řešení nejsou akceptovatelná. Musí posoudit také rizika, která s aktuální životní situací klienta souvisí a svou povahou vyžadují, aby s nimi bylo od počátku pracováno (Šibravová, Josková, Holasová, 2021).

Zjištěné informace si sociální pracovník jako hlavní koordinátor case managementu ujasňuje spolu s ošetřujícím lékařem a případně jinými ošetřujícími specialisty při případovém setkání, v nemocničním prostředí nazývaném též konzilium, schopnosti a omezení klienta ve vztahu k nezávislému realizování přání či uspokojení potřeb. Mapuje, jaké jsou možnosti podpory a zdroje pomoci, jaké jsou možnosti a omezení prostředí ve vztahu k nejvyšší možné kvalitě života klienta. Informace získává z několika zdrojů. V první řadě od klienta a z vlastního pozorování, dále od členů rodiny nebo dalších blízkých osob, od ošetřujícího personálu a ostatních členů pečujícího týmu, z jiných služeb, se kterými klient dříve spolupracoval atd. Při sběru informací zprostředkovaných z jiných služeb a od dalších osob je vždy potřeba svolení klienta. Klient má právo vidět veškeré písemné záznamy, které se o něm vedou. Výsledkem této fáze je přehled přání, schopností, překážek, potřeb a zdrojů podpory. Ve fázi mapování

se musí sociální pracovník vyvarovat chyb, kterými může být nedostatečné reflektování přání klienta, soustředění se pouze na jedno přání a přehlížení skutečných potřeb, přehlížení schopností klienta a soustředění se pouze na jeho omezení, nedocení členů rodiny klienta a dalších důležitých osob z jeho okolí (Haasová, 2008).

6.3.3 Plánování podpory

Cílem podpory je spárovat sociální služby s potřebami klienta a co nejdříve ho propustit z nemocnice za podmínky, že o něj bude postaráno tak, aby nedošlo časně k rehospitalizaci. Case manager spolu s klientem identifikuje cíle, který je třeba dosáhnout, aby byly uspokojeny jeho přání a potřeby, hledají odpovědi na otázky kdo, co, kdy, jak, případně přes koho. Je důležité odpovědět si na otázky, které cíle může zabezpečit klient sám, které s pomocí rodiny či blízkých, které pomocí formálních poskytovatelů služeb, jak je možné podpořit zdroje klienta (Šibravová, Josková, Holasová, 2021).

Pro plánování podpory je nejdříve nutné provést síťovou analýzu. To znamená zmapovat stav služeb v regionu zaměřených na cílové skupiny, kterých se týká plánování podpory sociálním oddělením nemocnice, tedy pacienty, které je možné propustit z akutní péče⁹, ale jsou nesoběstační nebo mají omezenou soběstačnost. Jedná se o tyto cílové skupiny:

- osoby se zdravotním postižením
- osoby s duševním onemocněním
- senioři
- osoby ohrožené sociálním vyloučením
- osoby bez přístřeší
- osoby v terminálním stádiu nemoci (potřebující paliativní péči)
- neformální pečovatelé
- nezletilé matky
- ohrožení nezletilí

Při mapování služeb v regionu je vhodné vycházet z webového Katalogu sociálních služeb ve Zlínském kraji (socialnisluzbyzk.cz) ve kterém je možné získat rychlý přehled o sociálních službách poskytovaných na území Zlínského kraje. Výhodou elektronického katalogu je jeho průběžná aktualizace a možnost vyhledávat podle různých kritérií, např. podle cílové skupiny,

⁹ Akutní péče je určena pro pacienty, kteří jsou vystaveni riziku selhání nebo ohrožení základních životních funkcí v důsledku náhlých a vážných zdravotních problémů, např. v důsledku úrazu, infarktu myokardu, cévní mozkové příhody nebo zhoršení chronického onemocnění (NZIP, 2024a).

druhu sociální služby, životní situace, ale je možné i fulltextové vyhledávání (Zlínský kraj, [b.d.]). Nevýhodou je jeho elektronická podoba, ke které nemají možnost přístupu všichni klienti a jejich neformální pečovatelé. Proto je vhodné vytvořit a neustále aktualizovat tištěnou podobu existujících sociálních služeb. Při síťové analýze nezapomene sociální pracovník kontaktovat rodinu či blízké klienta a zjistí možnosti péče o klienta v domácím prostředí s tím, že klientovi a/nebo neformálně pečujícím vysvětlí, jak je možné zajistit péči v domácím prostředí s pomocí sociálních služeb a s finančním zabezpečením ze strany státu (Mlčková, 2021).

Po vytipování služeb, které odpovídají potřebám klientů s ohledem na možnou prognózu jejich zdravotního stavu, kontaktuje sociální pracovník tyto služby a naváže s nimi spolupráci. Je nezbytné, aby s poskytovateli služeb měl dobré vztahy a neustále je udržoval a rozvíjel. Věděl, jaké jsou podmínky pro přijetí do těchto služeb, jak se vyhodnocují potřeby klientů pro zařazení do služby a znal kapacitu a možnosti služeb v regionu (Mlčková, 2021).

6.3.4 Realizace intervence (propojení se službami; vzdělávání neformálně pečujících a jejich setkávání)

Po vyhodnocení klientových potřeb v návaznosti na prognózu jeho zdravotního stavu a s ohledem na klientova přání a všechny možnosti vzhledem ke kapacitě návazných služeb a v případě potřeby po konzultaci s týmem pečujícím o klienta navrhne sociální pracovník vhodné řešení sociální situace klienta (Mlčková, 2021).

Je-li vhodným řešením propuštění do domácí péče, informuje pacienta i neformálně pečující o možnosti podat žádost na příspěvek na péči a jiné sociální dávky a vysvětlí jim podmínky vzniku nároku a účel těchto dávek. Je možné, aby sociální pracovnice Úřadu práce provedla pro účely rozhodování o příspěvku na péči sociální šetření ještě v době, kdy je pacient hospitalizován přímo v nemocnici. Dále informuje o možnosti využití dlouhodobého ošetrovatelského volna a vysvětlí podmínky jeho poskytnutí. Další informace, které je nutné sdělit, se týkají vhodných kompenzačních pomůcek. Kompenzační pomůcky doplňují nebo podporují chybějící nebo oslabené funkce pohybového systému, kognitivních či komunikačních funkcí a zvyšují samostatnost pacienta a usnadňují péči o něj. Kompenzační pomůcky mohou být hrazeny zcela nebo částečně ze zdravotního pojištění v případě, že je doporučí a předepíše ošetřující lékař dle seznamu zdravotnických prostředků hrazených na poukaz. Nebo je možné si je zapůjčit, popřípadě koupit ve specializovaných prodejnách. Pracovníci půjčovny, či prodejny naučí pečujícího nebo pečovaného, jak pomůcku správně

používat (Buchtová, 2022, s. 123–126). Sociální pracovník poskytne kontakty na prodejny a půjčovny těchto pomůcek. Pokud to vyžaduje zdravotní stav pacienta, navrhne sociální pracovník pečujícím možnost využití terénních pečovatelských služeb a denních stacionářů a vysvětlí princip a podmínky poskytování těchto služeb. Nezapomene také na informace o možnosti a principu ošetřovatelských služeb, které musí být indikovány lékařem (Mlčková, 2021).

Pečující může mít obavy, že péči doma nezvládne, nebude to umět, nebude si vědět rady s používáním pomůcek, bude si chtít některé věci ohledně péče vyzkoušet, nebo se je naučit. Může mít také potřebu se sdílet s těmito obavami. Pro tyto pečující probíhá pravidelně v KNTB každý měsíc krátký seminář s názvem Péče o nemocného v domácím prostředí, který může navštívit kdokoliv zdarma a to i opakovaně. Seminář vede staniční sestra centra klinické gerontologie, rehabilitační pracovník a sociální pracovník, kteří jsou připraveni ochotně odpovědět na jakékoliv dotazy. Zde si také pečující mohou vyzkoušet techniky manipulace s nemocným na lůžku, zásady správné hygieny a výživy včetně praktických ukázek a pomůcek. Ze semináře si účastníci mohou odnést stručnou příručku jak připravit domácí prostředí na propuštění závislého pacienta, která obsahuje jak upravit lůžko, jaké hygienické pomůcky si opatřit, jakou stravu bude nemocný potřebovat, jak na vyprazdňování pacienta, jak pečovat o permanentní močový katétr a co u něj nutné sledovat, polohování pacienta, jak upravit byt a jaké vhodné rehabilitační pomůcky si opatřit. Sociální pracovnice na semináři vysvětlí, co jsou to terénní, ambulantní a pobytové sociální služby a na jaké dávky mají pečující nárok a za jakých podmínek. V případě zájmu vysvětlí, jak je to s omezením svéprávnosti podle zákona 89/2012 Sb. občanského zákoníku (KNTB, 2024).

Vhodné je také předat neformálně pečujícím kontakt na setkávání pečujících, která probíhají ve Family Pointu a které organizuje Unie pečujících (Family Point, 2024) a pravidelně probíhají také v Charitě Zlín, pod názvem Pečující rovněž potřebují péči (Charita Zlín, 2024).

Nástrojem pomoci neformálně pečujícím může být i webová stránka projektu Zlínského kraje Nejste na to sami <https://nejstenatosamizk.cz/> a nebo její tištěná verze, kterou si sociální pracovníci mohou zajistit na Odboru sociálních věcí Zlínského kraje.

Pro neformálně pečující existují i organizace zabývající se hájením práv osob se zdravotním postižením a pečujících osob. Pečovatelům poskytnou informace, právní pomoc a zprostředkování dalších služeb. Jsou to:

- Organizace Pečuj doma – <https://www.pecujdoma.cz/> na odkazu lze vyhledat pomáhající organizace v okolí. Na stránkách jsou uvedeny základní informace pro pečující a organizace provozuje i bezplatnou telefonní linku pro pečující 800 915 915.
- Národní rada osob se zdravotním postižením ČR (NRZP ČR) – poskytuje registrovanou sociální službu dle zákona o sociálních službách odborné sociální poradenství, jejímž cílem je řešení nepříznivé sociální situace, do které se lidé mohou dostat v důsledku neznalosti svých práv a povinností, a to v návaznosti na svůj zdravotní stav, věk nebo jiné okolnosti. Za tímto účelem provozuje Národní rada osob se zdravotním postižením ČR celostátní síť poraden pro osoby se zdravotním postižením, seniory a další skupiny občanů, které jsou ohroženy sociálním vyloučením. Poradny je možné navštívit osobně, či je kontaktovat e-mailem nebo telefonicky, případně využít formu e-poradny, která je dostupná na webu <http://poradna.nrzp.cz/>.
- Aliance pro individualizovanou podporu – sdružuje cca 40 převážně rodičovských, patientských a zastřešujících organizací a spolků, které hájí zájmy osob se zdravotním postižením či chronickým onemocněním a vyššími nároky na podporu a péči. Webové stránky: <https://aipp.cz/o-alianci/>.
- Česká asociace pečovatelské služby (ČAPS) – sdružuje více než 200 organizací poskytujících terénní sociálně-zdravotní služby. Na webu <https://www.caps-os.cz/> můžete získat nejen aktuální informace, ale i konkrétní rady „co dělat, když...“ (MPSV, 2020a).
- Česká alzheimerská společnost, o.p.s., (ČALS) – je nezisková organizace, jejímž cílem je pomoc lidem s demencí a těm, kteří o ně pečují. Za tímto účelem provozuje ČALS v ČR celostátní síť poraden pro osoby s demencí a neformální pečovatele. Informace o poradenství a aktivitách je možné nalézt na webu Pro rodinné pečující <https://www.alzheimer.cz/pro-rodinne-pecujici/>.

Pokud z jakýchkoliv důvodů nelze o pacienta po ukončení hospitalizace pečovat v domácím prostředí, navrhne sociální pracovník pacientovi a jeho rodině vhodný typ pobytové sociální služby. Informuje je o podmínkách, za kterých je tato služba poskytována a nabídne jim konkrétní zařízení, která by byla pro pacienta nejvhodnější. Pokud je neformálně pečující schopen zajistit službu sám, předá mu sociální pracovník kontakty na vytipované pobytové služby a vysvětlí formality spojené s podáváním žádosti do této služby (Mičková, 2021)

Když to situace vyžaduje, pomůže sociální pracovník pacientovi s řádným vyplněním všech formulářů a žádostí a zajistí k žádosti posudek praktického lékaře pacienta. V případě, že to není možné (např. osoba bez přístřeší) zajistí k žádosti alespoň vyjádření ošetřujícího lékaře (Mlčková, 2021).

V případě, že se nepodaří pro pacienta zajistit potřebnou péči například z důvodu nedostatečné kapacity služby, neexistence služby pro danou cílovou skupinu, apod. obrátí se sociální pracovník na sociálního pracovníka ORP, v případě trvalého bydliště klienta ve Zlíně na Magistrát města Zlína (Portál občana Zlín, 2024).

O výsledku jednání s pacientem a jeho rodinou, popřípadě jinými pečujícími informuje sociální pracovník ošetřujícího lékaře a zbytek týmu (Mlčková, 2021).

Všechny zjištěné skutečnosti průběžně zapisuje do NISu v souladu se zákonem o sociálních službách a interními předpisy KNTB (Mlčková, 2020).

Ve fázi realizace jde o naplňování naplánovaných kroků. Case manager se v této fázi může dopustit chyb, jako jsou nerespektování klientova tempa, přílišné soustředění na realizaci obsahu plánu a ztrácení vztahu s klientem a neformálně pečujícími (Haasová, 2008).

6.3.5 Hodnocení výsledku

Od počátku až do konce spolupráce sociálního pracovníka s klientem probíhá hodnocení a zpětná vazba. Hlavním cílem hodnocení je přezkoumat a upravit předchozí práci. Rozlišujeme dva druhy hodnocení. Hodnocení zaměřené na proces a hodnocení zaměřené na cíle. V procesním hodnocení se zaměřujeme na tři klíčové oblasti. Vztah, který zahrnuje kvalitu vztahu, komunikaci, vyváženost profesionálních a osobních aspektů vztahu, Čas, kam patří načasování a přizpůsobení se tempu klienta. Činnosti, které zahrnují připravenost plánu tak, aby odrážel potřeby, schopnosti a omezení klienta. Při hodnocení cílů se snažíme odpovědět na otázky, zda byly naše cíle správně formulovány, zda jsme jich dosáhli, co přispělo k dosažení cílů, nebo co bylo příčinou nedosažení cíle. Někdy se stane, že po hodnocení musíme cíle revidovat a vrátit se zpět do fáze plánování. Mohli jsme například narazit na nové překážky, které jsme při stanovení cílů přehlédli. Tyto překážky mohou mít svůj původ již ve fázi šetření, kdy jsme například nesprávně zmapovali některou z oblastí. Jedná se o cyklický proces a hodnocení a zpětnou vazbu můžeme provádět kdykoli během procesu spolupráce. Výsledky hodnocení používáme k vylepšení kvality výsledků v dalších fázích. I v této fázi se můžeme dopustit několika chyb. Například hodnocení může probíhat výhradně nebo převážně z pohledu

profesionálů bez dodatečného zapojení klienta a/nebo jeho rodiny, či jiných neformálně pečujících. Hodnocení se zaměřuje pouze na cíle a opomíjí proces, nebo naopak (Haasová, 2008).

6.4 Praktické tipy pro podporu vnitřního case managementu

Pro efektivní vykonávání práce case managera by měli sociální pracovníci nemocnice absolvovat kurz case managementu. Doporučit je možné především akreditované kurzy MPSV zaměřené na case management, např. kurz Case management v sociální práci realizovaný Vzdělávacím střediskem Caritas VOŠ sociální Olomouc (Caritas VOŠ sociální, [b.d.]).

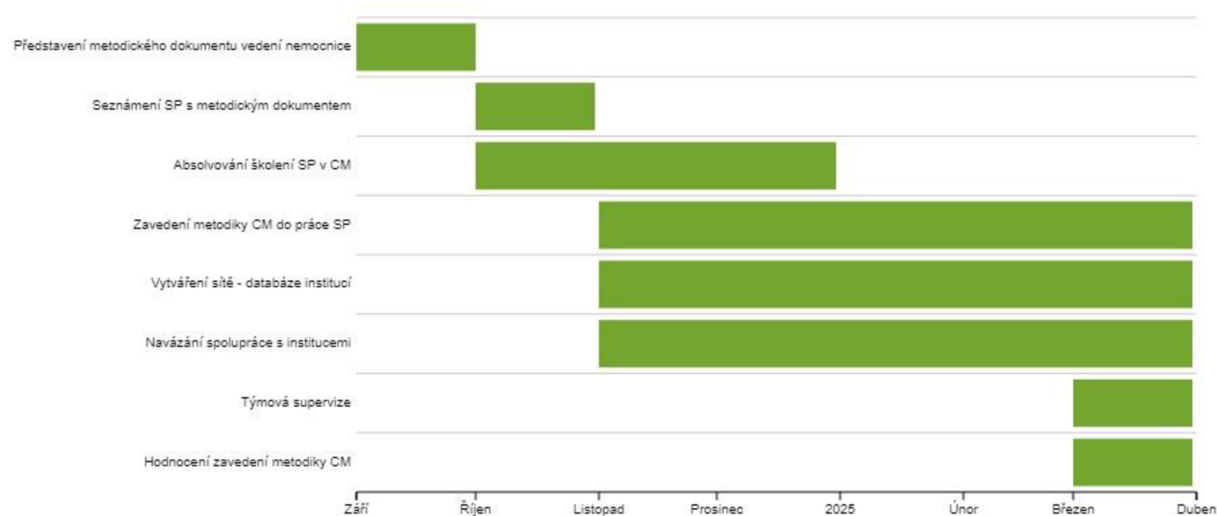
Dalším tipem je absolvování stáží, které je možné zahrnout do povinnosti dalšího vzdělávání podle zákona o sociálních službách. Stážisti získají nejen informace o službě a instituci, ve které stáž vykonávají, ale současně mohou navázat takové vztahy, na které by mohli v budoucnu navázat a využít je pro CM. Na stáž je dobré se předem připravit, vědět jaké může sociální pracovník získat informace a čím by mohly být užitečné pro jeho práci a klienty. I při účasti na konferencích, workshopech a seminářích je možné navázat profesní vztahy a seznámit se s odborníky a službami, se kterými je možné v budoucnosti spolupracovat (Dosoudilová, 2020, s. 13-14).

Je výhodné, když se sociální pracovník nemocnice stane členem skupiny komunitního plánování a spoluvytváří strategický plán rozvoje sociálních služeb, má možnost navázat vztahy s ostatními odborníky v síti. Snaží zjistit co nejvíce o jejich službách a rozvíjet s nimi vztahy a současně upozorňovat na chybějící služby a snažit se je doplnit v rámci komunitního plánování (Dosoudilová, 2020, s. 13-14).

6.5 Vývojový diagram implementace metodických pokynů

Zavedení metodických pokynů do praxe sociální práce v organizaci znamená určitou změnu v pracovních postupech, v organizaci práce, v myšlení sociálních pracovníků a spolupráci dalších zaměstnanců. Obrázek číslo 1: Ganttův diagram implementace metodických pokynů pro práci s pacientem a jeho rodinou pro sociální pracovníky KNTB při propuštění nesoběstačného pacienta nebo pacienta se sníženou soběstačností graficky znázorňuje proces implementace těchto pokynů v jednotlivých krocích s časovým harmonogramem. Cílem je poskytnout přehled o procesu implementace, snadnější orientaci v něm a kontrolu tohoto procesu. Zdrojem k tvorbě diagramu pro mě byly konzultace se sociálními pracovníky KNTB a znalost prostředí této organizace.

Obrázek 1: Ganttův diagram implementace



Zdroj: vlastní zpracování

V první fázi implementace metodiky navrhuji představit dokument představenstvu KNTB k připomínkování. V této fázi může představenstvo klást dotazy k dokumentu a jeho zavedení v organizaci. Připomínky představenstva budou zapracovány do dokumentu před jeho konečným schválením a začátkem jeho využívání v organizaci.

V další fázi budou s definitivní podobou dokumentu, schválenou představenstvem KNTB, seznámeni sociální pracovníci KNTB. K seznámení s dokumentem mají sociální pracovníci jeden měsíc, zároveň však již mohou absolvovat kurz CM, který je akreditovaný MPSV. Vzhledem k vypsaným termínům akreditovaných kurzů CM je trvání třetí fáze 3 měsíce. Pokud se v této době nenajde volný termín k absolvování vhodného kurzu, je možné tuto dobu prodloužit.

Po seznámení sociálních pracovníků s metodickým dokumentem začíná fáze aplikace metodického dokumentu, tedy konkrétní práce s klienty metodou CM. Ideální by bylo, kdyby v této době byli sociální pracovníci již absolventy akreditovaného kurzu, není to ale podmínka pro zavedení CM do praxe. Zároveň se zavedením metodického dokumentu do praxe začnou sociální pracovníci provádět síťovou analýzu a vytvářet databázi služeb, které mohou v regionu navazovat na hospitalizaci u cílových skupin klientů, kteří jsou z nemocnice propouštěni jako závislí na pomoci jiné osoby a potřebují další zdravotní a sociální péči. Začnou se síťovou analýzou týkající se konkrétních klientů a síť budou postupně rozšiřovat spolu s prací na konkrétních případech. Postupným síťováním bude vznikat databáze, kterou musí neustále udržovat aktuální a v případě potřeby z ní budou tisknout výstupy

s kontakty, které budou předávat pečujícím a/nebo klientům. V této fázi také kontaktují vytipované služby a navážou s nimi spolupráci, která by měla být kontinuální. Pokud dosud nespolupracují se sociálním pracovníkem ORP, kontaktují ho a navážou s ním úzkou spolupráci, a to nejen v ORP do které patří KNTB, ale i s ORP v celém Zlínském kraji, protože nemocnice je krajská a hospitalizovaní pacienti mohou mít trvalé bydliště kdekoliv v kraji. V případě, že by se klientem stala osoba s trvalým bydlištěm mimo Zlínský kraj, řešila by se tato situace až při CM konkrétního klienta s příslušnou ORP.

Po pěti až šesti měsících od zavedení metodického dokumentu do praxe navrhuji týmovou supervizi, což je metoda poradenství, s jejíž pomocí osoby, týmy, skupiny a organizace hodnotí svou profesionální aktivitu (Supervize, 2006). Supervize by se měla opakovat pravidelně dvakrát za rok a měla by se zaměřit na problémy týmu. Neměla by být povinná, ale každý člen týmu by měl mít možnost se jí podle svých potřeb účastnit.

V poslední osmé fázi po pěti měsících od zavedení metodiky vedení KNTB spolu se spolupracujícím týmem vyhodnotí výsledky zavedení metodického dokumentu a v případě potřeby provedou změny v tomto dokumentu. Metodický dokument by měl být i nadále využíván a pravidelně cca. každé dva roky revidován s ohledem na cíl, kterým je spárování sociální služby s potřebami klienta a brzké propuštění z akutní péče (hospitalizace), tak aby nedošlo časně k rehospitalizaci.

6.6 Prediktivní analýza rizik a dopadů v cílovém prostředí

Prediktivní analýza rizik a dopadů v cílovém prostředí je proces, který se zabývá identifikací a hodnocením potenciálních rizik a jejich dopadů ve specifickém prostředí před jejich vznikem, v případě mé práce ještě před zavedením metodiky práce s pacientem a jeho rodinou pro sociální pracovníky Krajské nemocnice T. Bati, a. s. Zlín při propuštění nesoběstačného pacienta nebo pacienta se sníženou soběstačností. Analýza zahrnuje kroky identifikace rizik, hodnocení rizik z hlediska pravděpodobnosti jejich výskytu, prioritizace rizik, plánování opatření k jejich minimalizaci nebo vyhnutí se rizikům a monitorování, čímž se myslí průběžné sledování, aktualizace hodnocení rizik a implementace opatření pro jejich řízení (BL4U, 2023). Na základě znalosti prostředí a rozhovorů se sociálními pracovníky KNTB a komunikací s Ing. Lenkou Mikletičovou z Krajského úřadu Kraje Vysočina, kde mají za sebou již projekt Tvorba systému sociálně zdravotního pomezí, jsem sestavila prediktivní analýzu rizik. Identifikovala jsem možná rizika, která by mohla zavedení metodiky provázet nebo ohrozit. Určila jsem míru pravděpodobnosti rizika, zvolila jsem preventivní opatření k jejich

předcházení a navrhl možná řešení v případě, že by se rizika naplnila. Vše je uvedeno níže v tabulce.

Tabulka 1: Tabulka rizik

Riziko	Míra rizika	Řešení	Preventivní opatření
finanční náročnost řešení	vysoká	finanční ohodnocení ze strany státu, kraje, města, zřizovatele; změna úhradové vyhlášky; novelizace zákona o sociálních službách; legislativní řešení otázky zdravotně sociálního pomezí	finanční ohodnocení ze strany státu, kraje, města, zřizovatele; změna úhradové vyhlášky; novelizace zákona o sociálních službách; legislativní řešení otázky zdravotně sociálního pomezí
neochota představenstva KNTB k vytvoření nových pracovních pozic zdravotně sociálních pracovníků	vysoká	včasné vyjasnění a vyžádání souhlasného stanoviska pro zavedení nového postupu do praxe včetně souhlasu s vytvořením nových pracovních míst sociálních pracovníků	průběžná evaluace realizace, společné porady managementu a sociálních pracovníků
malý počet sociálních pracovníků v nemocnici	vysoká	přijetí dalších sociálních pracovníků do týmu	stanovení počtu sociálních pracovníků na počet pacientů normativním předpisem
malá kapacita následné péče (LDN)	vysoká	zvýšení kapacity následné péče; vybudování nového oddělení následné péče	navýšení plateb za následnou péči úhradovou vyhláškou (Medical Tribune, 2019)
neexistence služeb pro danou cílovou skupinu (např. bezbariérovost azylových domů)	vysoká	zřízení chybějících služeb	komunitní plánování a zaplňování prázdných míst v sociální síti služeb
vyhoření sociálních pracovníků	vysoká	supervize, intervize	supervize, intervize

malá kapacita terénních, ambulantních a pobytových služeb	střední	zvýšení kapacity terénních, ambulantních a pobytových služeb	vytváření tlaku na ORP a Krajský úřad, aby byly vytvořeny podmínky pro vznik nebo rozšíření kapacit terénních, ambulantních a pobytových služeb
sociální pracovník je v týmu marginalizován, zdravotníci ho nepovažují za rovnocenného	střední	zvýšení prestiže sociálních pracovníků	další vzdělávání sociálních pracovníků, jejich odpovídající finanční ohodnocení
časový tlak na propuštění pacienta a uvolnění akutního lůžka	střední	zvýšení kapacity následné péče (LDN)	navýšení plateb za následnou péči úhradovou vyhláškou (Medical Tribune, 2019)
časově náročná řešení (řešení jsou tvořena tzv. na míru klientovi, účast na komunitním plánování)	střední	přijetí dalších sociálních pracovníků do týmu	přijetí dalších sociálních pracovníků do týmu
nezkušenost zdravotně sociálního pracovníka	střední	stáže v organizacích, kde je case management efektivně uplatňován, další školení, intervize, supervize	stáže v organizacích, kde je case management efektivně uplatňován, další školení, intervize, supervize
nedostatečné zapojení všech členů týmu	střední	edukace, finanční a mimo finanční ohodnocení pracovníků	edukace, finanční a mimo finanční ohodnocení pracovníků
neochota rodiny pečovat	střední	sociální poradenství, case management, podpora pečujících státěm, podpora změny pohledu na pečující ze strany společnosti, marketing	sociální poradenství, case management, podpora pečujících státěm, podpora změny pohledu na pečující ze strany společnosti, marketing
nedostatečné informace od klienta vedoucí k nesprávným postupům	střední	trpělivá komunikace s klientem a ověřování informací u rodiny a pečujících	trpělivá komunikace s klientem, aktivní naslouchání a ověřování informací u rodiny a pečujících
etické dilema – členové rodiny mají protichůdné zájmy	střední	upřednostňování zájmů klienta	supervize, intervize
dilema pomoci a kontroly (dilema volby způsobu řešení; pracovník rozhoduje nebo spolurozhoduje?)	střední	školení a další vzdělávání ve zvládnání dilemat v sociální práci	supervize, intervize

neochota klientů platit za sociální služby (v nemocnici nic neplatí)	střední	legislativní vyřešení otázky zdravotně sociálního pomezí	legislativní vyřešení otázky zdravotně sociálního pomezí
chybí legislativní vymezení case managera, spolupráce sociálních pracovníků funguje na bázi dobrovolnosti	nízká	legislativní vyřešení otázky zdravotně sociálního pomezí	novelizace zákona o sociálních službách s vymezením role case managera
strach neformálně pečujících z péče	nízká	nabídka podpory, školení, odlehčovacích služeb	pozitivní hodnocení neformálně pečujících ze strany společnosti, marketing, poradenství
nevyhovující domácí zázemí pro péči	nízká	úprava bytu, kompenzační pomůcky	příspěvek na zvláštní pomůcku, půjčovny kompenzačních pomůcek, předpis kompenzačních pomůcek lékařem
neochota sociálních pracovníků k přijetí nové metodiky	nízká	stáže v organizacích, kde je case management efektivně uplatňován, další školení, intervize, supervize	finanční a mimo finanční ohodnocení sociálních pracovníků
neochota sociální pracovníků absolvovat školení CM a učit se nové dovednosti	nízká	finanční a mimo finanční ohodnocení pracovníků, stáže, supervize, intervize	finanční a mimo finanční ohodnocení pracovníků za ochotu vzdělávat se a zvyšovat své kompetence
neinformování klienta o všech možnostech (zdrojích) péče včetně dávek	nízká	interní předpisy organizace, vzdělávání sociálních pracovníků	interní předpisy organizace, vzdělávání sociálních pracovníků
problémy s dodržováním mlčenlivosti	nízká	interní předpisy organizace a kontrola jejich dodržování, supervize, intervize	zpracování problematiky v interních předpisech, supervize, intervize

Zdroj: vlastní zpracování

6.7 Návrh pilotního ověření zavádění metodického postupu v organizaci, včetně harmonogramu a návrhu evaluace

Před plným zavedením metodického dokumentu do praxe je nezbytné provést jeho pilotní ověření. Pilotní ověření umožňuje ověřit použitelnost metodických pokynů v reálném prostředí a získat cennou zpětnou vazbu od sociálních pracovníků a ostatních členů týmu CM. Tato zpětná vazba slouží k identifikaci případných problémů, nedostatků a nejasností v metodickém dokumentu, které je nutné před finálním zavedením vyřešit a zvýšit tím šanci na úspěšné zavedení dokumentu do praxe.

Pilotní ověření navrhují provést v malém měřítku s dvěma sociálními pracovníky, z nichž jeden by měl být vedoucí sociálního oddělení KNTB a skupinou pacientů, kterou by bylo ideální vybrat tak, aby byly zastoupeny všechny cílové skupiny, viz kapitola 6.3.3.

Vybraní sociální pracovníci se seznámí s navrhovaným metodickým dokumentem a v květnu až červenci 2024 ho budou testovat v praxi a zaznamenají své postřehy, připomínky a případné problémy. V srpnu 2024 budou své záznamy analyzovat a vytvoří hodnotící zprávu, která bude obsahovat hodnocení použitelnosti metodických pokynů v praxi, identifikované problémy, nedostatky a nejasnosti v metodických pokynech a návrhy na jejich úpravu a vylepšení.

Pilotní ověření je nezbytným krokem pro úspěšné zavedení metodického dokumentu do praxe. Poskytuje cennou zpětnou vazbu, která umožní optimalizovat dokument pro reálné použití a minimalizovat chyby. Výsledky pilotního ověření budou zohledněny při finální verzi metodického dokumentu před jeho zavedením do praxe, viz Ganttův diagram implementace v kapitole 6.5.

Závěr

Propuštění pacienta, který je závislý na pomoci jiné osoby z akutní péče, nebo z hospitalizace, popřípadě zajištění dlouhodobé péče o takového pacienta je narůstající problém se kterým se potýkají nejen tito pacienti, ale i jejich pečující a blízké osoby, sociální pracovníci, lékaři ale také zdravotní a sociální systém.

V poslední době můžeme vidět aktivitu ministerstev v oblasti dlouhodobé péče a propojení zdravotní a sociální péče. Vláda začíná s propojením zdravotních a sociálních služeb a aktualizací systému úhrad dlouhodobé péče o pacienta, jak jsme v lednu tohoto roku slyšeli od ministra práce a sociálních věcí Mariana Jurečky (MPSV, 2024a). Od ledna 2024 je možné daňově uplatnit komerční pojištění dlouhodobé péče do výše 48 tisíc Kč za rok a je také možný příspěvek od zaměstnavatele až do výše 50 tisíc Kč za rok. Dále bylo avizováno významné zvýšení příspěvku na péči, které by mělo platit od 1. července 2024. Od tohoto data by měla platit novela zákona o sociálních službách, která ještě pro podporu dlouhodobé péče počítá s prodloužením času, který může závislá osoba strávit v odlehčovacích službách. Dnes je tato doba 90 dnů a nově bude 180 dní v roce za podmínky, že celá tato doba bude čerpána u jednoho poskytovatele sociálních služeb (Dubnová, 2024).

Tyto kroky vlády jsou v souladu s Národní strategií, ve které je identifikováno několik klíčových oblastí, které byly v České republice dlouhodobě opomíjeny. Jde o oblast sociálně-zdravotního pomezí, pečujících osob, financování sociálních služeb a také plánování a vytváření sítě sociálních služeb (RSPV, 2017).

Problém propuštění nesoběstačných pacientů se týká také Zlínského kraje. Ve Strategii rozvoje konstatuje Kraj, že v roce 2050 bude v našem kraji nejvyšší index stáří v celé ČR, což s sebou ponese větší tlak na zdravotní a sociální služby a také na neformálně pečující a k zajištění péče bude nutné vytvořit přiměřené množství sociálních lůžek v každé nemocnici. Situaci by měla dle tohoto dokumentu řešit zdravotnická zařízení (Zlínský kraj, 2019, s. 203–204). Konkrétně naše zdravotnické zařízení, tedy KNTB se chystá na výstavbu centrálního polybloku urgentní medicíny, což s sebou ponese demolici dvou budov následné péče Centra klinické gerontologie (KNTB, [b.d.]b). Vytváření nových lůžek následné péče není momentálně v plánu.

Malá kapacita následné péče, jak se v minulosti říkalo léčebny dlouhodobě nemocných (LDN), je podle sociálních pracovníků KNTB hlavním problémem při propuštění nesoběstačného pacienta. Kraj si je dle Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb ve Zlínském kraji

pro období 2023–2025 vědom tohoto nedostatku, který identifikoval jako nepokrytou potřebu v 8 ze 13 území správních obvodů ORP Zlínského kraje pro cílové skupiny seniorů, osob se zdravotním postižením a osob ohrožených sociálním vyloučením, ale chápe ho pouze jako téma k diskuzi, přestože je zřizovatelem a výhradním vlastníkem KNTB (Zlínský kraj, 2022, s. 83–85).

Pokud tedy neplánujeme zřízení nových lůžek následné péče v KNTB, ani jinde ve Zlínském kraji, tak jako to udělal profesor Kvapil v Motole (Neklepat! Podcast, 2023). A dlouhodobá péče se má přednostně poskytovat v přirozeném sociálním prostředí klienta, což má souvislosti i s deinstitucionalizací sociálních služeb (PSP ČR, 2024). Je nezbytné, pro včasné propouštění pacientů z nemocnice, posílení sociální práce v nemocnicích, a to počtem pracovníků i rozšířením jejich pravomocí. Tak aby mohli metodou case managementu pomoci klientům rychle se zorientovat v možnostech, které jim nabízí sociální zabezpečení a sociální služby, aby klienti nezůstávali v nemocnici ze sociálních důvodů. Díky síťování pomůžou v zajištění návaznosti služeb, poskytnou podporu a informace, v případě, kde to je možné, navážou spolupráci s rodinou pacienta (Gojová, 2007, 143–158). Vzhledem ke svému zdravotně sociálnímu vzdělání mohou usnadnit předávání informací mezi zdravotnickými a sociálními službami a pracovníky (Kalvach a kol. 2015, s. 11–21). Dobrou pomůckou ve Zlínském kraji je projekt Nejste na to sami, v současné době hlavně tištěná brožura a webové stránky (Nejste na to sami, 2024, 2024a). Práci sociálních pracovníků nemocnice je možné zkvalitnit metodikou práce, která by byla nástrojem pro zajištění kvality a efektivity plánování, provádění a hodnocení sociální práce.

Cílem bakalářské práce bylo vytvoření takové metodicky pro pracovníky sociálního oddělení Krajské nemocnice T. Bati, a. s. Zlín. Tyto metodické pokyny by měly vést ke zkvalitnění práce, zavedení jednotného postupu, předvídatelnosti a opakovatelnosti pracovních postupů sociálních pracovníků nemocnice. Dále by zavedení metodických pokynů mělo vést ke včasnému propuštění pacienta z akutní péče, zkrácení hospitalizace a zajištění návaznosti zdravotních a sociálních služeb. Vedlejším dopadem by mohlo být šetření finančních prostředků na zdravotní péči.

V první části práce jsem vysvětlila základní pojmy nesoběstačný pacient a způsoby posuzování soběstačnosti pacientů, rozdíl mezi následnou a dlouhodobou péčí a způsob plánování, této péče vzhledem k její dostupnosti, respektive tvorbě komunitního plánu. Představila jsem specifika sociální práce ve zdravotnictví a konkrétní nemocnici ve Zlíně. Dále jsem se zabývala propojením tématu se sociální politikou a vysvětlením, že zvolené téma je na tzv. zdravotně

sociálním pomezí a spadá tak pod dva resorty, které mají různou legislativu a různé financování, což způsobuje značné potíže. Aktuálnost řešené tematiky potvrzují i představené projekty Kraje Vysočina Tvorba systému sociálně zdravotního pomezí a navazující projekt Rozvoj a podpora procesů pro zkvalitnění poskytování služeb sociálně zdravotního pomezí v Kraji Vysočina financované Evropskou unií z Operačního programu Zaměstnanost. Výsledky těchto projektů by měly být uplatnitelné ve všech krajích. Dále jsem krátce představila Národní strategii rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025, Strategii rozvoje Zlínského kraje 2030 a Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve Zlínském kraji pro období 2023–2025. Ve Zlínském kraji se v letošním roce také rozběhl projekt financovaný Evropskou unií z Operačního programu Zaměstnanost plus, který úzce souvisí s propojením sociálních služeb, sociálních pracovníků různých institucí a pečujících s názvem Nejste na to sami.

Jako metodu sociální práce pro sociální pracovníky v nemocnici jsem zvolila na základě analýzy dostupné odborné literatury case management. V bakalářské práci popisují techniky case managementu a etické souvislosti s prací sociálního pracovníka v prostředí nemocnice.

Zpracovala jsem metodické pokyny, které vychází z identifikovaného problému a jsou v souladu s odbornou literaturou, standardy a etickými principy sociální práce. Definovala jsem soubor kroků, které na sebe logicky a věcně navazují. Implementací těchto pokynů by mohlo být dosaženo zlepšení kvality péče o pacienty, zlepšení komunikace a spolupráce mezi sociálními pracovníky a ostatními členy týmu pečujícího o pacienta, zlepšení koordinace a návaznosti péče a s tím spojené včasné propuštění pacienta. Zároveň dojde k vytvoření databáze institucí poskytujících sociální služby a jejich užší spolupráci. Sociálním pracovníkům metodické pokyny poskytnou oporu při výkonu jejich práce. A možná se podaří vytvořit tlak na Zlínský kraj na zřízení chybějících služeb v sociální síti kraje. Metodický dokument se může stát podpůrným dokumentem i pro další zařízení podobného typu.

Bibliografie

ALIANCE PRO INDIVIDUALIZOVANOU PODPORU (AIP), 2020-2024. *O Alianci pro individualizovanou podporu*. Online. AIP. Dostupné z: <https://aipp.cz/o-alianci/>. [citováno 2024-04-09].

ANGELOVSKÁ, Olga a Hana JANEČKOVÁ, 2023. Integrace zdravotní a sociální péče při propuštění pacientů z nemocnice do následné péče. In: Eva KŘÍŽOVÁ. *Sociální práce v mezioborové perspektivě*. Praha: Karolinum, s. 136-151. ISBN 978-80-246-5076-0.

BARTOŠOVÁ, E. Výkon odborné praxe v Domově pro seniory Lukov, p. o. Zlín. Rozhovor, Zlín, prosinec 2023.

BEHARKOVÁ, Natálie a Dana SOLDÁNOVÁ, 2016. Základy ošetrovatelských postupů a intervencí. Online. Masarykova univerzita Brno. ISBN 978-80-210-8608-1. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps16/osetrovatelske_postupy/web/index.html. [citováno 2024-01-18].

BECHYŇOVÁ, Věra, 2012. Případové konference: praktický průvodce pro práci s ohroženou rodinou. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0181-6.

BUCHTOVÁ, Marie, Markéta ČOŽÍKOVÁ, Anna FEJFAROVÁ, Pavlína RABASOVÁ a Vít SVOZIL et al., [2022]. *Malý průvodce pro velké hrdiny: nebojte se pečovat*. [Ostrava]: Moravskoslezský kraj. ISBN 978-80-7576-074-6.

BUSINESS LEADERS 4U (BL4U), 2023. *Pochopení a zvládnutí rizik II: Průvodce efektivní analýzou a řízením rizik ve vašem podniku*. Online. BL4U. Dostupné z: <https://www.bl4u.cz/2023/07/12/pochopeni-a-zvladnuti-rizik-pruvodce-efektivni-analyzou-a-rozenim-rizik-ve-vasem-podniku/>. [citováno 2024-03-27].

CARITAS VOŠ SOCIÁLNÍ, [b.d.¹⁰]. *Vzdělávací středisko. Case management v sociální práci*. Online. Caritas VOŠ sociální. Dostupné z: <http://vzdelavani.caritas-vos.cz/index.php?page=kurznaklic&kurzid=833>. [citováno 2024-03-16].

CASE MANAGEMENT SOCIETY UK (CMS UK), [b.d.]. *What is Case Management?* Online. CMS UK. Dostupné z: <https://www.cmsuk.org/case-management/what-is-case-management>. [citováno 2024-02-23].

¹⁰ Bez uvedeného data vydání.

CITORES, Felipe Kut, 2022. Sociálně zdravotní pomezí – jak propojit nepropojitelné? Online. In: *Medical Tribune*. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/socialne-zdravotni-pomezí-jak-propojit-nepropojitelne/>. [citováno 2024-02-08].

CITORES, Felipe Kut, 2022a. S problémy na sociálně zdravotním pomezí se potýkají v celé Evropě. Online. In: *Medical Tribune*. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/s-problemy-na-socialne-zdravotnim-pomezí-se-potyka-ji-v-cele-evrope/>. [citováno 2024-02-11].

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SLOPEČNOST (ČALS), 2015. *Pro rodinné pečující*. Online. ČALS. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/pro-rodinne-pecujici/>. [citováno 2024-04-09].

ČESKÁ ASOCIACE PEČOVATELSKÉ SLUŽBY (ČAPS), 2017. *Česká asociace pečovatelské služby*. Online. ČAPS. Dostupné z: <https://www.caps-os.cz/>. [citováno 2024-04-09].

ČESKÁ ASOCIACE POJIŠŤOVEN (ČAP), 2020. *Dlouhodobá péče na rozcestí: Jak mohou komerční pojišťovny pomoci?* Online. ČAP. Dostupné z: https://cap.cz/images/Analyzy/Position_paper_LTC.pdf. [citováno 2023-11-22].

ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ (ČSSZ), 2024. *Dlouhodobé ošetrovné*. Online. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/dlouhodobé-ose-trovne>. [citováno 2024-02-28].

ČESKÝ INSTITUT PRO SUPERVIZI (ČIS), 2006. *Co je supervize*. Online. ČIS. Dostupné z: <https://www.supervize.eu/o-supervizi/co-je-supervize/>. [citováno 2024-03-19].

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (ČSÚ), 2018. *Projekce obyvatelstva České republiky - 2018-2100*. Online. ČSÚ. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-2018-2100>. [citováno 2023-12-13].

DOSOUDILOVÁ, Kateřina, 2008. Aplikace case managementu v terénní sociální práci. In: Klára JANOUŠKOVÁ a Dana NEDĚLNÍKOVÁ (ed.). *Profesní dovednosti terénních sociálních pracovníků*, s. 324-328. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7368-504-1.

DOSOUDILOVÁ, Kateřina, 2020. *Metodika case managementu*. Online. Člověk v tísni. ISBN 978-80-7591-041-7. Dostupné z: https://www.clovekvtsni.cz/media/publications/1462/file/metodika-case_ok_opr2.pdf. [citováno 2024-02-23].

DUBNOVÁ, Ivana Bondareva, 2024. *Příspěvky na péči se od července 2024 zřejmě zvýší. Rozdíl jde i do tisíců korun.* Online. Měsíc.cz. Dostupné z: <https://www.mesec.cz/clanky/prispevky-na-peci-se-od-cervence-2024-zrejme-zvysi/>. [citováno 2024-03-08].

ELFMARK, František, 2023. *Projekt "Nejste na to sami" pomůže osobám v nesnázích a propojí odborníky napříč krajem.* Online. Piráti Zlínského kraje. Dostupné z: <https://zlinsky.pirati.cz/tiskove-zpravy/projekt-nejste-na-to-sami-pomuze-osobam-v-nesnazich-a-propoji-odborniky-napric-krajem/>. [citováno 2024-03-04].

EVROPSKÁ UNIE (EU), 2023. *Produkt.* Online. EU. Dostupné z: <https://esf2014.esfcr.cz/dap/LW/Views/Core/Detail?action=get&id=984ED1FD-D807-4497-B589-BD33CCEB2E24&idForm=72365cd6-f664-4c8f-8b75-c637c9bfc32b&idbo=f42266a2-71fa-4be1-8242-eda4dd92cb4c>. [citováno 2024-02-16].

FAMILY POINT, 2024. *Setkání pečujících.* Podpůrné setkání. Family point. Pozvánka dostupná z: SETKÁNÍ PEČUJÍCÍCH – pondělí 30. října 2023 v 13-15 h – Zlín | FAMILY POINT místo pro rodinu®. [citováno 2024-04-09].

GOJOVÁ, Alice, 2007. Síť a síťování. In: Klára JANOUŠKOVÁ (ed.). *Metodické a koordinační dovednosti v sociálních službách.* Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta-katedra sociální práce, s. 143-158. ISBN 978-80-7368-229-3.

HAASOVÁ, Kateřina, 2008. Úvod do case managementu. In: Klára JANOUŠKOVÁ a Dana NEDĚLNÍKOVÁ (ed.). *Profesní dovednosti terénních sociálních pracovníků,* s. 306-323. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7368-504-1.

HAVLÍKOVÁ, Jana a Olga HUBÍKOVÁ. Organizace působící v resortu zdravotnictví. In: Libor MUSIL, Pavel BAREŠ a Jana HAVLÍKOVÁ, 2011. *Výkon profese sociální práce v systémech sociální ochrany ČR.* Praha: VÚPSV, s. 198-235.

HOLKOVÁ, Ilona a Aleš GABRYSZ, 2011. *Manuál pro metodiky v sociálních službách.* Online. Instand, o. s. Dostupné z: <https://instandjinak.cz/wp-content/uploads/2023/04/Manual-pro-metodiky-v-socialnich-sluzbach.pdf>. [citováno 2024-03-13].

HOLMEROVÁ, Iva. *Systém zdravotně-sociálních služeb je třeba budovat odspodu, podle potřeb pacientů.* Rozhovor, Praha, Český rozhlas, 17. 1. 2024

HORECKÝ, Jiří, Martin POTŮČEK, Milan CABRNOCH a Zdeněk KALVACH, 2021. *Reforma dlouhodobé péče pro Českou republiku*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-88361-14-5.

HRDÝ, J. Souhlas s vypracováním metodiky pro KNTB, a. s. Zlín. Rozhovor, Zlín, 30. 11. 2023.

HUBÍKOVÁ, Olga, 2018. Case management zaměřený na životní situace dlouhodobé péče v sociální práci na obecních úřadech. Praha: VÚPSV, v. v. i. ISBN 978-80-7416-334-0.

CHARITA ZLÍN, 2024. *Pečující rovněž potřebují péči*. Akce. Charita Zlín. Pozvánka dostupná z: Pečující rovněž potřebují péči (2024.3) (charita.cz). [citováno 2024-04-09].

JANEBOVÁ, Radka, 2014. *Teorie a metody sociální práce-reflexivní přístup*. Online. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-374-1. Dostupné z: https://www.uhk.cz/file/edee/filozoficka-fakulta/studium/janebova_-_teorie_a_metody_socialni_prace.pdf. [citováno 2024-02-23].

KALVACH, Zdeněk, Olga, MUTLOVÁ, Karel, SCHWARZ, Olga, STAROSTOVÁ, Hana, ŘEZÁČOVÁ et al., 2015. *Systém Integrovaných Podpůrných Služeb. Nástin uplatnění modelu SIPS v obcích*. Online. Praha: Institut důstojného stárnutí Diakonie ČCE. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2019/02/Syst%C3%A9m-integrovan%C3%BDch-podp%C5%AFrn%C3%BDch-slu%C5%BEeb-N%C3%A1stin-uplatn%C4%9Bn%C3%AD-modelu-SIPS-v-obc%C3%ADch.pdf>. [cit. 2023-11-15].

KRAJ VYSOČINA, 2023. *Rozvoj a podpora procesů pro zkvalitnění poskytování služeb sociálně zdravotního pomezí v Kraji Vysočina*. Online. Kraj Vysočina. Dostupné z: <https://www.kr-vysocina.cz/rozvoj%2Da%2Dpodpora%2Dprocesu%2Dpro%2Dzkvalitneni%2Dposkytovani%2Dsluzeb%2Dsocialne%2Dzdravotniho%2Dpomezi%2Dv%2DKraji%2Dvysocina/d-4123359>. [citováno 2024-02-16].

KRAJSKÁ NEMOCNICE TOMÁŠE BATI (KNTB), [b.d.]. *Sociální oddělení: O nás*. Online. KNTB. Dostupné z: <https://www.kntb.cz/socialni-oddeleni-o-nas>. [citováno 2024-02-04].

KRAJSKÁ NEMOCNICE TOMÁŠE BATI (KNTB), [b.d.]. *O nemocnici*. Online. KNTB. Dostupné z: <https://www.kntb.cz/o-nemocnici>. [citováno 2024-02-16].

KRAJSKÁ NEMOCNICE TOMÁŠE BATI (KNTB), [b.d.]b. *Demolice budov 16, 17, 18*. Online. KNTB. Dostupné z: <https://www.budoucnostbatovky.cz/demolice-budov-16-17-18>. [citováno 2024-03-06].

KRAJSKÁ NEMOCNICE TOMÁŠE BATI (KNTB), 2019. *Výroční zpráva 2018*. Online. KNTB. Dostupné z: [Dokumenty uveřejňované dle zákona č. 90/2012 Sb., o obchodních korporacích • Krajská nemocnice T. Bati, a. s. \(kntb.cz\)](#). [citováno 2024-03-29].

KRAJSKÁ NEMOCNICE TOMÁŠE BATI (KNTB), 2020. *Výroční zpráva 2019*. Online. KNTB. Dostupné z: [Dokumenty uveřejňované dle zákona č. 90/2012 Sb., o obchodních korporacích • Krajská nemocnice T. Bati, a. s. \(kntb.cz\)](#). [citováno 2023-12-13].

KRAJSKÁ NEMOCNICE TOMÁŠE BATI (KNTB), 2023. *Výroční zpráva 2022*. Online. KNTB. Dostupné z: [Dokumenty uveřejňované dle zákona č. 90/2012 Sb., o obchodních korporacích • Krajská nemocnice T. Bati, a. s. \(kntb.cz\)](#). [citováno 2023-12-13].

KRAJSKÁ NEMOCNICE TOMÁŠE BATI (KNTB), 2024. *Péče o nemocného v domácím prostředí*. Edukační odpoledne. KNTB Zlín.

KRAUSOVÁ, Anna, 2007. Komunitní plánování/strategické plánování. In: Klára JANOUŠKOVÁ (ed.). *Metodické a koordinační dovednosti v sociálních službách*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta-katedra sociální práce, s. 159-195. ISBN 978-80-7368-229-3.

KUZNÍKOVÁ, Iva, 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3676-1.

LACINOVÁ, Hana, 2022. *Systém řízení bezpečnosti informací*. Krajská nemocnice T. Bati, a. s. Zlín.

MACKOVÁ, Marie, 2018. Dlouhodobá zdravotně-sociální péče o seniory v kontextu využití institutu dříve vysloveného přání. Online. *Listy sociální práce*. roč. VI., č. 15, s. 15-16. ISSN 2336-2332. Dostupné z: https://www.listysp.cz/images/obr/1625142296_lsp-podzim-final.pdf. [citováno 2024-03-04].

MARX, David a Gabriela FRANKOVÁ (ed.), 2023. *Akreditační standardy pro nemocnice*. 4. vydání. Opava: H&B Tisk. ISBN 978-80-905886-1-5. Spojená akreditační komise. Dostupné z: [Standardy | Spojená akreditační komise, o.p.s. \(sakcr.cz\)](#) [citováno 2023-11-29].

MEDICAL TRIBUNE, 2019. *Následná péče v Česku je ztrátová*. Online. Medical Tribune. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/nasledna-pece-v-cesku-je-ztratova/>. [citováno 2024-03-25].

MERTL, Jan, Vladimír Barák, Lucia Bartůsková, Petr Brabec, Jaroslava Durdisová, Vojtěch Krebs, Jan Mertl, Ladislav Průša, Dagmar Špalková, Helena Vychová a Jana Žižková, 2023. *Sociální politika*. 7., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7676-675-4.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ (MPSV), 2015. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025*. Praha: MPSV. ISBN 978-80-7421-126-3.

MINISTRSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ (MPSV), 2015a. *Analýza a následná syntéza všech existujících dokumentů k LTC a reflexe připravované nebo realizované změny v souvisejících segmentech*. Online. MPSV. Dostupné z: <http://www.podporaprocesu.cz/wp-content/uploads/2013/01/SOUHRNN%C3%9DDOKUMENT-anal%C3%BDza-a-n%C3%A1sledn%C3%A1-synt%C3%A9za-v%C5%AFlech-existuj%C3%ADch-dokument%C5%AF-k-LTC-a-reflexep%C5%99ipravovan%C3%A9-nebo-realizovan%C3%A9-zm%C4%9Bny-vsouvisej%C3%ADch-segmentech.pdf>. [citováno 2023-11-22].

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ (MPSV), 2020. *Základní informace o komunitním plánování sociálních služeb*. Online. MPSV. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/zakladni-informace-o-komunitnim-planovani-socialnich-sluzeb>. [citováno 2024-01-20].

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ (MPSV), 2020a. *Doporučení pro sociální pracovníky krajských a obecních úřadů při podpoře neformálně pečujících v situaci pandemie COVID-19*. Online. MPSV. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/1443715/Doporu%C4%8Den%C3%BD+postup+%C4%8D.+16_2020_Doporu%C4%8Den%C3%AD+pro+SP+jak+podpo%C5%99it+neform%C3%A1ln%C4%9B+pe%C4%8Duj%C3%ADch-segmentech.pdf. [citováno 2024-03-16].

- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ (MPSV), 2022. *Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru a kritéria transformace a deinstitucionalizace*. Online. MPSV. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/1060378/Krit%C3%A9ria+transformace+a+DI.pdf/f9b9cf13-724c-8b35-7f03-7870a2e68b91>. [citováno 2024-01-20].
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ (MPSV), 2024. *Příspěvek na péči*. Online. MPSV. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/-/prispevek-na-peci>. [citováno 2024-02-25].
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ (MPSV), 2024a. Tisková zpráva: *MPSV a MZd navrhuji efektivnější způsob poskytování zdravotně sociálních služeb a aktualizaci systému úhrad dlouhodobé*. Online. MPSV. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/7095934/TZ_socialne_zdravotni_pomezi_17012024.pdf/d95107e7-accd-3f08-a291-d094f82dac5f. [citováno 2024-02-13].
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY (MZČR), 2020. *Zdraví 2030: Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030*. Online. MZČR. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-analyticka-studie.pdf> [citováno 2023-12-13].
- MLČKOVÁ, Michaela, 2020. *Vedení dokumentace o poskytování sociální služby*. Krajská nemocnice T. Bati, a. s. Zlín.
- MLČKOVÁ, Michaela, 2021. *Sociální péče o pacienty v sociální tísní*. Krajská nemocnice T. Bati, a. s. Zlín.
- MLČKOVÁ, M. Výkon odborné praxe v KNTB, a. s. Zlín. Rozhovor, Zlín, listopad 2022.
- MLČKOVÁ, M. Dotaz na normu stanovující počet zdravotně sociálních pracovníků na počet lůžek v nemocnici. Rozhovor, Zlín, 7. 2. 2024.
- MUSIL, Libor, 2004. *Ráda bych Vám pomohla, ale--: dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno: Marek Zeman. ISBN 80-903070-1-9.
- NÁRODNÍ RADA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM (NRZP ČR), 2024. *E-poradna*. Online. NRZP ČR. Dostupné z: <http://poradna.nrzp.cz/>. [citováno 2024-04-09].
- NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL (NZIP), 2024. *Právo na informace o vašem zdravotním stavu*. Online. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/230-pravo-na-informace-o-vasem-zdravotnim-stavu>. [citováno 2024-02-26].

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL (NZIP), 2024a. *Druhy a formy zdravotní péče*. Online. NZIP. Dostupné z: Druhy a formy zdravotní péče | NZIP. [citováno 2024-04-09].

NEDĚLNÍKOVÁ, Dana, 2008. Etická dilemata v terénní sociální práci. In: JANOUŠKOVÁ, Klára a Dana NEDĚLNÍKOVÁ (ed.). *Profesní dovednosti terénních sociálních pracovníků*, s. 378-391. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7368-504-1.

NEKLEPAT! PODCAST, 2023. *Specifická péče o pacienty vyššího věku zde chyběla. Tak jsem otevřel geriatrickou kliniku, říká profesor Kvapil*. Online. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/clanek/podcasty-neklepat-specificka-pece-o-pacienty-vyssiho-veku-zde-chybela-tak-jsem-otevrel-geriatrickou-kliniku-rika-profesor-kvapil-40444998?fbclid=IwAR2IrVFbIq6qhWUpww1H7i93-BBgvi6UOprM7zWl3WoF8luqFTFzKqmMVyI>. [citováno 2024-03-07].

PEČUJ DOMA, 2024. Online. Pečuj doma. Dostupné z: <https://www.pecujdoma.cz/>. [citováno 2024-04-09].

POSLANECKÁ SNĚMOVNA PARLAMENTU ČR (PSP ČR), 2023. *Problematika sociálně-zdravotního pomezí v ČR jako výzva i příležitost* (13. dubna 2023). Online. PSP ČR. Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/text/text2.sqw?idd=239571>. [citováno 2024-02-13].

POSLANECKÁ SNĚMOVNA PARLAMENTU ČR (PSP ČR), 2024. *Důvodová zpráva návrhu zákona, kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů*. Online. PSP ČR. Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=240404>. [citováno 2024-03-09].

PRO STÁŘÍ, z. s., 2017. *Pečující osoby a neformální péče: Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016–2025*. Online. Pro stáří, z. s. Dostupné z: <https://prostari.cz/pecujici-osoby-a-neformalni-pece-narodni-strategie-rozvoje-socialnich-sluzeb-2016-2025/>. [citováno 2024-01-20].

REVUE PRO SOCIÁLNÍ POLITIKU A VÝZKUM (RSPV), 2017. *Sociálně-zdravotní pomezí (Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016–2025)*. Online. RSPV. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2017/04/socialne-zdravotni-pomezni-narodni-strategie-rozvoje-socialnich-sluzeb-2016-2025/>. [citováno 2024-02-12].

Sdělení 209/1992 ze dne 18. 3. 1992, federálního ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod a Protokolů na tuto Úmluvu navazujících.

Sociální pracovník ve zdravotnictví/zdravotně sociální pracovník, 2020. Online. In: *Sociální práce/Sociální práce*. 2020. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/profesiogramy/socialni-pracovnik-ve-zdravotnictvi-zdravotne-socialni-pracovnik/>. [citováno 2024-02-04].

SOLAŘOVÁ, Hana, 2013. Case management aneb případové konference v praxi. 2. rozšířené a upravené vydání. Online. Dostupné z: https://www.benepal.cz/files/project_4_file/CASE-MANAGEMENT.PDF. [citováno 2024-02-24].

SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE (SAK), [b.d.]. *Akreditovaná zařízení*. Online. SAK. Dostupné z: Akreditovaná zařízení | Spojená akreditační komise, o.p.s. (sakcr.cz). [citováno 2023-11-22].

SPOLEČNOST SOICÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČR (SSP ČR), 2022. *Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků ČR*. Online. SSP ČR. Dostupné z: <https://www.socialnipracovnici.cz/ke-stazeni>. [citováno 2024-01-20].

STARÁM SE A PRACUJI, 2022. *Sociální a zdravotní služby, které můžete při péči využít*. Online. Starám se a pracuji. Dostupné z: <https://staramseapracuji.cz/pro-pecujici/socialni-a-zdravotni-sluzby-ktete-muzete-pri-peci-vyuzit-210.html>. [citováno 2023-11-30].

SVOBODA, Jakub, 2024. *Pojištění dlouhodobé péče lze nyní odečíst z daní*. Online. Novinky.cz. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/clanek/finance-pojisteni-dlouhodobpece-lze-nyni-odecist-z-dani-40462046>. [citováno 2024-02-28].

ŠIBRAVOVÁ, Jaroslava, Lenka JOSKOVÁ a Lenka HOLASOVÁ, 2021. *Využití metody case managementu při řešení nepříznivé životní situace seniorů*. Online. Fórum sociální práce, roč. 6, č. Speciál, s. 51-57. ISSN 2336-6664. Dostupné z: https://forumsocialniprace.ff.cuni.cz/wp-content/uploads/sites/10/2021/06/Jaroslava_Sibravova_-_Lenka_Joskova_-_Lenka_Holasova_51-57.pdf. [citováno 2024-03-20].

ŠIMEK, Jiří, J. CHLUMECKÁ a M. KOLÍNOVÁ, 2003. Problém propouštění pacientů vyššího věku z nemocnice. *Praktický lékař*, roč. 83, č. 6, s. 334-335.

ŠLENKRTOVÁ, Helena a Věra MARKOVÁ, 2012. *Proces sociální práce ve zdravotnických zařízeních*. Online. Česká asociace sester. Dostupné z: https://www.cna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2008_0003_revize_3.pdf. [citováno 2024-01-20].

ŠPAKOVÁ, Lenka. 2021. Sendvičová generace. *Sociální služby*, roč. 23, č. 8-9, s. 14-15. ISSN 1803-7348.

UHHEREK, Pavel, 2019. *Etický kodex KNTB*. Krajská nemocnice T. Bati, a. s. Zlín.

Usnesení 2/1993 Sb. ze dne 28. 12. 1992, předsednictva České národní rady o vyhlášení LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD jako součástí ústavního pořádku České republiky.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (ÚZIS ČR), 2021. *Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2019*. Zdravotnická statistika ČR. Online. ÚZIS ČR. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008357/hospit2019.pdf>. [citováno 2023-12-13].

VOČKA, Zbyněk, 2019. Financování sociálních služeb je povinností státu, ne krajů. *Sociální služby*, roč. 21, č. 6-7, s. 30-32. ISSN 1803-7348.

VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM a Yvona POSPÍŠILOVÁ (ed.), 2004. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: Grada. s. 487-488. ISBN 80-247-0279-7.

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY (VZP ČR), [b.d.]. *Víte co je hlavním úkolem zdravotní pojišťovny, jak funguje systém zdravotního pojištění a na co máte ze zákona nárok?* Online. VZP ČR. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/kdo-j sme/jak-funguje-system-zdravotniho-pojisteni>. [citováno 2024-02-08].

Vyhláška 505/2006 Sb. ze dne 29. 11. 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Vyhláška 55/2011 Sb. ze dne 14. 3. 2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Vyhláška 102/2012 Sb. ze dne 30. 3. 2012, o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče.

Vyhláška 467/2012 Sb. ze dne 27. 12. 2012, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

WIJA, Petr, Pavel BAREŠ a Jan ŽOFKA, 2019. *Analýza sociálních a zdravotních služeb dlouhodobé péče v ČR*. Online. Praha: Institut pro sociální politiku a výzkum. ISBN 978-80-907662-2-8. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2019/09/Analýza-socialnich-a-zdravotnich-sluzeb-dlouhodobpece-v-CR.pdf>. [citováno 2024-02-19].

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2002. *Active ageing: a policy framework*. Online. WHO. Dostupné z: <https://iris.who.int/handle/10665/67215>. [citováno 2024-02-19].

Zákon 48/1997 Sb. ze dne 28. 3. 1997, o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

Zákon 128/2000 Sb. ze dne 15. 5. 2000, o obcích (obecní zřízení).

Zákon 258/2000 Sb. ze dne 11. 8. 2000, o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů.

Zákon 96/2004 Sb. ze dne 3. 3. 2004, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

Zákon 108/2006 Sb. ze dne 31. 3. 2006, o sociálních službách.

Zákon 110/2006 Sb. ze dne 31. 3. 2006, o životním a existenčním minimu.

Zákon 111/2006 Sb. ze dne 31. 3. 2006, o pomoci v hmotné nouzi.

Zákon 262/2006 Sb. ze dne 7. 6. 2006, zákoník práce.

Zákon 372/2011 Sb. ze dne 8. 12. 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

Zákon 373/2011 Sb. ze dne 8. 12. 2011, o specifických zdravotních službách.

Zákon 89/2012 Sb. ze dne 22. 3. 2012, občanský zákoník.

Zákon 110/2019 Sb. ze dne 24. 4. 2019, o zpracování osobních údajů.

Zákon 375/2022 Sb. ze dne 7. 12. 2022, o zdravotnických prostředcích a diagnostických zdravotnických prostředcích in vitro.

Zákon 462/2023 Sb. ze dne 29. 12. 2023, kterým se mění některé zákony v souvislosti s rozvojem finančního trhu a s podporou zajištění na stáří.

ZLÍN PORTÁL OBČANA, 2024. *Občan v mezní životní situaci (bez patřičné péče)*. Online. Zlín portál občana. Dostupné z: <https://portal.zlin.eu/obcan/z-situace/detail/108?backlink=gam6m#tab-popis>. [citováno 2024-03-16].

ZLÍNSKÝ KRAJ, [b.d.]. *Katalog sociálních služeb ve Zlínském kraji*. Online. Dostupné z: <https://www.socialnisluzbyzk.cz/>. [citováno 2024-03-15].

ZLÍNSKÝ KRAJ, 2019. *Strategie rozvoje Zlínského kraje 2030*. Online. Zlínský kraj. Dostupné z: <https://zlinskykraj.cz/strategie-rozvoje-zlinskeho-kraje-2030>. [citováno 2024-02-19].

ZLÍNSKÝ KRAJ, 2022. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve Zlínském kraji pro období 2023-2025*. Online. Zlínský kraj. Dostupné z: <https://zlinskykraj.cz/sprss-ve-zk-pro-obdobi-2023-2025>. [citováno 2024-02-19].

ZLÍNSKÝ KRAJ, 2024. *Nejste na to sami*. Online. Zlínský kraj. Dostupné z: <https://zlinskykraj.cz/nejste-na-to-sami-2>. [citováno 2024-03-04].


ZLÍNSKÝ KRAJ, 2024a. *Nejste na to sami*. Zlín: Zlínský kraj.

Seznam příloh

Příloha 1: Služby v Krajské nemocnici T. Bati, a. s.....	81
Příloha 2: Informace pro pacienty	83
Příloha 3: Pozvánka na edukační odpoledne	86

Přílohy

Příloha 1: Služby v Krajské nemocnici T. Bati, a. s.

SLUŽBY V KRAJSKÉ NEMOCNICI T. BATI		
IM-2022-004; verze 01		Platnost od 3. 1. 2022
LÉKÁRNA A PRODEJNA ZDRAVOTNICKÝCH POTŘEB		
Lékárna budova č. 14 (u hlavní brány): otevírací doba: pondělí až pátek od 07.00 do 17.00 hodin		
Lékařská pohotovost (lékárna budova č. 14): otevírací doba: pracovní dny od 17.00 do 22.00 hodin; sobota, neděle, svátky od 08.00 do 20.00 hodin.		Kontakt: 577 552 556
Lékárna budova č. 26 (přízemí budovy Krajské hygienické stanice a Ředitelství KNTB): otevírací doba: pondělí až pátek do 07.30 do 15.00 hodin		
Prodejna a výdejna zdravotnických potřeb (budova č. 42, vchod z ulice vedle hlavní brány): otevírací doba: pondělí až pátek od 07.30–15.00 hodin ✓ výdej zdravotnického materiálu a zdravotnických potřeb, prodej doplňkového sortimentu, ✓ informační, konzultační a poradenské služby.		
OBČERSTVENÍ		
Bistro 51 (vlevo od hlavní vstupní brány): otevírací doba: pracovní dny od 05.00 do 17.00 hodin; sobota, neděle, svátky od 10.00 do 17.00 hodin		Kontakt: 577 552 515
Bistro 26 (přízemí budovy č. 26): otevírací doba: pondělí až pátek od 06.30 do 14.00 hodin		Kontakt: 577 552 364
Nabízený sortiment: vlastní pekárenské výrobky, bio mléčné produkty, studenou i teplou kuchyni, čerstvé saláty, pomazánky, teplé i studené nápoje.		
Automaty: v areálu KNTB (na odděleních i v ambulantních provozech) jsou umístěny také automaty s nabídkou teplých a studených nápojů včetně drobného občerstvení.		
WIFI PŘIPOJENÍ		
V areálu KNTB je pro pacienty dostupné bezplatné WIFI připojení . Při připojení se k této službě je nutné odsouhlasit podmínky použití bezdrátové WIFI sítě stanovené KNTB.		
SLUŽBY DOBROVOLNICKÉHO CENTRA		
Dobrovolnická činnost v KNTB spočívá ve zpříjemnění pobytu v nemocnici . Služba je poskytována na přání pacienta a zahrnuje např. četbu, popovídání si, popř. i jiným vhodným způsobem mohou zpříjemnit pobyt v KNTB.		
Návštěvu pracovníka Dobrovolnického centra Vám zprostředkuje zdravotnický personál , a to vždy s ohledem na Váš léčebný režim.		

stránka 1 (celkem 2)

SLUŽBY V KRAJSKÉ NEMOCNICI T. BATI



DUCHOVNÍ SLUŽBY

Nemocniční kaplani nabízejí:

Kontakt: 731 140 734 (nepřetržitá služba)

- ✓ osobní rozhovor, lidskou blízkost, doprovázení v době nemoci, službu průvodce v těžkém období ztráty blízkého člověka, četbu s Písmem svatého, společnou modlitbu, aj.

Dále naši nemocniční kaplani nabízí **zprostředkování kontaktu** na katolické kněze a duchovní jiných křesťanských církví registrovaných v ČR podle přání nemocného.

Kaplaní za Vámi přijdou na oddělení i do ambulantních čekáren. Mše svatá je každou sobotu v 15.30 hodin ve výukovém sále Centra klinické gerontologie (suterén budovy č. 48).

CANISTERAPIE

Canisterapie je **podpůrná terapeutická metoda**, při které se využívá pozitivní působení psa na psychosociální zdraví pacientů. Svými účinky přispívá a **podporuje úspěšný proces uzdravování**. Tuto službu Vám zprostředkuje, a to s ohledem na Váš léčebný režim, zdravotnický personál.

SOCIÁLNÍ SLUŽBY, DOMÁCÍ A HOSPICOVÁ PÉČE

Sociální služby

Kontakt: 736 510 523

Zdravotně-sociální pracovnice KNTB Vám nebo Vaším blízkým poskytují především:

737 228 087

- ✓ sociálně-právní informace, 577 552 089
- ✓ pomoc v řešení sociálních problémů vzniklých v souvislosti s Vaším onemocněním.

Domácí ošetrovatelská péče, pečovatelská služba, hospicová péče:

Služba určena pacientům, kteří nejsou schopni se o sebe po návratu z nemocnice postarat sami, či s pomocí blízkých, nebo to vyžaduje zdravotní stav pacienta. Zprostředkování služby prostřednictvím zdravotnického pracovníka, popř. může pacient (osoba blízká) **Sociální oddělení KNTB** kontaktovat přímo.

PŘEKLADATELSKÉ SLUŽBY

Centrum pro integraci cizinců – Zlínský kraj

Kontakt: 577 018 651

Otevírací doba pro veřejnost:

pondělí, středa **od 12.00 do 18.00 hodin**; čtvrtek, pátek **od 08.00 do 12.00 hodin**

Lze domluvit i doprovod tlumočnicka k lékaři. Více informací na www.integracnicentra.cz/zlinsky-kraj/

Skřivánek s.r.o. (pobočka Zlín)

Kontakt: 604 207 077

Otevírací doba pobočky: pracovní dny **od 08.00 do 17.00 hodin** nabízí tlumočení (online, po telefonu)

TLUMOČENÍ DO ZNAKOVÉHO JAZYKA

Centrum pro zdravotně postižené Zlínského kraje o. p. s.

Kontakt: 777 005 948, 777 005 298

Pracovní doba: pondělí až pátek **od 08.00 do 16.30 hodin** (v mimořádných situacích i mimo uvedený čas).

Služby jsou poskytovány zdarma, zejména terénní formou. Více informací na www.czp-zk.cz

DALŠÍ SLUŽBY v KNTB včetně podrobných informací naleznete na www.kntb.cz v sekci **PRO PACIENTY**.

stránka 2 (celkem 2)



Krajská nemocnice T. Bati, a.s.
Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín



spojovatelka
(+420) 577 551 111



bnzlin@bnzlin.cz
www.kntb.cz

INFORMACE PRO PACIENTY

IM-2022-003; verze 01

Platnost od 3. 1. 2022

Vážená paní, vážený pane,

Přejeme si, abyste byli s poskytnutou zdravotní a ošetrovatelskou péčí v naší nemocnici spokojeni, přitom se však neobejdeme bez Vaší spolupráce. Pro plynulý průběh přijetí **doporučujeme vzít s sebou:**

- ✓ **průkaz zdravotní pojišťovny,**
- ✓ **průkaz totožnosti** (občanský průkaz, cestovní pas),
- ✓ **další zdravotní průkazy, např. diabetická průkazka,**
- ✓ **doporučení k hospitalizaci, výpis ze zdravotnické dokumentace včetně aktuálních výsledků a provedených vyšetření, případně kompletní zdravotnickou dokumentaci,**
- ✓ jméno a adresu **ošetřujícího lékaře** (praktický lékař, odborný lékař),
- ✓ potvrzení o pracovní neschopnosti (pokud Vám bylo vystaveno ještě před nástupem k hospitalizaci)
- ✓ kontaktní údaje na **rodinné příslušníky nebo osoby blízké.**

CO S SEBOU K HOSPITALIZACI



Po dobu pobytu na lůžkových odděleních doporučujeme mít k dispozici:

- **věci osobní potřeby** (ručník, hřeben, mýdlo, šampon, zubní pastu, kartáček na zuby, muži holící strojek aj.),
- **pyžamo, noční košili, župan** (popř. i domácí oblečení),
- **pevnou obuv na přezutí,**
- **seznam léků, které užíváte včetně jejich dávkování,**
- **kompensační pomůcky** (brýle, naslouchadlo, zubní protéza, ortopedické pomůcky, berle aj.).

Doporučujeme mít u sebe také mobilní telefon včetně nabíječky, popř. i něco na čtení apod. Naopak **nedoporučujeme do nemocnice nosit větší finanční obnosy a cennosti.**

PŘÍJEM K HOSPITALIZACI



K plánovanému příjmu do Krajské nemocnice T. Bati se **dostavte včas na určené příjmové místo. Nejprve proběhne administrativní část přijetí k hospitalizaci, včetně kontroly všech potřebných dokumentů.**

Po přijetí na oddělení Vás ošetřující lékař vyšetří a seznámí Vás se všemi důležitými informacemi týkající se Vašeho zdravotního stavu. Bude Vás informovat o plánovaných vyšetřeních a léčbě.

Každý pacient při podepisuje tzv. „Souhlas s hospitalizací“. U dětí podepisují souhlas s přijetím do nemocnice jejich zákonní zástupci. V rámci „Souhlas s hospitalizací“ máte právo určit (popř. vyloučit) osoby, které mohou (nesmí) být informovány o Vašem zdravotním stavu. Informace o zdravotním stavu tak poskytnete lékaři pouze těm osobám, které určíte při podpisu „Souhlasu s hospitalizací“.

V některých případech (tj. dle Vašeho důvodu hospitalizace), Vám mohou být předloženy k podpisu i další dokumenty, jako např. Souhlas s operačním výkonem, Souhlas s anestezií, Souhlas s diagnostickým výkonem apod.

stránka 1 (celkem 3)

INFORMACE PRO PACIENTY

Lékař Vám však vždy před podepsáním souhlasu seznámí s průběhem i možnými komplikacemi plánovaného výkonu. Pokud s navrhovaným výkonem nebudete souhlasit, podepisujete „Negativní revers“ – tzn. nesouhlasné stanovisko.

Při příjmu na lůžkové oddělení Vás čekají další nezbytné úkony, které se týkají Vaší hospitalizace:

- ✓ **pro Vaši bezpečnost, Vám zdravotnický pracovník připevní náramek, který zajistí Vaši jednoznačnou identifikaci po celou dobu Vaší hospitalizace,**
- ✓ zdravotnický personál na oddělení Vám přidělí lůžko i skříňku na osobní věci,
- ✓ budete seznámeni s prostory, provozem a denním režimem oddělení,
- ✓ seznámíte se s **Vnitřním řádem nemocnice, Právy a povinnostmi pacientů a Denním režimem.**

PRŮBĚH HOSPITALIZACE



Nemocniční pokoje jsou třílůžkové, dvoulůžkové a jednolůžkové. Některá oddělení mají k dispozici **nadstandardní ubytování** a budou Vám **poskytnuty na Vaše přání a za úhradu dle aktuální dostupnosti**. (viz **Ceník nadstandardních služeb**).

OBLEČENÍ A OSOBNÍ PŘEDMĚTY

K **uložení oblečení** během pobytu v nemocnici slouží **šatní skříň** ve Vašem pokoji nebo Vaše věci uloží personál ve vyhrazených prostorách oddělení. Předměty osobní potřeby lze uložit do nočního stolku vedle lůžka.

CENNÉ PŘEDMĚTY A ZBRANĚ

Cenné předměty a peníze si můžete **uložit v trezoru** oddělení, kde jste hospitalizováni. Obdržíte písemný doklad o úschově, proti němuž Vám budou předměty vydány při propuštění z nemocnice. **Nemocnice není zodpovědná za ztrátu** předmětů, které pacient nepředá do úschovy nemocničnímu personálu. **Zbraně a další nebezpečné předměty do nemocnice nepatří!**

LÉKY

Během pobytu v nemocnici Vám **všechny léky předepisuje Váš ošetřující lékař** a podává zdravotní sestra. Vámi přinesené léky po příchodu na oddělení vždy odevzdejte zdravotní sestře. Z důvodu koordinace léčby, vlastní bezpečnosti a možnosti lékových interakcí, neužívejte během hospitalizace žádné léky, o kterých Váš ošetřující lékař není informován.

STOP KOUŘENÍ

Ve všech prostorách nemocnice je přísný zákaz kouření (vč. elektronických cigaret), vyjma vyhrazených venkovních míst, která jsou vyznačena. V nemocnici platí zákaz užívání omamných a návykových látek.

DENNÍ REŽIM ODDĚLENÍ

Váš denní režim oddělení během Vaší hospitalizace se řídí režimem příslušného oddělení, se kterým budete seznámeni již při přijetí k hospitalizaci a je také k dispozici na jednotlivých odděleních.

stránka 2 (celkem 3)



Krajská nemocnice T. Bati, a.s.
Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín



spojovatelka
(+420) 577 551 111



bnzlin@bnzlin.cz
www.kntb.cz

INFORMACE PRO PACIENTY

V průběhu hospitalizace **Vás lékař bude průběžně informovat o Vašem zdravotním stavu** a o dalším postupu léčby. **Nebojte se však zeptat na vše, co Vás ohledně Vašeho zdravotního stavu zajímá.** V případě nově vzniklých potíží a při změně Vašeho zdravotního stavu informujte ihned lékaře, popř. zdravotnický personál.

Dodržujte léčebný režim, a to včetně **lékařem stanoveného dietního režimu**. O možnostech obohacení stravy během hospitalizace se vždy poradte s ošetřujícím lékařem nebo s nutričním terapeutem. Vámi přinesené potraviny jsou na oddělení uloženy v lednicích určených výhradně pacientům. Potraviny neoznačené jménem a datem uložení budou zlikvidovány.

Během celé hospitalizace **dodržujte Vnitřní řád Krajské nemocnice T. Bati a Denní režim**. Dokumenty Vám jsou k dispozici na oddělení.

STÍŽNOSTI

Proti postupu KNTB při poskytování zdravotních služeb nebo proti činnostem souvisejících se zdravotními službami můžete podat stížnost. Bližší informace včetně postupu při vyřizování stížností Vám poskytne ošetřující personál, nebo je naleznete na internetových stránkách KNTB, viz **Podání a vyřizování stížností**.

PROPUŠTĚNÍ Z NEMOCNICE



O propuštění z nemocnice rozhoduje lékař, který Vás bude s předstihem informovat a který také vystaví propouštěcí zprávu pro Vašeho ošetřujícího lékaře (pro praktického lékaře, popř. odborného lékaře).

Od lékaře se při propuštění dozvíte vše potřebné o dalším plánu léčby i o léčebném režimu v domácím prostředí. Propouštěcí zpráva Vám bude předána při odchodu z oddělení.

Jestliže Váš zdravotní stav po propuštění z nemocnice bude vyžadovat **domácí ošetřovatelskou péči**, bude Vám tato péče zprostředkována po domluvě s Vámi, lékařem a **Sociálním oddělením KNTB**.

Bude-li to Váš zdravotní stav vyžadovat, bude Vám na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře při propuštění z nemocnice **zajištěn převoz dopravní zdravotní službou**. Nárok na úhradu převozu z veřejného zdravotního pojištění závisí na pravidlech stanovených zdravotní pojišťovnou.

stránka 3 (celkem 3)



Krajská nemocnice T. Bati, a.s.
Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín



spojovatelka
(+420) 577 551 111



bnzlin@bnzlin.cz
www.kntb.cz

VE STŘEDU
6 3. 2024

OD 15.00 HOD.
BEZ
REGISTRACE
VSTUP
ZDARMA



VE VÝUKOVÉ
MÍSTNOSTI
SUTERÉNU
48. BUDOVY
LDN.



PÉČE O NEMOCNÉHO V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

- Ocitli jste se v situaci, kdy pečujete nebo budete pečovat o svého blízkého?
- Potřebujete poradit, jak o takového člověka pečovat a co si vše připravit?
- Chcete si prakticky vyzkoušet polohování, posazování a přemístování člověka?
- Chcete ukázat, jak ošetřovat imobilního člověka, jak provádět hygienickou péči a podávat stravu?

Krajská nemocnice T. Bati ve Zlíně, oddělení Centra klinické gerontologie, pořádá edukační odpoledne a nabízí Vám pomoc při zvládnutí počáteční nejistoty v péči o Vašeho blízkého.



Na Vaši účast se těší tým pracovníků Centra klinické gerontologie ve spolupráci se sociálním oddělením:

Garant:	Mgr. Edita Habartová – vrchní sestra
Přednášející:	Ing. Dagmar Marčíková – staniční sestra
Rehabilitace:	Františka Slováčková
Sociální pracovnice:	Helena Šustková

86