

Realizace úspěšné spolupráce soc. a zdravot. organizací v ČR

Zdeněk Kalvach

Jaký vlastně název přednášky?

- Realizace úspěšné spolupráce soc. a zdravot. organizací v ČR !!! 😎
- Realizace úspěšné spolupráce soc. a zdravot. organizací v ČR ??? 😞
- Úspěšná zdravotně sociální spolupráce v ČR 🧐

Takže od všeho trochu v kontextu 17. listopadu, demokracie a TGM:

Blíží se 50. výročí (ne)řešení zdravotně sociálního pomezí v ČR



14. Sjezd KSČ 1971:
celospolečenský program
péče o staré a dlouhodobě
nemocné. Priorita: propojení
zdravotní a sociální péče!

2019: Je nezbytně nutné
vyřešit zdravotně sociální
pomezí (ustavíme další
komisi?).

Padli soudruzi, padly vlády,
problém zůstal. 🤔

Co na přezrálé problémy největší Čech Jára Cimrman?



Hra Švestka, popis
demence:

„Není schopen problém
rozvinout ani opustit.“

Inu České Středoplky

Tož, co s tím pomezím?...

😊 😁 Jen kdyby to
nebylo tak smutné a nešlo
o život

Existuje poučení z 50 let točení v kruhu, úprku za vlastním ohonem?



Nečekám spásy od žádné strany; ale budeme nepřemožitelní, jestliže ve všech stranách a třídách bude větší počet mužů opravdových a myslících, kteří beze všeho umlouvání a viditelného spojování, každý v kruhu svém, pracovat budou za stejným cílem ... jestliže nás značný počet spojení budeme tím tichým souhlasem, jenž vzniká ze správného posouzení našeho postavení ... a ze správného vysouzení toho, co a jak kde kdo máme pracovat. Pokud se nerozšíří tato neviditelná strana lidí opravdových a myslících, kteří se nebojí, když toho potřeba, pravdě dát svědectví i veřejně, všechna viditelná organizace nám nepostačí. TGM

Lze míti za prokázané (?)

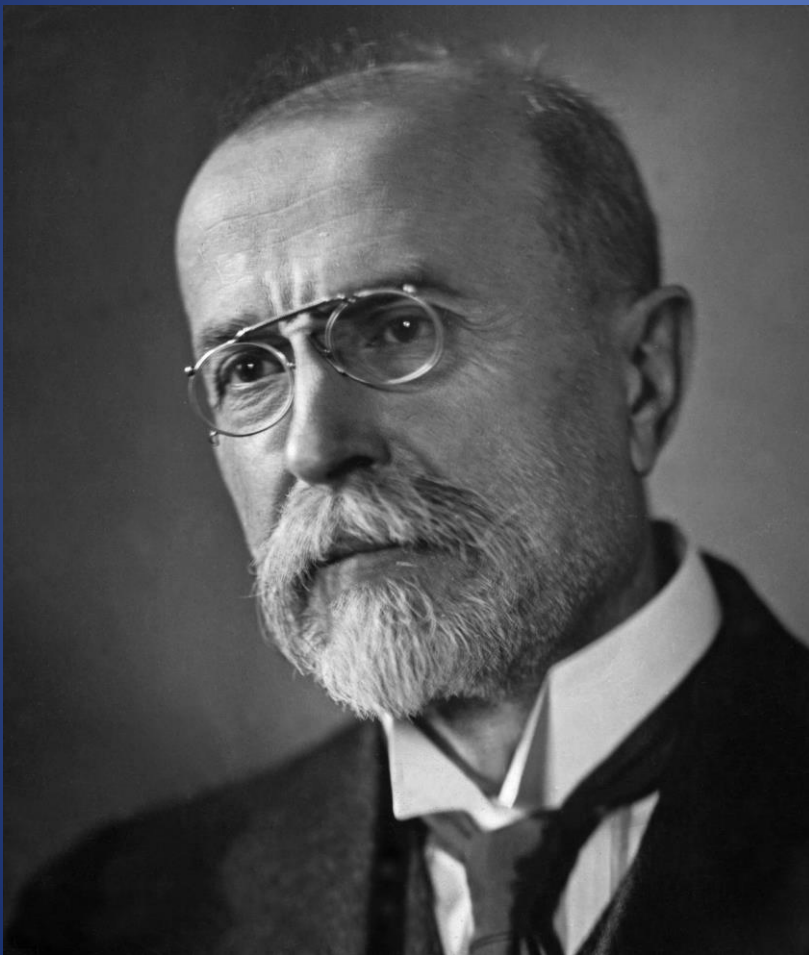


Resortismus se nedaří a nepodaří překonat shora

- Neschopnost
- Kontrazájmy
- Nezájem, strach, lenost
- Kompetenční konflikty
- Přeregulovaná byrokraci
- Desetiletí divergence

Nutná je sebeobrana zdola

O čem bychom tedy měli být masarykovsky tiše srozuměni?



- Zdravotně sociální provázanost je závažný jev
- Řešení „shora“ nepřišlo a nepřijde
- Základem je osobní zodpovědnost zdola
- Řešení potřeb našich klientů dle nejlepšího vědomí a svědomí – case management
- Domlouvání se o tom s kolegy a partnery
- Trvání na vytvoření podmínek pro řešení problémů „našich lidí“ – nikoliv plnění špatných norem

Státní byrokracie



- Může a má vytvořit legislativní rámec,
- Alokovat zdroje a
- Může formulovat poptávku, ale:
- Žádný rezort, žádná komise nepřinese univerzální řešení

Výchozí realita 1

- Početná skupina občanů vyžadujících pomoc (podporu, péči) má problémy neoddělitelně zdravotně sociální
 - typicky zdravotní postižení s omezenou/ztracenou soběstačností
- Samostatný problém jsou
 - sociální problémy u „čistých pacientů“
 - zdravotní problémy u „čistých casus sociales“

Výchozí realita 2

- Řada desetiletí cílevědomé?, nezodpovědné?
divergence vytvořila inkompatibilní systémy s odlišným
 - financováním
 - hodnocením kvality
 - organizováním, řízením
 - pojmoslovím
 - vedením dokumentace
- Pracovníci rezortů
 - si navzájem často nerozumějí, nechápou se
 - bývají stavěni proti sobě (informační bariéra)

Výchozí realita 3

- Rezortní výchova je téměř absolutně oddělená a navzájem se (převážně) ignoruje
- Zvláště lékaři většinou vůbec nechápou povahu a realitu sociálních pobytových zařízení
- Pracovníci v přímé péči většinou nechápou ani základy zdravotnického pojmosloví a myšlení
- Jen ojediněle se objevuje a profiluje VŠ výchova „zdravotně sociálních“ pracovníků

Výchozí realita 4

- Nelékařské profese nejsou dostatečně vedeny ke case managementu a osobní zodpovědnosti
- Chybí propedeutika multidisciplinární komunikace a kooperace (kolegialita „já pán – ty pán“)
- Lékaři vesměs nezvládají/odmítají roli „jen“ členů multidisciplinárních týmů
- Lékařské fakulty vesměs selhaly v reakci na demografickou změnu, LTC, potřebu reformulace a podpory komunitní péče (ze všeho casus soc.)

Výchozí realita 5 – trpké ovoce divergence

- Ve zdravotnických zařízeních je často chabá ošetrovatelská „lidskost“, někdy respekt k lidským právům – až ohrožení života
- V sociálních zařízeních často chybí potřebná zdravotní péče (neformální dostupnost PL, úhrada oš. úkonů) – až ohrožení života
- V komunitě jsou často zdravotně sociální nesoběstační lidé v území nikoho – až ohrožení života
- Všude je zbytečně nízká účelnost, účinnost, bezpečnost

Co dělat 1

- Začít „u sebe zdola“ – vůle být dobrým pracovištěm celostního (zdrav.-soc.) přístupu
- Hledat originální řešení dle místních podmínek – co není zakázáno, je povoleno
- Zásadní je ucelená multidisciplinarita
- Zavést a kultivovat multidisciplinární porady transrezortně

Co dělat 2

- V sociálních pobytových zařízeních zajistit
 - Poskytování ošetrovatelských úkonů (parenterální rehydratace) s omezením potřeby hospitalizací
 - Odmítnutí diskriminace přístupu k potřebné zdravotní péči (zhoršení stavu, sanitky)
 - Odmítnutí diskriminační pseudo-paliativní péče
 - Neformální fungování praktického lékaře a jeho přiměřené zapojení do multidisciplinárního postupu

Co dělat 3

- Ve zdravotnických zařízeních optimalizovat přijímací a propouštěcí proces i ošetrovací režim pacientů ohrožených ztrátou soběstačnosti (hospitalismem) –zvláště křehkých geriatrických pacientů s důrazem na enabling (znovuuschopnění), nikoliv na odepsání – základem je multidisciplinární přístup „sdílení osobní zodpovědnosti“

Co dělat 4

- V komunitě ustavit SIPS – systém integrovaných podpůrných služeb
 - Case manager (průvodce, zdrav. soc. pracovník)
 - Koordinace (case management)
 - Depistáž
 - Dispenzarizace
 - Poradenství, edukace (rodina, laičtí pečující)
 - „styčný důstojník“ s místní správou, samosprávou (ORP)
- Tuto roli nemůže zastávat praktický lékař, pozice je dnes neobsazena

Co dělat 5

- Na VŠ respektovat demografickou změnu s potřebou reformovat tzv. primární péči do zdravotně sociální podoby dlouhodobé péče (LTC)
- Podpořit zkušenost s multidisciplinární prací a komunikací
- Posílit zdravotnické povědomí sociálních profesí
- Posílit znalost prostředí a problematiky pobytových zařízení u studentů lék. fakult
- Rozvinout výchovu zdravotně sociálních pracovníků především pro komunitní práci.

Co dělat 6

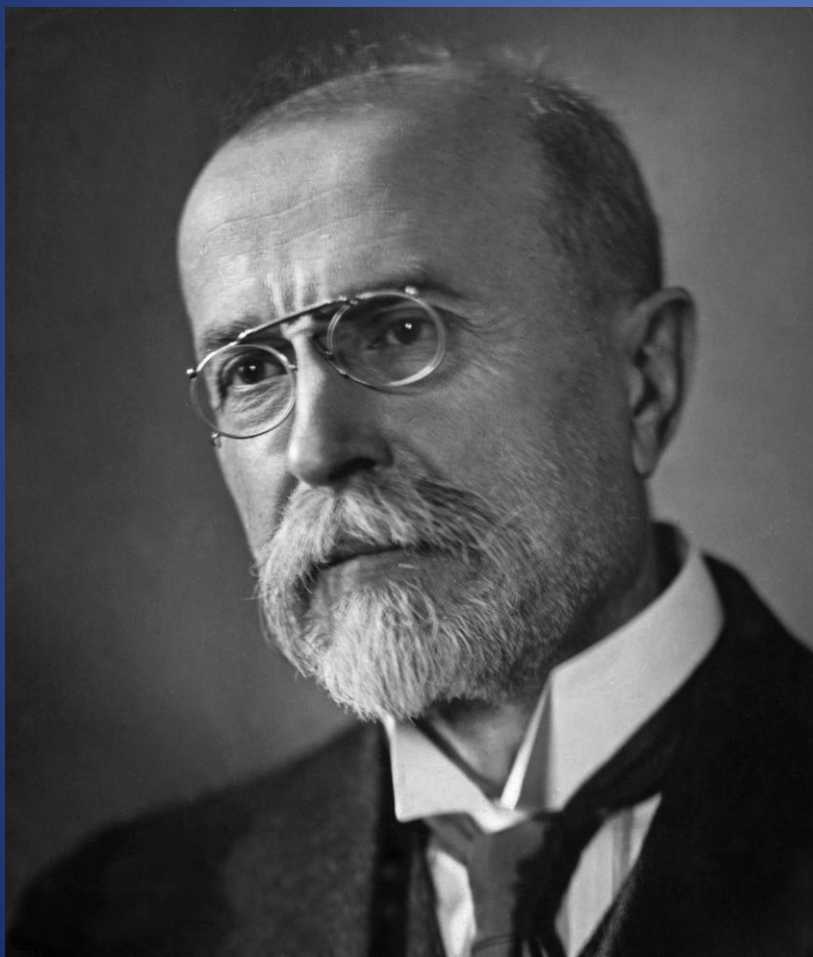
Předkládat ke vzájemné diskusi a podpoře návrhy na rušení nesmyslných mezirezortních bariér, byrokratických a akademických nesmyslů, vydiskutované předkládat „nahoru“ a trvat na akceptaci.

Co dělat 7

Čemu především by měly multidisciplinární týmy v rámci (nejen) LTC sloužit – v čem spočívá kvalita života našich klientů, jejich „relativní zdraví“?:

„Dostáváme se k chápání zdraví nikoliv jako nepřítomnosti nemoci, nýbrž spíše jako procesu, v jehož rámci jedinci zachovávají svůj pocit soudržnosti (tedy že jejich život je srozumitelný, zvládnutelný a smysluplný) a schopnost fungovat s ohledem na změny v sobě a ve svých vztazích s prostředím.“ (Aaron Antonovsky)

Děkuji za pozornost parafrází pana prezidenta Masaryka ... a P.S.:



*Nečekám spásy od žádné strany;
ale budeme nepřemožitelní,
jestliže ve všech profesích bude
větší počet mužů a žen
opravdových a myslících, kteří
beze všeho umlouvání a
viditelného spojování, každý v
kruhu svém, pracovat budou za
stejným cílem ... Pokud se
nerozšíří tato neviditelná strana
lidí opravdových a myslících, kteří
se nebojí, když toho potřeba,
pravdě dát svědectví i veřejně,
všecka viditelná organizace nám
nepostačí.*

... P. S. ad TGM



Ostatně, když máme 17. listopad:

LTC je zdravotně sociální, tedy multidisciplinární a multidisciplinarita je o důvěře, zodpovědnosti, rovnosti a diskusi – stejně jako demokracie podle TGM.