

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Oddělení praxe**

Bakalářská práce

SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ DLOUHODOBÉ HOSPITALIZOVANÍ SENIOŘI A ROLE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V BENEŠOVSKÉ NEMOCNICI

Vedoucí práce: Mgr. Helena Machulová

Autor práce: Pavla Houzarová

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Forma studia: kombinovaná

Ročník: třetí

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci vypracovala samostatně pouze s použitím parametrů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č.111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

23. března 2011

Poděkování

Upřímně děkuji vedoucí své bakalářské práce Mgr. Heleně Machulové. Děkuji za její trpělivost, cenné rady a metodické vedení. Také děkuji za čas, který mi věnovala, stejně jako za její vlídný, avšak důsledný pedagogický přístup, který mě provedl celou mojí prací.

OBSAH

ÚVOD.....	6
1 Sociální práce ve zdravotnickém zařízení.....	8
1.1 Legislativní opora pro sociální práci ve zdravotnickém zařízení.....	8
1.2 Koncepce sociální práce v Nemocnici Rudolfa a Stefanie Benešov.....	9
1.3 Etické aspekty sociální práce s hospitalizovanými.....	10
2 Sociální práce s dlouhodobě hospitalizovanými pacienty.....	12
2.1 Typy zdravotnických služeb poskytující dlouhodobou péči.....	12
2.2 Sociální pracovník a dlouhodobě hospitalizovaný pacient.....	13
2.2.1 Přijetí pacienta k dlouhodobé léčbě.....	13
2.2.2 Sociální šetření, spolupráce s lékařem.....	14
2.2.3 Potřeby dlouhodobě hospitalizovaného pacienta.....	16
2.3 Profesní identita.....	17
3 Starý člověk a dlouhodobá hospitalizace.....	19
3.1 Nejčastější důvody přijetí seniora k dlouhodobé péči.....	19
3.2 Specifika sociální práce s geriatrickým pacientem.....	20
3.2.1 Komunikace se starým člověkem.....	21
3.2.2 Důstojnost geriatrického pacienta.....	22
3.2.3 Negativní vliv dlouhodobé péče.....	27
3.2.4 Spolupráce s rodinou.....	29
3.3 Sociální práce při zajištění seniora po ukončení hospitalizace.....	31
3.3.1 Sociální služby pro seniory.....	32
3.3.2 Kompenzační pomůcky.....	34
3.4 Limity sociální práce s dlouhodobě hospitalizovanými.....	34
ZÁVĚR.....	37

ABSTRAKT	39
ABSTRACT	40
Seznam použitých zdrojů	41
Přílohy. seznam příloh	43

Úvod

Hlavním tématem mojí bakalářské práce je sociální práce v zdravotnickém zařízení, zejména práce s dlouhodobě hospitalizovanými geriatrickými pacienty. Domnívám se, že sociální pomoc poskytovaná dlouhodobě nemocným lidem je velmi důležitá a zvláštní pozornost zasluhuje oblast sociální práce s nemocnými seniory. Staří lidé se v důsledku své nemoci často stávají sociálně ohroženými a potřebují svojí sociální situaci uspokojivě vyřešit. Tuto problematiku zajišťuje v nemocnici sociální pracovník.

Zvolené problematice se v této práci věnuji především proto, že této oblasti sociální práce se seniory se věnuji již mnoho let. Nejprve jsem pracovala jako sociální pracovnice Domova seniorů ve Vojkově, v současnosti pracuji na stejné pozici v Nemocnici Rudolfa a Stefanie Benešov. Měla jsem tak možnost základní části této práce formulovat na základě svých teoretických vědomostí i praktických zkušeností z práce se starými lidmi.

Sociální práce ve zdravotnickém zařízení, v porovnání s dalšími odvětvími této práce, není příliš specializovaná ani koncepčně vymezená. Kromě náplně práce, případně koncepce sociální problematiky dané nemocnice, nemá sociální pracovník oporu pro výkon jemu určených kompetencí. V kontaktu s nemocnými a jejich blízkými tak bývá každý nezdravotní problém považován za úkol pro sociálního pracovníka. A tak rozsah této práce je velký a náročný – pracovník musí dokázat obsáhnout velké množství různorodých problémů svých klientů. Musí umět ve své práci improvizovat, pružně reagovat a dokázat se správně orientovat v oprávněných požadavcích nemocného i jeho okolí, přičemž nesmí ztratit se zřetele jeho prospěch.

Ve své práci jsem se snažila postihnout jednak oblasti, ve kterých se jako sociální pracovník pohybuji v konkrétní nemocnici a jednak pojmenovat důležité oblasti této práce ve prospěch klienta, jímž je zejména dlouhodobě hospitalizovaný starý člověk. Vycházela jsem z legislativní opory sociální práce ve zdravotnickém zařízení a koncepce sociální práce v nemocnici (vycházela jsem z konkrétní koncepce nemocnice, ve které pracuji) a z odborné literatury, která se této oblasti práce s nemocnými věnuje.

Také jsem se pokusila obšírněji zabývat důležitým etickým aspektem práce s nemocnými (obecně v první kapitole, konkrétně v části práce věnované dlouhodobě hospitalizovaným seniorům). Tato oblast práce je podobně, jako vše, co se týká morálního přístupu k druhým lidem, je většinou právně nepostihnutelná. Avšak o to více

pozornosti by se jí mělo věnovat, zejména ve zdravotnickém zařízení.

Větší rozsah této práce jsem věnovala stěžejní problematice sociální práce v nemocnici, kterou je dlouhodobě hospitalizovaný pacient, zvláště potom starý člověk. Popisuji způsob práce a nejčastější oblasti sociální práce s pacienty, věnuji se i práci s rodinou, institucemi sociálních služeb i spolupráci s lékaři.

Na jednotlivých kazuistikách ukazují konkrétní průběh práce s klienty od prvního sociálního šetření do jejich propuštění. Každá práce s jednotlivým klientem znamená vždy zjištění a rozbor jeho osobní i sociální anamnézy včetně záznamu poznatků z těchto oblastí do sociálního šetření. Na konkrétních sociálních šetřeních potom ukazují průběh práce s jednotlivými klienty až do ukončení jejich hospitalizace, včetně záznamu o plánu propuštění.

V práci jsem používala zejména metodu popisu a v kazuistikách analýzu situace klientů tak, abych zdůvodnila řešení, která byla uskutečněna v jejich prospěch.

1 Sociální práce ve zdravotnickém zařízení

Sociální práce v nemocnici má svoje specifika a odvíjí se od cílové skupiny, které je poskytována. Pracovník se setkává s rozmanitým spektrem problémů, které musí řešit v zájmu svého klienta a se všemi věkovými kategoriemi.

Pohled do historie ukazuje, že vývoj sociální práce začal poskytováním pomoci právě nemocným a dnešní terminologií řečeno, těm sociálně nejohroženějším, kterými bývali nemocní a staří lidé nebo děti. Dnešní sociální práce se specializuje na různé skupiny klientů, ve zdravotnických zařízeních však až v posledních letech je patrná snaha její působnost jasně vymezit, jako je tomu například v zařízeních sociálních služeb.

Dnešní podoba sociální práce jako takové je tedy diferenciovaná. Role sociálního pracovníka je daná specifiky každého oboru, v kterém pracuje, a povinnostmi, vztahujícími se k danému oboru. „*Sociální pracovník se pohybuje v rámci práv a povinností definovaných právním systémem, zaměstnavatelem a profesními standardy. Institucionální rámec je důležitý, protože sociální pracovník zasahuje do života klientů a je potřeba, aby jeho právo zasahovat bylo legitimní*“.¹

Sociální pracovník ve zdravotnictví by dnes měl být členem týmu, který poskytuje pacientům komplexní péči. Jeho role je dána zákonem a koncepcí sociální práce v nemocnici. Koncepce však nejsou jednotné ve všech zdravotnických zařízeních, v mnohých jsou teprve tvořeny a liší se v jednotlivých zařízeních tím, jaké požadavky na sociálního pracovníka jednotliví zaměstnavatelé mají. Další rámec sociální práce, rovněž individuální podle požadavků jednotlivých nemocnic, dává pracovníkům jejich náplně práce.

1.1 Legislativní opora pro sociální práci ve zdravotnickém zařízení

Základní legislativní oporu pro povolání sociálního pracovníka dává Zákon o sociálních službách č 108/2006 Sb. „*Předpokladem k výkonu povolání sociálního pracovníka je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle tohoto zákona.*“² (§ 110 odst.1 zákona č.108/2006 Sb.)

Pro zajištění zdravotně sociální péče ve zdravotnických zařízeních byl Zákonem

1 MATOUŠEK, O. a kol, *Metody a řízení sociální práce*, Portál, Praha 2008, ISBN 978-80-7367-502-8, s. 44-45.

2 Zákon č. 108/2006 Sb., *O sociálních službách*.

č. 96/2004 Sb. vytvořen obor zdravotně sociální pracovník, který: „... vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace“³

Činnosti, které je v těchto zařízeních způsobilý vykonávat jsou uvedeny v § 9 Vyhlášky č. 424/2004 Sb. Vyhláška vychází z praxe sociálních pracovníků, a z ní potom vycházejí jednotlivé koncepce sociální práce ve zdravotnických zařízeních, protože sociálně zdravotní péče nemá, jak jsem již uvedla, jednotnou koncepci a řídí se potřebami jednotlivých pracovišť. Tyto koncepce dávají individuální rámec konkrétních kompetencí sociálních pracovníků v jednotlivých nemocnicích.

1.2 Koncepce sociální práce v Nemocnici Rudolfa a Stefanie Benešov

Obecně poskytuje každá sociální práce v nemocnici pomoc pacientům se špatným zdravotním stavem nebo sociálním zázemím a nejsou z jednoho, často z obou důvodů sami schopni tuto osobní situaci řešit. Je určena všem pacientům všech věkových kategorií.

Pro sociální práci v benešovské nemocnici byla vytvořena tzv. Koncepce zdravotně sociální problematiky a vychází, jak jsem zmínila v předchozí kapitole, především z Vyhlášky č.424/2004 Sb. (§ 9). Její podoba vznikla jako širší rámec kompetencí sociálního pracovníka s ohledem na konkrétní požadavky tohoto pracoviště. Sociální služba je zde definována jako „*Nedílná součást léčebně preventivní péče. Jejím cílem je získání objektivního přehledu o potřebách včasné i dlouhodobě poskytované sociální pomoci nemocným, kteří se dostali do obtížných životních situací.*“⁴ Pro názornost uvádím heslovitým přehledem výčet oblastí práce s pacientem/klientem, které spadají do kompetence sociálního pracovníka tak, jak je uvádí tato koncepce:

- Poskytování sociálně právního poradenství (jako komplex poradenství určené osobám zdravotně nebo sociálně znevýhodněným)
- Sociální šetření (prováděné s pacientem u lůžka, nebo na vyžádání s blízkými pacienta. Nejčastěji se jedná o pacienty tzv. sociálně rizikové – nemají rodinné zázemí, ani osoby blízké, jsou imobilní nebo pro svůj zdravotní handicap či věk nesoběstační.)
- Účast na lékařských a ošetřovatelských vizitách (jde především o odborné depistáže sociálního pracovníka, zaměřené na zjišťování sociálně rizikových

3 Zákon Ministerstva zdravotnictví ČR č. 96/2004 Sb.

4 *Koncepce zdravotně sociální problematiky v Nemocnici Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s., nemocnice SČK, viz.Příloha č.1.*

pacientů)

- Zprostředkování výplaty důchodů do nemocnice (dle Zákona č.189/2006 Sb. je zdravotnické zařízení povinno přebírat důchody pacientů za podmínek, který stanoví tento zákon).
- Úmrtí pacienta (jde o případy, kdy zemřelému nesjedná žádná osoba pohřbení. Totéž platí v případě, že nebyla zjištěna totožnost mrtvého.)
- Bezdomovectví pacientů
- Nájem movitých věcí (jedná se o zprostředkování pronájmu kompenzačních pomůcek do domácího ošetřování.)

Okruh pacientů, se kterými sociální pracovník v nemocnici nejčastěji pracuje, je rovněž obsahem této koncepce. Nejčastěji jsou to osoby, které nejsou svoji sociální situaci schopny řešit zejména pro svůj věk (senioři a děti) a osamělost, dále s ohledem na svoji nemoc (dlouhodobou nebo nevléčitelnou), závažný tělesný handicap, osoby bez příštířeš apod.

Konkrétní výčet okruhu osob, kterým sociální pracovník v benešovské nemocnici pomoc poskytuje, vymezuje opět koncepce této nemocnice. Nejčastěji jsou to osoby sociálně ohrožené pro svůj věk (senioři, zejména osaměle žijící a děti). Dále dlouhodobě a nevléčitelně nemocní, osoby s handicapem (nejčastěji tělesným nebo mentálním), psychickou chorobou, demencí. Často také pomáhá osobám bez příštířeš, se závislostí nebo v hmotné nouzi. (Příloha č. 1)

1.3 Etické aspekty sociální práce ve zdravotnickém zařízení

Sociální práce ve zdravotnickém zařízení klade nároky nejen na odbornost a vzdělání. Stále častěji je zdůrazňována i podstatná složka této práce – etika. Osobně se domnívám, že etické jednání toho, kdo pomoc poskytuje, je stejně důležitá jako jeho odborné schopnosti. Oblast etiky je velice složitá a obsáhlá teoretická disciplína, stejně tak, jako je složitá oblast etických aspektů sociální práce ve zdravotnickém zařízení.

„V literatuře bývají hodnoty často oddělovány od znalostí a morální oblast od oblasti právní nebo technické. Toto rozdělení může být užitečné, ale jen potud, pokud z něj zároveň nevyplývá, že je možné uplatňovat znalosti bez hodnotových soudů.....Většina rozhodnutí v sociální práci zahrnuje komplex etických, technických, právních, ale i politických faktorů, které jsou navzájem propojeny.“⁵

5 MATOUŠEK, O. a kol, *Metody a řízení sociální práce*, Portál, Praha 2008, ISBN 978-80-7367-502-

Sociální práce má etické normy a požadavky na pracovníky jednotně formulovány. Souhrnně jsou tyto zásady a pravidla etického chování v oboru sociální práce dané Etickým kodexem sociálních pracovníků ČR. Kodex obsahuje jednak obecné etické zásady, jednak specifikuje různé oblasti vztahů, do kterých pracovník vstupuje. Je ovšem důležité si uvědomit, že v sociální práci nejde jen o teoretické vymezení etického kodexu a jeho znalost, i když je nesporně důležitou normou sociální praxe. Nutné je normu nejen znát a dodržovat, ale především se s ní ztotožnit, protože jen tak bude účinná.

Sociální pracovník totiž řeší často nejednoznačné situace a musí se v nich dokázat orientovat v souladu s etickými normami. Matoušek upozorňuje na prospěšnost diskusí nad etickými otázkami, které pomáhají sociálnímu pracovníkovi k orientaci v případech etických dilemat (sociální pracovník stojí před několika stejně nevhodnými možnostmi – konfliktem morálních principů) a etických problémů (pracovník stojí před rozhodnutím, které se mu osobně příčí), tedy v situacích, s kterými se setkává při své práci s klienty často.⁶

Etické chování pomáhajících musí vycházet z přirozeného respektu k člověku jako osobě, z úcty k životu jako takovému, ať je v jakékoliv situaci. „*V lidských dějinách můžeme sledovat, jak se v jednotlivých kulturách i epochách vyvíjel vztah k lidskému životu, jaká mu byla přisuzována hodnota i úcta. Hovoříme-li o lidském životě, máme na mysli celou šíři i variabilitu, tedy nejen jedince silné a zdravé, ale také ty, kteří jsou slabí, nemocní, postižení, staří, atp.*“⁷. Poskytování sociální pomoci nemocným souvisí i s povědomím pracovníka o své vlastní osobě, jaký opravdu je, jaký vztah má k druhým lidem. Jak se staví k práci s nemocnými, zda je schopen skutečného soucitu a respektu k nim. Sociální pracovník by měl mít tedy nejen odborné, ale i osobní předpoklady k této práci. Je to ale nejen vztah k druhým lidem, ke zmíněným osobním předpokladům patří i ochota jim pomáhat, avšak na základě bezpodmínečného respektu k etickým zásadám.

8.s.24

6 srov. MATOUŠEK, O. a kol, *Metody a řízení sociální práce*, Portál, Praha 2008, ISBN 978-80-7367-502-8, s. 23-24.

7 JANKOVSKÝ, J., *Etika pro pomáhající profese*, Triton, Praha 2003, ISBN 80-7254-329-6, s. 113.

2. Sociální práce s dlouhodobě hospitalizovanými pacienty.

Sociální pracovník v nemocnici má za úkol především pomáhat v sociální oblasti těm pacientům, kteří takovou pomoc potřebují.

Nemocný člověk, vyžadující hospitalizaci, bývá přijímán na akutní lůžko některého specializovaného oddělení nemocnice. Délku pobytu pacienta na takovém lůžku určuje ošetřující lékař v návaznosti na stabilizování zdravotního stavu nemocného, resp. na určitý zákrok, poté je pacient propuštěn do domácí péče. Jsou však pacienti, kteří nemohou být domů propuštěni, a je nutné jim zajistit navazující dlouhodobou péči. Toto bývá důležitý úkol sociálního pracovníka.

2.1 Typy zdravotnických služeb poskytujících dlouhodobou péči

Předtím, než se budu věnovat samotné sociální práci s pacienty, kteří jsou dlouhodobě hospitalizováni, bych chtěla uvést kompletní výčet typů zdravotních služeb, které může osoba, vyžadující dlouhodobou léčebnou péči, využít. Uvádím je z toho důvodu, že zprostředkování služeb, nejen ústavní péče, je často stěžejní částí práce sociálního pracovníka. Pokud se totiž pacient rozhodne pro jinou variantu, než ústavní dlouhodobou péči, je to právě pracovník, který mu toto zajišťuje.

Mezi druhy péče poskytované seniorům můžeme kromě, ambulantní či rehabilitační, zařadit například ambulantní, domácí (ošetřovatelskou, pečovatelskou) nebo ústavní, poskytovanou v nemocnicích a léčebnách.⁸

Nejčastější způsob zajištění pacienta se uskutečňuje během jeho dlouhodobé léčby. V této době je možné vhodně připravit pacienta na propuštění domů při jeho zajištění nějakou formou domácí péče, nebo zahájit kroky vedoucí k jeho přijetí na sociální pobytovou službu. Pro ilustraci odkazuji na postupy této práce, uvedené v kazuistice paní Vlasta (Příloha č. 3, kazuistika č. 5)

Léčebny dlouhodobě nemocných (dále LDN) přijímají do své péče pacienty, kteří vyžadují dlouhodobou péči, nejčastěji jde o pacienty geriatrické. Autor knihy Praktická gerontologie výstižně tato zařízení označuje jako specializované zdravotnické zařízení, které poskytuje odbornou péči starým nebo dlouhodobě nemocným. Odkazuje i na minulost zařízení, která spadá do minulého století, konkrétně k 1. 1. 1974, kdy byly

8 Srov. <http://www.zdrave.cz/>- <http://vztahy-v-rodině.zdrave.cz/zdravotni-pece-o-seniory-u-nas/>

zřízeny z původních oddělení vnitřního lékařství. Ta vznikala v padesátých letech 20. století převážně z ošetrovatelských a městských ústavů, které však svoji tehdejší špatnou zdravotnickou vybaveností měla povahu spíš sociální pomoci.⁹

2.2 Sociální pracovník a dlouhodobě hospitalizovaný pacient

V úvodu kapitoly jsem zmínila jeden z hlavních úkolů sociálního pracovníka v nemocnici, kterým je zajištění pacienta dlouhodobou péčí. Toto zajišťování musí probíhat vždy ve spolupráci s lékařem, který je buď ošetřujícím pacienta na akutním lůžku v nemocnici, nebo praktickým lékařem. *„Nemocní jsou přijímáni na žádost územních obvodních lékařů a lékařů odborných oddělení, včetně lékařů sociálních ústavů. Je žádoucí, aby nemocní byli přijímáni v souhlase s jejich zdravotně sociální potřebou, která bude jediným měřítkem plánovaného přijetí, resp. čekací doby.“*¹⁰

2.2.1 Přijetí pacienta k dlouhodobé léčbě

Jak se zmiňuji výše, základním kritériem přijetí do LDN je zdravotně sociální potřeba pacienta, a proto při něm spolupůsobí i sociální pracovník. Postupy a kompetence sociálního pracovníka pro tuto oblast jeho práce zajišťují metodické pokyny a koncepce sociální práce v nemocnici, které stanovují s tím spojené povinnosti sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení.

Koncepce zdravotně sociální problematiky benešovské nemocnice se tomuto věnuje v kapitole druhé, jednak v bodě dva, který říká, že: *„Provádí sociální šetření u lůžka, a to především u pacientů, kteří jsou sociálně riziková, tzn. nemají domov, rodinu či blízkou osobu, která by se o ně postarala, jsou imobilní a nesoběstační.“* a dále bodem tři: *„Pomáhá zajišťovat následnou lůžkovou péči – zdravotní i sociální.“*¹¹

Zde je myslím na místě podotknout, že u toho pacienta, u kterého se sociální pracovník spolupodílí z nějakého zdravotně sociálního důvodu na jeho propuštění z akutního lůžka, stojí často před obtížným úkolem. Sociální pracovník, který z pokynu lékaře má zajistit další léčebnou péči, nemá snadnou pozici. *„Sociální práce ve zdravotnickém zařízení probíhá pod různými tlaky z několika stran, kterými je nucen sociální pracovník čelit. Rodina a pacient od něj očekávají dostatek času k odbornému poradenství, volbě mezi různými alternativami sociálních služeb a opatření. Lékař,*

9 Srov. JEDLIČKA, V. a kol., *Praktická gerontologie*, Grafia, Zlín, ISBN 80-7013-109-8, s.176.

10 JEDLIČKA, V., a kol., *Praktická gerontologie*, Grafia, Zlín, ISBN 80-7013-109-8, s 177.

11 *Koncepce zdravotně sociální problematiky v Nemocnici Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s., nemocnici SČK.*

motivován ekonomickými zájmy managementu zdravotnického zařízení, naopak očekává urychlené řešení sociální situace pacienta.“¹²

V této situaci si musí pracovník navíc uvědomovat, že ve středu jeho profesního zájmu je pacient a pokud možno nejoptimálnější řešení, které povede k jeho zabezpečení, přičemž musí mít na zřeteli názor pacienta na řešení jeho problému. Proto bývá volba dlouhodobého léčení pacienta, který nemůže být propuštěn domů, pro sociálního pracovníka příležitostí situaci lépe časově řešit. Přijetím do LDN totiž vzniká období, ve kterém se pacient podrobuje nejen doléčení, ale vzniká tak delší časový prostor pro sociální práci, která připraví a zajistí vhodný typ sociální služby v případě, že to jeho stav bude vyžadovat i po propuštění.

Sociální pracovník tedy z vlastních depistází nebo z podnětu ošetřujícího lékaře pacienta zahájí v případě, že je to nezbytné, kroky vedoucí k přijetí pacienta do LDN. Prvním a nejdůležitějším krokem k zajištění dlouhodobé hospitalizace je podání žádosti do LDN. Tomuto úkonu předchází tzv. sociální šetření, kterému se budu věnovat v následujícím oddíle.

2.2.2 Sociální šetření, spolupráce s lékařem

Proces sociálního šetření u nemocného a spolupráce s lékařem spolu úzce souvisí. Bývá tomu u pacientů tzv. rizikových (ohrožených stářím, zmateností, u osob bez dokladů totožnosti, bezdomovců apod.) a iniciátorem zahájení sociálního šetření může být lékař, stejně jako sociální pracovník. Někdy dává podnět k šetření i několik subjektů najednou (Příloha č. 3, kazuistika č. 6)

Vždy však jde o spolupráci, která začíná tak, že lékař poskytne sociálnímu pracovníkovi potřebné údaje (zejména z osobní a rodinné anamnézy), nebo naopak pracovník upozorní lékaře na pacientův problém a poskytne mu své informace o pacientovi. *„Samotné sociální šetření vychází jednak z ošetřovatelské a lékařské dokumentace, dále pak z rozhovoru sociálního pracovníka s pacientem a s rodinnými příslušníky, popř. blízkým člověkem od pacienta. Po konzultaci s ošetřujícím lékařem, ošetřující všeobecnou sestrou, popř. rehabilitačním pracovníkem, sociální pracovník hledá co nejlepší řešení pro pacienta v dané situaci.*“¹³

Sociální šetření probíhá ve dvou rovinách získávání potřebných informací: jednak v rovině individuální práce s klientem, kdy mu je sdělí pacient, jednak

12 <http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=119>.

13 *Koncepce zdravotně sociální problematiky v Nemocnici Rudolfa a Stefanie Benešov, nemocnice SČK.*

z informací získaných vlastní detekcí. Pro kvalitně odvedenou sociální práci je důležité spolupodílet se také na propouštěcím plánu rizikového pacienta. „*Je proto na sociálním pracovníkovi, aby dokázal složité situace řešit. Dokáže-li to, je vnímán lékařem a nemocnicí jako potřebný a cenný, nemocnici se takzvaně „vyplatí“.* Ve zdravotnickém týmu získává nezastupitelné kompetence: *zná reálné zázemí pacienta, umí posoudit, zda pacient může fungovat a léčit se doma, rozumí vztahu pacienta a jeho rodiny, dokáže zařídit a zorganizovat propuštění. Jeho informace o pacientovi by měly přesahovat údaje z anamnéz odebraných lékařem nebo zdravotní sestrou.*“¹⁴

V případě, kdy má sociální šetření svoji nezastupitelnou roli v uceleném sestavení propouštěcího plánu pacienta, je tedy nutné znát především jeho sociální zázemí a vztahovou síť, stejně jako jeho sociální statut. Jinak totiž bude vypadat práce na propouštěcím plánu osoby v produktivním věku a jinak s osobou, která je příjemcem některé z důchodových dávek – to vše v kontextu s jeho současným onemocněním a zdravotní prognózou.

Poněkud odlišné je sociální šetření u pacientů dlouhodobě léčených. Pracovník musí znát všechny údaje pro sociální práci, vedoucí k jeho zajištění po propuštění, avšak specifické je v intenzivnější spolupráci s lékařem podle toho, jak se během léčby zdravotní stav pacienta mění a jak se tedy mohou měnit i sociální opatření ve prospěch pacienta.

Sociální šetření je analýzou, která musí obsahovat složku osobních údajů (všechny osobní údaje pacienta a důvod sociálního šetření vedeného s pacientem), dále analýzu rodinného, případně širšího prostředí pacienta a musí být známa infrastruktura jeho sociálního prostředí. Autoři Matoušek a kol. hovoří o tom, že „*Anamnéza, kterou je třeba během první fáze práce s klientem zaznamenat, má podchytit pouze důležité body, neměla by se stát komplexním sběrem dat, pokud k tomu není zvláštní důvod. Je třeba mít na paměti, že v počáteční fázi je klient nejzranitelnější, ale současně nejprístupnější*“¹⁵

Sociální pracovník v nemocnici pracuje především metodou individuální sociální práce, kdy se v odůvodněných případech zabývá se problémem pacienta, nejčastěji z oblasti jeho sociálního zázemí ve vztahu k současné hospitalizaci a průběh této práce průběžně zaznamenává. K efektivnímu vyřešení pacientova problému

14 MATOUŠEK, O. a kol., *Sociální práce v praxi*, Portál, Praha 2005, ISBN 80-7367-002-X, s. 166.

15 MATOUŠEK, O. a kol., *Metody řízení sociální práce*, Portál, Praha 2008, ISBN 978-7367-502-8, s. 74.

potřebuje pracovník informace, které tedy získává jednak prostřednictvím sociálního šetření s pacientem, dále od lékařů (či zdravotnického personálu) a například z písemností, které pracovník získá od pacienta, jeho rodiny nebo institucí. Tyto informace a písemnosti musí určitým způsobem organizovat. „V první řadě je tedy potřeba, aby pracovník měl vyjasněno v rámci vztahu s vlastní agenturou, k čemu spisy slouží. Přímou to vyplývá z poslání, kterým se tato agentura definuje. Mnoho k tomu mají co říci zákony a předpisy vztahující se k práci agentury.“¹⁶

Vzhledem k nejednotné koncepci sociální práce ve zdravotnických zařízeních, není dán ani předpis pro formu zápisu sociálního šetření a vedení dalších informací o pacientovi. Budu tedy vycházet z podoby formuláře sociálního šetření, který je jednotný pro benešovskou nemocnici (Příloha č. 2). Základní údaje, získané ze sociálního šetření, využívá sociální pracovník k dalšímu rozpracování.

Údaje ze záznamu o sociálním šetření, jehož součástí je u dlouhodobě hospitalizovaných i záznam všech uskutečněných kroků s pacientem i jeho rodinou, slouží k tomu, jak naplánovat nejvhodnější způsob jeho zajištění po propuštění. Odkazem na kazuistiku paní Hany mohu doložit, že systematická práce a důkladná sociální šetření s pacientkou vedla v k jejímu propuštění domů, namísto původně zamyšleného nástupu do domova seniorů (Příloha č. 3. kazuistika č. 4).

2.2.3 Potřeby dlouhodobě hospitalizovaného pacienta

Oblast lidských potřeb je v procesu dlouhodobé hospitalizace velmi významná. Obecná psychologie učí, že lidské chování a jednání je nějak motivováno a k motivům lidského chování patří i potřeby. Z pohledu zdravotnického procesu jsou potřeby pacientů a jejich uspokojování skutečnost, která ovlivňuje uzdravovací procesy. „Pro uzdravení nemocného je nezbytné, aby vedle medikamentů a léčebných zákroků, měl dostatek spánku, přiměřenou výživu, dobré podmínky pro hygienu a vyprazdňování. Vedle biologických potřeb by měl nemocný mít uspokojeny i potřeby jistoty a bezpečí, sociálního kontaktu, úcty...potřeby estetické, poznávací atd.“¹⁷

Takový pohled je pochopením člověka jako celku, nikoliv v jeho jednotlivých částech buď biologických nebo psychických či sociálních. Člověk je celek, u kterého musí být respektována a zachována bio-psycho-sociální složka jako jednota organismu.

16 ÚLEHLA, I., *Umění pomáhat*, Sociologické nakladatelství, Praha 2007, ISBN 978-80-86429-36-6, s.42.

17 TRACHTOVÁ, E. a kol., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, Brno 2001, ISBN 80-7013-324-8, s. 16.

Tedy i na nemocného člověka by mělo být nahlíženo v jeho celistvosti a ne spatřovat pouze jeho konkrétní problém, kterým je nemoc - tedy sledovat výhradně úroveň biologickou. Tuto bio-psycho-sociální jednotu organismu zdůrazňuje koncepce holismu. „*Ve studiu osobnosti zdůrazňuje holistický přístup psychosomatickou jednotu a jedinečnost každého člověka.*“¹⁸

Zejména u dlouhodobě hospitalizovaného pacienta vystupuje důležitost uspokojování potřeb nemocného do popředí. Tomuto se věnovaly osobnosti: psychiatr Kurt Goldstein a psycholog Abraham Maslow, dva představitelé holistické teorie, kteří se zabývali v této teorii motivačními silami. Maslow uznal existenci tzv. specifických potřeb, které hierarchizuje a dělí do známé hierarchie potřeb (nejčastěji graficky znázorněné jako pyramida potřeb).¹⁹

Je samozřejmé, že pacient má kromě profesionálních zdravotnických úkonů, spojených s léčbou, zajištěny i potřeby fyziologické. Avšak již u potřeby – bezpečí a jistota – může dojít u hospitalizovaného k negativním změnám. Eliška Červinková v knize *Ošetrovatelské diagnózy* definuje tyto změny jako „*Stav, při kterém nemá pacient pocit bezpečí a jistoty v oblasti uspokojování somatických, psychických, sociálních i duchovních potřeb*“ a jako charakteristické projevy tohoto stavu neuspokojování potřeb uvádí: „*strach, úzkost, obavy z budoucnosti, obavy o rodinu, verbalizace projevů nejistoty, obav*“²⁰.

Výkon sociální práce může uspokojování potřeb pacienta celostním přístupem v mnohém ovlivnit. Je to sociální pracovník, který s pacientem přišel do kontaktu již během přeložení nebo přijetí k dlouhodobé léčbě a má v první chvíli nejvíce informací. Správně nastavená spolupráce pracovník-pacient může posílit důvěru pacienta k pomáhajícímu a s mnohým se mu svěřit. Bývá to sociální pracovník, který v nemocnici koordinuje spolupráci s duchovními, a často ví i o spirituálních potřebách pacienta. A při systematické spolupráci s ošetřujícím lékařem se tak dovídá lékař i personál od sociálního pracovníka o dalších potřebách pacienta.

2.3 Profesionální identita

Sociální práce v nemocnici bývá komplikována vnějšími okolnostmi, které negativně ovlivňují nebo znemožňují účelnou sociální práci s hospitalizovanými

18 DRAPELA, V., *Přehled teorií osobnosti*, Portál, Praha 2008, ISBN 978-7367-505-9, s. 133.

19 Srov. DRAPELA, V., *Přehled teorií osobnosti*, Portál, Praha 2008, ISBN 978-7367-505-9, s. 138-139.

20 ČERVINKOVÁ, E., *Ošetrovatelské diagnózy*, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, Brno 2001, ISBN 80-7013-332-5, s. 19.

pacienty. Ze své praxe mohu říci, že sociální práci ve zdravotnickém zařízení často znesnadňuje samotné pojetí této práce. Je zcela zřejmé, co se očekává od práce lékaře a zdravotní sestry – zachraňují životy a zdraví, pečují o své pacienty. Co však nabízí sociální práce v nemocničním prostředí už není tolik zřejmé nejen pacientům, ale někdy dokonce ani samotným provozovatelům zdravotnických zařízení.

Svědčí o tom například náplň práce sociálního pracovníka, kde je jeho odborný potenciál mnohdy redukován na výkon administrativy. Lépe řečeno velká část jeho pracovních povinností je administrativního charakteru, na odborné úkony, jakým je zejména práce s klientem tak zbývá velmi málo času. Autorka odborného příspěvku popisuje tuto běžnou praxi, kdy sociální pracovníci „...*bohužel nemají prostor pro odbornou sociální práci zahrnující např. kvalitní depistáž a důkladné sociální šetření.*“²¹

S pojetím sociální práce jako odborné profese také souvisí odpovídající přístup jiných odborníků k sociálnímu pracovníkovi jako k profesionálovi. Tedy ostatních členů týmu, který zajišťuje komplexní péči o pacienta. Mám tím na mysli případy, kdy lékař nebo zdravotní sestra zasahují do kompetencí sociálního pracovníka tím, že pacienta informují a poučují o problematice, kterou řeší sociální pracovník.

Ze své praxe bych toto ilustrovala na příkladu pacientky paní Ireny (Příloha č. 3, kazuistika č. 1)), kde je zřejmé, že lékař překročil své oprávnění vstupovat do odbornosti jiného pracovníka, a tím negativně ovlivnil zajištění pacienta po jeho propuštění.

Sociální pracovník, stejně jako další zdravotnický personál, je písemně zavázán, že poučovat o zdravotním stavu pacienta může pouze lékař, který má pro tuto oblast nejvyšší odbornost a kompetenci. K odborným sociálním rozhodnutím se však může zatím vyjadřovat každý i s tím rizikem, že se v této problematice správně neorientuje, a pacienta do budoucnosti svými chybnými výroky poškodí. Je tedy nutné dodržovat profesní kompetence a uznání odbornosti i směrem k sociálním pracovníkům tak, aby nebyla mařena jejich práce. Domnívám se, že výskyt tohoto nešvaru by mohl být odstraněn jednoduchým způsobem tak, jako je tomu s povinností sociálního pracovníka ctít odbornou způsobilost lékaře, který jediný může informovat o zdravotním stavu svého pacienta. Byl by tu potom pouze sociální pracovník s výhradní kompetencí vyjadřovat se k sociální problematice svého klienta.

21 Odborný časopis Sociální služby, Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, Tábor, ročník 12, číslo 8-9/2010, ISSN 1803-7348, s. 28.

3. Starý člověk a dlouhodobá hospitalizace

Stárnutí a stáří je dobré vnímat jako přirozený proces, jako samozřejmost, která patří k životu stejně jako dětství či dopívání. Žádnou životní etapu nelze minout, stejně jako stáří, ke kterému zákonitě každý spějeme. „*Stárnutí je procesem, který je včleněn do celkového životního děje člověka. Není ničím, co by přicházelo neočekávaně a naráz – jako např. zranění při nehodě. Právě naopak. Stárnutí je plynulým přechodem v rámci celého života člověka.*“²² Vymezení této věkové kategorie mohou být u různých autorů odlišná, i když na hranici šedesáti let, kdy nastupuje etapa pojmenovaná stáří, se shodují. K tématu dlouhodobě hospitalizovaných pacientů mně osobně, z pohledu sociální práce, připadá praktické rozlišení do dvou skupin, podle období:

„1. *Období raného stáří: 60 – 75 let*

2. *Období pravého stáří: 75 a více let*“²³

V prvním období bývají někteří senioři ještě stále produktivní, mají svá zaměstnání a neodešli do starobního důchodu. Senioři v druhém období přicházejí k hospitalizaci již často z rodin svých dětí, které o ně pečují, nebo z penzionů či domovů pro seniory. Sociální práce s hospitalizovanými seniory tak může být částečně odlišná u jedné a druhé skupiny.

3.1 Nejčastější důvody přijetí seniora k dlouhodobé léčbě

Senioři jsou k dlouhodobé léčbě přijímáni z důvodu doléčení své nemoci, pro kterou byli přijati na akutní lůžko, nebo v případech, kdy dosud pečující rodina přestane zvládat zhoršující se zdravotní stav o svého rodinného příslušníka, většinou seniora, a s tím související negativní zdravotně – sociální důsledky nemoci.

Často je příčinou přijetí geriatrického pacienta zhoršování zdravotního stavu v důsledku několika nemocí současně. Jde o tzv. polymorbiditu. „*To platí nejen pro určité infekční, endokrinní a metabolické choroby. Tato polypatie je zajímavá nejen z vědeckého hlediska, ale má význam také z lékařského a sociálního hlediska.*“²⁴

Tyto uvedené skutečnosti bývají navíc pro sociální práci s těmito pacienty složitější v případě, že jde o tzv. rizikového starého člověka. Vyšší věk nebo nemoc nemusí být vždycky důvodem ke zvýšené míře sociální péče.

22 KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, Grada Publishing, Praha 2002, ISBN 80-247-0179-0, s.136.

23 Srov. VÁGNEROVÁ, M., *Vývojová psychologie II*, Nakladatelství Karolinum, Praha 2007, ISBN 978-246-1318-5, s.299 a 398.

24 JEDLIČKA, V. a kol., *Praktická gerontologie*, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, Brno 1991, ISBN 80-7013-109-8, s. 34.

Ve zdravotnictví se však sociální práce zaměřuje zejména na tyto tzv. *rizikové geronty*.²⁵ Zejména v případě dlouhodobě hospitalizovaných starých pacientů se sociální pracovník věnuje i depistážím s ohledem na citlivou problematiku věkové kategorie seniorů.

Tuto skupinu ohrožených seniorů je možné rozdělit na:

- 1) Seniorsy osaměle žijící
- 2) Sociálně nebo geograficky izolované
- 3) Dlouhodobě a opakovaně hospitalizované
- 4) S výrazným poklesem funkčních schopností a soběstačnosti
- 5) Trpící výraznými deficity v oblasti kognitivních funkcí
- 6) Vystavené špatnému zacházení, ponižování a segregaci²⁶

3.2 Specifika sociální práce s geriatrickým pacientem

„Sociální pracovník je vnímán lékaři jako znalec problematiky sociální pomoci, nárokových sociálních dávek, možností a postupů při zajišťování návaznosti akutní a následné, dlouhodobé péče ústavní či terénní. Očekávají, že sociální pracovník se bude zabývat i problematikou kolem vyplácení důchodů či zajišťování různých úředních záležitostí hospitalizovaných pacientů.“²⁷

Tento výčet koresponduje s praxí, kdy v péči o nemocného pacienta toto sociální pracovník zajišťuje. Práce s geriatrickým pacientem, který je dlouhodobě hospitalizován, má však svoje další specifické úkoly, které mohou být navíc ztíženy skutečností, že se jedná o rizikového seniora (viz. výše).

Dalším okruhem sociální práce je zajištění sociální dávky, tzv. příspěvku na péči, kterým se zajišťuje buď péče v přirozeném prostředí příjemce, nebo prostřednictvím sociální instituce. *„Příspěvek na péči je sociální dávka, měsíčně se opakující dávka, která se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci, a to v oblasti běžné denní péče o vlastní osobu a v soběstačnosti. Příspěvek na péči posiluje soběstačnost uživatele sociálních služeb, nezkoumá výši příjmu žadatele, ani pečující osoby či poskytovatele sociální služby.“²⁸* Zajištění této

25 HAŠKOVCOVÁ, H., *Manuálek sociální gerontologie*, Národní centrum ošetřovatelských a nelékařských zdravotnických oborů, Brno 2004, ISBN 80-7013-363-5, s. 31.

26 Srov. <http://www.mpece.com/modules/php?name=News&file=article&sid=119>.

27 MATOUŠEK, O. a kol., *Sociální práce v praxi*, Portál, Praha 2005, ISBN 80-7367-002-X, s. 165.

28 Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, *Příspěvek na péči-doporučený přístup k vybraným otázkám vztahujícím se k řízení, rozhodování, výplatě a kontrole a přechodu stávajících nároků do příspěvku na péči*, Praha, 2006.

dávky je pro hospitalizovaného velmi důležitá pro období po jeho propuštění z toho důvodu, že si její příjemce touto dávkou zajistí potřebnou pomoc buď ve své domácnosti, nebo formou institucionální péče sociálních služeb.

K dalším specifickým úkolům sociálního pracovníka v péči o dlouhodobě hospitalizovaného pacienta je jeho součinnost při podávání žádosti do některého z typů rezidenční péče (domov seniorů, penzion pro seniory nebo domy s pečovatelskou službou). Tento úkol řeší pracovník v případech, kdy hospitalizovaný senior „*je donucen okolnostmi, zejména radikální změnou svého zdravotního stavu při současné nepřipravenosti přirozeného prostředí kompenzovat funkční ztráty a zajišťovat péči.*“²⁹

3.2.1 Komunikace se starým člověkem

K tomu, aby byla sociální práce s dlouhodobě hospitalizovaným seniorem efektivní, tzn. aby mohla být jeho zdravotně – sociální situace řešena optimálně, s ohledem na jeho přání a názory, je nutné ze strany sociálního pracovníka zvládnout účinnou komunikaci s pacientem. „*Pro vytvoření dobrého vztahu s klientem, ale i pro celý proces případové práce, je zásadně důležité zvládnout umění rozhovoru.*“³⁰ O nutnosti intenzivně komunikovat s ošetřujícím lékařem jsem se již zmínila. Domnívám se, že stejně důležité je zmínit se i komunikaci s pacientem, starým člověkem.

Při komunikaci se seniorem, zejména ve zdravotnickém (stejně jako v sociálním) zařízení, se nesmí zapomínat, že jde o vztah dorozumívání, kterého se účastní dvě strany, v komunikaci osoby vždy zcela rovnoprávné. Pokud tuto skutečnost opomeneme, tato komunikace se často změní v nadřazenost jedné a podřazenost druhé strany, přičemž tím podřazeným bývá starý člověk.

Nemocný starý člověk může mít nejrůznější obavy nebo pocity studu. A právě empatický přístup pracovníka v naslouchání a pacientův pocit z komunikace, že je mu skutečně nasloucháno a jeho informace jsou pracovníkem nejen akceptovány, ale považuje je za důležité bez hodnotícího prvku, jsou důležité předpoklady pro navození pacientovy důvěry k pracovníkovi.

V komunikaci se seniory se vyskytují další okolnosti, které mohou její průběh komplikovat. Ve spojení s nemocí může být senior v rozhovoru negativně ovlivněn faktory fyzickými (např. bolest), psychickými (zejména emocionální labilita či demence) a faktory sociální (podíl sociální izolace nebo i ageismus ve společnosti).

29 MATOUŠEK, O. a kol., *Sociální práce v praxi*, Portál, Praha 2005, ISBN 80-7367-002-X, s. 178.

30 MATOUŠEK, O., *Metody a řízení sociální práce*, Portál, Praha 2008, ISBN 978-7367-502-8, s. 75.

Marie Vágnerová v knize *Vývojová psychologie II.* zdůrazňuje, že „*Efektivitu a uspokojivost starších lidí mohou narušovat percepční a paměťové změny, významně souvisí i s aktuální úrovní jazykových schopností a zachovanou úrovní inteligence*“ a toto předkládá výčtem konkrétních oblastí, v kterých obtíže nastávají: „*Eventuální nápadnosti komunikace starších lidí lze shrnout do několika bodů:*“³¹ Stručným přehledem uvádím oblasti, které mohou negativně ovlivnit komunikaci se starými lidmi tak, jak o nich hovoří autorka:

- Percepční problémy (nedoslýchavost)
- Pomalost (potřeba delší doby ke zpracování informací)
- Paměťové problémy (zejména s vybavováním potřebných výrazů)
- Tendence starších lidí svoje sdělení opakovat
- Změny jazykových kompetencí (nemění se jazykové dovednosti, zhoršuje se však schopnost jejich využívání)
- Potíže s porozuměním textu („*zejména pokud by šlo o obsahově náročnější sdělení, které je nutné kognitivně zpracovat, tj. pochopit jeho podstatu a smysl*“)
- Změny v obsahu komunikace (souvisí s běžným životem, který prožívají většinou v užším sociálním prostředí, které je nejčastěji omezené na jejich domov, rodinu)³²

Závěrem této části kapitoly bych ještě zmínila oblast neverbální komunikace, kterou nelze opomenout. V komunikaci se starými lidmi je možné někdy vypořádat neshodu slovní výpovědi s mimoslovními projevy. Tento rozpor se potom objevuje v neverbální složce komunikace (gestech, mimice, tónu hlasu, vnějším zjevu-např. oblečení) a je nutné s tímto počítat. Neshody s výpovědí mohou zastírat seniorovy rozpaky a mohou signalizovat skrývaná negativa o jejich situaci, o kterých nechtějí hovořit nebo se bojí přiznat.

3.2.2 Důstojnost geriatrického pacienta

„Starý člověk odchází do nemocnice se smíšenými pocity. Na jedné straně očekává pomoc, na druhé straně má strach z neznámého prostředí, bolestivých vyšetřovacích metod, z útrap vlastní nemoci. Neví, co ho čeká, zúzkostňuje jej vysoká anonymita institucionální péče. Proto je nutné s nemocným člověkem od prvních

31 VÁGNEROVÁ, M., *Vývojová psychologie II.*, Karolinum, Praha 2007, ISBN 978-80-246-1318-5, s. 351-352.

32 Srov. tamtéž, s. 351-353.

chvil jeho hospitalizace specificky pracovat a od počátku jej psychicky podpořit. ³³

Zachování důstojnosti starého člověka při jeho hospitalizování je velmi důležité téma, a to z mnoha důvodů. Tím nejvýznamnějším je skutečnost, že každá vážnější nemoc člověka omezuje, starého člověka může učinit dezorientovaného a bezbranného. Často nemá dostatek sil, nebo neví jakým způsobem se bránit, je-li jeho důstojnost dotčena.

*„Důležitý je také mechanismus rozhodování o hospitalizaci: činí jej lékař a důvodem k takovému rozhodnutí je zhoršení zdravotního stavu. Nemocný starý člověk ví, že není kompetentní, aby rozhodoval o tom, zda půjde do nemocnice, či nikoliv“*³⁴ Je však zároveň nutné si uvědomit, že starý člověk, si i nadále zachovává ve většině případů pocit dospělého člověka, který je kompetentní v rozhodování o své osobě. Celý dospělý život máme každý individuální představu o tom, jak si přejeme, aby se k nám druzí chovali, případně s námi zacházeli. A určitě tuto představu nebudeme nikdo ochoten odkládat jenom proto, že zestárneme.

„K jakékoliv diskriminaci nelze mlčet, je nutné vždy zaujmout stanovisko. Mnozí jistě budou namítat, že tito lidé přehánějí, že vše je míněno jejich prospěchu a nikoliv k jejich škodě.....Ať je tomu jakkoliv – tito lidé se cítí v bezprostředním ohrožení. Jejich postoji je nutno dát za pravdu, podíváme-li se na vše i v širších souvislostech. Dnešní společnost považuje za nejvyšší hodnoty výkon, kariéru, úspěch, zdraví, mládí a krásu a plete si důstojnost člověka s jeho užitečností“

³⁵Marta Munzarová, autorka předchozích řádků, výstižně charakterizovala hodnoty současné společnosti, o kterých staří lidé dobře vědí. Proto, zejména ve chvílích své bezmoci, ke které hospitalizace bezesporu patří, se mohou cítit zvláště nejistě, ohroženě: žádnou z vyjmenovaných „hodnot“ již nemají.

Ke starému člověku, který se ocitne v nemocnici, je tedy nutno přistupovat způsobem, který při zohlednění jeho přirozených specifíků, daných věkem, přispěje k jeho pocitu jistoty a znovuzískání určité rovnováhy, ztracené okamžikem hospitalizace. *„Se stářím se zvyšuje pravděpodobnost onemocnění. Může se stát, že dojde k situaci, kdy člověk nebude moci vést plnohodnotný život. Tím důležitější se*

33 JEDLIČKA, V. a kol, *Praktická gerontologie*, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, Brno 1991, ISBN 80-7013-109-8, s- 17.

34 VÁGNEROVÁ, M., *Vývojová psychologie II*, Karolinum, Praha 2007, ISBN 978-80-246-1318-5, s. 427.

35 MUNZAROVÁ, M., *Zdravotnická etika od A do Z*, Grada Publishing, Praha 2005, ISBN 80-247-1024-2, s. 69.

stane kvalitní a dostupná zdravotní a sociální péče.“³⁶

Celkový rámec, který by měl být zárukou dodržování práv člověka v nemocnici, dává několik dokumentů. Nejznámější je Etický kodex Práv pacientů, jehož původní podoba byla obsažena v Lisabonské deklaraci o právech pacientů (*Světová lékařská asociace – WMA, 1981*)³⁷

*„Česká verze etického kodexu Práv pacientů byla koncipována na základě Vzorových práv pacientů, která zveřejnil Americký svaz občanských svobod v roce 1985. Byla respektována jak některá naše specifika, tak připomínky vznesené v rámci diskuse odborné veřejnosti. Definitivní verze Práv pacientů formulovala a vyhlásila CEK MZ ČR dne 25. 2. 1992.“*³⁸ Tento dokument a další etické kodexy zavazují lékaře, další pracovníky i pacienty k určitému chování.

Stěžejní pro oblast hospitalizovaných geriatrických pacientů je dokument Evropská charta pacientů seniorů. Jde o *„Doporučení Evropské sekce Mezinárodní gerontologické asociace z roku 1997 ve znění, které bylo v roce 1998 schváleno výbory České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP a České Alzheimerovské společnosti. Obsah:*

Úvod

- 1. Obecné zásady*
- 2. Informace a komunikace*
- 3. Podpora zdraví*
- 4. Léky*
- 5. Transport*
- 6. Zdravotní problémy*
 - paměť*
 - pády a zhoršení hybnosti*
 - inkontinence*
- 7. Nemoc*
- 8. Rekonvalescence a rehabilitace*
- 9. Propuštění z nemocnice*
- 10. Denní centra*

36 HAŠKOVCOVÁ, H., *Manuálek sociální gerontologie*, Národní centrum ošetrovatelských a nelékařských zdravotnických oborů, Brno 2004, ISBN 80-7013-363-5, s. 62.

37 MUNZAROVÁ, M., *Zdravotnická etika od A do Z*, Grada Publishing, Praha 2005, ISBN 80-247-1024-2, s. 84.

38 Tamtéž, s. 99.

II. Respirní péče „³⁹

Obsah tohoto dokumentu se věnuje jednotlivým oblastem, ve kterých může dojít při péči o seniora nebo jeho zajištění na dobu po propuštění ke specifickým skutečnostem. Zejména v oblastech rehabilitace a další péče o propuštěného, která může být realizována prostřednictvím sociálních služeb, hraje důležitou roli skutečnost, že odlišné potřeby geriatrického pacienta spočívají často v delších časových lhůtách (např. doba, kterou potřebuje senior k rehabilitaci je delší než u mladého člověka), nikoliv v odlišném přístupu k jeho právům nebo nárokům.

Velmi důležité je také se zamyslet nad podrobnostmi, které se týkají konkrétní práce s pacientem. „ *Je vhodné nemocného v prvních hodinách či dnech pobytu seznámit s bezprostředním okolím (informace o prostoru), i spolupacienty na pokoji. Starý člověk je pomalý, jeho snížené vnímání je násobenou nejistotou a obavami a také projevy nemoci. Nespíchejme, trpělivě opakujme v jednoduchých větách podstatné informace.*“⁴⁰

Dalším důležitým dokumentem, normujícím chování personálu k hospitalizovaným lidem je Charta pracovníků ve zdravotnictví. Protože žijeme v kultuře, která je významně ovlivněna křesťanstvím, měli by tento dokument znát věřící, stejně jako nevěřící pracovníci. Je to důležité i z toho důvodu, že mezi mnoha hospitalizovanými, a nemusí jít jen o seniory, jsou věřící lidé, pro které je víra v jejich životě nepostradatelná. Tento dokument „ *vydala Papežská rada pro pastorační práci mezi zdravotníky a který následně v plném rozsahu schválila a potvrdila Kongregace pro nauku víry. Dokument byl publikován několik měsíců poté, kdy papež Jan Pavel II. Založil v roce 1994 Papežskou akademii pro život*“.⁴¹

Charta pracovníků ve zdravotnictví se věnuje několika okruhům přístupu pracovníků ve zdravotnictví v péči o nemocné. Svoje doporučení věnuje jak praktickým otázkám (např. v souvislosti s tzv. biomedicínou), tak otázkám spojeným s pastorační. Ke vztahům nemocničního personálu k pacientům říká: „ *Zdravotnický pracovník musí pěstovat vztahy k pacientovi takovým způsobem, aby humanitní smysl posílila odbornost a jeho kompetence se stala účinnější skrz schopnost pochopit*

39 HAŠKOVCOVÁ, H., *Manuálek sociální gerontologie*, Národní centrum ošetřovatelských a nelékařských zdravotnických oborů, Brno 2004, ISBN 80-7013-363-5, s. 61.

40 JEDLIČKA, V., *Praktická gerontologie*, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, Brno 1991, ISBN 80-7013-109-8, s. 17.

41 HAŠKOVCOVÁ, H., *Lékařská etika*, Galén, Praha 2002, ISBN 80-7262-132-7, s. 94.

nemocného.“⁴²

Přístup zdravotnického personálu k pacientovi, nejen geriatrickému, takovým způsobem, který se nedotkne jeho důstojnosti, je tedy samozřejmou povinností. Záruku toho mají pacienti ve stanovených etických normách, pro pacienty geriatrické potom tyto normy zohledňují některá jejich specifika, související s jejich věkem.

Druhou stránkou věci je však jejich dodržování, a to se týká lidí, kteří o ně pečují. Pozornost v této souvislosti zasluhuje přístup sociálních pracovníků k pacientům, s nimiž pracují a poznávají tak i jejich širší životní souvislosti a sociální vazby a minulost, která bývá někdy negativní. Právě tyto skutečnosti by mohly v některých případech negativně ovlivnit přístup pracovníka ke svému klientovi. „V etických kodexech pomáhajících by měla být proto uvedena ještě jedna zásada, která tam zatím přítomna nebývá: Pomáhající je připraven kdykoliv vnímat a akceptovat svou nedokonalost, slabost a zranitelnost, kterou pomáhání vyjevuje, a pomoc sebereflexe a supervize pomáhat vývoji k lepšímu stavu, než je ten současný..... Žít podle ušlechtilých zásad je něco jiného než tyto zásady uznávat či hlásat.“⁴³ Tedy nestačí kodexy vyvěšovat na zdi. Je nutné je pochopit a ztotožnit se s nimi tak, aby byly přijaty jak názor pomáhajících, i když je to někdy obtížné.

Dále je nutné si uvědomit, že k důležitým etickým aspektům sociální práce ve zdravotnictví patří i náboženství. Respekt k otázce víry pacientů, zejména dlouhodobě hospitalizovaných, zvláště u seniorů, by měl neodmyslitelně patřit ke komplexnímu pohledu na pacienta v léčebném procesu. V kapitole o potřebách hospitalizovaného člověka jsem zmínila současné chápání člověka v jeho jednotě bio-psycho-sociální. Ke složce psychické patří spirituální rozměr lidské podstaty, ke kterému může víra u jedince neodmyslitelně patřit.

„Spirituální dimenze je součástí lidského bytí, je to potenciál, který může být v průběhu lidského života různým způsobem rozvíjen a může se také měnit....Ve stáří,kdy se mnohé životní hodnoty ztrácejí, je jistota Boží důležitá, protože je jistotou zakotvení, které není vázáno jen na dobu tělesného života. Podle Fowlera jde o fázi univerzální víry. Duchovní orientace umožňuje přesah sebe sama, resp. přesah jedné formy existence.“⁴⁴

42 *Charta pracovníků ve zdravotnictví*, Dokument Papežské rady pro pastorační práci mezi zdravotníky. Přeložil Jan Koláček, Zvon, Praha 1996, ISBN 80-7113-168-7, s. 74.

43 KOPŘIVA, K., *Lidský vztah jako součást profese*, Portál, Praha 1997, ISBN 80-7178-150-9, s. 91.

44 VÁGNEROVÁ, M., *Vývojová psychologie II*, Karolinum, Praha 2007, ISBN 978-80-246-1318-5.s. 427-428.

Pro starého nemocného člověka v zátěžové situaci, kterou hospitalizace nepochybně je, se tak víra pro své duchovní hodnoty stává nepostradatelnou. A tak se v nemocnici v této souvislosti stává sociální pracovník pro tyto lidi nepostradatelný. Vycházím přitom z vlastní praxe v benešovské nemocnici, kde pomáhám zajišťovat péči duchovních o pacienty, pro které je kontakt s církevním společenstvím důležitý. Tato služba se uskutečňuje v pevně daném organizačním rámci, ve kterém mají pacienti nebo jejich blízcí a někdy i ošetřující personál z různých oddělení možnost žádat pastorační péči.

Je zřejmé, že profesionální duchovní podpora se stává běžným požadavkem na komplexní péči o pacienta. *„Pastorační péče o nemocné spočívá v duchovní a náboženské pomoci. Je základním právem nemocného a povinností církve. Nezajistit ji, učinit libovolnou, nepodporovat ji nebo jí bránit, je porušením tohoto práva a nevěrností vůči této povinnosti.“*⁴⁵

Bylo by ale mylné se domnívat, že duchovní péče je jen pro věřící, nebo že ji mohou poskytovat výhradně duchovní. *„Skutečnost je taková, že může duchovní péči s velkým úspěchem poskytovat v této oblasti též erudovaný a osobnostně disponovaný laik, popřípadě odborník z příbuzného oboru.“*⁴⁶

Opomenutí nebo přehlížení spirituální potřeby věřícího proto může negativně ovlivnit i další uzdravovací proces takového pacienta určitými negativními projevy, které z tohoto nedostatku plynou. Autoři knížky Ošetřovatelské diagnózy upozorňují zejména na změny v oblasti chování – zlostná nálada, pláč, stáhnutí se do sebe, nespokojenost s péčí, předpojatost, úzkostná apatie, nepřátelství, dále poruchy spánku, noční děsy, můry apod. a uvádějí definici pro tuto *„Duchovní/spirituální tíseň: je stav, při kterém dochází k poruše základních životních principů, které pronikají celým lidským životem – jeho existencí tělesnou i duchovní a přesahují jeho biologickou a psychologickou podstatu.“*⁴⁷

3.2.3 Negativní vlivy dlouhodobé hospitalizace na starého člověka

Přemístění seniora z jeho přirozeného prostředí do instituce může být pro něho stresující. Staří lidé bývají konzervativní a nutnost přizpůsobit se neznámému

45 *Charta pracovníků ve zdravotnictví*, Dokument Papežské rady pro pastorači. Přeložil Jan Koláček, Zvon, Praha 1996, ISBN 80-7113-168-7, s. 75.

46

47 Srov. ČERVINKOVÁ, E., *Ošetřovatelské diagnózy*, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, Brno 2001, ISBN 80-7013-332-5, s. 25.

prostředí a novému režimu bývá pro ně zatěžující. „Umístění do cizího prostředí posiluje úzkost a pocit nejistoty. Většina starých lidí je ztrátou svého zázemí stresována, protože soukromí jejich domova představovalo určitou jistotu. Anonymní instituce tuto funkci plnit nemůže. Starý člověk ztrácí pocit bezpečí a reaguje různými obrannými mechanismy.“⁴⁸

Je tedy potřebné, aby všichni členové ošetrovatelského týmu počítali s touto skutečností a uměli s ní pracovat. Aby si uvědomovali, že případné problematické chování dlouhodobě hospitalizovaných seniorů nebývá rozmar starého nemocného člověka, ale logická reakce na umístění do instituce. Tato problematika se dotýká jak zdravotní tak sociální práce s nemocnými. „Odbornou ošetrovatelskou péči tvoří odborné činnosti ošetrovatelského týmu v oblasti preventivní, diagnostické, léčebné, zdravotně sociální či zdravotně výchovné. Jejich cílem je uspokojit potřeby nemocného, které se projeví teprve při vzniku nemoci.“⁴⁹

Dlouhodobá hospitalizace má tedy negativní vliv především na psychiku seniora a může se projevit v jeho chování. Ovšem stejně zásadní dopad může mít na úroveň zachování pacientovy soběstačnosti. Relativní samostatnost (byť třeba v jen minimální zachované míře) vede k pocitu určité soběstačnosti člověka.

Může se však stát, že starý člověk se s pobytem v nemocnici nedokáže vyrovnat a objeví se tzv. hospitalismus, neboli závislost na druhých. „Často u starých lidí dochází vlivem hospitalizace k infantilizaci (zdětinštění) – závislosti na druhých, pasivitě, lítostivosti, neochotě postarat se o sebe, soustředění se na základní fyziologické úkony (přijímání potravy, vyprazdňování) a nechuť vrátit se do normálního předešlého života. Plně se hospitalismus rozvíjí u nemocného, kterému vyhovuje, že je o něj postaráno. Později odmítá propuštění domů a z psychických důvodů se stává nesoběstačným.“⁵⁰

Preventivní prvek péče při dlouhodobé hospitalizaci geriatrických pacientů o zachování jejich soběstačnosti je velmi důležitý. Realizuje se prostřednictvím léčebné rehabilitace i různými aktivačními činnostmi s nemocnými. „Mezi základní metody účinné péče o staré zdravé i nemocné lidi patří snaha udržet je v přiměřené tělesné a duševní aktivitě.....U nemocných starců činnost, je-li správně indikována a dávkována,

48 VÁGNEROVÁ, M., *Vývojová psychologie II*, Karolinum, Praha 2007, ISBN 978-80-246-1318-5, s. 420.

49 PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H., *Gerontologie*, Avicenum, Praha 1981, Ed. 81312, 80-044-81, s. 264.

50 ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M., *Interní ošetrovatelství*, Grada Publishing, Praha 2006, ISBN 80-247-1777-8, s. 200.

působí vždy pozitivně. Aktivizuje organismus jako celek, podporuje jeho obranné schopnosti, obnovuje nebo vytváří zdravé, fyziologické stereotypy a tím utlumuje patologické stránky stavu nemocného.“⁵¹

Projevy hospitalismu u starého člověka může sociálního pracovníka překvapit: místo nedočkavého očekávání termínu propuštění odmítne hospitalizovaný léčbu ukončit a odejít domů. Mnohdy si začne stěžovat na svůj zhoršený zdravotní stav a vyžaduje zvýšenou péči a pozornost. Je zřejmé, že vhodnou aktivizací a udržením soběstačnosti je možné v některých případech těmto stavům předejít.

A je úkolem především sociálního pracovníka zjistit, zda obava z odchodu domů pramení z pohodlnosti nemocného, který si zvykl a vyhovuje mu péče personálu o jeho osobu, takovým způsobem, který mu poskytuje nemocnice. Anebo jestli jeho obavy nevyplývají z negativních zkušeností ze špatného rodinného zázemí. V takových případech musí pracovník vyloučit, nejde-li o nejistotu oprávněnou.

3.2.4 Spolupráce s rodinou

Spolupráce sociálního pracovníka s rodinou hospitalizovaného je důležitá hlavně ze dvou důvodů. Prvním důvodem je posouzení sociálního fungování seniora, které je nezbytné pro správné vytvoření plánu vhodné sociální pomoci. „*V této etapě je nutné úzce spolupracovat s rodinou klienta. Potřebujeme získat objektivní údaje, abychom mohli sestavit vhodný plán sociální pomoci s ohledem na podporu sociálního fungování seniora. Důležité je posouzení sociálních potřeb ve vztahu k sociální síti a plánování sociálních služeb.*“⁵²

Druhým důležitým důvodem ke spolupráci s rodinou je otázka propuštění seniora do domácího prostředí. V tomto případě jde především o to, aby sociální pracovník dokázal správně posoudit, zda je rodina ochotna a schopna o svého člena pečovat. A protože cílem sociální práce s hospitalizovanými starými lidmi by logicky měl být jejich návrat do jejich přirozeného prostředí, je nutné věnovat oblasti sociální práce s rodinou seniora dostatek pozornosti.

Sociální pracovník proto musí úzce spolupracovat nejen s blízkými starého nemocného člověka, ale stejnou pozornost musí v této souvislosti věnovat i dostatečné spolupráci s personálem v případech, kdy geriatrický pacient bude propuštěn do domácího prostředí. „*Některé nemocnice již dnes pracují v režimu řízených návštěv,*

51 PACOVSKÝ, V., *Gerontologie*, Avicenum, Praha 1981, Ed. 81312, 80-044-81, s. 173.

52 <http://www.mpece.com/modules.php?name=Newsk&file=article&sid=119>.

*během nichž jsou členové rodiny personálem vítáni, povzbuzováni v poskytování pozitivní emoční podpory pacientovi, jsou vedeni k aktivní spolupráci....učí se aktivovat jeho psychické funkce, podporovat jeho zachované schopnosti, podávat léky, asistovat při podávání potravy a provádět jednoduchá cvičení v rámci rehabilitace.*⁵³

Aby péče o propuštěného seniora do domácího prostředí byla dobře zajištěná, měla by rodina splňovat některé předpoklady správné péče o něj. Haškovcová uvádí tyto nejpodstatnější předpoklady dobré péče: *moci pečovat* (mít podmínky), *chtít pečovat* a *umět pečovat* (vědět o nutném rozsahu, vědět jak pomáhat).⁵⁴

Nezastupitelnost rodiny v péči o nesoběstačného seniora je nesporná zejména proto, že je ze všech forem péče nejpřirozenější. Je to však práce často fyzicky i psychicky vyčerpávající a společensky nedoceněná. „*Analogie mezi prací v domácnosti a péčí o závislé a nemohoucí rodinné příslušníky je zde tedy více než zřejmá – v obou případech se jedná o soubor mnoha činností, které nejsou úzce specializované a vymezené, nemají stanovenou pracovní dobu..., jsou uzavřeny v soukromí, a proto jsou jakoby „neviditelné“, neboť se mísí s láskou a starostí o druhého a navíc se neustále opakují a nikdy nejsou hotové.*“⁵⁵

Proto by měly být rodiny předem seznámeny s tím, že na tuto náročnou práci nejsou sami, že existují různé formy „podpůrných“ agentur a možnosti finanční pomoci. „*Velkou pomocí v realizaci péče o starého člověka v domácím prostředí jsou agentury domácí péče, střediska pečovatelské služby, domovinky, charitativní sdružení a další sociální aktivity v rámci komunity.*“⁵⁶ Informovat rodinu o službách, které jim v péči o nesoběstačného pomohou, je tedy dalším důležitým úkolem sociálního pracovníka v rámci jeho práce s rodinou.

Pracovník musí umět posoudit jednak vhodnost typu podpůrné sociální nebo zdravotní péče o seniora v rodině, a seznámit je se způsoby zahájení takovéto služby. Musí však také být schopen rodinu seznámit s možnostmi finančních nároků a podpory při péči o nesoběstačného seniora. Zdravotní či sociální pomoc pečujícím rodinám může být značnou pomocí v jejich péči.

Odbornou zdravotní pomoc poskytují domácí zdravotní péče, tzv. Home care. Jde o zdravotní domácí péči, poskytovanou pacientům v jejich domácnosti. „*Home care*

53 MATOUŠEK, O. a kol., *Sociální práce v praxi*, Portál, Praha 2005, ISBN 80-7367-002-X, s. 168.

54 Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Manuálek sociální gerontologie*, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, Brno 2004, ISBN 80-7013-363-5, s. 43.

55 JEŘÁBEK, H. a kol., *Rodinná péče o staré lidi*, UK FSV CE SES 2005, ISBN 1801-1640, s. 47.

56 KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., *Motivační prvky při práci se seniory*, Grada Publishing, Praha 2008, ISBN 978-80-247-2169-9, s. 85.

je definována jako domácí odborná zdravotní péče, kterou provádí především zkušené zdravotní sestry.....Domácí péče je určena pacientům, u nichž není nutný pobyt v nemocnici a současně nestačí laická domácí péče.⁵⁷ V oblasti nároků na finanční pomoc je potřebné rodinné příslušníky informovat zejména o institutu Příspěvek na péči (který zmiňuji v oddíle 3.2) nebo o finanční pomoci – přiznání mimořádných výhod dle Vyhlášky č.182/1991 Sb.⁵⁸

3.3 Sociální práce při zajištění seniora po ukončení hospitalizace

Sociální pracovník často provází seniora po celou dobu jeho hospitalizace. Za tuto dobu poznal sociální vztahy starého člověka, identifikoval jeho potřeby, aktivně se podílí na sestavení propouštěcího plánu. Období před ukončením léčby klienta je pro pracovníka rozhodujícím pro úspěch jeho sociální pomoci. „V této etapě vytváří sociální pracovník návrh na řešení sociální situace seniora, sestavuje plán sociální pomoci. Poskytuje klientovi odborné sociální poradenství, které zahrnuje informace a rady vztahující se k problémům klienta. Důležité je předat současně informace i v písemné podobě ve formě informačních a edukačních materiálů“⁵⁹

Návrh řešení sociální situace starého člověka je ovlivněn jeho aktuálním zdravotním stavem a také sociálním zázemím. Pokud senior odchází do svojí rodiny, plán sociální pomoci bude zahrnovat převážně odborné sociální poradenství zaměřené na pomoc celé rodině.

Jiný způsob ukončení hospitalizace může být překladem do jiného zdravotnického zařízení, hospice nebo k odborné rehabilitaci. Ve všech případech je nezbytné, aby sociální pracovník ve spolupráci s lékařem zajistil pacientovi další typ vhodné péče. Podmínkou je, aby byl senior předem o všem informován a mohl se podílet na rozhodování. Venglářová zdůrazňuje, že je nutné, aby nemocnice zajistila ještě před propuštěním zejména vhodný typ péče, kterou zajistí a předem dohodne s místními poskytovateli. Upozorňuje, že je nutné zachovat právo pacienta na spolurozhodování o další péči svojí účastí nebo prostřednictvím rodinných příslušníků či osob, které si vybere. Také mu musí být jasným způsobem vysvětleno, jak má dále

57 HAŠKOVCOVÁ, H., *Manuálek sociální gerontologie*, Národní centrum ošetřovatelských a nelékařských zdravotnických oborů, Brno 2004, ISBN 80-7013-363-ž, s. 46.

58 Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č. 182/1991 SB. *O přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany.*

59 <http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=119>.

pokračovat v rehabilitaci, jak bude probíhat jeho rekonvalescence.⁶⁰

A jinak vypadá sociální práce před propuštěním pacienta, který i přes dosavadní léčbu a péči zůstal nesoběstačný a jeho propuštění do rodiny není možné. V takových případech musí být zvolena vhodná institucionální péče. „*U nás zatím přetrvává názor, že pomoc potřebující starý člověk patří především na lůžko. Progresivní trendy péče o staré lidi jsou přesně opačné. Moderní péči reprezentuje celková zabezpečenost a decentralizovaný, jednotně řízený systém. Klíčovou úlohu by měl sehrát lékař, který podle konkrétních potíží nemocného bude indikovat adekvátní a pestrou, nikoliv jen zdravotní, pomoc.*“⁶¹

Není-li tedy návrat seniora do jeho přirozeného prostředí možný, stává se řešením přijetí do některého vhodného sociálního zařízení. V této části procesu ukončení hospitalizace je úloha sociálního pracovníka nepostradatelná.

Musí mít znalosti o příslušných typech sociálních zařízení, jejich dostupnosti, pracovník musí projevovat značnou součinnost jak v průběhu vyřizování přijetí klienta do sociálního zařízení, tak i při spolupráci s klientem na rozhodnutích s tím souvisejících. „*Důležitá úloha sociálního pracovníka při přechodu pacienta do instituce je jeho příprava na zásadní životní změnu. Pacient potřebuje podporu při svém rozhodování, dostatek informací a argumenty pro a proti. Dobrovolné rozhodnutí k pobytu v domově seniorů, možnost výběru zařízení z většího spektra a aktivní spoluúčast pacienta na přípravě k přechodu do instituce jsou dobrými východisky k zvládnutí adaptačního procesu. Jsou i prevencí vzniku translokačního syndromu (zmatenosti, neklidu, deprese, apatie až odmítání života způsobeném přemísťováním starého člověka z místa na místo.*“⁶²

3.3.1 Sociální služby pro seniory

„*Sociální služby jsou instrumenty, jejichž účelným použitím zasahujeme do sociální situace člověka, který ze společenského hlediska potřebuje pomoc. Jsou účinnou formou společenské kompenzace při různých stupních závislosti starého občana.*“⁶³ V péči o starého člověka, který je závislý na pomoci druhého člověka, jsou sociální služby nepostradatelnou oporou. A to jak v případě péče v rámci rodiny (kde jde o služby

60 Srov. VENGLÁŘOVÁ, M., *Problematické situace v péči o seniory*, Grada Publishing, Praha 2007, ISBN 978-80-247-2170-5, s. 95.

61 JEDLIČKA, V. a kol., *Praktická gerontologie*, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, Brno 1991, ISBN 80-7013-109-8, s. 16.

62 MATOUŠEK, O. a kol., *Sociální práce v praxi*, Portál, Praha 2005, ISBN 80-7367-002-X, s. 167.

63 PACOVSKÝ, V., *Gerontologie*, Avicenum, Praha 1981, Ed.81312, 80-044-81, s. 247.

převážně ambulantní nebo terénní), zejména však v těch případech, kdy péče rodiny není možná (poskytnutí služeb pobytových).

Služby ambulantní poskytují například stacionáře, centra denních služeb, sociální služby v přirozeném prostředí nabízejí pečovatelské služby nebo služby osobní asistence. Všechny tyto služby jsou poskytovány za úhradu.⁶⁴ Často zahájení některé z těchto služeb zajišťuje sociální pracovník před ukončením hospitalizace seniora.

Dalším typem sociálních služeb jsou služby pobytové. Jakýmsi dočasným řešením sociální situace starého člověka, který již sice nevyžaduje léčebnou péči, avšak jeho soběstačnost je stále velmi zhoršena, se v současnosti stávají zdravotně sociální služby. Tyto služby často využívají rodiny, než připraví sebe i rodinné příslušníky na péči o svého seniora a upraví rodinné prostředí vhodným způsobem. *„Sociálně zdravotní služby napomáhají k soběstačnosti osob, které již nepotřebují trávit čas na lůžku, ale současně jsou natolik nesoběstačné, že potřebují pomoc druhé osoby při každodenních úkonech a tato pomoc jim z objektivních důvodů nemůže být zajištěna v domácím prostředí. Sociálně zdravotní služby jsou poskytovány v pobytových zařízeních sociálních služeb nebo v pobytových zdravotnických zařízeních. Zdravotnické úkony jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.“*⁶⁵

Pobytové sociální služby využívají senioři nejčastěji při zhoršení svého zdravotního stavu, který omezí nebo znemožní jejich soběstačnost a rodina nemůže nebo nechce péči zajistit. Nejčastějšími typy sociální péče poskytované klientům na lůžku jsou, jak uvádí Matoušek, domovy – penzióny pro seniory, domy s pečovatelskou službou a domovy seniorů, které *„představují klasickou formu institucionální péče o seniory nabízející trvalé ubytování a široké spektrum služeb péče o domácnost klienta, přes nejrůznější programy aktivit až po náročnou ošetrovatelskou i rehabilitační péči o těžce zdravotně postižené seniory a hospicovou péči o umírající.“*⁶⁶

Tyto služby, svým charakterem sociální práce zde vykonávané, jsou velmi podobné sociální práci s dlouhodobě hospitalizovanými ve zdravotnickém zařízení. Často jde o práci, která na sebe vzájemně navazuje, a sociální pracovníci obou typů zařízení navzájem úzce spolupracují. Pobytová zařízení typu domovy seniorů jsou velmi využíváné zejména pro komplexnost svých služeb sociálních i zdravotních.

64 Srov. Život-Praktický průvodce sociálními otázkami, Český helsinský výbor, Praha 2005, ISBN 80-86436-16-0, s. 60- 61.

65 Srov. tamtéž, s.59.

66 MATOUŠEK, O. a kol., *Sociální práce v praxi*, Portál, Praha 2005, ISBN 80-7367-002-X, s. 178 – 179.

Z pohledu starého člověka je však nutné podotknout, že nástup do takového zařízení by měl být vždy důkladně zvážen a realizován pouze v nezbytných případech. Měly by být nejdříve skutečně vyčerpány všechny možnosti, jak pacienta zajistit v jeho přirozeném prostředí například rodinou či jinými blízkými nebo terénními sociálními službami tam, kde jsou dostupné v požadovaném rozsahu. A to z toho důvodu, že definitivně vytrhává starého člověka z jeho přirozeného prostředí. „*Výhody i nevýhody trvalé ústavní péče jsou známy. Je třeba zdůraznit, že domovy seniorů i další typy sociálních ústavů jsou nedílnou součástí péče o staré lidi, jejich charakter by však měl být doplňkový.*“⁶⁷

3.3.2 Kompenzační pomůcky

K sociální práci v nemocnici patří nejen týmová spolupráce pracovníka na propouštěcím plánu dlouhodobě hospitalizovaného seniora a jeho zajištění sociálními službami u pacientů, kteří toto potřebují. V případech, kdy je možné kvalitu života starého člověka podpořit, využívá se v oblasti zvýšení samostatnosti pacienta kompenzačních pomůcek.

Pracovníka zahrnout i tuto oblast do propouštěcího plánu a ve spolupráci s rehabilitačními pracovníky a lékaři seniora s jeho propuštěním vybavit těmito pomůckami. Sociální pracovník „*zapůjčuje domů různé kompenzační pomůcky. Dále ve spolupráci s lékaři pomáhá vyřizovat plné nebo částečné uhrazení zdravotně – kompenzačních pomůcek pojišťovnou.*“⁶⁸

Jde o široké spektrum technické pomoci, kdy pracovník zapůjčuje nebo zajišťuje nejčastěji tyto pomůcky: opěry pro chůzi (hole, berle, chodítka), invalidní vozíky a pomůcky kompenzační jako „*pomůcky, které tělesně postiženým osobám usnadňují provádět různé všední činnosti a kompenzují tak jejich postižení.*“⁶⁹

3.4 Limity sociální práce s dlouhodobě hospitalizovanými

Snahou sociálního pracovníka je, zejména u dlouhodobě hospitalizovaného pacienta, uspokojivé vyřešení sociální situace v těch případech, kdy nemoc ovlivní nějakým způsobem jeho původní sociální fungování v přirozeném prostředí.

Ze své praxe v oboru sociální práce se seniory bych však chtěla jmenovat

67 HAŠKOVCOVÁ, H., *Manuálek sociální gerontologie*, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, Brno 2004, ISBN 80-7013-363-5, sw. 47.

68 *Koncepce zdravotně sociální problematiky Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s., nemocnice SČK.*

69 PFEIFFER, J. a kol., *Rehabilitace. Léčebné, pracovní a sociální aspekty*, Státní pedagogické nakladatelství Praha, 1982, číslo publikace 1001-3312, s. 82.

nejčastější příčiny, které tuto jeho práci ztěžují nebo i znemožňují dokončit způsobem, který pomáhá pacientovi. Tyto příčiny jsou zejména dlouhé čekací doby na přijetí do sociálního zařízení a oddělenost sociálních služeb od zdravotnických, které nutí sociálního pracovníka zajistit „nepropustitelného“ pacienta pobyt v léčebnách pro dlouhodobě nemocné.

*„Pacienti proto bývají propuštěni předčasně nebo nuceni k podání žádosti do domova seniorů, aniž by si to sami přáli a dlouho předtím, než nastane skutečná potřeba. Někdy čekají na lůžku následné péče, např. v léčebně dlouhodobě nemocných, po dobu i několika let, než jsou přijati do domova seniorů.“*⁷⁰ Na tuto skutečnost mohou poukázat z vlastní zkušenosti, kterou přibližují příběhem jednoho z mnoha seniorů v podobné situaci. Pro konkrétní představu proto odkazuji na druhou kazuistiku (Příloha č. 3, kazuistika č. 2)

A konečně bych ráda upozornila na sociální jev, který se stává běžnou realitou současné situace starších osob. Velmi komplikuje sociální práci, v těchto případech nejen sociálním pracovníkům nemocnic. Je to bezdomovectví osob, které vstoupili do důchodového věku. Tento jev je zvláště závažný v případě, že senior onemocní a nastane situace, ve které se ocitnul pacient nemocnice, ve které pracuji (Příloha č. 3, kazuistika č. 3).

Život na ulici je vnímán jako životní styl, pro který se daná osoba zpravidla sama rozhodla a většinou tomu tak bývá. Je ale nutné podotknout, že ne každý bezdomovec se pro takový život rozhodnul dobrovolně, a tak u těchto lidí mohou nastat situace, kdy je nezbytné jejich situaci řešit. Na výše zmíněné kazuistice mohou poukázat na skutečnost, že se může člověk dostat na ulici ne vlastním rozhodnutím, a jak závažná je to situace pro sociálního pracovníka, má-li zajistit odpovídající přístřeší člověku z ulice.

Je nutné zdůraznit, že přibývá seniorů, kteří jsou příjemci starobního důchodu v částce na hranici životního minima. Tento příjem nedává samozřejmě velkou naději na přijetí seniora do domova seniorů, či jiného typu rezidenční péče. Skutečnost, že pro poskytovatele nesoukromých sociálních služeb nesmí být nedostatek financí žadatele důvodem k jeho nepřijetí není argumentem, protože v praxi toto neplatí a provozovatel má možnost si kritéria pro přijímání nastavit tak, aby finance přijímaného seniora zaručovaly možnost hradit poskytované služby v plné výši. A naše společnost nemá

70 MATOUŠEK, O. a kol., *Sociální práce v praxi*, Portál, Praha 2005, ISBN 80-7367-002-X, s. 168.

system, jak tēm nejpotřebnějším základní sociální péči poskytnout. Chudobince neexistují, stejně jako nebývá úspěšné požadovat na obcích, aby spolupracovaly se sociálními pracovníky při zajištění jejich starého občana v nouzi.

Z osobní zkušenosti vím, že je někdy účinné u dané obce důsledně odkazovat na Zákon o obcích, který jim ukládá postarat se o sociálně slabého občana. Tedy v případech „nízkopříjmového“ seniora bez přístřeší, ohroženého důsledku zhoršeného zdravotního stavu, požadovat pomoc příslušné obce při jeho zajištění alespoň formou sociálního ubytování a využít při tom Příspěvků na péči (pro možnost zaplacení terénních sociálních služeb).

Zároveň je nutné, aby sociální pracovníci na tento závažný sociální nedostatek upozorňovali stále intenzivněji, tak, jak to již činí. A do té doby, než kompetentní instituce přiznají skutečnost, že existují senioři s důchodovými příjmy na hranici třech tisíc korun měsíčně (neodpracovaná léta, nemožnost doložit odpracovaná léta z důvodů zaměstnávání „na černo“ ap.), a že bude těchto lidí přibývat. S přibývajícimi léty se mohou stát geriatrickými pacienti a nelze spoléhat, tak jako dosud, na nemocnice, které to v těchto případech „nějak zajistí“.

Závěr

Sociální práce ve zdravotnickém zařízení je specifickou oblastí, která má za úkol především pomáhat nemocným lidem, kteří se v důsledku svého onemocnění dostali do obtížné životní situace. Cílem této odborné práce je především práce s nemocným, popřípadě s jeho blízkými, způsobem, který pracovníkovi poskytne objektivní přehled o sociální situaci a potřebách hospitalizovaného pacienta. Tento přehled musí být v takové míře, která umožní zajištění účinné pomoci ve prospěch nemocného.

Odvětví této sociální práce je specifické zejména tím, že práce se uskutečňuje v týmu s jinými odborníky. Výsledek úsilí sociálního pracovníka často závisí na úrovni jeho spolupráce s týmem a tom, jak jej zdravotníci akceptují jako odborníka, vystupujícího za svoji profesi. Není to tedy typ práce, jaký vykonávají specialisté z úseků sociálních odborů na úradech či sociální pracovníci v sociálních zařízeních, kde je jejich práce jasně vymezená typem služby, kterou poskytují. V nemocnici jde o velice rozmanitou práci, která velmi často souvisí se schopností kooperovat s dalšími odvětvími sociální práce při zajišťování nemocných.

Sociální pracovník zdravotnického zařízení pracuje s rozmanitým spektrem sociálních situací a potřeb svých klientů, jimiž jsou nemocní, převážně staří lidé. Nejčastějším cílem jeho práce je zajištění svého klienta po propuštění způsobem, který umožní dlouhodobě hospitalizovanému návrat do svého přirozeného prostředí. Pokud však není návrat domů z nějakých závažných důvodů možný, pracovník zajišťuje nemocného příslušnou sociální službou. Tak se sociální pracovník stává průvodcem svého klienta. Většinou ho provází v průběhu celé hospitalizace – od přijetí až do propuštění, přičemž často tato práce přesahuje hranice pracovníkovi působnosti ve zdravotnickém zařízení tím způsobem, že spolupracuje na přijetí se sociálním zařízením, do kterého bude pacient z nemocnice propuštěn.

Nejen značná různorodost sociální problematiky nemocných, které musí pracovník řešit, ale i odlišné pojetí sociální práce ve zdravotnickém zařízení v jednotlivých nemocnicích tuto práci znesnadňuje. Chybějící jednotná koncepce nejenže neumožňuje sjednotit požadavky na kompetence sociálních pracovníků nemocnic, ale hlavně neumožňuje sledovat kvalitu sociální práce obdobným způsobem, jakým je sledována v sociálních zařízeních. Každé sociální zařízení dnes musí pracovat v souladu se Standardy kvality v sociálních službách. V nemocnicích obdobný mechanismus pro kontrolu poskytované sociální práce chybí, a není proto ani možné

tuto práci jednotně a účelně nastavit. Nelze odvedenou kvalitu práce hodnotit, klienti se nemohou v možnostech poskytované sociální pomoci dostatečně orientovat.

Nejen velké množství rozmanitých sociálních problémů pacientů, ale i stále se rozvíjející sociální služby kladou na sociálního pracovníka v nemocnici značné nároky. Musí tuto oblast dokonale obsáhnout a sledovat vývoj poskytovaných sociálních služeb tak, aby jeho pomoc sociálně rizikovým pacientům byla účelná. Sociální služby se začaly proměňovat a dynamicky rozvíjet zejména přijetím Zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách. A v souvislosti se stárnoucí populací, které jsou sociální služby poskytovány ve velkém měřítku, je zřejmá i dnešní politická snaha důmyslně propojit dvě důležité oblasti, které s péčí o staré lidi souvisí. Oblast sociální a zdravotní. Bylo by prospěšné ve sféře poskytování komplexní péče o staré lidi do vytváření jednotného systému zdravotně - sociálního zahrnout i další důležitý faktor. Sociálního pracovníka. A to takovým způsobem, aby výkon jeho odborných činností byl jednotný pro všechny poskytovatele, a bylo možné na práci jednotlivých pracovníků navzájem účelně navazovat. Domnívám se, že by došlo ke zkvalitnění práce ve prospěch klienta a vzrostla by tak i prestiž sociální práce vykonávané v nemocnicích.

ABSTRAKT

Název bakalářské práce: Sociální práce ve zdravotnickém zařízení. Dlouhodobě hospitalizovaní senioři a role sociálního pracovníka v benešovské nemocnici.

Autorka práce: Pavla Houzarová

Vedoucí práce: Mgr. Helena Machulová

Klíčová slova: dlouhodobá hospitalizace, léčebna dlouhodobě nemocných, sociální práce, sociální pracovník, sociální služby

Hlavním tématem bakalářské práce je sociální práce se starými lidmi ve zdravotnickém zařízení. Cílem je zde seznámit čtenáře s úkoly sociálního pracovníka, které má při práci s hospitalizovanými pacienty, zejména seniory, v procesu léčení dlouhodobé nemoci. Práce je zaměřena na odbornou sociální pomoc poskytovanou v benešovské nemocnici.

Úvod obsahuje legislativní vymezení sociální práce a zmiňuje důležitou stránku etického přístupu k pacientům. Další kapitoly popisují hlavní úkoly, které sociální pracovník v nemocnici zajišťuje.

Závěry kapitol o dlouhodobě hospitalizovaných pacientech a starých osobách v léčebnách dlouhodobě nemocných popisují nejvýraznější problémy, s kterými se sociální pracovník setkává. Tyto části práce obsahují odkazy na kazuistiky ve vztahu k jednotlivým obtížným případům nebo situacím. Na nich ukazují konkrétní způsob sociální práce ve zdravotnickém zařízení a jednotlivá opatření, učiněná ve prospěch nemocného člověka.

Přílohy obsahují kazuistiky, Konceptci zdravotně sociální problematiky v Nemocnici Benešov a formulář pro sociální šetření, který je důležitou pomůckou sociálního pracovníka a součástí chorobopisu pacientů.

ABSTRACT

Title: Social Work in the Medical Facilities. Long – Term Senior Patients and the Role of the Social Worker in the Hospital in Benešov.

Author: Pavla Houzarová

Tutor: Mgr. Helena Machulová

Key Words: Long – Term Hospitalization, Treatment of Long – Term Patients, Social Work, Social Worker, Social Service

The central subject of this thesis is about a social work with the seniors within the medical facilities. The aim is introduce the reader with the social worker's agenda with the hospitalized patients, especially with the seniors within long – term medical process. Concretely, the thesis is about an expert social assist in the Hospital in Benešov.

The Introduction is about an legislative definition of a social work. It's also accented the etical access toward the patients which is a very important issue. The following sections are about the primary assignments which the social worker ensure in the hospital.

The conclusions in the secions which deal about the long – term patients and the senior patients describes the most marked problems of the social worker in a daily practise. These parts involve the casuistry references devise to the concrete cases or situations which illustrate the social work within the medical facilities. I try to describe the concrete proceedings made for the benefit of the patients.

In the supplements you can find the casuistries, the concept of the health – social problematic in the Hospital in Benešov and the schedule for the social investigation, which is a very important instrument for the social workers.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ČERVINKOVÁ, E., *Ošetrovatelské diagnózy*, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, Brno 2001. ISBN 80-7013-332-5.
2. DRAPELA, V., *Přehled teorií osobnosti*, Portál, Praha 2008. ISBN 978-7367-505-9.
3. HAŠKOVCOVÁ, H., *Manuálek sociální gerontologie*, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, Brno 2004. ISBN 80-7013-363-5.
4. CHARTA PRACOVNÍKŮ VE ZDRAVOTNICTVÍ, Dokument Papežské rady pro pastorační práci mezi zdravotníky, z italského originálu přeložil Koláček, J., Zvon, Praha 1996. ISBN 80-7113-168-7.
5. JANKOVSKÝ, J., *Etika pro pomáhající profese*, Triton, Praha 2003. ISBN 80-7254-329-6.
6. JEDLIČKA, V. a kol., *Praktická gerontologie*, Grafia, Zlín 1991. ISBN 80-7013-109-8.
7. JEŘÁBEK, H. a kol., *Rodinná péče o staré lidi*, UK FSV CE SES 2005. ISBN 1801-1640.
8. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., *Motivační prvky při práci se seniory*, Grada Publishing, Praha 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.
9. Koncepce zdravotně sociální problematiky v Nemocnici Rudolfa a Stefanie, a.s., nemocnice Středočeského kraje
10. KOPŘIVA, K., *Lidský vztah jako součást profese*, Portál, Praha 1997. ISBN 80-7178-150-9.
11. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, Grada Publishing, Praha 2002. ISBN 80-247-0179-0.
12. MATOUŠEK, O. a kol., *Metody řízení sociální práce*, Portál, Praha 2008. ISBN 978-80-7367-502-8.
13. MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. (eds.), *Sociální práce v praxi*, Portál, Praha 2005. ISBN 80-7367-002-X.
14. Ministerstvo práce a sociálních věcí, Příspěvek na péči – doporučený postup k vybraným otázkám vztahujícím se k řízení, rozhodování, výplatě a kontrole a přechodu stávajících nároků do příspěvku na péči, Praha 2006.

15. MUNZAROVÁ, M., *Zdravotnická etika od A do Z*, Grada Publishing, Praha 2007. ISBN 80-247-1024-2.
16. PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H., *Gerontologie*, Avicenum, Praha 1981, Ed. 81312, 08-044-81.
17. PFEIFFER, J., VOTAVA, J., HAMPL, J., HALADOVÁ, E., *Rehabilitace. Léčebné, pracovní a sociální aspekty*, Státní pedagogické nakladatelství Praha, 1982. Číslo publikace 1001-3312.
18. SOCIÁLNÍ SLUŽBY, Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, Tábor, ročník 12, číslo 8-9/2010. ISSN 1803-7348.
19. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M., *Interní ošetrovatelství*, Grada Publishing, Praha 2006. ISBN 80-247-1777-8.
20. TRACHTOVÁ, E. a kol., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, Brno 2001. ISBN 80-7013-324-8.
21. ÚLEHLA, I., *Umění pomáhat*, Sociologické nakladatelství, Praha 2007. ISBN 978-80-86429-36-6.
22. VÁGNEROVÁ, M., *Vývojová psychologie II*, Nakladatelství Karolinum, Praha 2007. ISBN 978-80-246-1318.
23. VENGLÁŘOVÁ, M., *Problematické situace v péči o seniory*, Grada Publishing, Praha 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.
24. VYHLÁŠKA Ministerstva práce a sociálních věcí č. 182/1991 Sb., O přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany.
25. ZÁKON Ministerstva zdravotnictví ČR č. 96/2004 Sb., v platném znění.
26. ZÁKON č.108/2006 Sb., *O sociálních službách*.
27. *Život – Praktický průvodce sociálními otázkami*, Český helsinský výbor, Praha 2005. ISBN 80-86436-16-0.
28. Multidisciplinární péče, č.2, ISSN 1801-0199. *Sociální práce se seniory ve zdravotnickém zařízení* [online]. 2005 [cit. 2011-03-14]. Dostupné z [www: http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=119](http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=119).
29. Zdravě.cz, ISSN 1804-6401. *Vztahy v rodině: Zdravotní péče o seniory u nás* [online]. 2000-2011 [cit. 2011-03-21]. Dostupné z [www: http://www.zdrave.cz/](http://www.zdrave.cz/) - <http://vztahy-v-rodine.zdrave.cz/zdravotni-pece-o-seniory-u-nas/>.

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

Příloha č. 1, Koncepce zdravotně sociální problematiky v Nemocnici Rudolfa a Stefanie Benešov

Příloha č. 2, Záznam sociálního šetření

Příloha č. 3, Kazuistiky

PŘÍLOHA č. 1

Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a. s., nemocnice Středočeského kraje
Máchova 400, 256 30 Benešov, tel: 317 756 111

Úsek Náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči

Koncepce zdravotně sociální problematiky **v Nemocnici Rudolfa a Stefanie Benešov, a. s., nemocnice** **SČK**

Obsah:

1 Definice zdravotně-sociální oblasti

1.1 Pacienti, kterým je pomoc nejčastěji poskytována

2 Činnosti zdravotně-sociálního pracovníka

2.1 Sociálně-právní poradenství

2.2 Sociální šetření

2.3 Zprostředkování vyplácení důchodů

2.3.1 Vyplácení důchodů v nemocnici

2.3.2 Ustanovení zvláštního příjemce

2.4 Úmrtí

2.5 Řešení bezdomovectví u pacientů

2.6 Nájem movitých věcí

2.7 Účast na lékařských a ošetrovatelských vizitách

2.8 Zdravotně-sociální lůžka

Příloha I. - Harmonogram – účast na lékařských a ošetrovatelských vizitách

Příloha II. - Adresář agentur domácí péče

Příloha III. - Adresář institucí - následné lůžkové péče 2

1 Definice zdravotně-sociální oblasti

Sociální služba ve zdravotnickém zařízení je nedílnou součástí léčebně preventivní péče. Jejím cílem je získání objektivního přehledu o potřebách včasné i dlouhodobě poskytované sociální pomoci nemocným, kteří se dostali do obtížných životních situací. Dalším cílem je zjistit, odstranit a zmírnit negativní psychosociální faktory, které se podílí na vzniku onemocnění a ovlivňují průběh a uzdravení. Zdravotně-sociální pracovník je v podstatě sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení, který řeší nebo se podílí na řešení níže uvedené zdravotně-sociální problematiky (viz. „činnosti zdravotně-sociálního pracovníka“). Zdravotně-sociální pracovník poskytuje pomoc pacientům všech věkových kategorií, kteří se pro nepříznivý zdravotní stav nebo špatné sociální zázemí dostali do situace, kterou nejsou schopni sami řešit. Cílem této služby je umožnit pacientům návrat do jejich přirozeného prostředí, poskytnout potřebné informace a podle možností konkrétní pomoc. Pokud návrat pacienta do jeho přirozeného prostředí není z nějakého důvodu (zdravotního, socio-ekonomického, psychického, apod.) možný, zdravotně-sociální pracovník se snaží pro pacienta zprostředkovat následnou péči v odpovídajícím zdravotnickém nebo nezdravotnickém zařízení. Následnou péči pro pacienta zajišťuje zdravotně-sociální pracovník vždy v průběžné konzultaci a vzájemné spolupráci s ošetřujícím lékařem, všeobecnou sestrou a rehabilitačním pracovníkem jež mají pacienta pod dohledem.

1.1 Pacienti, kterým je pomoc nejčastěji poskytována

Klient neschopný řešit své problémy z důvodů:

- věku (ohrožené skupiny – hl. senioři, děti)
 - osamělosti
 - dlouhodobé nebo nevyлéčitelné nemoci
 - tělesného handicapu (pohybový, smyslový, mentální, aj.),
 - psychické choroby,
 - demence,
 - závislosti (alkohol, drogy, hry,...),
 - nezajištěné bydlení (osoby bez přístřeší),
 - hmotná nouze.

2 Činnosti zdravotně-sociálního pracovníka

- 1) Poskytuje základní sociálně právní poradenství (v souvislosti s onemocněním nebo případných následků vzniklých z onemocnění).
- 2) Svojí účastí na lékařských i ošetrovatelských vizitách provádí sociální prevenci zaměřenou na vyhledávání jedinců, kteří se ocitli nebo mohou v nepříznivé sociální situaci.
- 3) Provádí sociální šetření u lůžka, a to především u pacientů, kteří jsou sociálně rizikováni, tzn. nemají domov, rodinu či blízkou osobu, která by se o ně postarala, jsou imobilní a nesoběstační.

- 4) Pomáhá zajišťovat následnou lůžkovou péči – zdravotní i sociální (léčebny, domovy seniorů, hospice, ústavy soc. péče, azylové domy, ZSS...).
- 5) Pomáhá zajišťovat terénní služby (domácí pečovatelská služba, domácí ošetrovatelská péče, osobní asistence).
- 6) Zapůjčuje domů různé kompenzační pomůcky. Dále ve spolupráci s lékaři pomáhá vyřizovat plné nebo částečné uhrazení zdravotně-kompenzačních pomůcek pojišťovnou.
- 7) Spolupracuje a je neustále v kontaktu se sociálními i zdravotními pracovníky jiných zařízení (městské či okresní úřady, domovy seniorů, nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných, rehabilitační ústavy, dětské domovy, hospice, ústavy soc. péče, azylové domy).
- 8) Zajišťuje sociálně právní záležitosti spojené s úmrtím pacienta (eviduje a uchovává v trezoru pozůstalosti po zemřelém, v případě osamělých pacientů zajišťuje vyřizuje záležitosti v souvislosti s pohřbením, apod.).

2.1 Sociálně - právní poradenství

Zdravotně-sociální pracovník poskytuje základní sociálně - právní poradenství. Jedná se o komplex poradenských služeb určených specifickým skupinám jedinců, kteří jsou znevýhodněni zdravotně nebo sociálně a jejichž handicap bude mít dlouhodobý nebo trvalý charakter. Základním poradenstvím se míní poskytnutí informací o nárocích, službách a možnostech, které mohou vyřešit nebo zmírnit obtížnou situaci člověka, ve které se toho času nachází.

2.2 Sociální šetření

Zdravotně-sociální pracovník provádí soc. šetření u hospitalizovaných pacientů. **Do 48 hodin od přijetí sociálně rizikového pacienta (viz. výše).** Činnosti zdravotně-sociálního pracovníka, bod 3) k hospitalizaci, je povinností každého vedoucího pracovníka nelékařů nahlásit tuto skutečnost zdravotně-sociální pracovníci. Zdravotně-sociální pracovníce je poté povinna do 48 hodin od nahlášení začít tuto skutečnost řešit. Samotné sociální šetření vychází jednak z ošetrovatelské a lékařské dokumentace, dále pak z rozhovoru zdravotně-sociálního pracovníka s pacientem a s rodinnými příslušníky (dále s rodinnou) popř. blízkým člověkem od pacienta. Po konzultaci s ošetřujícím lékařem, ošetřující všeobecnou sestrou, popř. rehabilitačním pracovníkem, zdravotně-sociální pracovník hledá co nejlepší řešení pro pacienta v dané situaci.

Cílem soc. šetření je základní zmapování sociální situace pacienta, v souvislosti s budoucím ukončením hospitalizace. Posuzuje se životní situace pacienta ve vztahu k onemocnění nebo jeho následkům. Zjišťuje se, zda pacient nemá existenční problémy, jaké má sociální zázemí, v jakých bytových poměrech žije. Je také důležité získat informace o tom, s kým sdílí společnou domácnost. Zvláště rizikové je spojení skutečností, že pacient žije úplně sám a v důsledku jeho onemocnění či handicapu není schopen se o sebe plně postarat. Obzvláště v tomto případě zdravotně-sociální pracovník dále pomáhá zajišťovat následnou péči vhodnou pro daného pacienta. Zdrav.-soc. pracovník při zajišťování následné péče vždy vychází ze svobodného přání pacienta s přihlédnutím k jeho aktuálnímu zdravotnímu i psychickému stavu.

Zdravotně-sociální pracovník sestaví plán řešení (psychosociální intervence do životní situace pacienta, včetně rozsahu, druhu a potřeby sociálních opatření a ve spolupráci s ostatními zdravotnickými pracovníky navržená opatření realizuje.

Rozhovor zdravotně-sociálního pracovníka s rodinou je stejně důležitý jako rozhovor se samotným pacientem. Zde si zdravotně-sociální pracovník doplňuje další informace o sociální 4

situaci pacienta i celé rodiny nebo uvede na správnou míru případné nesrovnalosti ve výpovědi pacienta a výpovědi rodiny. Sociálním šetřením by si zdravotně-sociální pracovník měl sám pro sebe vytvořit obrázek o celkové situaci pacienta a posléze i pro něj vybrat správný typ následné péče.

2.3 Zprostředkování vyplácení důchodů

2.3.1 Vyplácení důchodů v nemocnici

Na základě Zákona č. 189/2006 Sb., v platném znění, má zdravotnické zařízení za povinnost od 1.1. 2007 přebírat důchody za pacienty *pokud pobyt uživatele důchodu v ústavní péči trvá déle než 1 kalendářní měsíc nebo lze-li předpokládat, že tento pobyt bude trvat déle než 1 měsíc.*

Jestliže délka hospitalizace pacienta v ústavní péči splňuje jeho nárok na podání žádosti, umožní mu oddělení, na kterém je hospitalizován, vlastní sepsání žádosti o vyplácení důchodu v hotovosti do zdravotnického zařízení. *Žadatel musí být schopen tuto žádost sám sepsat a podepsat.*

Žádost o výplatu důchodu do zdravotnického zařízení je k dispozici u zdravotně-sociální pracovnice, která tutu službu zároveň na vyžádání oddělení nebo samotného pacienta zprostředkuje. Formuláře-žádosti jsou k vyžádání také u vrchní sestry LOP oddělení – ovšem pouze pro pacienty hospitalizované na oddělení LOP.

Žádost se vyhotovuje v pěti exemplářích. Vyplněnou žádost zašle zdravotně-sociální pracovnice České poště Benešov. Jednu kopii zašle provozovně pošty, kam spadá pacient bydlištěm, tzn. poště, kde si pacient vyzvedává důchod. Druhou kopii žádosti zašle zdravotně-sociální pracovník do příjímací kanceláře nemocnice. Třetí kopie žádosti náleží pacientovi. Poslední kopii žádosti si založí příslušné oddělení nemocnice, kde je pacient hospitalizován.

Zdravotnické zařízení převezme důchod prostřednictvím příjímací kanceláře, pracovníci příjímací kanceláře bezprostředně po obdržení důchodu jej donesou na oddělení, kde je pacient hospitalizován a kde provede za přítomnosti svědka jeho předání pacientovi. Po odchodu nebo případném úmrtí pacienta, jehož důchod byl na základě žádosti zasílán do nemocnice, je vrchní či staniční sestra příslušného oddělení povinna nahlásit tuto skutečnost do osmy dnů od odchodu/úmrtí pacienta České poště. Je nezbytné informovat jednak důchodové oddělení pošty Benešov (telefonní číslo: 317 784 258) a současně s tím i provozovnu pošty, pod níž spadá pacient bydlištěm.

V případě, že pacient ze zdravotního či psychického hlediska není schopen podpisu, lze ustanovit tzv. „ zvláštního příjemce „ důchodu, který je odpovědný odebírat a spravovat důchod podle svého nejlepšího vědomí a svědomí. V případě ustanovení zvláštního příjemce, nepřebírá důchod nemocnice. Stanovený zvláštní příjemce si důchod vyzvedává na příslušné poště.

2.3.2 Ustanovení zvláštního příjemce

Ustanovit zvláštního příjemce důchodu může pouze městský úřad, odbor sociálních věcí a zdravotnictví, pod který spadá pacient trvalým bydlištěm (např. pro Benešov toto vyřizuje paní Timová, tel. 317 754 234). Je lépe si objednat schůzku. Zvláštním příjemcem by měl být člověk v příbuzenském vztahu s pacientem, nejlépe přímo z rodiny. 5

Na domluvenou schůzku je nutné vzít :

a) občanský průkaz pacienta – současného uživatele důchodu

b) občanský průkaz budoucího zvláštního příjemce důchodu

c) prohlášení ošetřujícího lékaře o skutečnosti, že pacient není schopen psaní nebo není schopen přebírání důchodu + z jakého důvodu (viz. příklad)

Příklad: pan XY, rodné číslo 00-00-00/000 není toho času schopen přijímat důchod z důvodu PODPIS + RAZÍTKO LÉKAŘE

Zvláštní příjemce je oprávněn nejen přebírat za pacienta důchod a hospodařit s ním, ale také podepisovat vše nezbytné za pacienta jako jeho zástupce (např. žádost o umístění do zařízení následné péče, žádost o příspěvek na péči, apod.)

2.4 Úmrtí

2.4.1 Postup po úmrtí pacienta – nesjedná-li žádná fyzická nebo právnická osoba pohřbení nebo nebyla-li zjištěna totožnost zemřelého

Postup dle Zákona č. 256/2001 Sb., v platném znění.

Tento zákon stanovuje mj. podmínky pro zacházení s lidskými pozůstatky a s lidskými ostatky a povinnost právnické nebo fyzické osoby (v našem případě nemocnice), u které jsou pozůstatky uloženy, neprodleně informovat obec Benešov, že nastaly níže uvedené skutečnosti.

Postup:

Nastane-li situace, že do lhůty 96 hodin od oznámení úmrtí nesjedná žádná fyzická nebo právnická osoba pohřbení nebo nebyla-li zjištěna totožnost mrtvého do 1 týdne od zjištění úmrtí a žádné zdravotnické zařízení v souladu s podmínkami stanovenými zvláštním předpisem neprojeví zájem o využití lidských pozůstatků pro potřeby lékařské vědy a výzkumu nebo výukovým účelům, tuto situaci vedoucí laborantka patologicko-anatomického oddělení oznámí zdravotně-sociální pracovníci nemocnice. Zdravotně-soc. pracovníce poté zajistí oznámení této situace příbuzným zemřelého (telefonicky nebo telegramem s potvrzením přijetí). Pokud není znám žádný kontakt na příbuzné zemřelého, kontaktuje zdrav.-soc. pracovníce obecní úřad v místě bydliště zemřelého a vyzve obecní úřad k zjištění příbuzných zemřelého. Pokud obecní úřad nezjistí žádné příbuzné zemřelého je zdrav.-soc. pracovníce povinna neprodleně informovat o výše uvedených skutečnostech Okresní úřad v Benešově – odbor sociálních věcí a zdravotnictví t.č. 317 754 132 p. Platilová. U pacientů bezdomovců, u kterých neznáme kontakt na příbuzné se zdrav.- soc. pracovníce obrátí rovnou na pí. Platilovou.

Obec (Okresní úřad v Benešově) je povinna zajistit pohřbení. Obec má právo na úhradu účelně vynaložených nákladů na pohřbení vůči dědicům, a není-li dědiců, vůči státu.

2.5 Řešení bezdomovectví u pacientů

Jestliže kdokoliv ze zdravotního personálu nemocnice zjistí, že určitý pacient na jejich oddělení nemá domov (jedná se o bezdomovce), je povinen tuto skutečnost neprodleně oznámit zdravotně-sociální pracovníci nemocnice. Ta se musí do 48 hodin dostavit na příslušné oddělení 6

a provede soc. šetření u lůžka. Zdravotně-sociální pracovníce mimo jiné zjišťuje, zda má pacient u sebe základní osobní dokumenty jako je občanský průkaz, průkaz zdravotní pojišťovny. V případě absence těchto průkazů, zdrav.-soc. pracovníce pomáhá pacientům bez domova tyto dokumenty znovu obstarat. Zdrav.-soc. pracovníce se snaží zajistit pro pacienta-bezdomovce odpovídající službu, kam by po propuštění z nemocnice mohl přestoupit (noclehárny, azylové domy, apod.).

2.6 Nájem movitých věcí

Zdravotně-sociální pracovník zapůjčuje pacientům do domácí péče zdravotně-kompenzační pomůcky. Půjčování pomůcek se řídí nařízením ředitele č.2 5/2005 Nájem movitých věcí – pomůcky pro pacienty. Dále ve spolupráci s lékaři zdravotně-sociální pracovník pomáhá vyřizovat plné nebo částečné uhrazení zdravotně-kompenzačních pomůcek pojišťovnou.

2.7 Účast na lékařských a ošetřovatelských vizitách

Zdravotně-sociální pracovník se účastní lékařských a ošetřovatelských vizit na určených odděleních nemocnice (viz. příloha). Svou účastí na těchto vizitách provádí sociální prevenci zaměřenou na vyhledávání jedinců, kteří se ocitli nebo mohou v nepříznivé sociální situaci. Harmonogram lékařských a ošetřovatelských vizit viz. příloha č.1.

PŘÍLOHA č. 2

*NEMOCNICE Rudolfa a Stefanie BENEŠOV, a.s.
256 30 BENEŠOV U PRAHY, MÁCHOVA 400*

ZÁZNAM SOCIÁLNÍHO ŠETŘENÍ, KONTAKT S RODINOU

Jméno pacienta:
nepovinný údaj-zdravotní dg.
PRL:

r.č.:

po

bytem:
rodinný stav:
zaměstnání/důchod:

příbuzní:
PnP, jiné dávky:

důvod šetření:

sociální anamnéza:

Plán práce:

Průběh práce s pacientem/rodinou:

PŘÍLOHA č. 3

Kazuistiky

Kazuistika č. 1, paní Irena

Důvod sociálního šetření: pacientka žádá konzultaci se sociální pracovnící, lékařce nesdělila důvod. Je hospitalizována na interním oddělení pro intenzivní nevolnosti se ztrátou vědomí. K hospitalizaci přivezena rychlou záchrannou službou z domova.

Osobní anamnéza: 76 let, vdova, dvě manželství, z prvního svazku má dva syny. Pobírá pouze starobní důchod.

Sociální anamnéza: žije sama ve vlastním rodinném domě v Choceradech, před týdnem ovdověla. Synové projevují o matku zájem i během hospitalizace, avšak bydlí oba daleko: v Liberci a Německu. Pacientka byla dosud zcela samostatná, avšak poslední měsíce jí vypomáhal mladý manželský pár ze sousedství, protože fyzicky nezvládala některé úkony v péči o nemocného manžela. Syn z Liberce dojíždí v nejnutnějších případech, syn z Německa příležitostně. Pacientka žádala rozhovor se sociální pracovnící z obavy, kterou má ze samoty po ovdovění. Navíc vzhledem k současnému zdravotnímu stavu, který není dobrý, neví, zda pobyt sama zvládne.

Sociální šetření: proběhlo s pacientkou u lůžka, telefonickým dotazováním syna a konzultací s rehabilitační pracovnící. Pacientku znám z nedávného období, kdy mě několikrát navštívila v souvislosti s hospitalizací svého manžela nejprve na neurologickém oddělení, odkud byl přeložen na ošetrovatelská lůžka dlouhodobé péče (dále LDN).

Pacientka zcela orientovaná a v lepší náladě (za hospitalizace manžela byla velmi vyčerpaná, skleslá, plačtivá, hovořila téměř neslyšně). Nyní sděluje, že se jí úmrtím manžela velmi ulevilo, zároveň jí však toto přiznání zavaluje nesnesitelnými výčitkami svědomí, které když se dostaví, způsobují, že má pocit na udušení. Objektivně však ve větší psychické pohodě, klidná, věcná, avšak očividně zesláblá a pohublá. Přesto potvrzuje sdělení rehabilitační pracovníce, že začala chodit samostatně, nohy už ji unesou a s doprovodem do koupelny se sama osprchuje. Přesto projevuje obavy z propuštění. Zajímá se o možnost doléčení v konkrétní LDN, kterou zná a žádá o pomoc s výběrem a zprostředkováním podání žádosti do domova seniorů pro případ, že by ji ani další léčba nevrátila do původní kondice.

Závěr: Pacientce vysvětluji možnost zajistit LDN, o kterou má zájem a domlouváme postup při podání žádosti do vybraného domova seniorů, kdy vyřídím její podání. O projevech psychické tísně informuji ošetřujícího lékaře a navrhuji odborné vyšetření psychiatrem pro vyloučení případného ohrožení stresem z úmrtí manžela, lékař souhlasí. Překlad do LDN možný, zařízení pacientku přijme.

Během další návštěvy mi pacientka oznamuje, že jí při vizitě lékař k mému sociálnímu šetření sdělil, že překlad do zařízení, o které má zájem, obnáší čekání řadu měsíců, což by jí přineslo překládání z jedné LDN do druhé (lékař si spletl vyřízenou žádost do LDN s probíhajícím vyřizováním žádosti o pobytovou sociální službu!)

Závěr z dalšího šetření: pacientka i přes moje vysvětlení omylu lékaře oznamuje, že z obavy z překladů do léčeben trvá na propuštění domů. Rozpracovanou žádost o domov seniorů si ode mne vyžádala s tím, že její podání vyřídí z domova. Upozornila jsem lékaře, že ještě neproběhlo ani vyšetření psychiatra – lékař na moji žádost o vysvětlení celé situace reagoval vysvětlením, že zdravotní stav pacientky byl stejně stabilizovaný a mohl tak vyhovět jejímu požadavku propuštění domů.

Metody: dotazování (syna), rozhovor, konzultace s jiným odborníkem (rehabilitační pracovnice)

Komentář: lékař vůči mně projevil netýmové chování. Nedověděla jsem se ani proč neproběhlo naplánované vyšetření psychiatrem, ani proč pacientku nesprávně informoval o sociálních službách, když věděl o sociálních šetřeních, která probíhají. Pouze mě důrazně upozornil, že nastoupit do LDN lze i z domova a žádost o sociální službu může vyřídít rodina.

Kazuistika č. 2, pan Ladislav

Důvod sociálního šetření: vyžádáno lékařem oddělení dlouhodobé péče. Pacient opakovaně hospitalizován, přijímán střídavě na chirurgické a interní oddělení dle závažnosti zdravotního stavu, kdy si pády na zem způsobuje i různá poranění. Není jisté, zda bude schopen návratu domů.

Osobní anamnéza: narozen v roce 1924, bydlí v Benešově. Vdovec, jedna dcera (těžce invalidní), bydlí v Praze. Pacient je příjemcem starobního a vdovského důchodu, Příspěvek na péči v prvním stupni.

Sociální anamnéza: žije ve své bytě v činžovním domě, jehož je zároveň majitelem - sám se aktivně stará o nájemníky. Jediná dcera péči otce nezajistí, sama je invalidní a bydlí se svým manželem v Praze. Pacient sděluje, že má několik let podanou žádost do Domova pro seniory Benešov.

Sociální šetření: rozhovorem s pacientem zjišťuji jeho dobrou psychickou kondici – vstřícný, ve své současné situaci se orientuje odpovídajícím způsobem, sám žádá o projednání letité žádosti v domově seniorů, kam má zájem nyní nastoupit.

Sociální pracovnice domova seniorů potvrzuje evidenci žadatele, avšak žádost byla odložena, když výzvu zařízení k nástupu odmítnul v roce 2008 s tím, že se tehdy ještě cítil schopen bydlet v bytě sám. Pokud bude žádost zaktualizována a zájem pacienta o toto zařízení trvá, bude znovu zařazen do pořadníku domova. Pracovnice sdělila, že čekací doba na přijetí může být dlouhá, protože jde o požadavek na jednolůžkový, maximálně dvoulůžkový pokoj. S ohledem na dobré majetkové poměry pacienta mu navrhuji výběr dalších zařízení, tentokrát soukromých, které však nejsou v Benešově. Výhodou však je, že termín přijetí přizpůsobí takové zařízení klientovi. Pacient toto však odmítá s odůvodněním, že je „patriot“ a protože doufá v uzdravení, rád by se díval a někdy prošel po městě, které je jeho rodištěm.

Závěr: ošetřujícímu lékaři oznamuji způsob zajištění pacienta sociální službou s tím, že je v pořadníku zařízení a lhůta přijetí bude pravděpodobně dlouhá. Toto pacient akceptoval, stejně jako moji informaci o možnosti, že bude po nějaké době přeložen do jiné LDN do doby, než bude moci být přijat do vybraného sociálního zařízení.

Metody: rozhovor, zjišťování, zajištění potřebné dokumentace

Komentář: v době mého posledního rozhovoru s pacientem byl jeho zdravotní stav uspokojivě kompenzován. Pokračování jeho dlouhodobé hospitalizace tedy zatím může být realizováno vzhledem k vysokému věku a s přihlédnutím k jeho opakovaným

hospitalizacím. Zohledněno bylo i přání pacienta setrvat v dosavadní dlouhodobé péči, která je v místě jeho bydliště a dochází za ním jeho známí. Ovšem to jen za předpokladu, že ho domov seniorů přijme v přiměřené době. Otázkou zůstává, kolikrát bude muset být přeložen v případě, že na přijetí bude čekat dlouho, na což samo zařízení upozornilo. Pacient je totiž v této době hospitalizován již čtvrtý měsíc od nového podání žádosti o přijetí, kterou svým doporučujícím dopisem podpořil i primář oddělení pro dlouhodobou péči, kde žadatel o službu pobývá. Zatím bez úspěchu.

Kazuistika č. 3, pan Vladimír

Důvod sociálního šetření: vyžádáno ošetřující lékařkou pro objektivní posouzení sociálních poměrů pacienta – seniora, který sdělil, že se nemá po ukončení hospitalizace kam vrátit. Hospitalizovaný je pacientem interního oddělení, přijatý pro akutní oboustranný zápal plic.

Osobní anamnéza: narozen v roce 1945. Rozvedený, bezdětný. Z blízkých příbuzných má pouze sestru, která však součinnost na zajištění bratra po jeho propuštění odmítla. Pacient je od roku 2008 fakticky osobou bez přístřeší, trvalý pobyt má na ohlašovně Obecního úřadu v Poříčí n/Sázavou. Od té doby přespává u známých nebo „kde se dá“. Nyní lékařka doporučuje po propuštění z hospitalizace další klid na lůžku, pravidelnou stravu a teplé prostředí, což není v jeho případě možné zrealizovat ani v minimální míře.

Sociální anamnéza: osoba bez přístřeší. Finance: příjemcem starobního důchodu ve výši 3 050,- Kč (nedoložil odpracované roky). Do roku 2005 bydlel spolu s dalšími nájemníky ve vile v Poříčí, kterou do té doby spravovala obec. Obec objekt časem prodala, pacient k tomu sděluje, že nájemníkům nastaly spory s novým majitelem. Dále uvádí, že ho postupně majitel přestěhoval do podkroví vily a od jara 2008 požadoval, aby si podal žádost o předčasný důchod s tím, že mu zařídí přijetí do nějakého zařízení pro seniory. Když toto odmítnul, vyměnil majitel zámky u dveří. Pacient odešel bydlet ke známým.

Sociální šetření: navazovalo jako doplnění a ověření pacientových sdělení. Pacient v rozhovorech orientovaný, avšak v sociálním kontaktu evidentně neobratný až těžkopádný (neví, zda někdy podepsal nějaké smlouvy, nepamatuje se na průběh řízení o přiznání důchodu). Možné snížení úrovně mentálních schopností. Sděluje, že po nedobrovolném vystěhování z vily se před odchodem ke známým obrátil s žádostí o pomoc na starostu obce, který prý opakovaně přislíbil situaci řešit, avšak nestalo se nic. Ověřuji informace na Obecním úřadě v Poříčí, kde místostarosta většinu údajů potvrdil s tím, že na úřadě začal pracovat až v době, kdy už se v obci žádní nájemníci nevyskytovali, o problémech ví jen z doslechu. Dodává, že ho v minulosti kontaktovali z Městského úřadu Benešov pro dotaz na situaci občana.

Telefonicky se dotazuji na sociálním odboru v Benešově, kde v průběhu roku 2008 vypláceli občanovi dávky hmotné nouze a spolupracovali s obcí na zajištění jeho ubytování. Když odešel bydlet k dalším známým do doby, než se nějaký sociální byt uvolní, obec se o občana přestala zajímat v domnění, že bydlení již nepotřebuje.

Okresní správa sociálního zabezpečení potvrzuje výši důchodu, který byl takto stanoven pro nedoložení povinné doby odpracovaných let.

Závěr: vzhledem k blížícímu se termínu propuštění pacienta domlouvám konkrétní datum schůzky pacienta se sociálním pracovníkem Města Benešov a žádám lékařku o propuštění k tomuto datu. Lékařka souhlasí. Se sociálním pracovníkem se domlouváme o zajištění nejnnutnějšího:

- Doplatek do výše životního minima (pacient svým důchodem nedosahuje)
- Doplatek na bydlení, od kterého se odvíjí nárok na pomoc se zajištěním ubytování, které pracovník zajistí
- V odůvodněném případě bude občanovi poskytnuta jednorázová finanční pomoc
- Oblečení pacienta zajistí naše nemocnice, ve které sociální úsek organizuje ošacení potřebných

Metody: rozhovor, dotazování, zjišťování, kontakt s jinými odborníky

Komentář: v tomto případě byla dlouhodobě neřešena obtížná situace občana, který se dostal do nouze. Alarmující je skutečnost, že naše současná společnost nedisponuje žádným sociálním ubytováním pro osoby, které ho prokazatelně potřebují. Sociální pracovníci úřadů sice dokážou sehnat v některých ubytovnách noclehy pro lidi bez přístřeší, ale ne každý má na jejich úhradu, kapacity těchto ubytoven často nedostačují poptávce a levné nocležny zdaleka nejsou ani v každé větší lokalitě.

Kazuistika č. 4, paní Hana

Důvod sociálního šetření: vyžádáno ošetřujícím lékařem ortopedického oddělení. Pacientka po operaci zlomeniny klíční kosti, stav vyžaduje další doléčení.

Osobní anamnéza: narozena v roce 1934, bytem Benešov. Vdova, bezdětná. Příjemce starobního a vdovského důchodu, Příspěvků na péči v 1.stupni.

Sociální anamnéza: bydlí ve vlastním bytě – panelák, 1+1, 7.patru s výtahem. Udává, že nemá příbuzné, kontaktní osobu uvádí kamarádku. Má zavedenou pečovatelskou službu – donášku obědů.

Průběh sociálního šetření: rozhovorem s ošetřujícím personálem i s pacientkou shledávám, že jde o osobu zcela orientovanou, avšak ve špatné psychické kondici s výkyvy nálad, (verbálními projevy zlosti). Sděluje, že chce klid, stěžuje si na bolesti ruky a zad, projevuje rozhodnutí nevrátit se domů, kde „je stejně sama a nezvládne to“. Žádá umožnit nástup do domova seniorů s nástupem rovnou z některého zdravotnického zařízení. Rovněž žádá doléčení, lhostejno kde.

Závěr: zajišťuji volné místo na oddělení lůžek ošetrovatelské péče (dále LOP) pro dlouhodobou hospitalizaci v rámci nemocnice, pacientka s řešením souhlasí. Domlouváme termín dalšího rozhovoru pro zajištění způsobu péče po propuštění.

Během pobytu pacientky na oddělení LOP jsem za ní opakovaně docházela, protože rehabilitační prognóza byla příznivá, pacientka orientovaná a dobře spolupracující. Psychické obtíže ustupovaly a po konzultaci s ošetřujícím lékařem bylo zřejmé, že pokud by se zdravotní stav náhle nezhoršil, bylo by v jejím případě nevhodné její situaci řešit odchodem do domova seniorů. Toto jsem, podpořena lékařem, sdělila pacientce, která nejprve náš názor nesdílela, avšak postupem času si zvykla o této možnosti hovořit. Překonaly jsme společně i její počáteční pokusy dokazovat, že by pobyt doma nezvládla: postupně jsme tak spolu vyřešily přístup k výplatě důchodu jeho dosílkou do nemocnice, obtíže spojené s vyřizováním povinných plateb za služby spojené s domácností ap. Paní Hana přistoupila na můj návrh, aby si připravila seznam situací, o kterých se domnívá, že by doma nezvládla.

Propouštěcí plán: po další konzultaci s lékařem i pacientkou bylo jasné, že s využitím terénních služeb domácí péče pobyt doma zvládne a od původního záměru – odejít z

nemocnice rovnou do domova seniorů – sama upustila. Její seznam úkonů, o kterých se domnívala, že nezvládne, ji přivedl k náhledu, že pravidelná docházka pečovatelek do její domácnosti potřebnou pomoc zajistí.

Vzhledem k tomu, že pečovatelské služby již zavedené měla (donášku obědů) a poskytovatel služeb byl ochoten je rozšířit v požadovaném objemu, stačilo pouze zajistit před propuštěním jejich rozšíření v rozsahu, který potřebnou péči zajistil.

Bezprostředně před propuštěním jsem kontaktovala její praktickou lékařku s informacemi o její současné sociální situaci vzhledem k absolvované hospitalizaci. Lékařka pacientky patří k těm lékařům, kteří za svými geriatrickými pacienty pravidelně dochází do domácnosti a měla jsem tak záruku, že ani zdravotní stránka seniorky nebude po propuštění opomenuta.

Metody: rozhovory s pacientkou, konzultace s jinými odborníky (lékařem, zdravotními sestrami, rehabilitační pracovníci a sociální službou)

Komentář

Tento případ byl tzv. s dobrým koncem. A to nejen z důvodu, že sociální práce probíhala se zcela orientovanou pacientkou. To bývá pouze jedna stránka věci. Rozhodujícím se staly dobře fungující sociální služby, kdy jejich poskytovatel pružně zareagoval. Rozšířil poskytování sociálních služeb v takovém rozsahu, který by pacientce umožnil, aby se mohla vrátit do svého přirozeného prostředí. Významná byla i skutečnost, že praktická lékařka byla vstřícná a zajímala ji i sociální stránka její pacientky tak, aby před jejím propuštěním byla jistota, že bude zajištěna komplexně i v domácím prostředí.

Kazuistika č. 5, paní Vlasta

Důvod sociálního šetření: zahájeno z podnětu oddělení dlouhodobé péče, aby byly objektivně zjištěny sociální podmínky pacientky a zajištěn způsob její péče po propuštění.

Pacientka přijata překladem z interního oddělení, kde byla hospitalizována pro celkovou dekompenzaci (nalezena doma v bezvědomí, dehydratovaná). Pacientka kachektická.

Osobní anamnéza: narozena v roce 1927, rozvedená. Bydlí v městském bytě v Benešově. Vdova, dva synové (jeden zemřel). Finance: starobní důchod.

Sociální anamnéza: žije ve společné domácnosti se synem v městském bytě. Pečovatelská služba ani Home care nezavedeny (sděluje, že dosud byla samostatná, jen „vaření už jí nešlo“, ale občas si prý nakoupila). Udává, že jí v minulosti podávala úřednice Městského úřadu Benešov žádost o přijetí do Domova pro seniory Benešov. Sporná byla péče syna a jeho spolupodíl na provozu domácnosti – pacientka vysvětlila, že má syn potíže s prací, a proto jde občas na pivo („jinak je ale hodný“)

Sociální šetření: proběhlo postupně s pacientkou, zdravotní sestrou z oddělení, na které byla původně přijata (bydlí s pacientkou v jednom domě a upozornila mě na špatné domácí prostředí) a se sociální kurátorkou Městského úřadu Benešov.

Pacientka vstřícná, velmi sdílná, chvílemi však výpadky paměti. Chodící, schopna základní sebeobsluhy. Zmiňuje se o prvním synovi, který s ní také bydlel, ale byl prý vznětlivé povahy. Druhý syn údajně hodný, ale občas přepracovaný, a proto na ni nemá čas. Za dobu hospitalizace na interním oddělení ani jednou matku nenavštívil, přišel až po jejím překladech k dlouhodobé péči. Tehdy opakovaně navštívil moji kancelář se sdělením, že si jde pro matčin důchod, aby se jí v nemocnici neztratil. Syn byl vždy velmi znečištěn, neupraven, neoholen, silně pokaždé zapáchal tabákem a alkoholem. Nechápal moje zdůvodnění, proč mu důchod nevydám, dostavoval se pro něj opakovaně. (Pacientka si požádala o možnost ukládat důchody do trezoru sociální pracovnice).

Následně mě na špatné rodinné zázemí upozornila již zmíněná zdravotní sestra. Ihned jsem navštívila příslušný sociální odbor, kde mi sociální kurátorka pro dospělé potvrdila opakované násilí na seniorce ze strany jejího staršího (nyní mrtvého) syna, které probíhalo v průběhu roku 2008. Případ řešila Policie ČR, následně i Okresní soud v Benešově (před ukončením řízení pachatel násilí zemřel). V té době se opravdu řešila i možnost umístění seniorky do domova seniorů, protože se doma bála. Ověřila jsem si v

tomto zařízení, zda žádost evidují – žádost nikdy podána nebyla.

Průběžně jsem s pacientkou pracovala, zajímala se o bližší informace o zmíněném sociálním zařízení, navštívila mě i v kanceláři, aby si mohla prohlédnout internetové stránky domova. Ve spolupráci s primářem oddělení dlouhodobé péče, který také kontaktoval sociální zařízení, a s podporou Městského úřadu Benešov, jenž potvrdil sociální naléhavost pro přijetí do zařízení, byla pacientka po dvou měsících přijata.

Metody: analýza dokumentů (spisová dokumentace sociálního odboru Města Benešov), pozorování (během návštěv syna), rozhovory (s pacientkou, synem, sousedy) a naslouchání (vyprávění pacientky o chování synů, ale i o jejím zájmu o domov seniorů)

Komentář

Paní Vlasta žila dlouhou dobu v nevyhovujícím sociálním prostředí, které bylo pro ni v určitém období dokonce ohrožující. A to i přesto, že příslušný sociální odbor byl o této skutečnosti velice dobře informován a znal její nejbližší osoby i sociální prostředí, nebyla do její hospitalizace tato závažná situace řešena. Domnívám se, že úkolem všech sociálních pracovníků (tedy i sociálních pracovníků úřadů) jsou i depistážní činnosti. Zde bylo nasnadě i po úmrtí jednoho ze synů (útočníka), že sociální situace seniorky může být stále problematická.

Na druhé straně je z tohoto případu zřejmé, že součinností zdravotnického zařízení s příslušným úřadem, který v sociálním zařízení na náš návrh vysvětlil nutnost jejího přijetí pro sociální naléhavost, bylo žádosti této seniorky rychle vyhověno tak, aby se její sociální situace stabilizovala. Sociální služba tak naplnila svůj úkol a pomohla zásadním způsobem starému člověku v nouzi.

Kazuistika č. 6, paní Zdeňka

Důvod sociálního šetření: z podnětu praktické lékařky, která sociální pracovníci upozorňuje, že její pacientka v krátké době opakovaně hospitalizována pro pády s následky časté ztráty vědomí. Tentokrát ležela v bytě bez pomoci 2 dny. Po osobním naléhání lékařky na její přemístění do některého typu sociálního zařízení zareagovala pacientka negací. Od té doby nepustí do domácnosti ani lékařku, ani služby domácí zdravotní péče, které měla zajištěné. Téhož dne telefonuje syn, který žádá sociální pracovníci o informace o službách, které by po vyléčení jeho matku zajistily.

Osobní anamnéza: narozena v roce 1931, trvale bytem v Čerčanech. Vdova, jeden syn, avšak bydlí sama, syn pouze dojíždí.

Sociální anamnéza: bydlí ve vlastním rodinném domě v Čerčanech. Dům je však starý, vlhký, s klasickým vytápěním (i pro ohřev vody) kotlem na uhlí. Topí si sama, nikoho domů nepustí. Syn (posléze naznačí i pacientka) udává konfliktní vztah s matkou, připouští, že se jí bojí cokoliv říci. Každý jeho návrh na zajištění matka prudce odmítá. Syn se svojí rodinou bydlí v Praze, několikrát v týdnu večer za matkou dojíždí, v péči se střídá se svojí dcerou. Sděluje, že by rád financoval jakoukoliv terénní službu pro matku, kdyby svolila. Pobírá starobní a vdovský důchod, příjemcem Příspěvků na péči v 1. stupni (aktuálně zažádáno o zvýšení pro bezmocnost, zajišťuje syn).

Sociální šetření: proběhlo nejprve na interním oddělení, kde jsem informovala lékaře o zprávě praktické lékařky. Ošetřující lékař potvrzuje zhoršený zdravotní stav a sníženou schopnost sebeobsluhy. K mému dotazu na případnou možnost zajištění pacientky v domácnosti terénními zdravotními službami sděluje, že je to nemožné – muselo by jít o typ osobní asistence. Inkontinentní, diabetička. Následně kontaktuji syna, který reagoval vstřícně a pružně, a hned se dostavil pro osobní rozhovor, ve kterém sděluje komunikační obtíže s matkou, které však poslední dobou umírněnější z její strany v tom smyslu, že sama projevila obavy z propuštění do domácnosti, ve které je sama. Synovi sděluji lékařovo stanovisko k osobní asistenci.

Při šetření se mnou pacientka zpočátku naprosto odmítavá, posléze však svolila k méj opakované návštěvě, poté, co proběhne schůzka se synem. Je orientovaná v tom smyslu, že hned rozpoznala důvod méj návštěvy.

Závěr: se synem jsme dohodli následující postup:

- vzhledem k ročnímu období (zima, mrzlo) nebude pacientka propuštěna z akutního lůžka domů
- ihned jsem preventivně požádala lékaře o jeho přítomnost při méj návštěvě

pacientky u lůžka pro vysvětlení nutnosti další péče (poslední hospitalizaci ukončila reversem)

- protože pacientka mohla být objektivně propuštěna do týdne domů za předpokladu, že by v domácnosti nebyla sama (inkontinence, aplikace inzulínu), bude obtížné rychle sehnat léčebnu dlouhodobě nemocných (pacientka nebude vyžadovat další léčení, nýbrž sociální pomoc), zvolili jsme zajištění zdravotně sociálních lůžek (dále ZSL), kde pobyt matky bude hradit syn. Tuto službu jsem pacientce zajistila.
- za pobytu na ZSL bude synem nenásilně s pacientkou dořešen její případný přechod do pobytového sociálního zařízení, což bude pravděpodobně jediné řešení

Metody: rozhovor (s pacientkou, synem, lékaři), analýza dokumentů (chorobopisy z předchozích hospitalizací), aktivní zajištění sociální služby

Komentář

Tato kazuistika ukazuje na možnost řešit svízelnou situaci relativně uspokojivě v případě sociální práce, která zahrnuje aktivní účast rodinných příslušníků na řešení problému. V tomto konkrétním případě jsem také velmi ocenila spolupráci, kterou zahájila praktická lékařka okamžitě, kdy vznikl problém, což není zdaleka běžné. Umožnilo to řešit situaci včas, měli jsme všichni k dispozici informace, o kterých bychom se bez její iniciativy dověděli až s velkým zpožděním nebo vůbec.

Jako velký nedostatek vidím mezery v síti sociálních služeb, konkrétně absenci běžné dostupnosti služeb osobní asistence. Tyto služby se mimo velká města teprve rozvíjejí a nestačí tak pokrýt poptávku, která, alespoň na našem okrese, po nich je. V tomto případě by býval syn rád řešil situaci v souladu se stanoviskem lékařů, kteří se vyjádřili o domácí péči pouze za předpokladu osobní asistence. Bohužel, tato služba je pro náš region zatím nedostupná i pro ty, kdo by tuto službu rádi zaplatili z toho důvodu, aby nemuseli pro své staré rodiče žádat pobytové sociální služby.