

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta

Bakalářská práce

**Spolupráce zdravotního a sociálního personálu
v domově pro seniory**

Autor práce: Lucie Petrová, DiS. et DiS.

Vedoucí práce: Mgr. Magdalena Ehrlichová

Studijní program: Sociální a charitativní práce (KS)

2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem autorkou této kvalifikační práce a že jsem ji vypracovala pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.

V Českých Budějovicích dne 30. 3. 2022

.....

Petrová Lucie, DiS. et DiS.

Poděkování

Děkuji své vedoucí bakalářské práce Mgr. Magdaleně Ehrlichové za čas, který mi věnovala, za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

Obsah

Obsah	4
Úvod.....	5
1. Charakteristika seniorského věku	6
2. Charakteristika domova pro seniory	8
2.1 Přijetí klienta do domova pro seniory	9
2.2 Zajištění komplexní péče o klienty domova pro seniory	10
3. Kompetence zdravotního a sociálního personálu.....	11
3.1 Sociální personál	12
3.1.1 Sociální pracovník.....	12
3.1.2 Pracovník v sociálních službách vykonávající přímou obslužnou péči	13
3.1.3 Pracovník základní výchovné nepedagogické činnosti	14
3.2 Zdravotní personál.....	15
3.2.1 Vrchní sestra.....	16
3.2.2 Všeobecná sestra	17
3.2.3 Ergoterapeut	18
3.2.4 Fyzioterapeut	19
4. Spolupráce zdravotního a sociálního personálu v domově pro seniory	20
4.1 Možnosti spolupráce zdravotního a sociálního personálu v domově pro seniory. 20	
4.1.1 Nastavení vzájemných pracovních odpovědností a pravomocí	20
4.1.2 Význam komunikace a sdílení důležitých informací o klientech	21
4.1.3 Postupy předávání informací.....	22
4.1.4 Faktory narušující spolupráci	23
4.1.5 Cíl spolupráce zdravotního a sociálního personálu v domově pro seniory	23
4.2 Příklady spolupráce zdravotního a sociálního personálu v domově pro seniory ..	24
4.2.1 Kazuistika č. 1	24
4.2.2 Kazuistika č. 2	26
4.2.3 Kazuistika č. 3	28
4.2.4 Kazuistika č. 4	30
4.3 Shrnutí	32
Závěr	36
Seznam použitých zdrojů.....	37
Seznam zkratk	40
Abstrakt.....	41
Abstract.....	42

Úvod

Téma Spolupráce zdravotního a sociálního personálu v domově pro seniory jsem si zvolila především z důvodu osobního a pracovního zájmu o tuto problematiku. Pracuji jako pracovník v sociálních službách základní výchovné nepedagogické činnosti v domově pro seniory. Tato pracovní pozice je označována jako aktivizační pracovník. V zařízení, kde pracuji, jsem dříve působila jako zdravotní sestra. Mám tedy vzdělání jak v sociální oblasti, tak zdravotnické. Silně vnímám význam jednotlivých pracovních pozic a zároveň význam a důležitost spolupráce a komunikace mezi jednotlivými pracovními pozicemi v domově pro seniory. V rámci praxí svého dosavadního studia a pracovního života, jsem měla možnost navštívit několik zařízení pro seniory a seznámit se s činností jednotlivých pracovníků a zároveň možnost nahlédnout do jejich spolupráce. Je to důležité a ne příliš snadné téma.

Cílem mé bakalářské práce je popsat a ukázat význam a důležitost spolupráce zdravotního a sociálního personálu v domově pro seniory tak, aby byla zajištěna komplexní péče o každého jednotlivého klienta. Tohoto cíle chci dosáhnout tím, že charakterizuji jednotlivé pracovní pozice vyskytující se v domově pro seniory v rámci zdravotního a sociálního personálu, vymezím jejich zásadní a důležité kompetence a prostor pro jejich spolupráci. Spolupráce jednotlivých pracovníků má za cíl společnou, kvalitní a smysluplnou péči o seniory při uspokojování jejich individuálních potřeb.

Bakalářská práce je rozvržena do čtyř kapitol. V první kapitole krátce popisuji a charakterizuji stárnutí a stáří, protože je to samo o sobě velmi specifické a individuální období života každého člověka, a jen tato oblast by mohla být tématem samostatné práce. Ve druhé kapitole charakterizuji pobytové sociální služby pro seniory, jaké je poslání a význam domova pro seniory, co je jeho cílem a jakým způsobem pečuje o seniory. Ve třetí kapitole popisuji jednotlivé kategorie personálu, které v domově pro seniory pracují, a jak se svou činností podílí na uspokojování potřeb seniorů. Soustředím se přitom na obvykle se vyskytující pracovní pozice, jakými jsou sociální pracovník, pracovník v sociálních službách, zdravotní sestra, fyzioterapeut a ergoterapeut. Ve čtvrté kapitole, kterou považuji za stěžejní, se věnuji spolupráci personálu v domově pro seniory. Je velmi důležité, aby personál mezi sebou efektivně komunikoval a spolupracoval. Jedině tak může zajistit komplexní péči o seniory. Zaměřuji se na faktory, které tuto komunikaci ovlivňují. Jde o jasné vymezení pracovních odpovědností, důvěry v kolektivu a nastavení funkčních prostředků komunikace. Čtvrtá kapitola také obsahuje kazuistiky klientů, které dokreslují spolupráci jednotlivých pracovních kategorií v domově pro seniory. V závěru této kapitoly se věnuji shrnutí důležitých poznatků.

Mezi stěžejní literární zdroje mé práce patří například Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb od Evy Malíkové, Kvalita života seniorů v domovech pro seniory od Dagmar Dvořáčkové a Sociální práce se starými lidmi od Hany Janečkové. Vycházím také z legislativních předpisů zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Čerpám i z dalších odborných publikací, které jsou uvedené v seznamu zdrojů.

1. Charakteristika seniorského věku

„Every man desires to live long, but no man wishes to be old.“

„Každý člověk si přeje dlouhý život, ale nikdo nechce být starý.“

Jonathan Swift

Charakterizovat stárnutí není snadné, vzhledem k naprosto individuálnímu a variabilnímu průběhu u každého jedince. Stárnutí je fyziologickou a nedílnou součástí života nejen lidí, ale i zvířat a rostlin, všeho živého. Představuje zakončení a vyvrcholení celého životního cyklu jedince. Je to proces, kdy dochází k nezvratným degenerativním změnám v buňkách, tkáních a orgánech, v celém organismu. Tyto změny nastupují v různou dobu během života jedince a postupují zcela individuální rychlostí. Rychlost stárnutí ovlivňuje dědičnost, životní styl jedince, prostředí, ve kterém člověk žije, práce, kterou vykonává, stres a další jiné faktory. Vyvrcholením stárnutí je stáří a představuje závěrečnou část života.¹

Periodizace stáří se u mnoha autorů mírně liší. Nejčastěji citovaná WHO dělí stáří na tři věkově ohraničená období. **Rané stáří** se pohybuje v rozmezí 60–74 let. **Vlastní stáří** je vymezeno mezi 75–89 lety. Věk nad 90 let se označuje jako **dlouhověkost**.²

V souvislosti s věkem jsou také popisovány dva termíny – kalendářní stáří a biologický věk. **Kalendářní stáří** neboli chronologický věk, je daný skutečným věkem podle data narození, je tak snadno stanovitelný bez ohledu na stav organismu. Naproti tomu stojí **biologické stáří**, které je podmíněné zdatností člověka, jeho vitalitou, zdravím. Biologické stáří ovlivňuje také působení zevního prostředí, způsob života, přítomnost onemocnění nebo úrazů a další faktory. Kalendářní věk nemusí odpovídat věku biologickému a naopak.³

Moderní společnost klade důraz na nezávislost jedince a jeho výkonnost. V důsledku těchto společenských požadavků dochází k určitým předsudkům vůči stáří. Stáří je mnohdy spojováno s podezřením na výskyt onemocnění například demence. Celkově je často zdůrazňován pokles fyzické a mentální zdatnosti ve stáří.⁴ Stáří je přijímáno jako něco negativního, něco, čeho je třeba se obávat. Následkem těchto představ jsou stáří lidé často nedoceněni a jsou odsouváni na okraj společnosti. Tyto postoje jsou v literatuře označeny jako ageismus. Může být vysvětlován jako averze vůči starým lidem a všemu, co stáří připomíná. Někteří autoři ve svých dílech poukazují na fakt, že ageismus není jen jednosměrný, ale i senioři sami mohou pod jeho vlivem přebírat stereotypy, které jim společnost předkládá a identifikují se s nimi, ačkoli by jinak byli se svým životem spokojeni.⁵

Stáří představuje v životě každého jedince velkou změnu. Na každou změnu, zejména tu, kterou můžeme očekávat, čímž stáří je, je třeba se adaptovat a přijmout ji jako fakt. Adaptace závisí na mnoha faktorech. Nejdůležitější je především osobnost člověka, aktivita během dosavadního života, zkušenosti a vlastní životní filozofie. Příprava na stáří by neměla probíhat v posledních letech před dosažením důchodového

¹ Srov. MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany*, s. 13.

² Srov. ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. *Sociální gerontologie*, s. 25.

³ Srov. HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory*, s. 13.

⁴ Srov. MÜHLPACHR, P. *Gerontologie pro speciální pedagogii*, s. 13.

⁵ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, s. 33-35.

věku, který je všeobecně vnímán jako zásadní hranice označující stáří, ale mělo by jít o postupný celoživotní proces.⁶

V návaznosti na přijímání stáří uvádí literatura s odkazem na studii S. Reichardové z roku 1962 několik typů strategií, jak se lidé vyrovnávají s vlastním stářím. Tyto strategie nabízí přehled několika rysů chování a reakcí ze strany seniora na stárnutí a stáří v určité charakteristické podobě. **Konstruktivní způsob** vyrovnávání se se stářím by se dal označit za ideální postoj, kdy člověk pozitivně a s otevřeným přístupem přijímá stárnutí a stáří. Je si vědom svých možností a omezení. Nepřestává mít radost ze života, vyhledává aktivní formy trávení volného času, snaží se udržovat aktivní a dobré vztahy s okolím. **Strategie závislosti** se dá charakterizovat jako sklon k závislosti na druhých a k pasivitě. Tito lidé spoléhají více na ostatní než na sebe, spoléhají na to, že je někdo povede, vyhoví jejich žádostem a bude vykonávat různé činnosti za ně. Tato strategie je méně příznivá, ale společensky vcelku přijatelná. Další strategie jsou již méně přijatelné. **Strategie obranná** je častá u lidí, kteří nechtějí akceptovat svůj věk a přibližující se stáří. Do poslední chvíle jsou aktivní. Mají problém smířit se se stárnutím, s myšlenkou závislosti na ostatních lidech. V nemoci či postižení nejsou schopni požádat o pomoc, nejsou ochotni ji přijmout a pomoc odmítají. Mnohdy dlouho zatajují, že některé úkony sebepečce nezvládají. Může dojít k situaci, kdy se obranná strategie změní v nepřátelskou nebo v sebenenávist. **Strategie nepřátelství** je velmi náročná, jak pro seniora, tak jeho okolí. Tito lidé jsou často agresivní a nepřátelští, dávají svému okolí vinu za své nezdary a obtíže, stěžují si na nepříznivé okolnosti svého života. Tato strategie odráží nepřijetí stárnutí a stáří. Velmi často jde o lidi, kteří neměli příliš úspěšný život, jsou plní křivdy, vzteku, zklamání a dalších frustrujících emocí. Tato strategie není společensky příznivá a často dochází k osamělosti těchto lidí. Okolí se jim vyhýbá, není ovšem výjimkou, že často sami tyto senioři ústraní vyhledávají. **Strategie sebenenávisti** je přístup ke stárnutí, kdy lidé obracejí negativní pocity a agresivitu sami vůči sobě. Svůj život považují za zbytečný, promarněný, jako naprosté selhání. Vyjadřují pocity vlastní neužitečnosti a smrt vnímají jako jakési vysvobození z této situace. Ani tato strategie není příznivá jak pro seniora, tak pro jeho okolí.⁷

Reakce na stáří a stárnutí nemusí u každého člověka probíhat takto ohraničeně v rámci jediného typu strategie. Často se jednotlivé typy prolínají a mohou se objevovat i zcela odlišné postoje. Závisí to na osobnosti každého člověka, na jeho předchozích zkušenostech, splněných přáních a touhách, očekáváních do budoucna, na povaze člověka. Mohou nám ale napovědět, v jakém rozpoložení se senior nachází a nastínit možnosti spolupráce s ním. Ačkoli v případě méně příznivých strategií to nebude vůbec jednoduché.

Vyšší věk sebou přináší vyšší riziko sociální osamělosti. Vlastní děti odrůstají, zakládají své vlastní rodiny, věnují se profesní kariéře a svým vlastním volnočasovým a jiným aktivitám. Vrstevníci a přátelské vazby jsou obvykle ve shodném věku jako sám senior. Prožívají tedy podobné situace, jakými jsou odchod dětí z rodiny nebo dopady zvyšující se nemocnosti. To ztěžuje kontakty mezi nimi. Může dojít k úmrtí partnera, úmrtí přátel a vrstevníků, čímž se sociální osamělost ještě prohlubuje.

⁶ Srov. MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany*, s. 16-17.

⁷ Srov. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*, s. 208; srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních*, s. 23; srov. DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*, s. 17-18.

Další oblast, která je v souvislosti se stářím vnímána jako problematická, je rychlý technologický vývoj společnosti. Dochází velmi rychle k zastarávání technologických znalostí a to může vést ke zhoršení orientace ve společenském dění. Může se objevit zvýšené riziko ztráty rozhodovacích možností a v důsledku toho oslabení soběstačnosti. V mladších generacích je mnohdy používána nová terminologie. Objevují se nové aktivity, které se dříve nevyskytovaly. Oboje může způsobovat problémy v mezigenerační komunikaci a vzájemná nedorozumění, zejména u starších generací.⁸

Se zvyšujícím se věkem se může objevit vyšší nemocnost. Navzdory vysoké úrovni moderní medicíny, je to dáno mnohdy současnou přítomností několika onemocnění. Obvykle chronických, protože jednotlivé nemoci se nedaří vyléčit a jejich počet narůstá. Může docházet také k takzvanému řetězení chorob, kdy jedno onemocnění vyvolává jiné.⁹ Tato situace je samozřejmě zcela individuální, ne vždy vyšší nebo vysoký věk znamená automaticky výskyt konkrétních onemocnění. Je to ovšem faktor, který následně ovlivňuje život seniora po všech stránkách. Neznamená také, že vyšší věk sám o sobě je důvodem zvýšené potřeby péče. Ta nastupuje, až v mimořádných situacích, které jsou způsobené sociálními nebo zdravotními faktory, a měla by být směřována především k nejvíce ohroženým seniorům.¹⁰

Z pohledu problematiky seniorů a pobytových sociálních služeb je upřednostňováno poskytování sociálních služeb individuálně tak, aby byl podporován život člověka v přirozeném prostředí a senior mohl setrvat co nejdéle v domácím prostředí. Snahou sociálních služeb je prodloužit samostatnost seniora v co největší míře. Využívá se pomoci ze strany rodinných příslušníků, možností terénních a ambulantních služeb. Jestliže se soběstačnost seniora sníží natolik, že není možné, aby zůstal sám ve své původní domácnosti, přichází na řadu institucionální péče. Tato péče se věnuje právě situaci, kdy již došlo k přechodu seniora z domácího prostředí do pobytového zařízení.¹¹

2. Charakteristika domova pro seniory

Domov pro seniory je podle Slovníku sociální práce zařízení určené osobám, které dosáhli věku rozhodujícího pro přiznání starobního důchodu. Osobám, které kvůli dlouhodobým a zejména trvalým změnám zdravotního stavu potřebují soustavnou a komplexní péči, kterou jim nemůže zajistit rodina, pečovatelská služba a ani jiné typy služeb.¹²

Domov pro seniory je podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, zařízení, které poskytuje dlouhodobou pobytovou službu osobám, které mají sníženou soběstačnost především z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Poskytuje svým klientům služby a činnosti, jakými je kompletní zajištění ubytování, zajištění celodenní stravy. Zajištění vhodných podmínek pro zvládání

⁸ Srov. MÜHLPACHR, P. *Gerontologie pro speciální pedagogy*, s.13.

⁹ Srov. MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany*, s. 15.

¹⁰ Srov. JANEČKOVÁ, H. Sociální práce se starými lidmi. In: MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. (eds). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, s. 163.

¹¹ Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*, s. 29.

¹² Srov. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*, s. 51-52.

běžných úkonů péče o svou vlastní osobu, včetně zajištění pomoci při osobní hygieně a vytváření podmínek pro její uskutečnění. Dále domov pro seniory poskytuje kontakt se společenským prostředím, zajišťuje sociálně terapeutické a aktivizační činnosti. Nabízí pomoc při uplatňování osobních práv, oprávněných zájmů a pomoc při zajišťování dalších osobních záležitostí.¹³

Poslání domova pro seniory je pomoci klientům udržet si a nebo znovu získat své místo v komunitě, ve svém přirozeném společenství. Sociální služby se tak dotýkají každého z nás. K naplnění tohoto poslání bylo formulováno několik principů pro poskytování sociálních služeb. Základním principem by měla být podpora nezávislosti a autonomie klientů. Začleňování a integrace seniorů namísto sociálního vyloučení. Respektování individuálních potřeb seniorů, stejně jako potřeb společnosti. Podporování partnerství, v němž je důležité pracovat společně a ne odděleně. To platí ve vztahu nejen k seniorům jako klientům služeb, ale i mezi pracovníky navzájem. Dalším neméně důležitým principem je důraz na kvalitu služeb, protože ta poskytuje ochranu těm nejzranitelnějším.¹⁴

Většina domovů pro seniory v České republice je zřizována kraji nebo obcemi. Pobytové služby zřizují často také nestátní neziskové organizace, například různá občanská sdružení nebo církve, ale i soukromí zřizovatelé. Sociální služby mohou poskytovat pouze registrovaní poskytovatelé, přičemž registraci získají pouze při splnění zákonem stanovených podmínek. Jde o zákonem dané zaručení určité kvality poskytovaných služeb. Kvalitu také zajišťují standardy kvality sociálních služeb, které konkrétněji určují povinnosti poskytovatelů při poskytování služby. Sociální zákon a další vyhlášky pak přesně definují jednotlivé pracovní pozice, jejich kvalifikační a personální požadavky pro výkon dané profese a mimo jiné také ukládají povinnost celoživotně se vzdělávat. To by mělo být další zárukou dodržení základních a nutných kvalit poskytovaných služeb. Financování těchto zařízení je obvykle vícezdrojové. Podílí se na nich nejen úhrady klientů, ale i přiznané příspěvky na péči.¹⁵

2.1 Přijetí klienta do domova pro seniory

Proces přechodu do domova pro seniory nebývá často jednoduchý. Je výhodné, pokud jde o změnu plánovanou. Senior by měl být připravený na možnost tohoto řešení své situace, pak bývá tento přechod snadnější a pozitivně ovlivňuje proces adaptace. V případě, že jde o plánovaný nástup, může zařízení a jeho pracovníci lépe pracovat s klientem. Snadněji se plánuje vše tak, aby byly uspokojeny potřeby seniora v co největší míře.¹⁶

Lidé, kteří se na příchod do domova pro seniory nepřipravovali a s touto možností vůbec nepočítali, mohou být v novém prostředí dezorientovaní. Může se objevit ztráta motivace a vůle k zachování nezávislosti, pasivita a odevzdanost jako reakce na roli, která byla seniorovi umístěním do zařízení udělena. Cílem zařízení by pak měla být motivace ke zvyšování spoluzodpovědnosti za kvalitu poskytované péče.¹⁷ I v pobytovém zařízení by měla být zachována co nejvyšší míra soběstačnosti

¹³ Srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

¹⁴ Srov. MPSV. *Bílá kniha v sociálních službách*, s. 6.

¹⁵ Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*, s. 29-30.

¹⁶ Srov. JANEČKOVÁ, H. Sociální práce se starými lidmi. In: MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. (eds). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, s.181-182.

¹⁷ Srov. MÜHLPACHR, P. *Gerontologie pro speciální pedagogii*, s. 44.

klientů, míra spolurozhodování o svém životě. Zařízení by mělo podporovat motivaci klientů k aktivnímu trávení volného času a vytvářet podmínky pro důstojné a plnohodnotné zakončení života.

Procesu adaptace v novém prostředí je pak třeba věnovat maximální pozornost. To je úkol pro zdravotní a sociální personál, který s klientem pracuje. Je důležité, aby nově příchozí dostal přiděleného klíčového pracovníka. Klíčový pracovník je člověk, který bude klientovi oporou, na něž se může klient obrátit, a který se mu bude plně věnovat. Spolu s příchodem do zařízení je zároveň vytvořen adaptační plán jako součást individuálního plánu. Ten by měl pomoci všem zúčastněným v úspěšném zvládnutí adaptačního procesu.¹⁸

Klientům v domovech pro seniory jsou poskytovány služby na základě společně vytvořeného individuálního plánu. Klient se stává prostřednictvím tohoto plánu partnerem a aktivním spoluvůrcem poskytované sociální služby. Neměl by být pouze pasivní příjemce prováděných činností. Všechny činnosti, které mu služba poskytuje, by měly vést k udržení nebo i zvyšování jeho momentální soběstačnosti. Cílem není vykonávat něco za klienta, ale pomáhat mu a podporovat ho v tom, aby mohl co nejvíce činností vykonávat sám, co nejdéle a byl co nejméně závislý, v co nejvyšší míře, která je možná. Udržení soběstačnosti a aktivity je důležité v rámci podpory lidské důstojnosti seniora, jeho sebevědomí a pocitu vlastní hodnoty.¹⁹

2.2 Zajištění komplexní péče o klienty domova pro seniory

Prioritami života ve stáří i jeho podpory podle principů OSN, které přijala v roce 1991 jsou zejména zachování důstojnosti, co největší míra nezávislosti, tedy zachování určité svébytnosti a autonomie. Mělo by být zachováno co největší právo rozhodovat o péči o sebe sama. Zařazení do společnosti prostřednictvím přirozeného zapojení do každodenních aktivit, plnění úkolů a povinností. K nejčastěji zmiňovaným prioritám vyššího věku patří zejména urovnání vlastního života a závěrečná reflexe. Odlišností u seniorů není rozdíl v jednotlivých potřebách, ale rozdíl v jejich naplňování a uspokojování. U seniorů nejsou důležité pouze potřeby biologické, ale stejně důležité a zásadní jsou potřeby psychické a spirituální. Jedním z nejdůležitějších autorů humanistické psychologie je A. H. Maslow, který vytvořil základní stupnici lidských potřeb, bývá znázorňována jako pyramida. Seřadil lidské potřeby od těch nejdůležitějších, které každý potřebuje, aby přežil, až po vyšší potřeby bytí, jakými jsou aktivita, rozvoj a smysluplnost života, seberealizace. Z této teorie je třeba vycházet i v souvislosti s kvalitou života ve stáří a smyslu života v této životní etapě. Potřeby člověka jsou individuální a mění se v čase a ve vztahu k prostředí, v němž se senior momentálně nachází.²⁰

Některé fyziologické potřeby ve stáří ustupují do pozadí, například bývá často snižena potřeba tekutin. Některé potřeby jsou výraznější, například potřeba odpočinku a spánku. Velmi důležitá je potřeba mít zajištěné pohodlí a teplo. Zvláštní pozici má potřeba být bez bolesti, která je i v současné době často podceňovaná.²¹ Celková péče

¹⁸ Srov. JANEČKOVÁ, H. Sociální práce se starými lidmi. In: MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. (eds). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, s.181-182.

¹⁹ Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*, s. 30.

²⁰ Srov. ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDVÁ, L. *Sociální gerontologie*, s. 30-34.

²¹ Srov. MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany*, s. 48.

o seniory však musí vycházet nejen z hodnocení tělesných změn, které k vyššímu věku v rámci individuálního stárnutí patří, ale je třeba chápat člověka jako celistvou bytost. Nelze podceňovat zejména význam psychosociálních potřeb, hrají důležitou roli pro motivaci k dalšímu životu a mají významnou roli pro upevnění tělesného zdraví.²²

Základním cílem všech zdravotních ale i sociálních služeb v domově pro seniory je především kvalita života klientů. Představy o kvalitě života se mohou lišit. Jiné představy mohou mít pracovníci v domově pro seniory a jinou senior sám. Podílí se na nich například momentální zdravotní stav seniora. Adaptace na situaci, ve které se nachází. Celkové vlastní osobnostní nastavení seniora související s dosavadním životním stylem a typem probíhající reakce na stárnutí a stáří. Očekávání, představy a nároky, s nimiž senior svou momentální situaci poměřuje. Mezi další faktory patří například ekonomická situace, v níž se nachází, a to zejména pokud se výrazně změnila. V minulosti byla pozornost sociálních služeb zaměřena zejména na odstraňování a zmírňování dopadů chudoby a nemocí, v současné době je předmětem zájmu především kvalita života. S tímto souvisí hodnocení dvou pojmů, jakými jsou subjektivní kvalita života a objektivní kvalita života. Zatímco subjektivní hodnocení souvisí s osobní psychickou pohodou a všeobecnou spokojeností, objektivní hodnocení se zaměřuje především na materiální a funkční stránky kvality života. Je to něco, co se dá porovnat a dá se stanovit určitý standard. Samotné posouzení kvality a životní spokojenosti je vždy subjektivní záležitost a může být často v rozporu s objektivním náhledem. Kvalita života je také o osobních potřebách seniorů a jejich uspokojování, o vlastních hodnotách a individuálních prioritách.²³

Kvalita poskytovaných sociálních služeb v domově pro seniory znamená, že je služba individuálně nastavená, odborně poskytovaná, bezpečná jak pro klienty, tak pro pracovníky. Služby v domově pro seniory zajišťují pomoc a podporu, pomáhají žít lidem běžným životem, zaměřují se na zachování co nejvyšší kvality života a důstojnosti. Domov pro seniory poskytuje přiměřenou míru podpory a péče, která přenechává co největší prostor pro jednání a konání klienta a napomáhá k jeho nezávislosti na službě. Pomáhá naplňovat to, co skutečně klient potřebuje, měla by být snaha neposkytovat všechny úkony jenom, protože je služba nabízí.²⁴

3. Kompetence zdravotního a sociálního personálu

V rámci kategorizace personálu pracujícího v domově pro seniory pro účely této práce jde o vymezení rolí a úkolů zdravotního a sociálního personálu, protože každý z nich se řídí jinou legislativou.

Pro všechny pracovníky v domově pro seniory platí stejné a společné povinnosti jakými jsou zachovávání mlčenlivosti o všech skutečnostech, které souvisí s výkonem jejich povolání. Respektování, ochrana a dodržování práv klientů. Řídí se platnými právními a hygienickými předpisy, postupují podle daných standardů. Řídí

²² Srov. DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*, s. 45.

²³ Srov. ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDVÁ, L. *Sociální gerontologie*, s. 196-200.

²⁴ Srov. BICKOVÁ, L., HRDINOVÁ, D. Standardy kvality a jejich provázanost s individuálním plánováním. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*, s. 53-56.

se organizačními normami v domově a dodržují je při své práci. Dbají na dodržování co nejvyšší úrovně poskytované péče.²⁵

V další části této kapitoly se budu snažit vymezit specifické kompetence a specifickou náplň práce jednotlivých pracovníků v domově pro seniory. Pro větší přehlednost zachovávám rozdělení na sociální a zdravotnickou část personálu.

3.1 Sociální personál

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách určuje jednotlivé okruhy pracovníků v domově pro seniory. Patří sem **sociální pracovník**, jehož práce je upravena zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb., a kategorie pracovníků v sociálních službách, jejichž práci upravuje také. Kategorii pracovníků v sociálních službách dělí zákon o sociálních službách na **pracovníky přímé obslužné péče v pobytových zařízeních** a **pracovníky základní výchovné nepedagogické činnosti**. V domově pro seniory můžeme najít především tyto dvě základní kategorie, kterým se ve své práci dále věnuji.

3.1.1 Sociální pracovník

Sociální pracovník je pracovníkem s vyšší odbornou kvalifikací v oblasti sociálních služeb v domově pro seniory. Organizačně bývá podřízen vedoucímu zařízení. V případě, že je v zařízení vedoucí sociální pracovník, pak je podřízen jemu. Sociální pracovník spolupracuje se všemi vedoucími jednotlivých úseků, tj. s vrchní sestrou, vedoucí ošetrovatelské péče nebo vedoucí zdravotně sociálního úseku. Spolupracuje se všeobecnými sestrami, pracovníky v sociálních službách, ať již pracovníky přímé obslužné péče nebo aktivizačními pracovníky, fyzioterapeuty a ergoterapeuty, účetní zařízení a dalšími pracovníky, kteří v domově pro seniory pracují a podílejí se na péči o ně.²⁶

Předpokladem k výkonu povolání sociálního pracovníka je nutná odborná způsobilost podle zákona č. 108/2006 Sb. Sociální pracovník má také povinnost se podle tohoto zákona dále vzdělávat v rozsahu nejméně 24 hodin za rok.

Náplň práce sociálního pracovníka v domově pro seniory je velmi rozmanitá. Sociální pracovník je první člověk, se kterým se senior setkává, když žádá o umístění do domova pro seniory. Sociální pracovník tak zajišťuje první kontakt se seniorem při šetření v domácnosti zájemce a projednává s ním žádost o přijetí v domově. Při tomto šetření bývá přítomen i někdo z vedoucích pracovníků domova, obvykle vedoucí domova, vedoucí úseku zdravotnické nebo přímé péče. Sociální pracovník sepisuje smlouvu o poskytování sociálních služeb v domově, zakládá veškeré dokumenty související s poskytováním služeb klientovi. Seznamuje klienta a jeho zástupce či rodinné příslušníky s chodem domova. Sociální pracovník má také na starosti finanční záležitosti klienta. Zpracovává přehled příjmu, asistuje při nakládání s příjmem klienta, spravuje platby za služby, uschovává finance klienta. Pokud klient v domově pro seniory zemře, má sociální pracovník na starosti veškeré záležitosti s ukončením pobytu. Jedná se o vyúčtování služeb a vyřízení pozůstalosti. V případě,

²⁵ Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*, s. 82-109; srov. *Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách*.

²⁶ Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*, s. 83.

že klient přechází do jiného zařízení, vyřizuje sociální pracovník administrativně toto ukončení pobytu.²⁷

Sociální pracovník je také stěžejní pracovník individuálního plánování klientů v domově pro seniory. Je první osobou, která získává potřebné údaje a informace o klientovi. Je velmi důležité, aby tyto informace předával klíčovému pracovníkovi a zpětně klíčový pracovník dostatečně informoval sociálního pracovníka o průběhu práce s klientem. Tato vzájemná spolupráce je důležitá, aby se předcházelo opětovnému a zbytečnému sběru informací od klienta. Zajištěné funkční předávání informací mezi pracovníky z různých pozic šetří čas, usnadňuje práci všem pracovníkům a předchází zatěžování klienta.²⁸

Sociální pracovník je spolu s ředitelem a vrchní sestrou členem vrcholného vedení. Mnohdy je představa o práci sociálního pracovníka spojena především s administrativními úkony souvisejícími s prací s klienty. Je důležité, aby si sociální pracovník v domově pro seniory vybudoval rovnocenné postavení v týmu a uplatňoval důsledně sociální hledisko klientů. Rovnováha zdravotní a sociální péče v domově pro seniory patří mezi velmi důležité úkoly. Zdravotní péče v domově pro seniory se poskytuje ve stejné rovině jako každému jinému občanovi této země. Klienta nesmí pasovat pouze do role nemocného a redukovat jeho život na úroveň pacienta.²⁹

3.1.2 Pracovník v sociálních službách vykonávající přímou obslužnou péči

Podmínkou výkonu činnosti pracovníka v sociálních službách je odborná způsobilost podle zákona č. 108/2006 Sb. Tato způsobilost vyžaduje základní nebo střední vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu. Náplň akreditovaného kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách se řídí Vyhláškou č. 505/2006 Sb. Tato vyhláška stanovuje minimální rozsah kurzu v délce 150 výukových hodin. Dělí kvalifikační kurz na část obecnou a zvláštní, přičemž jsou touto vyhláškou dané tematické okruhy pro obě části. Zvláštní část kurzu pak tvoří 80 výukových hodin a rozsah jednotlivých tematických okruhů je možno upravit s ohledem na odborné zaměření účastníků kurzu, jejich pracovní zařazení a druhu sociální služby, kterou poskytují nebo budou poskytovat. Příloha této vyhlášky uvádí, u kterých pracovníků v sociálních službách se nevyžaduje absolvování kvalifikačního kurzu.³⁰

Pracovník v sociálních službách pro přímou obslužnou práci je podřízen podle organizačního dělení zařízení vrchní sestře, v případě, že je vedoucí ošetrovatelské péče nebo vedoucí celého zdravotně sociálního úseku. V případě, že má zařízení tuto část organizačně oddělenou s vlastním vedoucím pracovníkem, pak podléhá tomuto vedoucímu ošetrovatelského úseku.

Pracovník přímé obslužné péče má na starosti konkrétní praktické úkony péče o klienta. Jde zejména o pomoc klientovi při ubytování v pokoji, úklidu, péče o osobní a ložní prádlo. Poskytnutí pomoci klientovi při příjmu potravy v průběhu celého dne.

²⁷ Srov. ČASOPIS SOCIÁLNÍ PRÁCE/SOCIÁLNA PRÁCA. *Profesiogramy: Sociální pracovník domova pro seniory*, ...

²⁸ Srov. BICKOVÁ, L., HRDINOVÁ, D. Proces individuálního plánování. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*, s. 83.

²⁹ Srov. JANEČKOVÁ, H. Sociální práce se starými lidmi. In: MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. (eds). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, s. 179-181.

³⁰ Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*, s. 88-89.

Pomoc klientovi při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu jako je oblékání, svlékání, používání kompenzačních pomůcek. Pomáhá při osobní hygieně. Pomáhá klientovi při přesunu na lůžko nebo vozík, dohlíží či doprovází při chůzi po pokoji, do koupelny, při přesunech po domově, ale i mimo něj.³¹ Jedná se o všechny praktické konkrétní úkony, kterými pracovník zajišťuje péči o klienta a jeho osobu. Je oprávněn poskytovat pomoc při běžných denních činnostech a zároveň by měl poskytovat péči a podporu v potřebném rozsahu tak, aby byl klient co nejvíce soběstačný.

Pracovník přímé obslužné péče plní v domově pro seniory kromě pečovatelské role také roli klíčového pracovníka. Tím by měl být pracovník, který je s uživateli v přímém denním kontaktu. Klíčový pracovník je určený každému jednomu uživateli služby, nese odpovědnost za individuální plánování a průběh poskytování sociální služby. Se svými určenými klienty projednává tvorbu individuálního plánu. Se souhlasem klienta zapisuje do tohoto plánu dohodnuté činnosti a dohlíží na jejich následné plnění. Sam poskytuje klientovi péči na základě společně vypracovaného individuálního plánu a zároveň na jeho realizaci spolupracuje s dalšími pracovníky. Je tedy důležitá jeho spolupráce s ostatními pracovníky v zařízení. Klíčový pracovník předává důležité informace, projednává je s ostatními pracovníky v domově pro seniory a svým způsobem koordinuje poskytování přiměřené podpory svým klientům.³²

3.1.3 Pracovník základní výchovné nepedagogické činnosti

V mnoha zařízeních bývá tento pracovník označen jako aktivizační pracovník nebo pracovník denních aktivit. Nezřídka bývá tato pracovní pozice označena jako ergoterapeut, což není správné označení v případě, že se nejedná o kvalifikovanou pracovní pozici.

Přestože se těchto pracovníků týká stejné vzdělání nebo absolvování kvalifikačního kurzu jako pracovníka přímé obslužné péče, mívají v zařízení odlišné pracovní zařazení a obvykle i odlišnou pracovní náplň. Mohou tedy v případě nutnosti doplňovat a posilovat tým pracovníků přímé obslužné péče. Děje se tak většinou zřídka v opravdu výjimečných situacích. Některá zařízení mají nastaveno, že si aktivizační pracovník zaopatřuje klienty, kteří potřebují minimální osobní péči ze strany pracovníka, a to platí zejména pro úkony v rámci zajištění aktivizace.

Nejčastěji spadá aktivizační pracovník pod vedoucí ošetrovatelského úseku nebo pod sociálního pracovníka. Případně bývá tato část zcela oddělena a má svého vlastního vedoucího pracovníka.

Aktivizace seniorů se objevila v rámci péče o seniory až v posledních letech a stále se vyvíjí. Náplň práce pracovníka základní výchovné nepedagogické činnosti je velmi rozmanitá a vychází ze zkušeností zařízení, z vlastních představ o aktivizačních činnostech, z cílové skupiny zařízení, a také na základě vlastního vývoje aktivizačních činností v konkrétním zařízení. Jde o předchozí zkušenosti pracovníků. Zahrnuje činnosti, které do zařízení přinášeli a přinášejí, způsob, jakým aktivizaci v zařízení vykonávají. Aktivizační pracovníci zajišťují a zabezpečují přímé vedení zájmových aktivit seniorů a plánování kulturních akcí. Jde o systematické a organizované uspokojování potřeb seniorů v oblasti zájmových aktivit. Podmínkou je vycházet vstříc potřebám a individuálním zvyklostem klienta, přizpůsobovat aktivity práním

³¹ Srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

³² Srov. VÍTOVÁ, M. Jsem klíčový pracovník. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*, s. 115-120.

jednotlivců a možnostem, které mají vzhledem ke svému momentálnímu zdravotnímu stavu a schopnostem. Přizpůsobovat skladbu a povahu zájmové činnosti pro jednotlivce i skupiny, momentálním psychickým, sociálním a spirituálním potřebám, ale i momentálním možnostem zařízení. Aktivizační pracovníci také v rámci působnosti své práce zajišťují materiál pro tvoření, leckde získávají sponzorské dary na uskutečnění plánovaných aktivizačních technik, například zajištění netradičního materiálu nebo uskutečnění výletu. Prostřednictvím zájmové činnosti aktivizační pracovníci podporují mentální funkce klientů, zejména udržení potenciálu jejich psychiky, jako je paměť, koncentrace a další funkce, a jemnou motoriku. Pomocí zájmové činnosti poskytují seniorům psychickou úlevu a rozptýlení. Je důležité stimulování zájmu seniorů o nabízené aktivity. Vedení a provázení jednotlivců při zájmových činnostech ve skupině, komunikace s klientem během jednotlivých činností. Aktivizační pracovníci také vytvářejí prostor k osobnímu kontaktu, poskytují psychickou a komunikační podporu. Jde o individuální naslouchání klientovi, prosté vyslechnutí jejich starostí. Projevování zájmu o klienty, udržování přátelského kontaktu. Zároveň do této komunikace patří i kontakt s okolím klienta při zajišťování zájmové činnosti, zejména komunikace s příbuznými a dalšími osobami s nimiž klienta v zařízení i mimo něj pojí spontánní vazby.³³

Aktivizační pracovník stejně jako všichni ostatní pracovníci v domově pro seniory se podílí na komplexní péči o seniory a věnuje se klientovi s ohledem na jeho individuální plán v rámci poskytované služby. Je tedy nutné, aby i aktivizační pracovník komunikoval s ostatními pracovníky zařízení a předával potřebné informace o klientovi.

3.2 Zdravotní personál

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., jmenuje i zdravotnické pracovníky, jejichž práce je však upravena zdravotnickými zákony a předpisy. Jde zejména o zákon č. 96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotnických povoláních, vyhlášku č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků a zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, smluvní ujednání a normy stanovené zdravotními pojišťovnami

Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních vymezuje mnoho zdravotnických povolání. V domově pro seniory pracují obvykle **všeobecné sestry** zajišťující zdravotnickou péči. V rámci své profese mohou získávat různé specializace (například ošetrovatelská péče v geriatrii). Vedoucím pracovníkem všeobecných sester je vrchní sestra. Někdy bývají přítomné staniční sestry, zejména v případě složitějšího členění zařízení na oddělení (stanice). V mnoha domovech pro seniory je možné najít také zdravotnické pracovníky jakými jsou **ergoterapeut** a **fyzioterapeut**.

Novelou zákona č. 96/2004 Sb., bylo zrušeno vydávání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Došlo tím ke zrušení dříve povinné registrace nelékařských zdravotnických pracovníků. Od 1. 9. 2017 se osvědčení nevzdávají, stejně tak se již neprodlužuje platnost osvědčení dříve vydaných. Zůstává zachován systém výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Podle zákona č. 96/2004 Sb., se za výkon povolání bez odborného dohledu považuje výkon činností, ke kterým je zdravotnický pracovník způsobilý podle uvedeného zákona

³³ MUSIL, L., KUBALČÍKOVÁ, K., HUBÍKOVÁ, O. *Kvalifikační potřeby pracovníků v sociálních službách pro seniory*, s. 59-63.

a může vykonávat přesně vymezené činnosti bez indikace, na základě indikace a pod přímým vedením. Současně s těmito změnami byl zrušen i kreditní systém. Ten sloužil k průkaznosti plnění povinnosti vzdělávání se dosažením minimálního počtu bodů účastí na jednotlivých vzdělávacích akcích. Zůstala zachována povinnost celoživotního vzdělávání. Podle ní musí každý zaměstnavatel zajistit plánování a kontrolu celoživotního vzdělávání svých zaměstnanců. V důsledku těchto změn došlo i ke změně Registru zdravotnických pracovníků. Jeho provoz byl ukončen a místo něj vznikl Národní registr zdravotnických pracovníků.³⁴

Domovy pro seniory prostřednictvím zdravotnických nelékařských pracovníků poskytují zdravotní služby. Tyto služby hradí zdravotní pojišťovny z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Je hrazena jak potřebná lékařská péče, tedy péče praktických lékařů a ambulantních specialistů, stejně jako by byla hrazena klientům žijícím v domácím prostředí. Tak je hrazena i lékařem indikovaná ošetrovatelská zdravotní péče, která je poskytovaná všeobecnými zdravotními sestrami v sociálních službách. Podmínkou takového poskytování je, že má domov pro seniory uzavřenou smlouvu s příslušnou zdravotní pojišťovnou klienta. Musí o ni požádat a současně musí zařízení prokazovat, že ošetrovatelskou péči poskytují zdravotničtí pracovníci, kteří jsou způsobilí k výkonu zdravotnického povolání.³⁵

3.2.1 Vrchní sestra

Předpokladem pro výkon povolání vrchní sestry jsou stejné podmínky jako pro výkon všeobecné sestry. Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry se získává absolvováním vysokoškolského vzdělání zaměřeného pro přípravu všeobecných sester, absolvováním studia na vyšších zdravotnických školách. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání konkrétněji specifikuje další podmínky odborné způsobilosti pro výkon povolání všeobecné sestry.³⁶

Vrchní sestra je nejvýše postaveným pracovníkem v oblasti ošetrovatelské péče v domově pro seniory a v organizační hierarchii nelékařských zdravotnických pracovníků. Je podřízena vedoucímu zařízení. Spolupracuje s lékaři, kteří dochází do zařízení a zajišťují zdravotní péči u klientů. Provádí v rámci činností vrchní sestry především manažerskou a kontrolní činnosti. V některých zařízeních je její funkce označena jako vedoucí ošetrovatelské péče, vedoucí zdravotně-sociálního úseku, vedoucí zdravotního úseku, aj. Ve své podstatě jsou jí podřízeni všeobecné sestry, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, aktivizační pracovníci a pracovníci v sociálních službách. Zároveň spolupracuje s ostatními pracovníky domova v rámci multidisciplinárního přístupu při řešení problémů klientů. Řeší obecné i odborné otázky v rámci hierarchie v zařízení. Plánuje, kontroluje a koordinuje zdravotní a ošetrovatelskou péči v zařízení. Spolupracuje s pracovníky na technicko-hospodářském úseku a dalšími pracovníky, například účetní organizace.³⁷

Při své práci se dále věnuje především administrativním a dalším kontrolním činnostem. Zpracovává potřebné podklady pro příslušné zdravotní pojišťovny. Zpracovává podklady pro statistiku. Zajišťuje komunikaci s dodavateli zdravotnického

³⁴ Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*, s. 93-94.

³⁵ Srov. VZP ČR. *Jak vybrat domov pro seniory se zdravotní péčí*.

³⁶ Srov. Zákon č. 96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotnických povoláních.

³⁷ Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*, s. 94-100.

materiálu a vybavení. Kontroluje a vede evidenci skladu tohoto materiálu a ostatního materiálu a vybavení. Navrhuje vybavení zařízení potřebnými pomůckami a předkládá ho vedoucímu zařízení. Včas objednává pomůcky pro klienty. Zajišťuje odpadové hospodářství zdravotnického materiálu. Pravidelně sleduje, aktualizuje a zajišťuje úklidový plán v souladu s příslušnými předpisy. Sleduje stav zásob léků klientů. Zajišťuje ve spolupráci s lékařem včasné vystavení receptů a odeslání receptů a poukazů do lékárny. Přebírá léky a pomůcky pro klienty. Kontroluje bezchybnou manipulaci při podávání léků, evidenci a nakládání s návykovými a omamnými látkami. Eviduje a vyhodnocuje úrazy klientů a zaměstnanců. Kontroluje zdravotnickou a ošetrovatelskou dokumentaci, zejména při ukončení pobytu klienta v zařízení, archivuje je.³⁸

Vrchní sestra také zajišťuje komunikaci s klienty a jejich rodinnými příslušníky v případě významných událostí. Podílí se na zjišťování a zajišťování spokojenosti klientů v domově, a na spolupráci s příbuznými klientů. Vrchní sestra by měla vystupovat profesionálně, ale zároveň by měla mít empatický přístup ke klientům a jejich příbuzným. Komunikace s klienty a jejich rodinnými příslušníky je jeden z významných faktorů ošetrovatelské péče.³⁹

3.2.2 Všeobecná sestra

Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry se získává absolvováním vysokoškolského vzdělání zaměřeného na přípravu všeobecných sester, absolvováním studia na vyšších zdravotnických školách. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání konkrétněji specifikuje další podmínky odborné způsobilosti pro výkon povolání všeobecné sestry. Všeobecná sestra je nelékařský zdravotnický pracovník. Je podřízena vrchní sestře a nadřízena pracovníkům v sociálních službách.⁴⁰

Všeobecná sestra má v systému zdravotní péče své nezastupitelné místo. Spolu s dalšími pracovníky se podílí na plánování a realizaci komplexní ošetrovatelské péče. Na rozdíl od vrchní sestry, která se věnuje především řídicím činnostem, se všeobecná sestra věnuje přímé péči o seniory. Na ní je kladen, stejně jako na vrchní sestru, nárok na lidský přístup a otevřený vztah ke klientům. Všeobecná sestra by měla být vnímavá a umět vhodně komunikovat s klienty a jejich příbuznými, zároveň by měla umět efektivně naslouchat. Nedostatečně nebo nevhodně vedená komunikace je jedna z častých příčin nespokojenosti klientů a blízkých osob s ošetrovatelskou péčí. Její součástí zejména v domově pro seniory je péče o nemocné klienty, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti.⁴¹

Náplň práce všeobecné sestry je velmi rozmanitá. Kromě komunikace s klienty a jejich blízkými, provádí edukaci klientů a jejich blízkých. V rámci ošetrovatelské péče zjišťuje potřeby klientů a pracuje na jejich naplnění. Vyhodnocuje aktuální a potencionální problémy a formuluje je do ošetrovatelských diagnóz, stanovuje jejich řešení a zaznamenává je do plánu ošetrovatelské péče. Je tedy schopna zhodnotit stav klienta, posoudit další vývoj a navrhnout správný postup v péči o něj. Samozřejmostí je, že se péče mění podle zdravotního stavu a momentálních potřeb klienta. Všeobecná

³⁸ Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*, s. 95-99.

³⁹ Srov. STRNADOVÁ, A., A KOL. *Koncepce ošetrovatelství*, s.14.

⁴⁰ Srov. Zákon č. 96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotnických povoláních.

⁴¹ Srov. STRNADOVÁ, A., A KOL. *Koncepce ošetrovatelství*, s.14-16.

sestra vede potřebnou zdravotnickou dokumentaci, odpovídá za její správnost a úplnost, řádně s ní nakládá. Podle ordinace lékaře provádí měření fyziologických funkcí, sleduje zdravotní stav klientů, připravuje a aplikuje léky, provádí odběr biologického materiálu a další odborné výkony a činnosti zdravotní a ošetrovatelské péče podle ordinace lékaře.⁴²

Při péči o seniory by měla všeobecná sestra umět zohlednit celkový stav klienta, respektovat ho jako autonomní bytost, která má právo rozhodovat o svém zdraví. Snahou zdravotních služeb je často soustředit se pouze na fyzickou stránku seniora a jeho nemoci. V současném ošetrovatelství je ale důležité, aby byla vnímána psychika, spiritualita seniora, jeho sebeurčení, rozpoložení a osobnost celkově. Zdravotní sestry by měly vnímat seniora jako takového, jako celou komplexní bytost. Cílem péče všeobecných sester, ale i celého ošetrovatelského kolektivu, by měla být aktivní podpora klienta. Jde především o to, aby sestra respektovala a dovolila klientovi žít tak, jak si přeje, zejména v posledních fázích svého života. Zároveň si uvědomovala svou povinnost pečovat i o psychiku klienta a význam správné edukace. Edukace by měla být pravdivá a ohleduplná a respektující rozhodnutí klienta.⁴³

3.2.3 Ergoterapeut

Ergoterapeut je nelékařský zdravotnický pracovník s vyšší kvalifikací, který provádí ergoterapeutické vyšetření, stanovuje optimální varianty a kombinace ergoterapeutických postupů k dosažení léčebného cíle.⁴⁴

Odborná způsobilost k výkonu povolání ergoterapeuta se získává dle zákona č. 96/2004 Sb., absolvováním akreditovaných studijních oborů v příslušných školských zařízeních. Za výkon povolání ergoterapeuta se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické nebo léčebné, rehabilitační a paliativní péče v oboru ergoterapie.⁴⁵

Ergoterapeut provádí činnosti bez odborného dohledu na základě ordinace lékaře v souladu s diagnózou klientů, s doporučeným postupem lékaře a na základě vlastního vyšetření klienta. Ergoterapeut provádí ergoterapeutické vyšetření, které je zaměřené na analýzu činností klienta, orientační vyšetření kognitivních funkcí klienta ve vztahu k běžným denním činnostem. Hodnotí a provádí nácvik běžných denních činností. Na základě tohoto hodnocení sestavuje krátkodobý a dlouhodobý plán ergoterapie. Navrhuje a doporučuje kompenzační a technické pomůcky a učí klienty, ale i ošetrovatelský personál s těmito pomůckami pracovat.⁴⁶

Ergoterapie je profese, která má za úkol prostřednictvím smysluplného zaměstnávání klientů usilovat o využívání a zachování schopností jedince potřebných pro zvládání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku a typu postižení. Cílem ergoterapie je umožnit klientovi účastnit se aktivit, které jsou smysluplné a nepostradatelné pro jeho život. Podporovat zdraví a duševní pohodu prostřednictvím smysluplné aktivity. Umožňovat naplnit své sociální role. Zapojit se do sociálního prostředí a komunity. Usiluje o zachování příležitosti účastnit se činností každodenního života. Nácvik činností a aktivit v kterých je klient z důvodu procesu stárnutí limitován. Řeší tedy praktické otázky související

⁴² Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*, s. 101-103.

⁴³ Srov. STRNADOVÁ, A., A KOL. *Koncepce ošetrovatelství*, s.37-40.

⁴⁴ Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*, s. 107-109.

⁴⁵ Srov. Zákon č. 96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotnických povoláních.

⁴⁶ Srov. ČAE. *O profesi. Co ergoterapeut dělá?*

se soběstačností v činnostech, které jsou pro seniora nepostradatelné. Hlavním terapeutickým prostředkem v ergoterapii je smysluplná činnost a zaměstnání, které pomáhá k obnově oslabených funkcí.⁴⁷

Ergoterapeut spolupracuje s personálem v rámci multidisciplinárního přístupu a podílí se na tvorbě plánů komplexní rehabilitace. V pobytových zařízeních bývá podřízen vrchní sestře a lékaři, koordinuje rehabilitační ošetřování klientů ve spolupráci s ostatními pracovníky v domově pro seniory.⁴⁸

3.2.4 Fyzioterapeut

Fyzioterapeut je nelékařský pracovník s vyšší kvalifikací, který provádí diagnostickou, preventivní a léčebnou péči v oblasti poruch pohybového aparátu člověka. V pobytovém zařízení sociálních služeb bývá podřízen vrchní sestře a lékaři. Spolupracuje s všeobecnými sestrami, ergoterapeutem a jinými aktivizačními pracovníky.⁴⁹

Odborná způsobilost k výkonu se získává podle zákona č. 96/2004 Sb., absolvováním akreditovaných studijních oborů v příslušných školských zařízeních nebo jiným způsobem podle příslušného znění zákona. Za výkon povolání fyzioterapeuta se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační a paliativní péče v oboru fyzioterapie.⁵⁰

Fyzioterapeut vykonává činnosti bez odborného dohledu v souladu s ordinací lékaře, v souladu s doporučeným postupem lékaře a na základě vlastních vyšetření klienta. Provádí vyšetření, která jsou nutná pro stanovení fyzioterapeutických postupů. Na fyzioterapeutické diagnózy stanovuje individuální fyzioterapeutický krátkodobý a dlouhodobý plán. Provádí prevenci a poradenství za účelem udržení nebo obnovení pohybových funkcí. Školí zdravotnické pracovníky, aby byli způsobilí poskytovat ošetrovatelskou péči v oblasti rehabilitačního ošetrovatelství a to především v prevenci imobilizačního syndromu.⁵¹

Fyzioterapie je autonomní zdravotnická profese, spolupracuje s ostatními zdravotnickými obory v rámci multidisciplinárního přístupu, zahrnuje tak vzájemnou spolupráci s ostatními zdravotnickými profesemi a klade důraz na komunikaci a aktivní přístup. Cílem je zajistit individuální léčebný program jednotlivého klienta vzhledem k jeho onemocnění a potřebám. Fyzioterapeut se zaměřuje na správné fungování orgánových soustav prostřednictvím pohybu. Svou prací přispívá k podpoře zdraví, výchově ke zdraví, prevenci úrazů, zajišťuje léčebnou péči a rehabilitaci. Zasahuje tam, kde je třeba ovlivnit pohybový aparát klienta, protože pohyb je základním předpokladem zdraví a zásadně ovlivňuje zejména psychické funkce. Fyzioterapii může poskytovat pouze fyzioterapeut.⁵²

Ergoterapeut i fyzioterapeut jsou odbornými pracovníky, kteří splňují specifické odborné požadavky příslušných předpisů a jednotlivé aktivizační činnosti provádějí na příslušné odborné úrovni. Od pracovníka základní výchovné nepedagogické činnosti se liší právě odborností. V domovech pro seniory, pokud pracuje ergoterapeut

⁴⁷ Srov. ČAE. *Co je ergoterapie*.

⁴⁸ Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*, s. 107-109.

⁴⁹ Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*, s. 105.

⁵⁰ Srov. Zákon č. 96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotnických povoláních.

⁵¹ Srov. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

⁵² Srov. UNIFY ČR. *Leták fyzioterapie*.

i fyzioterapeut, věnují se svým odborným činnostem a výjimečně se věnují vedení aktivizačních činností nebo podněcování seniorů ke každodenní činnosti, či doprovázení na kulturní akce. Na opačné straně aktivizační pracovníci, kteří jsou často z řad pracovníků základní výchovné nepedagogické činnosti, využívají při aktivizaci ergoterapeutických metod a postupů nebo jednoduchých kondičních cvičení, které nevyžadují odborné vzdělání.⁵³

4. Spolupráce zdravotního a sociálního personálu v domově pro seniory

V předchozích částech mé práce byly představeny jednotlivé kategorie pracovníků, kteří pracují v domově pro seniory, a jejich zásadní kompetence. V této části práce se zaměřím na možnosti spolupráce zdravotního a sociálního personálu. Jaké podmínky a faktory jsou pro ni důležité. Pro dokreslení této spolupráce představím čtyři kazuistiky, kdy ve dvou případech je spolupráce mezi zdravotním a sociálním personálem funkční a efektivní, a ve dvou případech není. V závěru této kapitoly zhodnotím a shrnu zjištěné informace v předchozích kapitolách s poznatky, které zaznají v kazuistikách.

4.1 Možnosti spolupráce zdravotního a sociálního personálu v domově pro seniory

V domově pro seniory jsou služby poskytovány jak systémem zdravotní péče, tak systémem sociálních služeb. Pro zdravotní a sociální péči jsou definovány obdobné principy poskytování péče, ale jejich společné cíle jsou v praxi často realizovány odlišně. Je třeba, aby při uspokojování potřeb klientů docházelo k faktickému prolínání zdravotní a sociální péče.⁵⁴

Domov pro seniory je především sociální služba a je třeba si uvědomit základní zásady poskytování sociální služby v souladu se zákonem č. 108/2006, Sb. Sociální pracovník na základě individuálního plánování stanoví spolu s klientem individuální uspokojování jeho potřeb. V individuálním plánování nejde pouze o vztah klíčového pracovníka a klienta, ale také o vzájemnou spolupráci jednotlivých pracovníků, umění vést vzájemnou diskuzi, dojednávat, jak a kdo bude v realizaci plánů zapojen. Kvalitní vztahy mezi pracovníky v domově pro seniory jsou pro individuální plánování služby nezbytné. Je třeba mít dobře nastavené rozdělení a přenášení pravomocí, dobře stanovené náplně práce a konkrétní odpovědnosti jednotlivých pracovníků. V zájmu všech zúčastněných stran je důležité nastavit systém výměny informací, podnětů, nápadů, ale i potřeb či připomínek mezi všemi pracovníky. Nedostatečná, vážnoucí a jinak špatná komunikace má vždy vliv na kvalitu poskytované služby.⁵⁵

4.1.1 Nastavení vzájemných pracovních odpovědností a pravomocí

Důležitým prvkem spolupráce zdravotních a sociálních pracovníků v domově pro seniory je stanovení pracovních odpovědností a pravomocí. Oboje musí vždy vycházet z požadavků domova na konkrétní pracovní pozici. Základem je popis

⁵³ Srov. MUSIL, L., KUBALČÍKOVÁ, K., HUBÍKOVÁ, O. *Kvalifikační potřeby pracovníků v sociálních službách pro seniory*, s. 49-50.

⁵⁴ Srov. ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. *Sociální gerontologie*, s. 178.

⁵⁵ Srov. BICKOVÁ, L., HRDINOVÁ, D. Proces individuálního plánování. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*, s. 76-77.

pracovního místa se všemi vazbami. Rozvaha, co je a není na dané pracovní pozici nutné. Výstupem je popis pracovní pozice, požadavky na zabezpečení konkrétní funkce, potřebné činnosti, které má konkrétní pracovní pozice na starosti. V případě, kdy nejsou jasně dané odpovědnosti a pravomoci, hrozí navíc riziko, že se najdou pracovníci, kteří neplní své povinnosti a proti nim stojí ti, kteří chtějí organizaci pomoci. Pomoc kolegům v případě potřeby, je v pořádku, ale trvale za někoho plnit jeho povinnosti škodí jak pracovníkům, tak domovu pro seniory celkově.⁵⁶ Spolupráce se nesmí setkat s laxním přístupem pracovníků, kdy pracovník spoléhá na to, že jeho práci udělá někdo jiný. Každý pracovník má kromě odpovědnosti za své vlastní úkoly i průřezovou odpovědnost za výsledky vzájemné spolupráce.⁵⁷

Spolupráce zdravotního a sociálního personálu v domově pro seniory vytváří prostor, kde se spojují dovednosti, zkušenosti a pohledy jednotlivých pracovníků. V případě, že vzájemná spolupráce funguje, představuje společný soubor hodnot, které zpětně povzbuzují žádoucí způsoby chování, podporují naslouchání druhým, adekvátní odezvu na názory ostatních. Fungující spolupráce umožňuje veřejné vyjádření pochybností, ale také vzájemnou pomoc a uznání úspěchů. Výhodou dobré spolupráce je širší nabídka dovedností, více úsudků a zkušeností pracovníků. Více úhlů pohledu na daný problém, což pak nabízí více variant řešení.⁵⁸

4.1.2 Význam komunikace a sdílení důležitých informací o klientech

Komunikace je důležitým aspektem spolupráce. Používá se pro sdělování informací s cílem podpory v rozhodovacím procesu, k motivaci spolupracovníků, k vysvětlení úkolů, řešení problémů, určení cílů, hledání optimálních variant strategií a poskytování kontrolní zpětné vazby. Při poskytování důležitých informací o klientech je vždy nutné zvážit, co přesně jednotliví pracovníci musí vědět a co by měli vědět, aby měli dostatek potřebných informací a zároveň bylo předáváno minimum přebytných a zbytečných informací. Efektivní komunikace znamená jasné a přesné poskytování důležitých informací. Příliš stručné sdělení může vést k nejistotě a příliš obsáhlé naopak blokuje pozornost. Sdělení má být jasné, nezamlžené, nemělo by si odporovat a nemělo by počítat ani s předpokladem, že ostatní pracovníci „ví“ a mají dostatek informací. Vhodné je ověřování, zda bylo všemu porozuměno. Na všech stranách je nutné i aktivní naslouchání. Cílem aktivního a efektivního naslouchání je získat maximum informací a plně pochopit, co je nám sdělováno ve všech souvislostech. Součástí naslouchání je poskytnutí odpovídající zpětné vazby, tedy, že bylo porozuměno informacím. I v případě nesouhlasu je nezbytné aktivně naslouchat. Ochota a aktivní naslouchání jsou totiž významné faktory, které budují vzájemnou důvěru, jsou projevem respektu a taktu vůči spolupracovníkům.⁵⁹

V domovech pro seniory, kde spolu komunikují různé specializované pracovní pozice, jakými jsou sociální pracovník, pracovník přímé obslužné péče, zdravotnický personál, aktivizační personál a další, je efektivní komunikace zásadní. Pro poskytování kvalitní péče je důležité, aby si pracovníci domova pro seniory mezi sebou funkčně sdíleli a vyměňovali informace o klientech. Nemělo by jít o nahodilé sdělování nějakých údajů, co se právě děje nebo událo, ale měl by být vytvořen systém výměny

⁵⁶ Srov. FILIP, L., ŠEBESTÍK, J. Vize, mise, strategie, cíle a plány – kam a kudy. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Management a kvalita sociálních služeb*, s. 74-76.

⁵⁷ Srov. WOLFANG, K. *Vedení týmů*, s. 49-50.

⁵⁸ Srov. KOLAJOVÁ, L. *Týmová spolupráce*, s. 15.

⁵⁹ Srov. VYMĚTAL, J. *Průvodce úspěšnou komunikací*, s. 26-31, 49.

validních informací. Jde tedy o opakované, pravidelné a funkční předávání informací o tom, co se během služby pracovníka stalo, jaké nastaly změny nebo události pro jednotlivé klienty, a co to znamená pro další pracovníky.⁶⁰

V souvislosti s poskytováním informací o zdravotním stavu klientů v domově pro seniory, lze mezi zdravotními pracovníky často shledat názor, že sociální personál domova nemá znát zdravotní diagnózy klientů. Tento názor je často odůvodněn ochranou osobních údajů a omezeným přístupem do zdravotnické dokumentace. Sociální personál však potřebuje pro poskytování kvalitní a komplexní péče o klienta důležité informace o jeho zdravotním stavu (například v situacích souvisejících s podáváním stravy, při poskytování péče u lidí s cukrovkou, a dalších).⁶¹

Podrobněji tuto problematiku řeší zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Uvádí, že poskytovatelé zdravotních služeb mají povinnost předat poskytovatelům sociálních služeb potřebné informace o zdravotním stavu klienta nezbytné k zajištění návaznosti zdravotních a sociálních služeb, které se klientovi poskytují.⁶²

Zdravotní personál má také povinnost edukační činnosti, která se netýká jen klientů, ale je zaměřena na osvětu sociálního a jiného spolupracujícího personálu. Sociální personál je vzhledem k péči, kterou poskytuje, mnohdy tím prvním, kdo přichází na projevy různých zdravotních problémů, které je třeba následně konzultovat se zdravotnickým personálem. Edukační činnost ze strany zdravotního personálu má zásadní vliv na kvalitu poskytované péče sociálním personálem, a zároveň posiluje a zlepšuje spolupráci a prolínání zdravotní a sociální péče v domově.⁶³

4.1.3 Postupy předávání informací

Každý domov pro seniory má vypracované vlastní postupy předávání informací, které se v daném zařízení používají. Podmínkou je jejich funkčnost. Je naprosto nezbytné, aby šlo o vícekanálovou komunikaci o poskytovaných službách a poskytované péči. Jde o komunikaci mezi jednotlivými pracovníky, mezi pracovníky a vedením, mezi pracovníky a klienty, mezi vedením a klienty. Jako prostředek slouží pravidelné společné porady. Obsahem jsou jak informace týkající se vlastního provozu domova, technického, materiálního a ekonomického zajištění, rozpisu služeb. Ale i informace týkající se například osobních a pracovních vztahů na pracovišti, problémy v přístupu k jednotlivým klientům a zejména společný postup při řešení jejich potřeb a problémů.⁶⁴

Mnoho domovů pro seniory využívá další způsoby a varianty výměny informací, nejen pracovní porady. Patří sem zejména každodenní předání služby v nepřetržitém provozu. Většinou tato výměna informací probíhá při nástupu pracovníka do služby, může být využívána například kniha záznamů o službě. Někdy je využíván počítačový systém, takzvaný intranet. Pracovník si při příchodu na pracoviště přečte záznamy týkající se dění v zařízení a důležité informace o klientech. Dále sem patří i každodenní konzultace či porady všech úseků poskytujících péči klientům. Záleží na velikosti

⁶⁰ Srov. ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*, s. 145.

⁶¹ Srov. JANEČKOVÁ, H., JOHNOVÁ, M., STRNAD, J. *Analýza problémových oblastí zdravotně-sociální péče*, s. 1.

⁶² Srov. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

⁶³ Srov. STRNADOVÁ, A., A KOL. *Koncepce ošetřovatelství*, s. 17.

⁶⁴ Srov. ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*, s. 190.

zařízení a zvyklostech, které jsou v domově nastaveny. Vždy je zásadní funkčnost a efektivnost. Je třeba zmínit, že je vhodné využívat také komunikaci s klienty v domově pro seniory prostřednictvím pravidelných setkání s uživateli, a podporovat vznik a fungování takzvané rady obyvatel či uživatelů služby.⁶⁵

4.1.4 Faktory narušující spolupráci

Mezi faktory, které narušují spolupráci mezi zdravotním a sociálním personálem v domově pro seniory patří nedodržování stanoveného harmonogramu práce zdravotních a sociálních pracovníků, nekoordinovanost činností jednotlivých pracovníků, ale i jednotlivých úseků, nespolehlivost pracovníků. Zdlouhavé debatování o problémech klienta nebo pracovníka z pohledu osobního zájmu a ne z pohledu řešení situace klienta nebo jeho problému. Sabotování rozhodnutí přijatých na poradách, přičemž se nespokojenost nevyjádří otevřeně a nelze tak vzájemně prodiskutovat případné připomínky nebo námitky. V důsledku narušení spolupráce dochází k situacím, kdy jednotliví pracovníci neví, co přesně má kdo dělat.⁶⁶ Vymětal ve svém Průvodci úspěšnou komunikací také zmiňuje situace, kdy si pracovníci navzájem poskytují nesprávné, neadekvátní nebo nekompletní informace. Mezi významné komunikační bloky, které narušují vzájemnou spolupráci, podle něj patří i osobnost komunikujících, současné i minulé konflikty mezi jednotlivými členy personálu, absence vzájemné úcty a slušnosti při komunikaci.⁶⁷

Aby byla spolupráce zdravotního a sociálního personálu v domově pro seniory kvalitní, je nutné starat se i o potřeby personálu, protože nepohoda a nesoulad jednotlivých pracovníků sociální služby se dříve či později vždy odrazí na pohodlí a spokojenosti klienta. Důležitými tématy jsou tedy kvalita pracovníků, jejich motivace, podpora vzájemné spolupráce, společné řešení problémů, ale i osobnostní a profesní rozvoj jednotlivých pracovníků, a to včetně vedoucích pracovníků.⁶⁸ Nelze opomenout i pravidelné setkávání pracovníků v rámci supervizí, intervizí či jiných poradách, kde se pracovníci cíleně zaměřují na konkrétní problémy u konkrétních pracovníků a klientů, a vzájemně si sdělují informace, které mohou být pro komplexní a kvalitní poskytování služeb důležité.⁶⁹

4.1.5 Cíl spolupráce zdravotního a sociálního personálu v domově pro seniory

Účinné a efektivní poskytování komplexní ošetrovatelské péče je možné pouze tehdy, když je vytvořen vztah mezi zdravotním a sociálním personálem v domově pro seniory založený na vzájemném respektu, důvěře, oboustranně zodpovědné spolupráci. Všechny strany si musí uvědomovat, že jsou si navzájem partnery, kteří se podílejí na dosažení stejného cíle, a to udržení nebo zlepšení zdravotního stavu seniora a zejména udržení jeho co nejdelší míry soběstačnosti, uspokojování jeho individuálních potřeb a vytváření podmínek pro důstojné zakončení života seniora.⁷⁰

⁶⁵ Srov. ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*, s. 146, 190.

⁶⁶ Srov. KOLAJOVÁ, L. *Týmová spolupráce*, s. 58-59.

⁶⁷ Srov. VYMĚTAL, J. *Průvodce úspěšnou komunikací*, s. 37-38.

⁶⁸ Srov. TAJANOVSKÁ, A., DOHNALOVÁ, M. Vzdělávání pracovníků v sociálních službách. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Management a kvalita sociálních služeb*, s. 263-264.

⁶⁹ Srov. ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*, s. 146.

⁷⁰ Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*, s. 210.

Cílem spolupráce zdravotního a sociálního personálu v domově pro seniory je zajištění optimální péče o klienta, snaha zabránit zdvojování poskytovaných služeb, vzájemně zaplnit mezery v poskytované péči a předcházet negativním důsledkům pro klienta. Spolupráce zdravotního a sociálního personálu znamená spolupracovat na sdílených cílech, které odrážejí přání a potřeby klienta, kdy jsou jasné vymezené role a očekávání ohledně funkcí, povinností a odpovědnosti jednotlivých pracovníků. Spolupráce umožňuje dělbu činností a dosažení výsledků, kterých by se nedalo dosáhnout v rámci jednotlivých částí. Předpokládá vzájemnou důvěru a je příležitostí ke společnému sdílení úspěchu. To je podstata spolupráce zdravotního a sociálního personálu v domově pro seniory.⁷¹

4.2 Příklady spolupráce zdravotního a sociálního personálu v domově pro seniory

V této kapitole uvádím několik kazuistik, ve kterých se věnuji příkladům spolupráce zdravotního a sociálního personálu z domova pro seniory. Záměrem těchto kazuistik je ukázat, jaký přínos může mít dobrá spolupráce všech pracovníků v domově a jaké situace mohou nastat v případě nefunkční spolupráce zdravotního a sociálního personálu.

Uvedené kazuistiky jsou ze tří pobytových zařízení pro seniory, kde jsem pracovala nebo měla praxi. Kazuistika č. 1 a č. 4. jsou ze stejného zařízení. Všechny osobní informace, které jsou v kazuistikách uvedeny, jsou z důvodu zachování anonymity klientů pozměněny.

4.2.1 Kazuistika č. 1

Klientka: N. P., věk 86 let

Paní N. přišla do domova pro seniory před třemi lety. Předtím bydlela sama v rodinném domě v malé obci. Manžel jí zemřel velmi brzy. Paní N. se již nikdy nevdala, děti nemá. Jedinou rodinu, kterou má, je manželova sestra a její dvě děti, dcera a syn. V době, kdy docházelo ke zhoršování jejího zdravotního stavu, se opakovaly pády doma. V jednom případě byla nutná hospitalizace kvůli podezření na otřes mozku, jinak se jednalo vždy o drobná poranění (odřeny a pohmožděny). Manželova sestra zajistila paní N. pečovatelskou službu, která dojížděla do domácnosti s obědem a zároveň probíhala kontrola, zda je vše pořádku. Když docházelo k stále častějším pádům, navrhla manželova sestra paní N. možnost přestěhování do domova pro seniory. Paní N. ačkoli chtěla setrvat v domácím prostředí, souhlasila. Sociální pracovnice z pečovatelské služby pomohla s podáním žádostí do několika domovů pro seniory. Zdravotní stav se nadále postupně zhoršoval, až došlo k pádu, při kterém si paní N. zlomila krček. Následovala hospitalizace, operace a poté umístění na ODN. Do domova pro seniory byla přijata z ODN.

V nemocnici proběhlo sociální šetření, kde byla přítomna sociální pracovnice zařízení, vedoucí domova a vrchní sestra. Návštěva byla ze strany paní N. hodnocena jako velmi příjemná. I přes mírné obavy se klientka do domova těšila. Po příjezdu byla uvedena pracovníky přímé obslužné péče do pokoje. Současně přijela do domova i sestra manžela. Paní N. se ujala sociální pracovnice, která s ní prošla pravidla pro poskytování služby, ceny ubytování a stravování, byla sepsána smlouva

⁷¹ Srov. STRNADOVÁ, A., A KOL. *Koncepce ošetřovatelství*, s. 63.

o poskytování sociální služby v zařízení. Paní N. byla seznámena s domácím řádem. Sociální pracovnice ve spolupráci s paní N. vypracovala individuální plán, který obsahoval plán péče a vyhodnocená případná rizika. Obsahoval cíle, které by chtěla realizovat. Paní N. byl přidělen klíčový pracovník z řad pracovníků přímé obslužné péče. Paní N. si přála v domově pokračovat v rehabilitaci, aby byla schopná sama se přesouvat, převzít péči o svou osobu a být co nejvíce soběstačná. Přála si účastnit se společenských akcí, na to se velmi těšila, přála si poznat ostatní obyvatele.

V následujících dnech po příchodu do domova si aktivizační pracovnice povšimla, že na společenských aktivitách v zařízení, kam byla paní N. dopravována na vozíku, je stále více zamlklá a nezapojuje se jako dříve. Svoji domněnku konzultovala s ostatními pracovníky na poradě zdravotního a sociálního personálu, která probíhá každý den ve stanovenou hodinu a jsou přítomní i vedoucí pracovníci. Ostatní si ničeho nevšimli, bylo domluveno, že se jednotliví pracovníci zdravotního a sociálního personálu na tuto situaci zaměří. Aktivizační pracovnice se pokusila s paní N. o rozhovor. Klientka jí sdělila, že má bolesti a z tohoto důvodu si nepřeje účastnit se aktivit. Aktivizační pracovnice sdělila tuto informaci na pracovní poradě. Za paní N. se zastavila zdravotní sestra, aby s ní projednala informace o bolesti. Paní N. zdravotní sestře sdělila, že bolesti nemá, ale prostě si nepřeje chodit na společenské akce a bylo jí nepříjemné říci to aktivizační pracovníci. Tyto skutečnosti byly na následující pracovní poradě diskutované. Nepodařilo se odhalit příčinu změny chování. S klíčovým pracovníkem bylo na poradě dohodnuto, zda zjistí rozhovorem více informací o paní N., aby bylo možné rozklíčovat příčinu jejího smutku a zajistit vhodné řešení této situace.

Klíčový pracovník následně zjistil zklamání klientky, že zařízení nemá rehabilitačního pracovníka. Obávala se, že bez odborné rehabilitace se její stav nezlepší, ačkoli s paní N. zdravotní sestry cvičí, nedělají cvičení správně, protože nejsou rehabilitační pracovníci. Toto zjištění bylo projednáno s ostatními pracovníky na pracovní poradě. Vrchní sestra navrhla zajistit odvoz paní N. v doprovodu zdravotní sestry na rehabilitační oddělení. Paní N. byla rehabilitačním pracovníkem uklidněna, že cvičení, které provádějí zdravotní sestry v domově pro seniory je správné a nemusí se obávat dál rehabilitovat. Byl domluven rozvrh pravidelného cvičení, se kterým paní N. souhlasila. Následovalo domluvené cvičení. Po pokoji klientka poté chodila zcela sama a následoval nácvik chůze po zařízení. Paní N. nadále odmítala nabídky ze strany aktivizačního pracovníka navštěvovat společenské aktivity a setrvala v pokoji.

Na poradě pracovníků zdravotního a sociálního úseku bylo diskutováno, jak znovu paní N. zapojit do aktivizačních činností. Bylo navrženo zdravotní sestrou nabídnout paní N. skupinové kondiční cvičení, které probíhá v zařízení jednou týdně pod vedením aktivizačního pracovníka. Vrchní sestra navrhla paní N., zda nechce vyzkoušet kondiční cvičení se skupinou, jako ozvláštnění jejich rehabilitačního plánu. Paní N. nakonec souhlasila, že se na cvičení podívá, zda by v jejím případě mohlo mít přínos. Po ukončení cvičení probíhala diskuze mezi klienty a aktivizační pracovníci o plánovaných aktivitách na následující dny. Poté doprovázela jednotlivé klienty do pokojů. Paní N. odmítla pozvání na společenské aktivity, ale souhlasila s dalším cvičením.

Během několika následujících skupinových cvičení se dala paní N. do hovoru s jinou klientkou a navázaly spolu přátelský vztah. Tato klientka pozvala paní N., aby šly spolu na společenskou akci, která se v zařízení konala a paní N. to neodmítla. Obě klientky si velmi porozuměly. Začaly se spolu navštěvovat na pokoji. Paní N. je

v domově spokojená, pokračuje v udržování své fyzické kondice a účastní se aktivit v zařízení.

Komentář

Tato kazuistika popisuje fungující a efektivní spolupráci personálu. Popisují příběh klientky domova pro seniory od příjmu, přes adaptační proces až po současnost. V tomto domově pro seniory byly zavedeny pravidelné porady zdravotního a sociálního personálu, účastnilo se jich také vedení těchto úseků. Byl nastaven jasný a přesně daný komunikační styl, který dodržovali všichni pracovníci a navzájem si sdělovali podstatné a důležité informace o klientech. Komunikace byla vstřícná, jasná a výstižná. Spolupráce byla konstruktivní. Mezi pracovníky panovala vzájemná důvěra a otevřenost při poskytování informací. Zdravotní a sociální personál projednával na společných pracovních poradách problémy klientky s adaptací. Byly diskutovány možnosti, jak odhalit příčiny problémů klientky. Po nalezení příčiny byl domluven následný postup řešení situace a došlo k rozdělení jednotlivých úkolů. Spolupráce zdravotního a sociálního personálu vedla ke zvládnutí problému a k úspěšné adaptaci klientky v domově.

Smyslem této kazuistiky bylo také ukázat častou tendenci považovat pobytové sociální služby, jakými je domov pro seniory, více za zdravotní zařízení než sociální. Senioři, ale mnohdy i jejich rodiny, mohou získávat dojem, že přítomnost zdravotních pracovníků znamená možnost nadstandardních a nadstavbových zdravotních služeb. Ne vždy tomu tak je. Některé domovy pro seniory nemají přítomné fyzioterapeuty. S ergoterapeutem v domově pro seniory jsem se osobně nesetkala. Je vhodné, když má klient přicházející do zařízení informace o tom, jaké všechny služby zařízení nabízí. Je-li v možnostech zařízení získat a nabízet doplňkové služby, jakými je spolupráce s fyzioterapeutem nebo ergoterapeutem, je to samozřejmě bonus pro klienty a ošetrovatelský personál, protože se tím rozšíří okruh možností péče o klienta a jeho potřeby.

4.2.2 Kazuistika č. 2

Klientka: K. M., věk 81 let

Paní K. přišla do domova pro seniory před několika lety z domácího prostředí. O klientku doma pečovala dcera, střídala se s pečovatelskou službou a domácí zdravotní péčí. Paní K. měla po několika cévních mozkových příhodách omezenou hybnost, byla nutná dopomoc při běžných činnostech. Ušla bez pomoci jen pár kroků. Po další cévní příhodě začala být klientka zmatená, dezorientovaná, občas nepoznávala dceru, označovala ji za sestru. Péče byla náročná a dcera se rozhodla využít umístění do domova pro seniory. Sociální šetření proběhlo v domácím prostředí, přítomná byla dcera, sociální pracovník, vedoucí domova a vedoucí zdravotně-ošetrovatelského úseku (vrchní sestra). Adaptace v zařízení byla bezproblémová. Klientka byla i přes dezorientaci a zmatenost velmi milá a společenská, v zařízení se účastnila společenských aktivit na vozíku, zdravotní stav byl setrvalý.

Klientka si v průběhu času začala stěžovat na bolest zad, objevovaly se otoky rukou a nohou. Celkově byla neklidná. Pracovníci přímé obslužné péče tyto potíže klientky opakovaně hlásili službu mající sestře, ta je zaznamenala s tím, že informace předá vrchní sestře. Klíčový pracovník tuto situaci později projednal s vrchní sestrou soukromě, mimo pracovní poradou, protože i když pracovní porada personálu probíhá

každý den ráno ve stejnou dobu, účastní se ho pracovníci zdravotního a sociálního personálu zařízení, vrchní sestra se jí běžně neúčastní.

Zdravotní sestra, na základě pověření vrchní sestrou, zajistila ve spolupráci s lékařem odběry krve, které ukázaly špatné hodnoty ledvinových funkcí a klientka byla odeslána do nemocnice k vyšetření. Bylo zjištěno selhávání ledvin, a oboustranné nádorové bujení. Zdravotní sestra předala lékařské zprávy o zdravotním stavu klientky vrchní sestře, která se pravidelných porad zdravotního a sociálního personálu v zařízení běžně neúčastnila. Vrchní sestra klíčovému pracovníkovi ani ostatním pracovníkům sociálního personálu nesdělila důležité informace o zdravotním stavu klientky. Zjednodušeně podala pracovníkům přímé obslužné péče, kteří se o informace soukromě zajímali, že má klientka špatné ledviny.

Klíčový pracovník měl pocit, že není paní K. věnovaná dostatečná zdravotní péče. Domníval se, že by se měly ledviny léčit a nic se neděje. Zdravotní sestra naléhání klíčového pracovníka vždy odbyla, diskuzi zastavila a odkázala klíčového pracovníka na vrchní sestru. Vrchní sestra už vůbec s klíčovým pracovníkem na toto téma nediskutovala, s odůvodněním, že mu do zdravotního stavu klientky nic není.

Kvůli náhlému zhoršení zdravotního stavu byla paní K. převezena do nemocnice k vyšetření. Vyšetření ukázalo výrazné zhoršení stavu ledvin a prognóza nebyla příznivá. Vrchní sestra stále neposkytla dostatečné informace sociálnímu personálu ani na pracovní poradě, ani mimo ni. Klíčový pracovník neměl ponětí o vážném stavu klientky. Opakovaně řešil otoky nohou a rukou, bolesti, na které si klientka stěžovala. Stěžoval si mimo porady i na poradách na laxní přístup zdravotních sester.

Klíčovému pracovníkovi se podařilo potkat ve službě dceru paní K. Svěřil se jí s pocity ohledně poskytované zdravotní péče v domově. Dcera požádala zdravotní sestru o informace o zdravotním stavu paní K. Zdravotní sestra odkázala dceru paní K. na vrchní sestru a ta ji odkázala na ošetřujícího lékaře domova pro seniory, který by měl poskytovat informace. Lékař požádal dceru paní K., aby přišla osobně na konzultaci po jeho návštěvě v domově. K tomu nedošlo, dcera nepřišla.

U paní K. došlo k náhlému zhoršení zdravotního stavu a byla přivolána zdravotnická záchranná služba. Shodou okolností přijela na návštěvu i dcera paní K., která viděla, jak klientku umisťují do sanity a jela po dohodě se zdravotnickým personálem sanity za nimi. Byla přítomná u vyšetření a dozvěděla se od lékaře závěr vyšetření, zdravotní stav paní K, včetně nepříznivé prognózy.

Dcera se poté obrátila na klíčového pracovníka, kterému sdělila vážný zdravotní stav klientky. Projednala s klíčovým pracovníkem možnosti péče o paní K., zejména zpříjemnění posledních chvil. Klíčový pracovník projednal tuto situaci se sociálním pracovníkem domova a poté oslovil osobně jednotlivé pracovníky přímé obslužné péče, předal jim informace o zdravotním stavu klientky a projednal s nimi nastavení potřebné péče o klientku.

Komentář

Tato druhá kazuistika popisuje situaci, která může vzniknout v případě, kdy zdravotní personál v domově pro seniory neposkytuje ostatním pracovníkům validní informace o zdravotním stavu klientů.

V tomto případě měl domov pro seniory nastaven systém pravidelných pracovních porad zdravotního a sociálního personálu. Zde však na tyto porady vrchní

sestra, která byla vedoucí obou těchto úseků, běžně nedocházela. Nekoordinovala spolupráci zdravotního a sociálního personálu. Svou nepřítomností do této spolupráce nevstupovala. Velmi zjednodušené informování o zdravotním stavu klienta vedlo klíčového pracovníka k nesprávnému pochopení zdravotního stavu klienta. Došlo k pochybnosti, zda zdravotní personál poskytuje kvalitní péči a věnuje dostatečnou pozornost problémům klientky. Komplexní informace o zdravotním stavu klientky podala klíčovému pracovníkovi dcera klientky, která je zjistila díky náhodě a doprovodu k vyšetření v nemocnici. Klíčový pracovník pak sám za sebe koordinoval zajištění péče o klientku ve spolupráci se sociálním personálem domova.

V tomto domově pro seniory sice docházelo k pravidelným poradám, ale postrádaly smysl plánování, koordinování a prolínání zdravotní a sociální péče. Nedocházelo ke sdělování potřebných informací o klientech. Komunikace byla ze strany zdravotního personálu blokována. Vrchní sestra zastávala názor, že sociální personál nepotřebuje znát diagnózy a detailní informace o zdravotním stavu klientů. Došlo k rozdělení komplexní péče o seniory na zdravotní a sociální část a nedocházelo k jejímu prolínání. Pracovníci přímé obslužné péče, pokud nemají potřebné informace o zdravotním stavu svých klientů, nemohou plně uspokojovat jejich potřeby, nemohou plně rozumět příčině obtíží a přizpůsobovat tomu poskytovanou péči. Zároveň není možné zcela naplnit kvalitu individuálního plánování uspokojování potřeb klientů a nastavení individuálního poskytování služeb. Dochází také k nedůvěře mezi sociálním a zdravotním personálem, to může vést k prohlubování problémů s komunikací a navazováním vzájemné spolupráce v budoucnu.

V této kazuistice se nabízí prostor pro úvahu o kvalitě vedoucích pracovníků pracujících v domově pro seniory. Jsou důležité osobnostní předpoklady, vzdělávání pracovníků, získávání zkušeností. Péče o pracovníky ze strany zařízení. Právě vedoucí pracovníci udávají styl práce v zařízení a svým přístupem podporují nebo narušují vzájemné vztahy mezi jednotlivými pracovníky, ovlivňují vzájemnou spolupráci mezi zdravotním a sociálním personálem.

4.2.3 Kazuistika č. 3

Klientka: L. B., věk 78 let

Paní L. bydlela v chalupě na samotě za vsí. Její bydliště bylo špatně dostupné. Paní L. měla 3 syny, kteří ji navštěvovali pouze občas. Telefonické spojení chalupa neměla. Paní L. byla soběstačná, chodila si do vsi nakupovat sama, občas přinesl něco soused nebo sousedka. Paní L. byla vdova, jejím přáním bylo v chalupě dožít. Chalupa byla přepsána do vlastnictví nejmladšího syna.

Paní L. upadla na náledí, našla ji sousedka. Měla naraženou kostrč, otřes mozku, zlomená žebra a v důsledku promrznutí zápal plic. Z plicního oddělení byla pro doléčení umístěna na LDN. Sociální pracovnice z nemocnice zkontaktovala rodinu a snažila se domluvit umístění do domova pro seniory. Péče ze strany rodiny nebyla možná, stejně tak nabídka terénních sociálních služeb kvůli dostupnosti. Paní L. odmítala umístění do domova pro seniory, přála si vrátit se domů. S rodinou a paní L. bylo domluveno, že přejde do domova pro seniory, než se plně zotaví z úrazu a jeho následků a pak se uvidí, zda se bude moci vrátit do svého domova. Paní L. ustoupila tlaku rodiny a s umístěním souhlasila.

Sociální šetření proběhlo na oddělení LDN, zúčastnila se ho vedoucí zařízení, sociální pracovníce a vrchní sestra. Paní L. příliš nekomunikovala, neodpovídala na otázky, neprojevovala zájem. Sociální pracovníce z nemocnice poskytla informace, které měla k dispozici od rodiny a od zdravotních sester z oddělení.

Paní L. byl přidělen klíčový pracovník, odmítala s ním ale komunikovat. Odmítala komunikovat i se sociální pracovnící, individuální plán byl nastaven na předpokládané cíle. Paní L. se zdálo plánování zbytečné, když v zařízení nezůstane déle než 3 měsíce. Tato takzvaná zkušební doba v zařízení byla domluvena při sociálním šetření v nemocnici, paní L. s ní byla srozuměna. Tuto dobu byla ochotná tolerovat a poté se chtěla vrátit domů.

Na pracovní poradě domova pro seniory byl projednán příchod nové klientky. V tomto domově se pracovní rady konaly každý den ve stanovenou hodinu, účastnil se jí veškerý personál v domově. Nejen zdravotní a sociální personál, včetně vedoucích pracovníků, ale i pracovníci technického úseku (stravovacího, zajištění odvozu klientů na vyšetření). Obvykle se účastnil porad vedoucí zařízení. Sociální pracovníce informovala všechny pracovníky o negativním nastavení klientky. Zdravotní sestra navrhla domluvit s paní L. rehabilitace. Klientka s tím souhlasila a byla zahájena rehabilitace zdravotní sestrou. Klíčový pracovník navrhl všem pracovníkům, aby se co nejvíce podporovala soběstačnost klientky a prováděl se nácvik sebeobsluhy. Aktivizační pracovníci navrhli, že za paní L. zajdou na individuální pohovory na pokoji a nabídnou aktivizační programy, které se v zařízení konají. Na každodenních poradách byl diskutován stav paní L. a vzájemně se probíraly činnosti, které klientka zvládá a jakým způsobem podporovat činnosti, které nezvládá. Vrchní sestra po nějaké době nabídla klientce docházení do jídelny v rámci doplnění rehabilitace. Paní L. ne příliš ochotně souhlasila.

Klientka se pohybovala po zařízení o dvou holích. Pohyb byl pomalý a často zavravorala a opírala se o zeď. Bylo nutné doprovázení aktivizačními pracovníky a pracovníky přímé obslužné péče. Paní L. odmítala přijmout dopomoc od pracovníků přímé obslužné péče se sebeobsluhou, s ložním prádlem a dalšími úkony, které sama plně nezvládala. Měla pocit, že je pomoc zbytečná a vše zvládá zcela sama. Stejně hodnotila i vlastní chůzi a přesun po zařízení. Chůzi vnímala jako bezproblémovou díky holím, opírání o zeď popisovala jako odpočinek. Domnívala se, že je natolik soběstačná, že může brzy odejít domů. Ke konci zkušební doby, zkoušela paní L. chůzi bez holí na pokoji. Zavravorala a pádem došlo k úderu do hlavy a byl nutný převoz do nemocnice, kde klientku nechali na pozorování. Protože zařízení volá informaci o hospitalizaci klienta kontaktní osobě, dozvěděla se rodina o hospitalizaci. Během hospitalizace navštívil klientku nejmladší syn a oznámil jí, že chalupu prodal a ona se nemá kam vrátit. Paní L. se vrátila do domova pro seniory velmi nešťastná a rozzlobená. Odmítala veškerou péči, byla útočná, plačtivá, depresivní.

Na pracovní poradě se jednotliví pracovníci domlouvali, jakým způsobem klientku aktivizovat, zadaptovat a podpořit. Její psychický stav nebyl dobrý a odráželo se to na zdravotním stavu, odmítala jíst i pít. Tuto skutečnost pracovníci přímé obslužné péče pravidelně diskutovali se zdravotním úsekem. Sociální pracovníce navrhla, že osloví rodinu, pokusí se jim vysvětlit psychický stav klientky a zapojit rodinu do procesu adaptace. Vrchní sestra navrhla zajistit návštěvu psychologa nebo psychiatra. S aktivizačními pracovníky byly domluveny pravidelné návštěvy formou individuálních rozhovorů. S pracovníky přímé obslužné péče byla péče domluvena

v konkrétních činnostech tak, aby klientku podporovala a zároveň zbytečně neopečovávala.

Za paní L. přišli synové na návštěvu. Jejich rodinné neshody kvůli prodeji chalupy, vyústily v odmítnutí nejmladšího syna a klientka se upnula na nejstaršího. Ten v budoucnu paní L. pravidelně navštěvoval. Klientku navštívil psychiatr, po domluvě mezi ním a paní L. došlo k nastavení psychiatrické medikace, příslibu adaptace v zařízení, pokračování v rehabilitaci a zapojení se do individuálního plánování a péče o svou osobu.

Paní L. si v zařízení nezvykla, považovala to za zlo a zradu od rodiny. Přijala pouze staršího syna, který ji pravidelně navštěvoval. Nalezla si v domově svůj režim, který akceptovala. Jedinou aktivitu, na kterou docházela bylo společné zpívání a akce se zpěvem. Do plánu péče bylo později přidáno krátké posezení u kávy s aktivizačním pracovníkem nebo pracovníkem přímé obslužné péče, pokud aktivizační pracovník nemohl. Tuto náhradní roli přijal klíčový pracovník, který to vnímal jako další možnost prostoru pro komunikaci se svěřeným klientem v příjemné atmosféře u kávy.

Komentář

Příklad této kazuistiky popisuje stav, kdy s přijetím do domova pro seniory klientka nesusouhlasila a na tuto možnost se nepřipravovala. Ne vždy je jiná možnost, která by odpovídala přání klienta. Umístění do domova pro seniory je mnohdy jediné východisko, jak zajistit péči, naplnění a zajištění potřeb seniora. Je potřeba v rámci vzájemné spolupráce probrat všechny možnosti, jak mobilizovat klienta, jakou formou ho podpořit, aktivizovat. Jaké činnosti nabídnout a jakým způsobem ho zapojit do společenského života v zařízení i mimo něj. Zdravotní i sociální personál společně musí prověřit, zda se vzaly v úvahu všechny možnosti, které jsou k dispozici a zda byly vyčerpány.

Nastavit individuální uspokojení potřeb klienta, který o to nestojí je náročné jak pro klienta, tak pro personál. Navzdory objektivně funkční komunikaci a spolupráci zdravotních a sociálních pracovníků, se může u jednotlivých pracovníků, ale i celého pracovního kolektivu, objevit ztráta smyslu vlastní práce a další negativní pocity. Tato situace vždy prověří funkční komunikaci a vzájemnou spolupráci pracovníků. Pokud je komunikace funkční a efektivní, může pomoci zvládnout problémy pracovníků, podpořit je, a i zlepšit vztahy mezi pracovníky. Tato situace také vyžaduje zájem vedoucích pracovníků. Zde je prostor pro personální porady, supervize či intervize, ať již jednotlivým pracovníkům nebo celému pracovnímu kolektivu.

4.2.4 Kazuistika č. 4

Klientka: Š. R., věk 89 let

Paní Š. byla klientkou domova pro seniory několik let. V posledních měsících si klientka stěžovala na bolest břicha. Bolesti byly stále silnější a častější. Paní Š. byla již dříve často nespokojená s jídlem. Pracovníci přímé obslužné péče, kteří paní Š. nosili jídlo na pokoj opakovaně upozorňovali službu mající zdravotní sestru, že paní Š. jí menší porce, než je u ní obvyklé, často jídlo vrací netknuté. Tato situace byla několikrát diskutována na ranních společných poradách, kterých se účastní služba mající pracovníci zdravotního a sociálního personálu, a jejich vedoucí pracovníci, pokud jsou přítomní. Vrchní sestra uvedla, že tuto situaci s paní Š. prodiskutuje, zhodnotí stav klientky a následně tuto situaci probere s lékařem.

Sestrou i lékařem byl stav zhodnocen jako neakutní. Doporučeno sledování příjmu stravy ze strany pracovníků přímé obslužné péče a hlášení službu mající zdravotní sestře. Klíčový pracovník posléze upozornil zdravotní personál, že paní Š. nepovažuje svůj stav za dobrý a přála by si vyšetření. Tato informace byla zdravotním personálem přijata, ale dál se nic nedělo. Klíčový pracovník probral znovu toto přání klientky s vrchní sestrou na ranní pracovní poradě všech zaměstnanců. Vrchní sestra následně po konzultaci s lékařem objednala paní Š. na vyšetření. Klientka převezena na vyšetření bez doprovodu. Klíčový pracovník se při první společné poradě zeptal vrchní sestry, jak klientka dopadla na vyšetření. Vrchní sestra podala ne příliš jasné informace o výsledku. Kromě zdravotního personálu nikdo nevěděl, co se s klientkou děje. Paní Š. se klíčovému pracovníkovi při rozhovoru svěřila, že lékaři nerozuměla a vlastně neví, co vyšetření ukázalo, ale nejspíš je to dobré, protože zdravotní sestra v domově nic neříkala.

Klientka si nadále stěžovala opakovaně na bolesti břicha, jídlo často zcela odmítala. Pracovníci přímé obslužné péče opakovaně upozorňovali na pracovních poradách na tuto situaci. Vždy došlo k odmítnutí diskuze na toto téma ze strany zdravotního personálu, často se objevilo i zlehčení udávaných potíží s tím, že klientka měla vždy s jídlem problémy a vždy si stěžovala na bolest břicha. Pracovníci přímé obslužné péče se následně obávali jen zmiňovat problémy, které klientka má. Došlo k omezení předávání informací pouze na příjem jídla a informace, které si vyžádal zdravotní personál sám dotazem na pracovní poradě.

Zanedlouho se objevily další obtíže a musela být akutně převezena na vyšetření, doprovázel ji klíčový pracovník. Klientka si přála jeho doprovod k vyšetření a přítomnost u lékaře. Vyšetření odhalilo rychle rostoucí nádor. Tento výsledek byl prodiskutován se všemi pracovníky zdravotního a sociálního úseku při následující poradě. Z diskuze vyplynulo, že o vážnosti zdravotní personál věděl. Klientka probrala svůj zdravotní stav s klíčovým pracovníkem a vyjádřila přání, že si již nepřeje žádné vyšetření a žádné převozy do nemocnice, přeje si zemřít v domově. Klíčový pracovník sdělil toto přání sociální pracovníci a následně bylo při pracovní poradě sděleno všem pracovníkům zdravotního a sociálního personálu v domově. Zdravotní personál tuto informaci vzal na vědomí, nicméně při dalším výskytu akutních obtíží byla klientka převezena rychlou záchrannou službou do nemocnice, odtud vrácena zpět do domova pro seniory se závěrem, že klientce nelze pomoci a má být řešeno cestou péče v domově. Při dalším výskytu akutních obtíží byla opět přivolána rychlá záchranná služba a klientka zemřela krátce po převozu do nemocnice.

Komentář

Tato poslední kazuistika obsahuje také příklad nefunkční a neefektivní spolupráce zdravotního a sociálního personálu. Tento domov pro seniory měl nastavený systém pravidelných pracovních porad. Účastnili se jich i vedoucí pracovníci, ale komunikace mezi zdravotním a sociálním personálem nebyla otevřená. Nedocházelo k předávání podstatných informací o zdravotním stavu klientky ze strany zdravotního personálu. I v tomto případě došlo k oddělení péče zdravotního a sociálního personálu. Nedocházelo ke vzájemné spolupráci při péči o klienta. Pracovníci přímé obslužné péče potřebují dostatek validních informací, aby chápali, jaké obtíže mají a mohou mít jejich klienti a mohli tomu přizpůsobovat poskytovanou péči. Nedostatečné sdílení informací vede k nejistotě personálu a vzájemné nedůvěře. Bez vzájemné důvěry nelze poskytovat komplexní péči o klienty a kvalitně naplňovat jejich potřeby a přání. V tomto případě došlo k omezení až postupnému zablokování komunikace a výměny informací mezi

zdravotním a sociálním personálem. Atmosféra nedůvěry mezi zdravotním a sociálním personálem ovlivnila nejen péči o klientku, ale i celkově spolupráci personálu při poskytování péče o další klienty v tomto zařízení.

Tato kazuistika nabízí zamyšlení nad doprovázením klienta v domově pro seniory na konci života a při nepříznivé zdravotní prognóze zdravotním a sociálním personálem. Patří sem otázky týkající se způsobů zmírňování utrpení seniorů s nepříznivými zdravotními prognózami, zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti v klidu domova. I zde je prostor pro význam a důležitost spolupráce zdravotního a sociálního personálu v domově pro seniory se všemi aspekty, které byly zmíněny v této práci.

4.3 Shrnutí

V této části bych chtěla shrnout poznatky z kazuistik a poznatky uvedené v předchozích částech mé práce. Předložené kazuistiky měly za cíl ukázat důležitost a význam vzájemné spolupráce zdravotního a sociálního personálu v domově pro seniory, ta je založena na několika důležitých faktorech. V prvních částech 4. kapitoly, kterou považuji za stěžejní, podrobněji uvádím, jaké faktory vzájemné spolupráce zdravotního a sociálního personálu jsou důležité. Patří sem především nastavení vzájemných pracovních odpovědností a pravomocí, efektivní komunikace mezi zdravotním a sociálním personálem včetně sdílení důležitých informací o klientech domova, postupy, jakými si dané zařízení informace předává. Patří sem také faktory, které mohou spolupráci narušovat a je třeba jim věnovat pozornost.

V rámci vyhodnocení spolupráce zdravotního a sociálního personálu jsem si zvolila tři důležité momenty této spolupráce, na které se chci zaměřit. Patří sem **nastavení vzájemných pracovních odpovědností a pravomocí, komunikace mezi zdravotním a sociálním personálem včetně sdílení důležitých informací o klientech a postupy předávání informací**. Tyto jednotlivé aspekty spolupráce se navzájem prolínají a ovlivňují.

Prvním klíčovým momentem spolupráce zdravotního a sociálního personálu v domově pro seniory, je odpovídající stanovení **pracovních odpovědností a pravomocí** jednotlivých pracovníků. Jaké pracovní kompetence, sociálního pracovníka, pracovníka v sociálních službách vykonávající přímou obslužnou péči, pracovníka základní výchovné nepedagogické činnosti (aktivizačního pracovníka), vrchní sestry, všeobecných sester, ergoterapeuta a fyzioterapeuta, patří mezi nejdůležitější zmiňuje 3. kapitola. Každá z těchto pozic má své specifické pracovní úkoly, kterými se podílí na komplexní péči o klienta v domově pro seniory. Jak uvádí kapitola 4.1.1, je důležité, aby měli pracovníci jasné dané odpovědnosti a pravomoci, protože v případě, kdy jednotliví pracovníci, včetně vedoucích pracovníků, neplní své povinnosti, mohou se najít pracovníci, kteří chtějí zařízení a zejména klientům, pomoci a vykonají jejich činnosti za ně. Tato situace nesvědčí pracovníkům ani zařízení a dříve či později má vliv na poskytovanou péči.

V případě kazuistiky č. 1 a č. 3 jsou pracovní odpovědnosti a pravomoci jednoznačně stanovené, každý z pracovníků plní své kompetence a zároveň dochází k vzájemné spolupráci. Kazuistika č. 2 popisuje situaci, kdy klíčový pracovník informoval ostatní členy pracovního kolektivu o zdravotním stavu klientky a následně koordinoval péči. V tomto zařízení byla vrchní sestra vedoucím pracovníkem jak zdravotního, tak ošetrovatelského úseku. Podle kapitoly 3.2.1 je právě vrchní sestra

nejvýše postaveným pracovníkem a součástí jejích důležitých kompetencí je plánování, kontrola a koordinace zdravotní a ošetrovatelské péče v zařízení. Tuto část odpovědností převzal právě klíčový pracovník. Je v pořádku, pokud jde o výjimečné situace, ale nemělo by se to stávat pravidlem. Tato kazuistika je poměrně vyhoceným případem, nicméně toto nastavení spolupráce bylo v daném domově pro seniory toho času běžné.

Zdravotní personál má v rámci svého postavení a kompetencí zásadní vliv na to, v jakém duchu bude probíhat péče o klienty v domově pro seniory. Jak zmiňuje v kapitola 3.2.1, o kompetencích vrchní sestry a kapitola 3.2.2, o kompetencích všeobecné sestry, stěžejní součástí práce zdravotního personálu je komunikace. Jedna z častých příčin nespokojenosti klientů a jejich rodinných příslušníků je nedostatečná a nevhodně vedená komunikace ze strany zdravotního personálu. Kapitola 3.2.2 v kompetencích zdravotních sester také zmiňuje, že zdravotní personál by se neměl soustředit pouze na fyzickou stránku seniora a jeho nemoci. V domově pro seniory není cílem léčit klienta, ale je důležité vidět klienta jako komplexní bytost, je potřeba respektovat přání klienta a dovolit mu žít a dožít svůj život, tak jak si přeje. Tato kapitola také zmiňuje, že by zdravotní sestra měla být vnímavá vůči klientům a měla by s nimi umět vhodně komunikovat. Povinností je pravdivá a ohleduplná edukace, nejen klientů, rodinných příslušníků, ale i ostatních pracovníků. Jak zmiňuje kapitola 4.1, je důležité uvědomit si, že domov pro seniory je především sociální služba a je důležité, aby naplňoval především svou sociální funkci. Významnou součástí práce zdravotního, ale i sociálního personálu v domově pro seniory je doprovázení v posledních fázích života, zajištění klidného a důstojného umírání a zde hraje důležitou roli přání klienta, více než jeho zdravotní stav.

Kazuistika č. 4 popisuje situaci, která je velmi specifická a v tomto případě šlo o poměrně vyhocenou situaci, ne však ojedinělou v nastavení komunikace s klientem ze strany zdravotního personálu a v otázce nerespektování přání klienta zemřít v domově pro seniory. Poměrně často dochází k situacím, kdy je senior v domově brán jako pacient a v této rovině se nese péče o jeho potřeby. V zařízení, které zmiňuji v kazuistice č. 4 neproběhla ze strany zdravotního personálu ohleduplná edukace klientky o jejím zdravotním stavu. Neproběhla ani u klientky, ani u sociálního personálu. Zdravotní personál nerespektoval přání klientky zemřít v domově. V tomto zařízení se postupem času nastavení spolupráce zdravotního a sociálního personálu odrazilo na pracovní atmosféře a na kvalitě poskytované péče, až došlo ke změně vedoucího pracovníka zdravotního úseku. Z tohoto zařízení je i kazuistika č. 1, která je při porovnání zcela odlišná, ačkoli se jedná o stejné zařízení. Rozdílný přístup vedoucího pracovníka ukazuje změnu, kterou může nastavení stylu komunikace a spolupráce způsobit.

Druhým klíčovým momentem spolupráce zdravotního a sociálního personálu v domově pro seniory je **komunikace mezi zdravotním a sociálním personálem včetně sdílení důležitých informací o klientech**. Jak je uvedeno v kapitole 4.1.2, komunikace je významný aspekt spolupráce. Slouží ke sdělování informací, které jsou zásadní pro vzájemnou spolupráci a zajištění komplexní péče o klienty. Aby byla tato komunikace efektivní, musí jít o jasné a přesné poskytování důležitých informací o klientech, a to na všech úrovních, nejen mezi pracovníky navzájem, ale i mezi pracovníky a vedením. Součástí probíhající komunikace mezi zdravotním a sociálním personálem je předávání informací o zdravotním stavu klienta. Kapitola 4.1.2 zmiňuje v souvislosti se sdílením důležitých informací o klientech povinnost zdravotních

pracovníků informovat spolupracující personál o zdravotním stavu klienta, aby byla zajištěna návaznost a prolínání poskytování komplexní péče. Důležitost této kompetence zdravotního personálu zaznívá zejména při vzájemné spolupráci se sociálním personálem.

V oblasti komunikace mezi zdravotním a sociálním personálem v domově pro seniory, které popisují v kazuistice č. 1 a č.3, probíhala komunikace v příjemné a otevřené atmosféře. Panovala vzájemná důvěra mezi zdravotním a sociálním personálem. Tato důvěra se projevovala nejen ve způsobu komunikace, která byla jasná, vstřícná, taktní, ale i v informacích, které si personál vzájemně sděloval. I v případě diskuze o nepříjemných záležitostech probíhalo jednání konstruktivně a věcně. Je výhodné, jestliže je v zařízení nastavená otevřená a konstruktivní komunikace.

Naproti tomu kazuistika č. 2 a č. 4 představuje situaci, která neprospívá spolupráci zdravotního a sociálního personálu a už vůbec nepřispívá ke společnému uspokojování individuálních potřeb klienta. V zařízení, které popisuje kazuistika č. 2, docházelo k odmítání diskuze na pracovních poradách, ale i mimo ně, k redukci vzájemně sdělovaných informací, což mělo za následek nejistotu personálu, nedůvěru mezi pracovníky navzájem a pochybnosti o poskytované péči. Podobnou situaci popisují v kazuistice č. 4, kde pracovní porady neprobíhaly v otevřené atmosféře, docházelo k odmítání diskuze, až tento stav došel k omezenému předávání informací mezi zdravotním a sociálním personálem o zdravotním stavu klientky.

V oblasti sdílení důležitých informací o klientech, v kazuistice č. 2 a č. 4, ačkoli jde o dva rozdílné domovy pro seniory, vrchní sestra zastávala názor, že sociální personál nepotřebuje znát diagnózy a detailní informace o zdravotním stavu klientů. V tomto nastavení pracovaly i ostatní zdravotní sestry. V obou zmíněných kazuistikách má tento názor negativní vliv na vzájemnou spolupráci mezi zdravotním a sociálním personálem. Kapitola 4.1.2 uvádí, že sociální personál nemůže bez důležitých informací o zdravotních obtížích klientů poskytovat adekvátní péči klientům, chybí pochopení obtíží, které klienti mají. Edukační činnost zdravotního personálu má výrazný vliv na kvalitu poskytované péče, posiluje a podporuje prolínání zdravotní a sociální péče. Jak vyplývá z kazuistiky č. 2 a č. 4, v důsledku nedostatečných informací ohledně zdravotního stavu klientů došlo k vzájemné nedůvěře mezi zdravotním a sociálním personálem, a otevřelo to prostor pro pochybnosti o poskytované zdravotní péči. Tato situace neprospívá personálu a už vůbec ne klientům, o které by mělo jít v sociálních službách především.

Třetím klíčovým momentem dobré spolupráce zdravotního a sociálního personálu, který jsem zvolila k porovnání, je **postup předávání informací**. Z kazuistik vyplývá, že je nezbytné, aby měl každý domov pro seniory nastaven **systém pracovních porad**. Ty jsou pro zajištění spolupráce mezi zdravotním a sociálním personálem zásadní. Slouží jako prostředek k předávání důležitých informací o klientech. Jak uvádí kapitola 4.1.3, součástí společných porad je zejména vzájemná domluva mezi sociálním a zdravotním personálem, kdy dochází k předávání důležitých informací o klientech, ale i informací týkajících se vlastního provozu domova, plánování a koordinace společné práce, jejímž cílem je komplexní péče o klienty a jejich potřeby.

Kazuistika č. 1 a č. 3 popisují domov pro seniory, kde jsou zavedené pravidelné porady a účastní se jich jak zdravotní a sociální personál, tak vedoucí pracovníci. Tyto dvě kazuistiky ukazují, že pravidelné porady jsou důležitým nástrojem

kontinuálního předávání informací o klientech a poskytované péči. Podporují spolupráci jednotlivých úseků poskytujících péči v domově pro seniory tím, že jsou všichni pracovníci dostatečně informováni o průběhu poskytované péče. Vzájemně se domlouvají, co je předmětem jejich denní práce, co je třeba vykonat a zároveň se nastíní další činnosti, které bude třeba zařídit. V rámci kolektivní diskuze se získá zpětná vazba o vhodnosti a účelnosti těchto činností. Je možné ihned nebo na následující pracovní poradě vyjádřit souhlas nebo nesouhlas a položit doplňující dotazy.

Oproti tomu zařízení v kazuistice č. 2 a č. 4 měla sice nastavený systém pravidelných porad zdravotního a sociálního personálu, ale nebyl splněn jejich zásadní smysl. Tím je efektivní komunikace mezi jednotlivými pracovníky a vedením a předávání důležitých informací o klientech. Kapitola 4.1.3 zmiňuje, že je naprosto nezbytné, aby se komunikace o poskytovaných službách účastnili také vedoucí pracovníci. Pokud ze strany vedoucích pracovníků nedochází ke komunikaci a zajištění koordinace zdravotních a sociálních pracovníků, dochází k rozdělení péče na zdravotní a sociální část, přičemž každý úsek se věnuje své části. V kazuistice č. 2 vrchní sestra na tyto porady běžně nedocházela, přestože byla vedoucí jak zdravotního, tak sociálního úseku. Z její strany probíhala minimální komunikace s podřízenými a nekoordinovala spolupráci zdravotního a sociálního personálu, věnovala se především administrativním záležitostem.

Zařízení v kazuistice č. 4 mělo nastavený systém pravidelných porad a účastnila se jich i vrchní sestra, nicméně na nich nedocházelo k předávání důležitých informací o klientech a neprobíhala na nich efektivní komunikace mezi zdravotním a sociálním personálem, což je podmínkou jejich smysluplnosti, jak je uvedeno v kapitole 4.1.2. Pracovní porady jsou důležitý nástroj spolupráce zdravotního a sociálního personálu. Aby měly smysl a plnily svou funkci, je důležité, aby fungovaly i předchozí zmíněné klíčové momenty spolupráce zdravotního a sociálního personálu.

Závěrem této kapitoly bych ráda uvedla, že smyslem této práce není poukázat na chyby ze strany zdravotního personálu, ačkoli to z kazuistik č. 2 a č. 4 může vyznívat, nebylo to původním záměrem. Cílem je poukázat na význam a důležitost vzájemné spolupráce zdravotního a sociálního personálu. Zdravotní služby jsou důležitou a nedílnou součástí domova pro seniory, zdravotní personál však svými kompetencemi a v rámci svého postavení může zásadně ovlivnit jakým směrem bude probíhat péče o seniory. V zařízeních, kde dochází ze strany zdravotního personálu ke sdílení důležitých informací o klientech, kde probíhá edukace sociálního personálu ohledně zdravotního stavu klientů, dochází také k diskuzi o poskytované péči. Jestliže zdravotní personál věcně a otevřeně informuje o zdravotním stavu klienta a o nastavení zdravotní péče, je možné otevřeně diskutovat o poskytované péči bez vzájemné nedůvěry a nedochází k rozdělení společné péče.

Cílem spolupráce zdravotního a sociálního personálu v domově pro seniory, jak uvádí kapitola 4.1.5, je vytvoření vzájemného vztahu mezi pracovníky, který je založený na respektu, důvěře a oboustranně zodpovědné spolupráci. Je třeba, aby si zdravotní a sociální personál uvědomoval, že jsou si tyto dva pracovní úseky navzájem partnery a podílejí se na dosažení společného cíle. Tím je uspokojování individuálních potřeb klienta a vytvoření důstojných podmínek pro zakončení života seniora. Úkolem spolupráce je tedy nerozdělovat tento cíl a neoddělovat od sebe zdravotní a sociální péči.

Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala tématem spolupráce mezi zdravotním a sociálním personálem v zařízení pro seniory. Cílem mé práce bylo popsat a ukázat důležitost a význam této spolupráce, která slouží k zajištění komplexní a zároveň individuální péče o klienty v domově pro seniory. Tohoto cíle jsem dosáhla tak, že jsem charakterizovala jednotlivé pracovní pozice, které se nejčastěji vyskytují v domově pro seniory v rámci kategorií zdravotního a sociálního personálu. Popsala jsem zásadní a důležité kompetence sociálního pracovníka, pracovníka v sociálních službách vykonávajícího přímou obslužnou péči, pracovníka základní výchovné nepedagogické činnosti (aktivizačního pracovníka), zdravotní sestry, fyzioterapeuta a ergoterapeuta. Ve stěžejní části mé práce jsem se věnovala spolupráci těchto pracovníků. Tato spolupráce má za cíl společnou, kvalitní a smysluplnou péči o seniory při uspokojování jejich individuálních potřeb.

Fungující spolupráce zdravotního a sociálního personálu předpokládá několik faktorů, které by měly být a musí být naplněny. Patří sem dobře stanovené náplně práce, konkrétní odpovědnosti jednotlivých pracovníků a jasně dané rozdělení pravomocí. Je důležité nastavení individuální odpovědnosti a zároveň uvědomění si odpovědnosti za vzájemnou spolupráci. Zásadním předpokladem pro vzájemnou spolupráci mezi zdravotním a sociálním personálem je funkční a efektivní komunikace. Komunikace vyžaduje jasně daná pravidla a styl, které se sice mohou mírně lišit v různých zařízeních, ale podmínkou jejich využívání je funkčnost v praxi. Funkčnost komunikace slouží pro zajištění a vytvoření prostoru, kde se spojují dovednosti a zkušenosti pracovníků. Panuje důvěra mezi jednotlivými pracovníky, konflikty jsou otevřeně přijímány a konstruktivně zpracovávány. Jde o vytvoření příjemného pracovního prostoru, kde je možné vyjádřit své obavy a přání. Věnuje se pozornost a péče pracovníkům ve chvíli, kdy mají osobní a pracovní problémy.

Na základě teoretických poznatků, které jsem získala studiem literatury, jsem zpracovala čtyři kazuistiky, které dokreslují předložené informace. Dva případy ukazují funkční spolupráci zdravotního a sociálního personálu a ve dvou případech popisují nefungující a neefektivní spolupráci.

Jak vyplynulo ze zpracování odborné literatury a kazuistik, spolupráce a nastavení atmosféry v pracovním kolektivu zdravotních a sociálních pracovníků výrazně závisí na vedoucích pracovnících a způsobu jejich vedení. V neposlední řadě závisí na organizaci celkově, zda a jakým způsobem věnuje pozornost svým vedoucím pracovníkům a jejich podřízeným. Bylo by jistě zajímavé věnovat se těmto tématům podrobněji. Zajímavé by bylo také promyslet téma spolupráce zdravotního a sociálního personálu v domově pro seniory s ohledem na rodinu seniora. Rodina, pokud je angažovaná a zapojuje se do péče, vstupuje do prostoru spolupráce jako další strana, se kterou je nutné navázat spolupráci, komunikaci a důvěru. V neposlední řadě by bylo jistě přínosné zpracovat téma spolupráce zdravotního a sociálního personálu v procesu zajištění důstojného konce života seniorů v domově pro seniory.

Psaní této práce mi přineslo mnoho zajímavých informací, nových poznatků a úvah k zamyšlení. Měla jsem možnost nahlédnout do mnoha zajímavých publikací, ke kterým se z osobních i pracovních důvodů velmi ráda vrátím.

Seznam použitých zdrojů

Literární zdroje

ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0027-7.

ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. *Sociální gerontologie. Úvod do problematiky*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.

DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

JANEČKOVÁ, H., JOHNOVÁ, M., STRNAD, J. *Analýza dalších problémových oblastí zdravotně-sociální péče. Individuální projekt MPSV: Inovace systému kvality sociálních služeb*. MPSV, 2013. ISBN neuvedeno. Dostupné na: <<https://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/025/002858.pdf?seek=1403074053>>.

KOLAJOVÁ, L. *Týmová spolupráce. Jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1764-6.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. ISBN 978-80-904668-1-4.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Management a kvalita sociálních služeb*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2020. ISBN 978-80-88361-06-0.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 978-80-247-1284-0.

MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2030-7.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 2. přepracované vydání. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.

MATOUŠEK, O., A KOL. *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.

MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. (eds). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany. Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.

MPSV. *Bílá kniha v sociálních službách. Konzultační dokument*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2003. ISBN neuvedeno. Dostupné na: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/bila_kniha.pdf/c2aa7980-4aa6-5d50-a839-f9d4844b3251>.

MPSV. *Kvalita života ve stáří. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008. ISBN 978-80-86878-65-2. Dostupné na: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/372809/starnuti_cz_web.pdf/4411f954-d060-881c-0ab0-22d1600948be>.

MUSIL, L., KUBALČÍKOVÁ, K., HUBÍKOVÁ, O. *Kvalifikační potřeby pracovníků v sociálních službách pro seniory. Závěrečná zpráva z výzkumu*. Praha: VÚPSV, 2006. ISBN 80-87007-41-7. Dostupné na: <https://katalog.vupsv.cz/Fulltext/vz_221.pdf>.

MÜHLPACHR, P. *Gerontologie pro speciální pedagogy*. Distanční studijní text. Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě, 2019. Název projektu: Rozvoje vzdělávání na Slezské univerzitě v Opavě. Registrační číslo projektu: CZ.02.2.69/0.0./0.0/16_015/0002400. ISBN neuvedeno. Dostupné na: <<https://www.slu.cz/file/cul/771cbbb2-d60f-43e9-b505-121d31f7ce7d>>.

PLAMÍNEK, J. *Týmová spolupráce a hodnocení lidí*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2796-7.

STRNADOVÁ, A., A KOL. *Koncepce ošetřovatelství*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2021. ISBN neuvedeno. Dostupné na: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/9584/21397/Koncepce_ose trovatelstvi_vestnik_6_2021.pdf.

VYMĚTAL, J. *Průvodce úspěšnou komunikací. Efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2614-4.

WOLFANG, K. *Vedení týmů. Jak sestavit, organizovat a povzbuzovat pracovní tým*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0780-2.

Internetové zdroje

ČAE. *Co je ergoterapie* [online]. [cit. 2022-02-03]. Dostupné na: <<http://ergoterapie.cz/co-je-to-ergoterapie/>>.

ČAE. *O profesi. Co ergoterapeut dělá?* [online]. [cit. 2022-02-03]. Dostupné na: <<http://ergoterapie.cz/o-profesi/>>.

ČASOPIS SOCIÁLNÍ PRÁCE/SOCIÁLNA PRÁCA. *Profesiogramy: Sociální pracovník domova pro seniory, ...* [online]. [5.10.2020]. [cit. 2022-02-17]. Dostupné na: <<https://socialniprace.cz/profesiogramy/socialni-pracovnik-domova-pro-seniory-domova-pro-osoby-s-mentalnim-postizenim-domova-se-zvlastnim-rezimem/>>.

UNIFY ČR. *Leták Fyzioterapie* [online]. [cit. 2022-02-05]. Dostupné na: <http://www.unify-cr.cz/obrazky-soubory/brozura_final-46f40.pdf?redir>.

VZP ČR. *Jak vybrat domov pro seniory se zdravotní péčí* [online]. [cit. 2022-02-05]. Dostupné na: <<https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/jak-vybrat-domov-pro-seniory-se-zdravotni-peci>>.

Legislativní zdroje

Příloha č. 2 k vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách [online]. [cit. 2021-12-18]. Dostupné na: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505#prilohy>>.

Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků [online]. [cit. 2022-02-26]. Dostupné na: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-424>>.

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků [online]. [cit. 2022-02-18]. Dostupné na: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>>.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách [online]. [cit. 2021-12-18]. Dostupné na: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/372793/vyhlaska_505-2006.pdf/bf86c99a-18ed-afb0-9d38-4ab5cf469dbd>.

Zákon č. 96/2004 Sb., zákon o podmínkách a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti související s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) [online]. [cit. 2021-11-04]. Dostupné na: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>>.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách [online]. [cit. 2021-11-04]. Dostupné na: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/zakon_108_2006.pdf/1a87d9ef-d1df-33fc-35fa-b98714ceba87> nebo na: <https://ppropo.mpsv.cz/zakon_108_2006>.

Zákon č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) [online]. [cit. 2022-03-19]. Dostupné na: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>>.

Seznam zkratek

ČAE	Česká asociace ergoterapeutů
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
ODN	Oddělení dlouhodobě nemocných
OSN	Organizace spojených národů
UNIFY ČR	Unie fyzioterapeutů České republiky
VZP ČR	Všeobecná pojišťovna České republiky
WHO	Světová zdravotnická organizace

Abstrakt

PETROVÁ, L. *Spolupráce zdravotního a sociálního personálu v domově pro seniory*. České Budějovice 2022. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra oddělení praxe. Vedoucí práce M. Ehrlichová.

Klíčová slova: domov pro seniory, sociální služby, spolupráce, zdravotní personál, sociální personál, individuální plánování, individuální potřeby.

Bakalářská práce se zabývá spoluprací zdravotního a sociálního personálu v domově pro seniory. Cílem je popsat a ukázat význam a důležitost této spolupráce pro zajištění komplexní péče o klienty. Práce je členěna do čtyř kapitol. První kapitola stručně charakterizuje seniorský věk. Ve druhé kapitole je popsán domov pro seniory. Jeho poslání a cíle. Třetí kapitola se věnuje jednotlivým kategoriím zdravotního a sociálního personálu, který běžně pracuje v domově pro seniory. Poslední stěžejní část práce se věnuje spolupráci tohoto personálu. Tato část je doplněna příklady z praxe, které dokreslují význam a důležitost spolupráce zdravotního a sociálního personálu.

Abstract

PETROVA, L. *Cooperation between health care and social care professionals in nursing homes*. Ceske Budejovice 2022. Bachelor thesis. University of South Bohemia in Ceske Budejovice. Faculty of Theology. Department of Practice. Thesis Supervisor: M. Ehrlichova.

Key words: nursing homes, social services, cooperation, health care professionals, social care professionals, individual planning, individual needs.

The subject of this bachelor thesis is discussing cooperation between health care and social care professionals in nursing homes. The aim of this thesis is to show the meaning and importance of this symbiosis for making sure that all clients' needs are met. The work is structured into 4 chapters. First chapter is a brief characteristics of the specifics of senior age. Second chapter then describes care homes, their mission and what they focus on. The categories of different social and health care workers usually found in care homes are discussed in the third chapter. The last and the most important part deals with the cooperation between the professionals. This part is complemented by experience examples which then show the importance and meaning of the cooperation between above mentioned health and social care professionals.