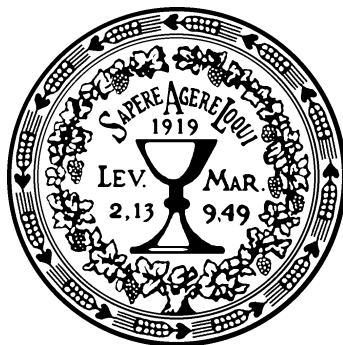


UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA



**Role zdravotně-sociálního pracovníka a
neléčebný pacient**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Autor: Bc. et Bc. Michaela Burgerová, DiS.
Katedra: Katedra filosofie a teologie
Vedoucí práce: Ing. Mgr. [Fischer Ondřej](#)
Studijní program: Teologie
Studijní obor: Křesťanská humanitární a pastorační práce - diakonika
Rok odevzdání: 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci s názvem „Role zdravotně-sociálního pracovníka a neléčebný pacient“ napsala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů.

Souhlasím s tím, aby práce byla zveřejněna pro účely výzkumu a soukromého studia.

V Litoměřicích dne 31.5.2011

.....

Bibliografická citace

Role zdravotně-sociálního pracovníka a neléčebný pacient: diplomová práce / Michaela Burgerová; vedoucí práce: Ing. Mgr. Fischer Ondřej – Praha, 2011 – s.86

Anotace

Diplomová práce popisuje roli zdravotně-sociálního pracovníka a neléčebného pacienta. Hlavním cílem této práce je zkoumat možnosti a cesty, kterými může být profese zdravotně-sociálního pracovníka zkvalitněna tak, aby mohla efektivněji naplnit svůj cíl, tedy pomoci neléčebnému pacientovi v tom nejširším smyslu. Výzkumná část práce je zaměřena na rozhovory se čtyřmi zdravotně-sociálními pracovníky a šesti neléčebnými pacienty, dále pak na praxi v konkrétním zdravotnickém zařízení. Výzkumná část má za cíl získat empirický podklad pro tuto práci. Práce poukazuje na potřebu řešení situace neléčebného pacienta a role zdravotně-sociálního pracovníka na různých úrovních tak, aby byla práce zdravotně-sociálního pracovníka vzhledem k neléčebným pacientům efektivní, redukovala jejich počet ve zdravotnickém zařízení a neléčebný pacient i přesto zůstal autonomním člověkem.

Klíčová slova

Zdravotně-sociální pracovník, neléčebný pacient, senior, příčiny hospitalizací neléčebných pacientů, nesoběstačnost, dlouhodobá péče, zdravotnické zařízení

Summary

This thesis describes the role of health-social worker and non-medical patient. The main objective of this work is to explore possibilities and ways in which the profession of health-social worker may be enhanced so as to be able to effectively fulfill its mandate to help the non-medical patient in the broadest sense. The research part is focused on interviews with four health-social workers and six non-medical patients, then the practice in a particular medical device. The practical part is to obtain an empirical basis for this work. The work highlights the need to address the situation of non-medical patient and the role of health-social workers at various levels to ensure the work of health-social worker be due to non-medical patients effectively, reduce the number of medical facilities and non-medical patients still remained an autonomous person.

Keywords

health-social worker, non-medical patient, senior, causes of hospitalizations of non-medical patients, disability, long-term care, medical equipment

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat především svým rodičům a příteli, kteří mne stále podporují. Nemalé díky za vstřícný přístup a cenné rady patří také vedoucímu mé diplomové práce Ing. Mgr. Ondřejovi Fischerovi, PhDr. Heleně Hnilicové, Ph.D., vedoucí zdravotně-sociálního oddělení FN Brno Jindřišce Pařílkové a PaedDr. et Bc. Zdence Šándorové, Ph.D. z oddělení zdravotně-sociální práce Univerzity Pardubice. V poslední řadě bych chtěla poděkovat všem respondentům výzkumu za jejich ochotu a čas při rozhovorech na tak odvážné téma a účastníkům akreditovaného kvalifikačního kurzu Zdravotně-sociální pracovník v Brně.

Obsah

Úvod.....	1
1. Uvedení do problematiky.....	3
1.1. Sociální práce ve zdravotnictví.....	3
1.2. Historie a současnost sociální práce ve zdravotnictví v České republice.....	3
1.3. Teoretická východiska sociální práce ve zdravotnictví.....	6
1.4. Význam sociální práce ve zdravotnictví pro společnost.....	6
2. Zdravotně-sociální pracovník.....	8
2.1. Cíle zdravotně-sociálního pracovníka a způsoby jejich plnění	9
2.2. Způsobilost pro výkon profese	11
2.3. Profesní etika zdravotně-sociálního pracovníka.....	13
2.4. Pacienti.....	14
3. Neléčebný pacient.....	18
3.1. Cesta pacienta zdravotnickým zařízením k pacientovi neléčebnému.....	19
3.2. Současný stav problematiky neléčebných hospitalizovaných pacientů ve světě a ČR.....	23
3.3. Důsledky hospitalizací neléčebných pacientů pro pacienty samotné.....	26
4. Shrnutí předešlých kapitol.....	31
5. Vlastní výzkumné šetření.....	34
5.1. Metodologie výzkumu.....	34
5.1.1 Cíl výzkumu.....	34
5.1.2 Techniky sběru dat.....	34
5.1.3 Způsob zpracování.....	35
5.1.4 Respondenti a jejich charakteristika.....	35
5.2. Výsledky výzkumu.....	35
5.3. Interpretace výsledků výzkumu.....	51
6. Možné příčiny hospitalizací neléčebných pacientů.....	53
6.1. Demence a Alzheimerova nemoc.....	53
6.2. Cévní mozkové příhody.....	55
6.3. Traumatická poškození mozku.....	56
6.4. Úraz.....	57
6.5. Zhoršení mobility a polymorbidita.....	57

6.6.	Rodina neplní svou funkci.....	58
6.6.1	Rodina nechce pečovat.....	59
6.6.2	Rodina péči poskytnout neumí.....	59
6.6.3	Rodina nemůže pečovat.....	61
6.6.4	Pacient nemá rodinu.....	61
6.7.	Nedostatek míst v zařízení vhodného typu pro pacienta.....	63
6.8.	Rodina, nebo pacient odmítá nabízené místo v zařízení vhodného typu.....	64
6.9.	Pacienti s malým důchodem.....	66
6.10.	Firemní kultura.....	67
7.	Konkrétní cesty pomoci zdravotně-sociálního pracovníka neléčebnému pacientovi.....	68
8.	Možnosti řešení.....	71
8.1.	Systémová změna.....	71
8.2.	Změny ve zdravotnických zařízeních.....	73
8.3.	Změny v postavení zdravotně-sociálního pracovníka.....	75
	Závěr.....	76
	Použitá literatura a prameny.....	78
	Seznam tabulek a obrázků.....	84
	Seznam příloh.....	85
	Přílohy.....	86

Úvod

Zdravotnické zařízení není doménou pouze lékařů a zdravotnického personálu. V rámci komplexní péče o pacienty¹, jsou ve zdravotnických zařízeních i další pracovníci, mezi nimi i zdravotně-sociální pracovník, který provádí v případě potřeby pacienta zdravotně-sociální činnost. Jeho práce mnohdy obnáší i práci s pacienty, kteří do zdravotnického zařízení nepatří, což přináší řadu problémů nejen pro nemocnici, ale také pro pacienta samotného. Problémy to přináší i zdravotně-sociálnímu pracovníkovi, neboť práce s těmito pacienty je často dlouhodobá a někdy neřešitelná. Pro tyto hospitalizace se ustálil termín „skrytá hospitalizace“ či hospitalizovaný „neléčebný pacient“, ačkoliv tyto pojmy nemají žádné legislativní zakotvení a jsou pouze zdravotnickým slangem. V předkládané práci budu používat ustálený termín neléčebný pacient, jelikož to mnohem více vystihuje osobu pacienta. Pojem neléčebný pacient, ani pojem skrytá hospitalizace nejsou v legislativě přímo definovány. Je však možné použít definici tzv. sociální hospitalizace dle zákona č. 104/1994 Sb., o sociálním zabezpečení, kdy by za neléčebného pacienta mohla být považována osoba, která je hospitalizována ve zdravotnickém zařízení většinou dlouhodobě, jelikož se vzhledem ke svému zdravotnímu stavu (v zásadě stabilizovanému) není schopna o sebe sama postarat, aniž by jí pomohla jiná osoba. Tento neléčebný pacient zůstává ve zdravotnickém zařízení z různých sociálních důvodů, ačkoliv by mohl být propuštěn. Mezi specifika, která si vyžádala toto označení, patří i rozdělení resortů v poskytování sociální a zdravotní péče, které se v osobě neléčebného pacienta, který vyžaduje zdravotně-sociální služby, musí nějak snoubit.² Toto rozdělení bývá považováno za zdroj řady problémů, které zdravotně-sociální pracovník při práci s neléčebným pacientem zažívá. Dochází k meziresortním konfliktům, kdy nebývá zcela jasné, jak budou, nebo mají být sociální problémy neléčebných pacientů řešeny.

Střed zájmu této práce je dvojí. Je to osoba neléčebného hospitalizovaného pacienta, možné příčiny jeho situace a důsledky, které mu hospitalizace přináší a profesní role zdravotně-sociálního pracovníka, skrze kterou může neléčebnému

¹Pro účely této diplomové práce je používán pojem pacient, z důvodu potřeby odborné pomoci, jejíž konkrétní formu si osoba neobjednávala, jak by tomu bylo v případě označení klient. Z důvodu působnosti zdravotně-sociálního pracovníka, v tomto případě na půdě zdravotnictví, volím pro tuto práci pojem pacient s tím, že v citacích autorů odborné literatury, se může vyskytovat pojem klient, jakožto příjemce sociálních služeb.

²O tomto tématu více např. BRUTHANSOVÁ D., ČERVENKOVÁ, A., HOLMEROVÁ, I. *Sociální hospitalizace*, 2000. s.28

pacientovi, kromě jiného, společnost pomoci - skrze legislativu, profesní a lidsko-právní dokumenty, organizaci péče v nemocnicích a v sociální sféře a případně další zdravotnický personál. Pro nedostatek informací v tomto poli bylo třeba vložit i výzkumnou část, kdy byly provedeny rozhovory se čtyřmi zdravotně-sociálními pracovníky, šesti neléčebnými pacienty a byla popsána praxe ve zdravotnickém zařízení. Možné příčiny hospitalizací neléčebných pacientů, které mimo jiné vyplynuly z výzkumného šetření, budou doplněny o názorné příklady z praxe³, které dokumentují problematické aspekty vztahu zdravotně-sociálního pracovníka a neléčebného pacienta, k jejichž řešení by mohla tato práce přispět. Primárně se domnívám, že současná role zdravotně-sociálního pracovníka neumožňuje rozsáhlou eliminaci neléčebných pacientů bez systémového řešení.

Toto téma bude řešeno nejdříve z hlediska legislativy, stávajících ukazatelů profesní role zdravotně-sociálního pracovníka a vymezení neléčebného pacienta. Dále je vloženo vlastní výzkumné šetření, na jehož základě budou popsány příčiny hospitalizací neléčebných pacientů a konkrétní cesty pomoci zdravotně-sociálního pracovníka neléčebnému pacientovi. Na závěr budou navržena možná řešení osoby neléčebného pacienta ve zdravotnickém zařízení s ohledem na roli zdravotně-sociálního pracovníka.

Vzhledem k tomu, že neléčebný pacient není veřejně ani legislativně zakotven, nepovažuji tuto práci primárně za výzkum, ale jejím cílem je spíše připravit podklady pro případný hlubší přístup k tomuto fenoménu.

Závěry práce mohou přispět zejména zdravotně-sociálním pracovníkům, v širším kontextu dalším pracovníkům na pomezí sociální práce a zdravotnictví, jak na pomáhající, tak i řídicí úrovni.

³Kazuistiky jsou vytvořené v rámci spolupráce se zdravotně-sociálními pracovníky a neléčebnými pacienty v několika zdravotnických zařízeních v ČR. Neléčební pacienti byli vybráni náhodně. Kazuistiky demonstrují konkrétní práci zdravotně-sociálního pracovníka s neléčebným pacientem.

1. Uvedení do problematiky

1.1. Sociální práce ve zdravotnictví

Pro správné uchopení tématu je potřeba vysvětlit historii sociální práce ve zdravotnictví, její teoretická východiska a význam, jakožto zdroje problémů, které z toho mohou vyplývat pro roli zdravotně-sociálního pracovníka a neléčebného hospitalizovaného pacienta. Zdravotně-sociální pracovník je příkladem prolnutí sociální práce a zdravotnictví, to může přinášet problémy v oblasti jeho profesní role i etiky. Vzhledem k neléčebným hospitalizovaným pacientům zvláště, neboť ti jsou pro něj komplikovaní a problematičtí ve svém řešení. V této souvislosti může zároveň docházet k prodlužování jejich hospitalizace z důvodu nedostupnosti řešení, které by měl zdravotně-sociální pracovník zprostředkovat. Pacient, který přišel do zdravotnického zařízení se zdravotním problémem, v něm tak zůstává po jeho doléčení i přes snahu zdravotně-sociálního pracovníka dál. Tímto jednáním zdravotnické zařízení porušuje zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Může být sankcionováno, pokud zdravotní pojišťovna zjistí, že platí zdravotnickému zařízení za pacienta sice hospitalizovaného, ale již pouze s ošetrovatelskými, nikoliv zdravotnickými úkony. Jelikož lůžko obsazené přináší nemocnici více finančních prostředků, nežli lůžko neobsazené, i přes možnou sankci, je toto konání finančně výhodné. Toto konání však odčerpává ze systému veřejného zdravotního pojištění značné finanční částky.⁴ Dalším problémem může být obsazenost lůžka pro mnohem potřebnějšího pacienta či negativní dopady na pacienta z důvodu dlouhodobé hospitalizace, přičemž pro neléčebného pacienta nejsou služby zdravotnického zařízení většinou přizpůsobené.

1.2. Historie a současnost sociální práce ve zdravotnictví v České republice⁵

Historie sociální práce ve zdravotnictví je velmi úzce provázána s historií sociální péče, neboť byla v její součinnosti dlouhá léta poskytována a v případě neléčebných

⁴ *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. MPSV, 2010. s. 51, hovoří o 3 miliardách ročně, v dopise ředitele VZP ČR zdravotnickým zařízením z 6. prosince 2006, se však hovoří o částce 5 miliard ročně, v článku *Skryté sociální hospitalizace jsou problém*, časopis Florence, květen 2011, ročník VII, akcent 3, se hovoří až o 5-6 miliardách ročně.

⁵ O tomto tématu více např. MÁŠOVÁ, H. *Nemocniční otázka v meziválečném Československu*. Praha: Karolinum, 2005.

hospitalizovaných pacientů je toto propojení nutné. Neléčební hospitalizovaní pacienti totiž vyžadují zdravotně-sociální péči, což jejich situaci značně komplikuje. Péče o potřebné se vyskytovala vždy, avšak v průběhu času se měnili její poskytovatelé. „*Můžeme důvodně předpokládat, že péče o potřebné byla nejprve praktikována především, nebo dokonce výhradně, v rámci rodiny.*“⁶ Vznikala péče poskytovaná charitou, jelikož přibývalo žebráků a tuláků, kteří vzbuzovali soucit a lásku k bližnímu, což bylo důležitým posláním těch, kteří tuto péči poskytovali. V období středověku byla péče potřebným poskytována zejména církví, prostřednictvím kostelů, klášterů či špitálů. Během 16. století vznikaly v Čechách a na Moravě středověké špitály. Posléze péči o potřebné z části převzaly i obce, města a stát.

Po I. světové válce bylo ustanoveno ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy a ministerstvo sociální péče, které bylo mnohem více nezávislé na státním rozpočtu díky řízení obrovského systému pojišťoven. Ministerstvo sociální péče řídilo specializované ústavy, ostatní zdravotně-sociální péče spadaly pod ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy. Mezi nimi i zdravotně-sociální pracovníci, úřadovny zdravotně-sociální péče, zdravotní péče o různé sociální třídy apod. Už od začátku fungování obou ministerstev jsou zaznamenány pokusy o jejich spojení. To se podařilo až v roce 1938 ve vládě R. Berana, kdy byly ministerstva spojena v ministerstvo sociální a zdravotní správy, ministrem se stal Vladislav Klumpar. Za protektorátu bylo 19. ledna 1942 toto ministerstvo zrušeno a agenda zdravotnictví přešla pod ministerstvo vnitra.

Po roce 1947 byly zřizovány Ústavy národního zdraví (ÚNZ), které byly členěny na okresní (OÚNZ) a krajské (KÚNZ). Pracovníci v těchto ústavech měli mimo jiné na starosti také vedení zdravotně-sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních. Tyto ústavy byly v druhém pololetí roku 1991 zrušeny.

Po druhé světové válce dochází k rozvoji ústavní péče zaměřené především na materiální a sociální zabezpečení. Po roce 1954 jsou stávající „domy odpočinku“ přetransformovány na domovy důchodců. V 70. letech dochází ve větších městech také k rozvoji domů s pečovatelskou službou a léčeben dlouhodobě nemocných.

Do roku 1989 v České republice existovalo mnoho opatření, která ve velkém napomáhala práci zdravotně-sociálních pracovníků a redukovala počet neléčebných hospitalizovaných pacientů. Byl to např. v 70. letech 20. století Institut geriatrické

⁶ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. s. 183

sestry, kdy geriatrické sestry plnily zdravotně-sociální funkci v terénu a předcházelo se tak některým dlouhodobým hospitalizacím neléčebných pacientů. V roce 1991 však v souvislosti s privatizací geriatrické sestry zanikly a tuto péči částečně převzali pracovníci domácí péče (home care).

V roce 1988 bylo ministerstvo zdravotnictví změněno na ministerstvo zdravotnictví a sociálních věcí a ministerstvo práce a sociálních věcí bylo pouze ministerstvo práce. První náměstkyní ministra zdravotnictví byla MUDr. Eva Tökölyová, která byla náměstkyní pro sociální záležitosti. Tento, na tehdejší dobu, velký počín tehdy zabránil tomu, co můžeme vidět dnes, a to rozdělování prostředků na zdravotně-sociální péči mezi dva resorty, které často špatně spolupracují, spolupráce je administrativně náročná apod.

V roce 1992 však opět došlo k legislativnímu rozdělení zdravotní a sociální péče na úrovni kompetenčního zákona. Toto rozdělení postihlo sociální péči ve zdravotnictví, zdravotní péči v sociální sféře, dále to byla oblast péče o zdravotně postižené, oblast péče o seniory, oblast péče o terminálně nemocné či ucelená rehabilitace, to počet neléčebných hospitalizovaných pacientů zvýšilo. Násilné rozdělení těchto dvou sfér je v současnosti velmi problematické, jelikož se vyskytují občané vyžadující obě péče zároveň. Dochází tak k tomu, že pacienti vyžadující sociální služby, jsou ve zdravotnickém zařízení a naopak. Dle Jarošové (2007) může být zdravotně-sociální péče buďto péče sociální se zdravotními prvky, péče zdravotní se sociálními prvky, nebo péče integrovaná, kdy lze těžko jednotlivé prvky odlišit. Komplexní péče by poté měla obsahovat akutní a následnou péči, v případě seniorů i péči dlouhodobou. U nás toto pojetí komplexní péče zatím neexistuje, právě z důvodu přetrvávajících rozdělených kompetencí příslušných resortů (Špatenková a kol., 2004, s. 23).

Obecně je záležitostí managementu každého nemocničního zařízení, zda přijme zdravotně-sociálního pracovníka do řad nelékařských profesí, či nikoliv. I dnes se často setkáváme se zařízeními, kde zdravotně-sociální pracovníci nejsou. V těchto zařízeních jsou pak lékaři nuceni, v případě řešení sociální situace pacienta, obrátit se na odbor sociálních věcí a zdravotnictví na příslušném úřadě v místě, kde se zařízení nachází, nebo kde má pacient trvalé bydliště. Ve velkých nemocnicích byli zdravotně-sociální pracovníci vždy, avšak byli profesně zařazeni jako jiní odborní pracovníci.

Samostatný obor „sociální práce ve zdravotnictví“ není oborem pomáhající profese, který by byl frekventovaný a proto i jeho vývoj nesahá do daleké historie. V USA se sice sociální práce ve zdravotnictví rozvíjela již od roku 1905, v České republice se

však mnoho nevyskytovala, zvláště pak od roku 1949 do roku 1990. Zdravotně-sociální péče je u nás vyučována na Univerzitě Pardubice jako samostatný bakalářský obor i jako obor magisterský, dále pak na Jihočeské Univerzitě v Českých Budějovicích a na Univerzitě v Ostravě.

1.3. Teoretická východiska sociální práce ve zdravotnictví

Teoretická východiska sociální práce ve zdravotnictví vycházejí z celého vývoje společnosti, od počáteční péče o chudé a nemocné, po strukturované formy sociální pomoci a sociologické či psychologické teorie. Teoretickým východiskem sociální práce ve zdravotnictví je především naplňování principu spravedlnosti, který je nezbytný pro sociální politiku a je možné ho uplatnit i v sociální práci ve zdravotnictví. Tím mám na mysli např. rovný přístup k pacientům, uvažování v etickém, sociálním, ekonomickém, právním a veřejně politickém rozměru. Dále je to solidarita⁷, jejíž podstatou je uznání, že každý občan je součástí společnosti a všichni mají rovná práva a přístup ke zdravotnickým službám. Za východisko je možné považovat i participaci na financování zdravotní péče, ať už formou pojistného či platbou daní a dostupnost – „potřebuješ-li péči, měl bys ji dostat“.

Dále sociální práce ve zdravotnictví vychází z nutnosti zajištění kvality života, nejenom pro jednotlivce, ale i pro skupinu osob, a nejenom ve zdravotnictví, ale i v navazujících sociálních službách. Důležitým východiskem pro práci zdravotně-sociálního pracovníka a neléčebného pacienta je mezioborová spolupráce, která může zajistit individuální řešení problémů neléčebného pacienta. Důležitými hodnotami v sociální práci ve zdravotnictví je důstojnost pacienta, spolupráce, angažovanost pro druhé a společenství, uznání a důvěra.

1.4. Význam sociální práce ve zdravotnictví pro společnost

Sociální práce ve zdravotnictví poskytuje neléčebným i ostatním pacientům pomoc při řešení situací, které většinou nejsou schopni řešit sami, či za pomoci své rodiny, blízkých. Jedná se o poskytování důstojné a solidární služby ze strany zdravotnického zařízení. Sociální práce ve zdravotnictví pomáhá osobám předcházet sociálnímu vyloučení a chrání je i společnost před jeho negativními důsledky. Neléčebný hospitalizovaný pacient potřebuje v určité etapě hospitalizace pomoc zdravotně-

⁷ přeloženo a upraveno z http://www.euro.who.int/observatory/Studies/20021223_2 (1. 4. 2009)

sociálního pracovníka, aby byl nastartován proces končící pacientovým propuštěním. Sociální práce ve zdravotnictví v určité míře pomáhá snižovat počet neléčebných pacientů a šetří tak výdaje veřejného zdravotního pojištění.

Sociální práce ve zdravotnictví plní důležitou funkci a je přínosem nejen pro společnost, pacienty, ale také pro lékaře a jiný zdravotnický personál, který má kompetence k jiným úkonům. Sociální práce ve zdravotnictví je nedílnou součástí komplexní péče o pacienty.

2. Zdravotně-sociální pracovník

Zdravotně-sociální pracovník se zabývá sociální činností ve zdravotnických zařízeních. Je součástí léčebně-preventivní péče o pacienty, kteří se z důvodu svého nepříznivého zdravotního stavu nacházejí ve zdravotnickém zařízení a potřebují pomoc při řešení své sociální situace. Dle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních se „za výkon povolání zdravotně-sociálního pracovníka považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Dále se zdravotně-sociální pracovník podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta.“⁸ Legislativní zakotvení zdravotně-sociálního pracovníka můžeme najít také ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Podle kartotéky typových pozic⁹ je zdravotně-sociální pracovník osoba s vyšší kvalifikací, která v nemocničním zařízení vykonává sociálně-zdravotní činnosti u pacientů. Vyšší kvalifikací je zde rozuměno bakalářské nebo vyšší odborné vzdělání.

Na rozdíl od zdravotně-sociálního pracovníka je sociální pracovník obecně definován v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, kdy „vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace.“¹⁰ Zdravotně-sociální práce je tedy specifické odvětví sociální práce, jelikož se jedná o sociální práci s vymezenou skupinou lidí a určenou zákonem o nelékařských zdravotnických povoláních. Tyto dva odlišné a přesto velmi podobné obory se liší i ve svém profesním pojetí.

Zdravotně-sociální pracovník by měl mít stanoven určitý počet lůžek, která má v rámci své profese na starosti. Dle Ministerstva zdravotnictví ČR však neexistují současné informace o počtu lůžek na jednoho zdravotně-sociálního pracovníka, proto zde uvádím normy z roku 1988, kdy je potřeba jednoho sociálního pracovníka na 350 akutních lůžek, 100 chronických lůžek a 50 psychiatrických lůžek (Vorlíček a kol.,

⁸ Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Dostupné z: <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb04096&cd=76&typ=r> (cit. 31. 1. 2011)

⁹ Dostupné z: www.ktp.istp.cz

¹⁰ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Dostupné z: <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?typ=r&zdroj=sb06108&cd=76> (cit. 1. 2. 2011)

2004). Je to však pouze doporučení a praxe v mnoha zdravotnických zařízeních může být úplně jiná.

2.1. Cíle zdravotně-sociálního pracovníka a způsoby jejich plnění

Důležitým cílem zdravotně-sociálního pracovníka je poskytnout nejen neléčebným pacientům, jejich rodinám či blízkým pomoc a podporu v obtížných životních situacích. Znamená to především snažit se začlenit či znovu začlenit pacienta do společnosti a zlepšit jeho životní a společenské podmínky. Dalším cílem je podporovat schopnost pacienta řešit problém a zprostředkovat pacientovi kontakt se zařízeními, které mu mohou poskytnout další pomoc. Mezi cíle zdravotně-sociálního pracovníka také patří snaha rozvíjet a zlepšovat sociální práci a sociální politiku, což právě v případě neléčebného hospitalizovaného pacienta může být jedním z velkých témat do budoucna. Pracovní postup sociální práce ve zdravotnických zařízeních České asociace sester, o. s. dodává, že *„cílem sociální práce je pomoci pacientům, kteří jsou v nepříznivé sociální situaci a ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům nezvládají sami nebo s pomocí rodiny či blízkých životní situaci diagnostikovat a řešit: kompenzací, adaptací nebo integrací pacienta do společnosti a umožnit tím jedinci dosáhnout maximální možné hranice při uspokojování jeho základních i vyšších životních potřeb s ohledem na jejich zdravotní stav a sociální podmínky.“*¹¹ To platí u neléčebných pacientů dvojnásob, neboť právě oni jsou v nepříznivé sociální situaci a často nezvládají sami nebo s pomocí rodiny či blízkých situaci řešit.

Pracovní činnosti zdravotně-sociálního pracovníka jsou velice různorodé, vzhledem k práci s různými pacienty. Z činností, které zdravotně-sociální pracovník provádí u neléčebných pacientů, mohu vybrat dle Balaštíka (2003) např. sociálně právní poradenství hospitalizovaným, hájení zájmů pacienta při úředním jednání, případně jeho zastoupení v jednání, nabídka možností při řešení sociálních situací, zajištění návazných sociálních služeb po ukončení hospitalizace. Dle vyhlášky č. 55/2011 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, je to dále kromě jmenovaného, podílení se na přípravě rekondičních pobytů, odborné sociální poradenství při úmrtí pacientů a u osaměle žijících zajišťování náležitostí spojených s úmrtím, depistážní činnosti a napomáhání integraci pacientů do společenského

¹¹ *Pracovní postup – proces sociální práce ve zdravotnických zařízeních.* Česká asociace sester, o. s., ČAS/PP/2008/0003

prostředí¹². Nedílnou součástí je spolupráce se zdravotnickými pracovníky, jako jsou lékaři, sestry, pracovníci domácí péče apod., ale i neziskovými organizacemi, orgány státní správy a různými typy zařízení. Konkrétně se u neléčebných pacientů jedná o sociální šetření u lůžka, zajištění následné péče po propuštění ze zdravotnického zařízení, jako je podávání žádostí do domovů pro seniory, domovů se zvláštním režimem, ústavů sociální péče, zajištění domácí péče, pečovatelské služby apod., spolupráci s rodinou např. při zajišťování zvláštního příjemce důchodu, sepisování plné moci, dále vyřizování dávek hmotné nouze, invalidních či starobních důchodů, zajištění dosílky důchodu do zdravotnického zařízení, zajištění náležitostí spojených s úmrtím, spolupráce s příslušnými úřady. „Zdravotně-sociální pracovník také uplatňuje sociální aspekty v práci všech zdravotníků, dle potřeby se účastní lékařských vizit, podílí se na odborné přípravě studentů škol se zdravotním a sociálně-právním zaměřením, soustavně zvyšuje svoji odbornou úroveň samostatným studiem a účastí v kurzech, seminářích či jiných formách dalšího vzdělávání.“¹³ Jedná se o celoživotní vzdělávání, které je legislativně zakotveno a pro zdravotně-sociálního pracovníka povinné v zákoně č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních a je důležité pro zvyšování znalostí v problematice okruzích jeho povolání.

Zdravotně-sociální pracovník pomáhá neléčebným hospitalizovaným pacientům nejen svou činností, ale také svým osobním přístupem, který se ne vždy musí striktně držet náplně jeho činností. K zlepšení podmínek hospitalizace neléčebných pacientů, které mohou být také jedním z cílů zdravotně-sociálního pracovníka, stačí např. chvilka zájmu o pacienta ve formě rozhovoru, nejen ze strany zdravotně-sociálního pracovníka, ale také lékařů, sester, dobrovolníků atd. Práce zdravotně-sociálního pracovníka také může přinášet psychickou zátěž z důvodu styku s pacienty, kteří mají těžký životní osud. Je u něj proto důležité předcházet syndromu vyhoření a dbát na psychohygienu. Zdravotně-sociální pracovník dochází na veškerá oddělení zdravotnického zařízení, kde se vyskytuje pacient vyžadující pomoc v jeho sociální situaci.

¹² Celé znění v Příloze 2. Zdravotně-sociální pracovník po absolvování odborné erudice v souladu se zákonem č. 96/2004 Sb., § 10 a v souladu s vyhláškou č. 424/2004 Sb., § 9 je také schopen realizovat činnosti v kontextu zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhlášky č. 505/2006 Sb., výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociálně terapeutické činnosti, zprostředkovat kontakt se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, při zajištění stravy, při zajištění chodu domácnosti atd.

¹³ KRÍČKOVÁ, V. *Kdo je zdravotně-sociální pracovník?* In Sestra. č. 7-8. Praha: Strategie, 2004, ročník XIV, ISSN 1210-0404.

2.2. Způsobilost pro výkon profese

Zdravotně-sociální pracovník je dle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, část první § 10, a ve znění pozdějších předpisů – zákon č. 111/2007 Sb. a zákon č. 189/2008 Sb., způsobilý pro výkon profese, pokud má odbornou způsobilost, zdravotní způsobilost a je bezúhonný. Odbornou způsobilostí se rozumí absolvování:

- „akreditovaného bakalářského nebo magisterského studijního oboru sociálního zaměření a akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotně-sociální pracovník
- nejméně tříletého studia v oborech sociálního zaměření na vyšších odborných školách a akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotně-sociální pracovník, nebo
- specializačního studia v oboru zdravotně-sociální péče po získané odborné způsobilosti všeobecné sestry“¹⁴

Po úspěšném absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu je zdravotně-sociální pracovník zahrnut do celoživotního vzdělávání a s ním spojené povinnosti dle vyhlášky č. 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků. Ministerstvo zdravotnictví stanovilo Vzdělávací program akreditovaného kvalifikačního kurzu „Zdravotně-sociální pracovník“¹⁵, který detailně popisuje strukturu vyučovaných oblastí. Pokud sociální pracovník ve zdravotnictví nemá absolvovaný tento akreditovaný kvalifikační kurz, je potřeba, aby pracoval pod dohledem či vedením kvalifikovaného pracovníka. To však jeho roli k neléčebnému hospitalizovanému pacientovi nijak nemění.

Zdravotní způsobilost je prověřována praktickým lékařem, nebo lékařem závodní preventivní péče, který na základě vyšetření vyhotoví lékařský posudek.

¹⁴ Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Dostupné z:

<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb04096&cd=76&typ=r> (cit. 18. 8. 2010)

¹⁵ Akreditovaný kvalifikační kurz, který je pro výkon zdravotně-sociálního pracovníka dle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních nutný, je možno absolvovat v Národním centru ošetrovatelství a nelékařských oborů v Brně v rozsahu 160 hodin. Tento kurz je rozdělen na teoretickou a praktickou část a je zakončen závěrečnými zkouškami. Minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání stanovuje vyhláška č. 39/2005 Sb. Tato vyhláška zapracovává příslušné předpisy Evropských společenství a upravuje minimální požadavky na studijní programy, jejichž studiem se získává odborná způsobilost k výkonu nelékařského zdravotnického povolání; tyto minimální požadavky jsou seznamem teoretických a praktických oblastí nezbytných pro výkon regulované činnosti.

Za bezúhonného je dle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních považován ten, kdo „nebyl pravomocně odsouzen za úmyslný trestný čin nebo za trestný čin spáchaný z nedbalosti v souvislosti s poskytováním zdravotní péče, nebo ten, na něhož se hledí, jako by nebyl odsouzen.“¹⁶ Dokladem o bezúhonnosti je výpis z rejstříku trestů, který nesmí být starší 3 měsíce.

Po splnění těchto náležitostí může být osoba přijata do zdravotnického zařízení jako zdravotně-sociální pracovník, který pracuje bez odborného dohledu či vedením. V jeho denních činnostech se pak může zdravotně-sociální pracovník setkat s neléčebným hospitalizovaným pacientem, u kterého využívá všech svých kompetencí, aby mu pomohl vyřešit jeho sociální situaci. Zdravotně-sociální pracovník však pro práci s neléčebným pacientem nemá legislativně danou žádnou specifickou pracovní-právní způsobilost. Zdravotně-sociální pracovník se může stát členem Společnosti sociálních pracovníků ČR nebo České asociace sester o.p.s., což přináší výhody v informovanosti a v možnosti účasti na přednáškách a seminářích zabývajících se zdravotně-sociální tematikou.

Profese zdravotně-sociálního pracovníka, stejně jako další pomáhající profese s sebou nese určité předpoklady a dovednosti na pracovníka kladené, které však nejsou povinné, avšak práci zdravotně-sociálního pracovníka vzhledem k nejen neléčebným pacientům prospěšné. Jsou to především zdatnost a inteligence, přitažlivost, důvěryhodnost, která v sobě zahrnuje diskrétnost, spolehlivost, využívání moci a porozumění. Nedílnou součástí osobní vybavenosti zdravotně-sociálního pracovníka jsou také komunikační dovednosti, kterými pracovník vyjadřuje pacientovi fyzickou přítomnost, naslouchání, empatii a také analyzuje pacientovy prožitky. Zvláště pak empatie je velice důležitou složkou ve vztahu pracovník – pacient. Matoušek (2003) říká, že empatie je vedle opravdovosti a vřelosti jednou z nejdůležitějších podmínek úspěšné práce s pacientem.

Zákon č. 94/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních ani vyhláška 55/2011 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků nezmiňuje žádné další dovednosti potřebné pro výkon profese zdravotně-sociálního pracovníka. Ustanovuje však potřebnou odbornou kvalifikaci, při které zdravotně-sociální pracovník získává soubor vědomostí, dovedností a návyků

¹⁶ Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Dostupné z: <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb04096&cd=76&typ=r> (cit. 18. 8. 2010)

nezbytných pro výkon svého povolání. Jedná se především o základní poznatky z vnitřního lékařství, chirurgie, pediatrie, geriatrie, neurologie, psychiatrie a ošetrovatelství, které je základem k identifikaci a pochopení sociálních aspektů různých onemocnění. Nezbytné jsou zároveň znalosti sociální problematiky různých skupin, metod sociální práce, psychologie, sociologie či etiky. Znalosti především z oboru geriatrie, ošetrovatelství či psychologie pomáhají zdravotně-sociálnímu pracovníkovi pochopit problematiku neléčebných pacientů. Zdravotně-sociální pracovník zná také zdravotnickou a sociální legislativu. Dokáže poskytnout první předlékařskou zdravotní pomoc. Zdravotně-sociální pracovník by měl mít následující kompetence: „komunikativní – vyjadřovat se přesně, efektivně komunikovat, umět naslouchat druhým, interpersonální – usilovat o svůj další rozvoj, reálně plánovat pracovní činnosti a kariérní růst, spolupracovat s ostatními, přijímat zodpovědnost za svou práci, manažerské - umět řešit běžné pracovní problémy a problémové situace – zejména identifikovat problémy, hledat vhodná řešení“¹⁷ Především v práci s neléčebnými pacienty je potřeba co nejdříve identifikovat problémy, vhodně komunikovat s rodinou, pacientem, dalším personálem, institucemi a umět naplánovat a hledat vhodná řešení pacientovi situace.

Z kartotéky typových pozic lze vybrat některé dovednosti potřebné pro zdravotně-sociálního pracovníka v souvislosti s neléčebným pacientem. Jde především o dovednosti v oblasti sledování zdravotní dokumentace, navrhování nových standardů a metod zdravotně-sociální péče a kontrola jejich dodržování a účinnosti, navrhování kritérií pro přeložení pacientů na zdravotně-sociální lůžko.

2.3. Profesionální etika zdravotně-sociálního pracovníka

Profese zdravotně-sociálního pracovníka nemá svůj vlastní etický kodex. Jelikož se jedná o specifické odvětví sociální práce, zdravotně-sociální pracovník může spoléhat na všeobecně uznávaný Etický kodex sociálních pracovníků České republiky¹⁸, který byl vydán v roce 1995 Společností sociálních pracovníků. Ten respektuje pacienty v jejich jedinečnosti, upozorňuje na dodržování lidských práv a vedení pacienta k vlastní odpovědnosti, či hledání možností, jak zapojit pacienta do řešení problémů. Tyto aspekty jsou právě u neléčebných pacientů velmi důležité. Etické kodexy mohou být vnímány také jako cesty k řešení etických problémů, je proto

¹⁷ Vzdělávací program akreditovaného kvalifikačního kurzu „Zdravotně-sociální pracovník“. MZ ČR

¹⁸ Dostupné z: <http://www.socialnipracovnici.cz/index.php?section=sspctr&lang=cz>

důležité nahlížet na ně i z této strany. Jelikož pojem neléčebný hospitalizovaný pacient není nikde legislativně či jinak zakotven, lze tyto dokumenty jen obecně vztahovat k neléčebnému pacientovi.

Profese zdravotně-sociálního pracovníka se z důvodu nevlastnění svého etického kodexu může řídit také Mezinárodním etickým kodexem sociální práce¹⁹, který byl přijat na valném shromáždění Mezinárodní federace sociálních pracovníků (IFSW) v Adelaide v říjnu 2004. Mezinárodní etický kodex zdůrazňuje etické jednání, jako základní aspekt kvality služeb nabízený uživatelům, zároveň definuje principy lidských práv a lidské důstojnosti, sociální spravedlnosti a profesionálního jednání.

Zdravotně-sociální pracovník spadá do kategorie zdravotnických pracovníků nelékařských oborů, pro které vydalo ministerstvo zdravotnictví ve Věstníku 7/2004 Etický kodex pracovníků nelékařských oborů²⁰, který je závazný na národní úrovni. Tento etický kodex opět zdůrazňuje pojmy jako je důstojnost pacienta, úcta k životu, lidská práva, profesionální odpovědnost. Upozorňuje na ochranu informací o těch, se kterými spolupracuje a zakazuje podřizování péče komerčním zájmům. Dále tento etický kodex upravuje vztah mezi zdravotnickým pracovníkem a spoluobčany, praxí, společnostmi, spolupracovníky a profesí. Zdravotně-sociální pracovník vzhledem k nejen neléčebným hospitalizovaným pacientům také respektuje Úmluvu o lidských právech a biomedicíně²¹, Chartu práv pacientů²² a Evropskou chartu práv pacientů seniorů²³.

Na výčtu profesně-etických dokumentů, které zasahují do výkonu profese zdravotně-sociálního pracovníka je pozorovatelné, že se zde prolínají dvě sféry, a to sféra sociální a sféra zdravotní, stejně jako tomu je ve vývoji sociální práce ve zdravotnictví. Zdravotně-sociální pracovník ve vztahu k neléčebnému pacientovi dodržuje stejná práva a povinnosti, jako k pacientům ostatním s tím rozdílem, že jeho práce je vzhledem k neléčebnému pacientovi dlouhodobější, než v ostatních případech.

2.4. Pacienti

Zdravotně-sociální pracovník pracuje s různými pacienty vyžadujícími pomoc v sociální oblasti, avšak převažují především dlouhodobě nemocní pacienti, převážně senioři. Jsou to většinou osoby vyžadující celodenní ošetrovatelskou péči. Zdravotně-

¹⁹ Dostupné z: <http://www.socialnipracovnici.cz/index.php?section=mezinarodni&lang=cz>

²⁰ Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/standarty-osetrovatelske-pece_1854_15.html

²¹ Dostupné z: <http://www.pacienti.cz/clanek.php?id=356>

²² Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/840>

²³ Dostupné z: <http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=215&lang=cs>

sociální pracovník však v rámci své profese nepracuje pouze s hospitalizovanými nemocnými seniory. Zaměřuje se také na seniory, kteří jsou „*osaměle žijící, sociálně a geograficky izolovaní, dlouhodobě a opakovaně hospitalizovaní, s výrazným poklesem funkčních schopností a soběstačnosti, trpící výraznými deficity v oblasti kognitivních funkcí, vystavení špatnému zacházení, ponižování a segregaci*“²⁴ Často spolupracuje také s osobami bez přístřeší, závislými na alkoholu, osobami v přechodné sociální krizi a s nepřizpůsobivými občany. Mezi pacienty se vyskytují i osoby s duševním onemocněním, mentálně, tělesně či zdravotně postižení. Do úzké skupiny patří také děti, mládež a etnické skupiny.

Další skupinou, se kterou zdravotně-sociální pracovník spolupracuje, jsou již zmiňovaní neléčební pacienti, kteří mohou být primárně zástupci výše zmiňovaných skupin. Nejčastěji jsou to však nesoběstační a osaměle žijící senioři, osoby trpící různými formami demencí, nesoběstačné osoby mladšího věku.

V této práci se budu zabývat neléčebnými hospitalizovanými pacienty seniory, jelikož zdravotně-sociální pracovník se s nimi dle výzkumného šetření, jako neléčebnými pacienty setkává při svém povolání nejčastěji. Je proto potřeba zde zdůraznit několik aspektů stárnutí.

Dalo by se říci, že člověk stárne od svého narození a stárnutí vede ke smrti. „*Stárnutí a stáří je specifický biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nakódován, je nevratný, neopakuje se, jeho povaha je různá, zanechává trvalé stopy.*“²⁵ Život člověka se skládá z několika na sebe navazujících vývojových etap a tyto etapy jsou od sebe odděleny různými změnami ve strukturách, funkcích organismu, psychice člověka, sociálním prostředím apod. „*Stárnutí je neodvratný fyziologický děj, je jakousi cestou do stáří a zároveň poslední ontogenetickou periodou života člověka*“²⁶. Stárnutí může probíhat fyziologicky, kdy dochází k postupnému stárnutí organismu a je to tedy normální součástí života člověka, nebo také patologicky, kdy člověk, ačkoliv je kalendářně mladší, má projevy stárnutí, jako člověk kalendářně starší. Stárnutí lze dle literatury rozdělit do několika kategorií. Uvádím zde dělení dle věku člověka.

„*Stáří je nejčastěji děleno na:*

a) počínající stáří (60-74 let)

²⁴<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=119> (cit. 16. 9. 2010)

²⁵PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H. *Gerontologie*. Praha: Avicenum, 1981. s. 57

²⁶WEBER, P., *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: IVPZ, 2000, s.15.

b) vlastní stáří (75-89 let)

c) dlouhověkost (90 a více let)

Z patologických projevů se může objevit emocionální labilita, snížená adaptabilita, zesílená egocentričnost, hypochondrické stesky, snížená soudnost, porucha paměti aj.“²⁷

V problematice stáří a stárnutí se vyskytuje pojem senior. Ten označuje občany starší 60 let. Je vyvozen od slova sénium, což lze definovat jako „stařecký věk, stáří. Nejčastější projevy stárnutí jsou v anatomii a fyziologii člověka, kdy dochází zejména k poklesu funkčnosti některých orgánů. Každý jedinec však stárne individuálně a jsou proto velké rozdíly u osob stejného věku. Jedná se např. o zpomalení metabolismu, zhoršení zraku, sluchu, chuti, již zmíněné poruchy paměti, ochabnutí svalů, řídnutí kostí, změna struktury kůže, vlasů apod. Z psychických jsou to kromě zmíněných také změny v myšlení, v hodnotách, tedy i názorech a vztazích, až podezřívavost. Každý člověk také jinak přijímá omezení, které mu jeho věk přináší.

*„Asi třetina geriatrických pacientů, zvláště mladí seniori, nevyžaduje při hospitalizaci více než standardní zdravotní péči používanou u osob mladšího věku. Zhruba druhá třetina je podle zahraničních zkušeností přijímána do nemocnice pro ztrátu soběstačnosti a pro nebezpečnost v domácím prostředí. Nemocniční pobyt nemůže obvykle u těchto nemocných přinést zlepšení funkčního stavu ani prognózy. Slouží převážně k zajištění péče ošetrovatelsko-sociální, která by mohla a měla být poskytována v ošetrovatelských centrech či v sociálních zařízeních nebo funkčním domácím prostředí.“*²⁸

Ve stáří dochází ke změnám sociálním, kdy se člověk cítí osamělý, touží po pozornosti, často mu zemře partner, příbuzní, přátelé, změny bydlení, např. ze svého rodného domku se stěhuje do domova pro seniory a přichází tak o kontakty se svým předchozím prostředím. Rozhodujícím okamžikem pro změnu v sociální oblasti bývá odchod do důchodu. Všechny tyto změny člověka ovlivňují a je proto potřeba brát na to ohledy nejen při jednání s člověkem v různých zařízeních, ale i v rodině. Senior je vlivem stárnutí organismu vystaven mnohem většímu riziku zdravotních komplikací a tedy následné hospitalizaci v nemocnici.

²⁷HARTL P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. s. 530

²⁸ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., DOLANSKÝ, H. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada, 2009. s.99-100

Z výše uvedeného je patrné, že zdravotně-sociální pracovník vykonává širokou škálu činností pro širokou škálu pacientů. Jedná se o pomoc s řešením sociálních problémů kteréhokoliv pacienta v nemocničním zařízení. Ačkoliv některé sociální situace vyžadují podobné řešení, některé jsou velmi ojedinělé a neočekávané. V termínu sociálně právní poradenství se může skrývat velké množství úkonů, stejně jako v ostatních činnostech, které zdravotně-sociální pracovník poskytuje. V rámci práce s hospitalizovaným neléčebným pacientem zdravotně-sociální pracovník může vykonávat veškeré činnosti a řídí se stejnými dokumenty jako při práci s pacienty ostatními. Rozdíly bychom mohli hledat pouze při práci s dětmi a mládeží či etnickými skupinami, kde jsou činnosti i některé etické, nebo lidsko-právní dokumenty odlišné. Práce zdravotně-sociálního pracovníka je však v případě neléčebných pacientů dlouhodobější, jelikož není nalezeno řešení pro jejich sociální situaci (z tohoto důvodu také zůstávají ve zdravotnickém zařízení). To vyžaduje od zdravotně-sociálního pracovníka i ostatního personálu zařízení komplexnější přístup.

3. Neléčebný pacient

Pojem neléčebný pacient není legislativně nikde zakotven, je možné použít definici tzv. sociální hospitalizace dle zákona č. 104/1994 Sb., o sociálním zabezpečení, kdy je za neléčebného pacienta považována osoba, která je hospitalizována ve zdravotnickém zařízení většinou dlouhodobě, protože se „vzhledem ke zdravotnímu stavu (v zásadě stabilizovanému) není schopna o sebe sama postarat, aniž by jí pomohla jiná osoba²⁹“. Z dotazu na pracovníci odboru úhrady zdravotní péče VZP p. L. Hladíkovou, je za neléčebného pacienta považována osoba, která může být léčena ambulantním způsobem a její zdravotní stav nevyžaduje trvalou lůžkovou péči. Tato osoba však zůstává ve zdravotnickém zařízení z různých příčin, které budu konkrétněji popisovat níže, ačkoliv by mohla být propuštěna. Jedná se především o osoby seniorského věku, tedy o osoby nad 60 let, z důvodu jejich nesoběstačnosti, v méně častých případech se může jednat i o osoby v produktivním věku, které se z různých příčin stanou nesoběstačnými. Pacient zůstává ve zdravotnickém zařízení do té doby, než se najde vhodná navazující péče, která umožní propuštění pacienta. Dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, se pacient „propustí z ústavní péče, jakmile jsou provedena potřebná vyšetření a ošetření nebo dojde-li k takovému zlepšení zdravotního stavu, kdy lze další péči poskytovat ambulantně nebo v jiných zdravotnických zařízeních, popřípadě v zařízeních sociální péče.“³⁰ Dle tohoto zákona, v případě neschopnosti pacienta obejít se bez pomoci další osoby, může být pacient propuštěn z ústavní péče až po předchozím včasné vyrozumění člena rodiny nebo osoby, která je schopna tuto péči zajistit. „O propuštění pojištěnce, u něhož není zajištěna další péče, propouštějící zařízení včas informuje příslušný úřad podle místa pobytu pojištěnce. V praxi zejména v případě propuštění na tzv. revers. Náklady vzniklé další hospitalizací pojištěnce, který nemůže být propuštěn vzhledem k nezajištění další péče, nejsou hrazeny zdravotní pojišťovnou.“³¹ Zdravotní pojišťovny provádějí revizní kontroly³², a pokud hospitalizaci neléčebného pacienta odhalí, musí zdravotnické zařízení platbu za něj pojišťovně vrátit, nebo není tento pacient zdravotnickému zařízení zpětně proplacen. Právě nehrazení

²⁹ Zákon č. 104/1994 Sb., o sociálním zabezpečení. Dostupné z:

http://www.sagit.cz/pages/lexikonheslatxt.asp?cd=154&typ=r&levelid=sz_470.htm (15. 11. 2010)

³⁰ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Dostupné z:

<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/vzp/cast5.aspx> (cit. 5.2.2011)

³¹ tamtéž

³² Více informací na <http://www.florence.cz/akcent-vzp/aktualne/skryte-socialni-hospitalizace-jsou-problem>

další hospitalizace pacienta pojišťovnou, je důležitý moment střetu, jelikož je potřeba klást si otázku, co bude s pacientem dál v případě, že není možné zajistit návaznou péči a dle legislativy není možné proplacení další hospitalizace pacienta ze strany zdravotní pojišťovny.

3.1. Cesta pacienta zdravotnickým zařízením k pacientovi neléčebnému

Pacient hospitalizovaný ve zdravotnickém zařízení je většinou přivezen zdravotnickou záchrannou službou, rodinou, nebo je přijat na doporučení svého praktického lékaře. V případě přivezení pacienta zdravotnickou záchrannou službou se jedná o tzv. akutní přednemocniční zdravotní péči, která je občanovi poskytnuta. Doba od přijetí výzvy na dispečinku k poskytnutí této zdravotní péče je stanovena na 15 minut.

Pracovníci ve zdravotnickém zařízení se řídí Etickým kodexem české lékařské komory³³, který je základní směrnicí každého lékaře a stanovuje zásady chování vzhledem k pacientům, svému povolání, kolegům a nelékařům. Dále je to Etický kodex zdravotních sester³⁴ vypracovaný Mezinárodní radou sester v roce 1953. Stanovuje zásady chování sester vůči spoluobčanům, ošetrovatelské praxi, profesi a spolupracovníkům. *„Etika všech zdravotníků vychází ze vztahu. Ze vztahu mezi člověkem pomáhajícím a člověkem trpícím, mezi člověkem, který nejen uzdravuje, ale i pečuje v situacích bez veškeré naděje na záchranu života a tím, jenž se mu svěřuje ve své nouzi a ve svém utrpení a který mu věří. „Lékařská“ a „zdravotnická“ etika jsou takto jednoznačně a jasně propojeny a není a nemůže být mezi nimi větších rozdílů.“*³⁵ Každý z lékařů také skládal Hippokratovu přísahu³⁶, která obsahuje základní principy jeho povolání.

Na centrálním příjmu pacientů je zjištěn zdravotní stav pacienta a dle závažnosti je rozhodnuto lékařem o dalším postupu. Někdy je pacient ošetřen a odeslán k domácímu léčení, jindy je nutná hospitalizace. Zvláště u pacientů seniorů, kdy je potřebný delší čas k uzdravení a senior je často zároveň osamocen, je doporučena hospitalizace. Pacient musí dát písemný souhlas s hospitalizací. Pokud toho není schopen, je zahájeno detenční řízení, také nazývané „řízení o vyslovení přípustnosti převzetí do ústavu

³³Dostupné z: [http://www.lkcr.cz/dokumenty.php?item.id=285&do\[load\]=1&filterCategory.id=4](http://www.lkcr.cz/dokumenty.php?item.id=285&do[load]=1&filterCategory.id=4)

³⁴ Dostupné z: http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf

³⁵MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. s. 12

³⁶Dostupné z: <http://euromedicine.eu/cze/clanky/detail/64/>

zdravotnické péče a držení v ústavu zdravotnické péče“. Zařízení, v němž byl pacient hospitalizován a do 24hodin od hospitalizace nedal souhlas s hospitalizací, je povinno nahlásit toto soudu. Ten po prošetření případu vydá do 7 dnů rozhodnutí.

Pacient se hospitalizací stává příjemcem terciární péče. Ta je považována za nejvyšší úroveň péče, odehrává se v ní mnoho diagnostických a léčebných úkonů. „*Touto formou je zajišťována akutní diagnostická a terapeutická, ale i následná, rehabilitační a dlouhodobá péče o chronicky nemocné pacienty.*“³⁷ V některých publikacích je však za terciární péči považována až vysoce specializovaná a komplexní zdravotní péče (např. transplantační program, onkologická péče, kardiochirurgie vrozených vad dětí apod.) (Jarošová, 2007, s. 21).

Dle dotazu na VZP a dle výzkumného šetření by se dalo říci, že bezmála všichni neléčební pacienti jsou hospitalizováni na lůžkách léčeben dlouhodobě nemocných³⁸ (dále jen LDN), interních či chirurgických a plicních odděleních. Pacient v době hospitalizace, podle svého zdravotního stavu, může být také příjemcem sekundární ambulantní zdravotní péče. Jedná se o specializované ambulance, jako je např. ORL, alergologie, kožní ambulance, gastrologie apod., kam je pacient odeslán ošetřujícím lékařem z oddělení k dalším vyšetřením.

Pokud personál na kterémkoliv oddělení zdravotnického zařízení během hospitalizace u pacienta odhalí nějaký sociální problém, je přivolán k lůžku zdravotně-sociální pracovník. Stává se také, že sám pacient či rodina zdravotně-sociálního pracovníka kontaktují. Poté je řešen konkrétní individuální problém pacienta za součinnosti dalšího zdravotnického personálu. Neléčební pacienti hospitalizovaní ve zdravotnickém zařízení mají dle výzkumného šetření téměř všichni podány žádosti do nějakého rezidenčního zařízení. Je u nich totiž zřetelné, že do domácího prostředí již návrat nebude možný a jediným řešením je pobyt v rezidenčním zařízení. Poté zůstávají v nemocnici jako čekatelé na umístění.

V 90. letech minulého století stanovoval metodický pokyn ministerstva zdravotnictví 3 měsíce jako období, v němž je možné zvládnout následnou péčí většinu zdravotních problémů pacientů. Pojišťovny tehdy pro delší hospitalizaci vyžadovaly schválení revizním lékařem. Současné právní předpisy však žádné časové omezení

³⁷ MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. s.15

³⁸ LDN jsou vyhláškou č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi a jsou určeny pro poskytování specializované péče zaměřené především na ošetrovatelskou a rehabilitační péči o osoby trpící děletrvajícími nemocemi

nepřipouštějí a délka hospitalizace záleží na zdravotním stavu pacienta. Neléčebný pacient však zůstává ve zdravotnickém zařízení z různých důvodů i nadále a zdravotnická zařízení pak mohou dle § 628 a násl. občanského zákoníku v platném znění po neléčebných pacientech požadovat dobrovolný finanční dar za další péči, jak tomu je tomu v jednom z popisovaných zdravotnických zařízení³⁹ a jak můžeme pozorovat v Kasuistice č. 1. Vzhledem k tomu, že tento dar je dobrovolný, nedochází k žádným postihům, pokud pacient dar nezaplatí.

Zdravotně-sociální pracovník se snaží, aby mohl být nejen neléčebný pacient propuštěn do domácího prostředí a zůstal v něm co nejdéle, ne vždy je to ale možné. Pečovatelské či ošetrovatelské služby, které dochází do domácnosti pacienta, nejsou 24hodinové a mnoho hospitalizovaných neléčebných pacientů 24hodinou péči vyžaduje. Je však možné domluvit služby agentury Domácí zdravotní péče⁴⁰, jejíž služby jsou v případě předepsání lékaře hrazeny pojišťovny. Existují již také agentury, které zajišťují jak zdravotní péči, tak pečovatelské služby, psychologickou pomoc, kompenzační pomůcky atd. Tyto agentury se nazývají komplexní domácí péče a mohou pacientovi či rodině ulehčit zařizování jednotlivých služeb. Ne všichni neléčební pacienti však vystačí v domácnosti s těmito službami, mají na ně finanční prostředky či jsou dostupné v místě bydliště.

Z důvodu narůstajícího počtu pacientů vyžadujících zdravotně-sociální služby jsou dle § 52 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách zřizována ve zdravotnických zařízeních sociální lůžka, tedy „Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče“ pacientům do té doby, než jim bude zabezpečena další navazující péče. Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče podléhají dle tohoto zákona registraci poskytování sociálních služeb. Služba podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách obsahuje tyto základní činnosti: *„poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání*

³⁹ Praxe v tomto zařízení je konkrétněji popsána v rámci výzkumného šetření – část 3.

⁴⁰ Dle Metodického opatření č. 13/2004 Věstník MZ- Koncepce domácí péče, je domácí péče zaměřena zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyлéčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti.

osobních záležitostí“⁴¹ Finanční úhradu za pobyt a stravu stanoví vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách v maximální výši úhrady 330,- Kč denně, z toho 180,- za ubytování a 150,- Kč za poskytování celodenní stravy. Uživatelé služby musí zbýt z příjmu 15%. K přijetí pacienta na sociální lůžko je potřebná žádost o přijetí podepsaná žadatelem, nebo zákonným zástupcem, potvrzení o výši důchodu (pokud pacient svým důchodem nedosáhne na požadovanou výši finanční úhrady, je požadován doplatek od osoby povinné k pacientovi), dále je potřeba potvrzení o výši příspěvku na péči, které po přijetí pacienta na sociální lůžko zdravotnickému zařízení ze zákona náleží a potvrzení příslušného úřadu o tom, že není možné pro žadatele zajistit potřebnou navazující péči. Po přijetí pacienta na sociální lůžko a následném zhoršení zdravotního stavu, je pacient opět přeložen na akutní oddělení dle diagnózy. Zdravotně-sociální pracovník provádí všechny úkony vedoucí k uzavření smlouvy o poskytnutí sociální služby, smlouva je vždy uzavírána písemně, srozumitelnou formou.

Ústav zdravotnických informací a statistiky od roku 2007 monitoruje dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách počty pacientů na lůžkách sociální a pobytové služby. „V roce 2008 došlo k nárůstu počtu lůžek sociální pobytové služby z 611 na 959, což představuje 57 % nárůst. Počet klientů vzrostl z 1 340 na 2 365 (tedy o více než 76 %) a objem poskytnuté péče se téměř zdvojnásobil.“⁴² Sociální lůžka jsou však finančně podhodnocena a zdravotnická zařízení na jejich zřízení spíše prodělávají. Do budoucna proto bude potřeba zajistit vícezdrojové financování sociálních lůžek. „Náklady na jeden ošetrovací den u lůžkové zdravotní péče v užším pojetí se pohybují kolem 1500-2 000,-Kč, úplné náklady jsou pak ještě o cca 500,-Kč vyšší. Příspěvek 300,- Kč za sociální hospitalizaci kryje tedy sotva pětinu či sedminu skutečných nákladů a je tudíž pro zdravotnické zařízení zcela neatraktivní (vhodnější je nechat lůžko neobsazené).“⁴³ Dle rozhovorů se zdravotně-sociálními pracovníky, však některá zdravotnická zařízení sociální lůžka vůbec nemají. Zdravotnické zařízení, které nemá dostatečnou kapacitu sociálních lůžek pro všechny neléčebné pacienty, tak musí hospitalizovat tyto pacienty na jiných lůžkách, které jsou určeny pro pacienty s konkrétními zdravotními problémy, a tím vzniká fenomén neléčebného pacienta.

⁴¹Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Dostupné z:

<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?typ=r&zdroj=sb06108&cd=76> (cit. 1.2.2011)

⁴² ÚZIS, Ošetrovatelská následná péče v České republice v roce 2008, č. 03/09

⁴³ BRUTHANSOVÁ D., ČERVENKOVÁ, A., HOLMEROVÁ, I. *Sociální hospitalizace*. 2000, s. 22

3.2. Současný stav problematiky neléčebných hospitalizovaných pacientů ve světě a v ČR

Jak již bylo řečeno výše, neléčebnými pacienty se nejčastěji stávají senioři, jelikož právě oni jsou více náchylní k příčinám vzniku neléčebné hospitalizace. Neléčební pacienti mladšího věku jsou mezi neléčebnými pacienty méně častí, neboť u nich mnohem více funguje rodinná péče. Jedním z důvodů problematiky hospitalizací neléčebných pacientů je stárnutí populace a systémová nepřipravenost na tuto situaci. Stárnutí populace je celosvětový jev. Působením vlivů, jako je prodlužování střední délky života a snižování porodnosti dochází k demografickým změnám. Jak je vidět v Tabulce č. 1, populace osob starších 65 let stále roste. V roce 2050 se dá předpokládat, že těchto osob bude 2x více, než dětí do 15 let. S přibývajícím počty osob starších 65 let bude potřeba změnit systémy dlouhodobé péče o tyto občany tak, aby byly zajištěny jejich potřeby a nedocházelo tak k hospitalizacím neléčebných pacientů.

Tabulka č. 1 – Podíl osob ve věku 65 a více let (v %)

Region	Podíl osob ve věku 65 a více let (v %)			
	2000	2015	2030	2050
Evropa	13,9	16,4	22,1	27,6
Severní Amerika	12,3	14,6	20,4	21,4
Austrálie/Nový Zéland	12,2	15,1	20,2	22,5

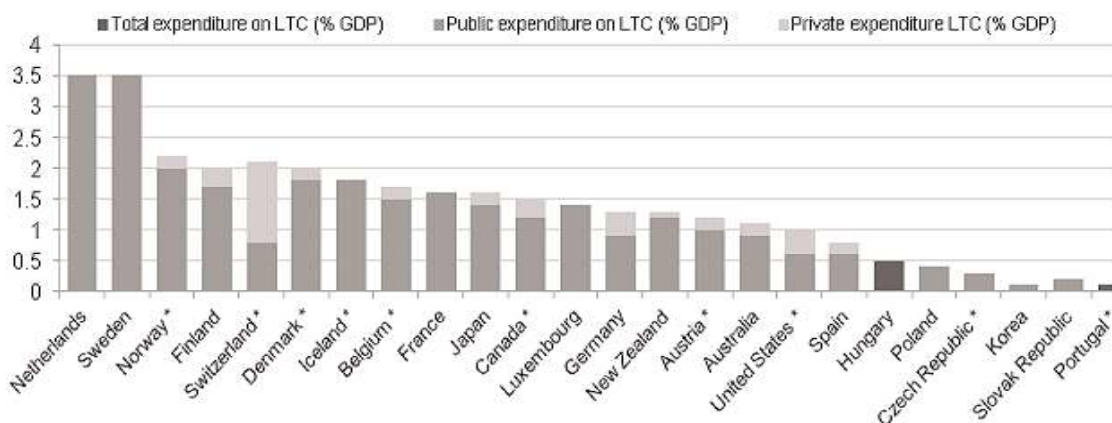
Zdroj: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=201 (cit. 6. 2. 2011)

Dlouhodobou péči definujeme dle EU „jako péči poskytovanou lidem, jejichž zdravotní stav je stabilizovaný, avšak na tolik neuspokojivé úrovni, že tito jedinci nejsou soběstační a potřebují zcela logicky jak zdravotní, tak sociální služby.“⁴⁴ Do této skupiny lidí patří právě neléčební hospitalizovaní pacienti. Potřeba změn v dlouhodobé péči je jak v domácnostech pacientů, tak v institucích.

Situace ohledně této problematiky je v mnoha zemích odlišná, odvíjí se od nastavení zdravotní a sociální politiky. Např. ve Švédsku v roce 2007 dosáhly náklady na dlouhodobou péči až 3,5% HDP, stejně tak v Nizozemsku (v celkových výdajích nejsou započítané příspěvky na péči a další sociální výdaje), jak můžeme vidět v Tabulce č. 2.

⁴⁴Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice. MPSV, 2010. s. 22

Tabulka č. 2 – Náklady na dlouhodobou péči z HDP v roce 2007



Zdroj: OECD Health Data, 2009

Ve Švédsku mají také velmi dobře nastaven zdravotní i sociální systém. Péče o seniory je zde návazná a komplexní. Působí zde Ministryně pro seniory a sociální služby při ministerstvu zdravotnictví a sociálních věcí. Podle statistik Rady Evropy patří Švédsko k zemím s největším počtem občanů nad 65 let a také největším podílem lidí nad 80 let v zemích EU. Problematika hospitalizací neléčebných pacientů je zde neznámá. Největší důraz je zde totiž kladen na co možná nejdelší možný pobyt seniora ve vlastním, domácím prostředí, což je zabezpečováno dotacemi na úpravu bytu, kvalitními pečovatelskými a domácími zdravotními službami, kdy komunitní sestry docházejí do domácností pacientů. Rozšířené jsou také hlásící zařízení, kterými si senior přivolá pomoc apod. „Když starší člověk již není schopen vyrovnat se s požadavky každodenního života, může požádat o pomoc tzv. domácí pomocné služby, které poskytuje obec. Starší lidé tak mohou získat pomoc čtyřicet hodin denně, což znamená, že mnozí jsou schopni zůstat doma po celý život.“⁴⁵ Jen malá část seniorů žije v rezidenčních zařízeních, a velká část odpovědnosti za péči o seniora nese seniorova rodina, obec či město. Ve Švédsku jsou také nejvyšší náklady vynaložené do nejnáročnější péče.

Ve Švýcarsku je hospitalizace neléčebných pacientů také ojedinělá, jelikož „nedávné zdravotnické reformy v současném systému zvýšily napětí tím, že byly vytvořeny finanční stimuly k tomu, aby lidé nebyli v nemocnici déle než je nutné a následně si zajistili včas domácí péči nebo přijetí do sanatoria.“⁴⁶ To je také viditelné

⁴⁵ <http://www.sweden.se/eng/Home/Society/Elderly-care> (cit. 23. 11. 2010)

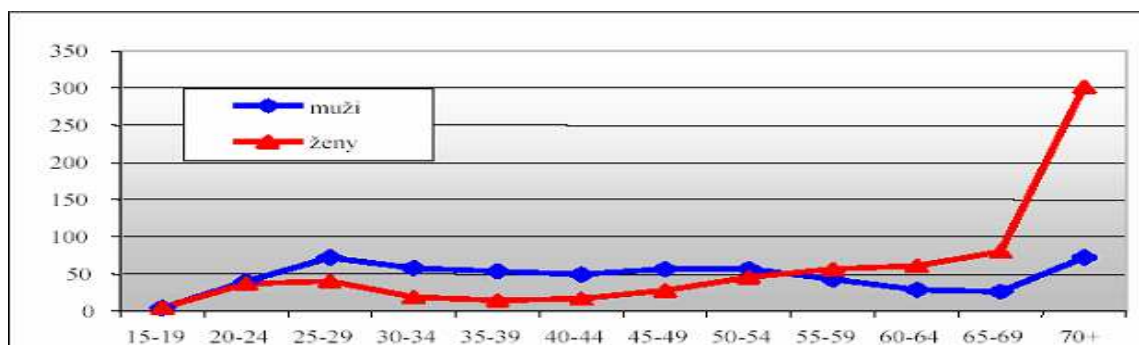
⁴⁶ Long-term Care for Older People. Paris: OECD, 2005. s. 133

na Tabulce č. 2 s náklady na dlouhodobou péči. Švýcarsko je zemí, která má největší podíl soukromých výdajů na financování dlouhodobé péče.

Problémy s hospitalizovanými neléčebnými pacienty mimo země OECD mají například v Japonsku, kdy lidé svými příjmy nedosahují na požadovanou úhradu za domov pro seniory, či domy s pečovatelskou službou apod. Pobyt je pro pacienta v nemocnici mnohem levnější. Problémem je však i to, že „v Japonsku je nemocnic relativně více než v zemích OECD, zatímco počet zařízení s dlouhodobou péčí o seniory je méně, než v těchto zemích.“⁴⁷ Pacienti tak nemají téměř jinou možnost, nežli zůstat ve zdravotnickém zařízení, zatímco v zemích OECD mají pacienti určitou naději na volné lůžko v rezidenčním zařízení.

Stejně jako v ostatních zemích, i v České republice dochází ke stárnutí obyvatelstva, a v budoucnosti bude potřeba změnit dosavadní systém péče o nesoběstačné pacienty, převážně seniory. „Tento scénář je pro naši republiku víceméně katastrofický, protože dochází k závěrům, že se velmi zvýší počet lidí, kteří budou potřebovat dlouhodobou péči, a to v průměru o 82% v zemích EU27, v České republice pak o 120%.“⁴⁸ Problémem je i vzrůstající počet osaměle žijících (Tabulka č. 3), zejména seniorů. Jedná se především o vysoký počet ovdovělých žen nad 70 let (85%) a osaměle žijící muže v produktivním věku. Tyto dvě skupiny jsou v případě nesoběstačnosti potenciálními neléčebnými hospitalizovanými pacienty.

Tabulka č. 3 – Počet osaměle žijících osob



Zdroj: BRUTHASOVÁ ,D., ČERVENKOVÁ, A., *Aktuální problémy sociální hospitalizace v novém územně správním členění*. Pražské gerontologické dny 14. -16. 5. 2003

⁴⁷http://www.mofa.go.jp/j_info/japan/socsec/maruo/maruo_10.html (cit. 6.2.2011)

⁴⁸*Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. MPSV, 2010. s. 19, více také na http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=34

Počet neléčebných hospitalizovaných pacientů, kteří jsou na lůžkových odděleních zdravotnických zařízení se jen těžko odhaduje. „Kvalifikované odhady hovoří o 15 – 20 tisících lůžkách ve zdravotnictví, využívaných k poskytování sociální péče. Pojištěnci, setrvávající ve zdravotnických zařízeních ze sociálních důvodů jsou vykazováni zdravotním pojišťovnám jako hospitalizace ze zdravotních důvodů.“⁴⁹ Hospitalizování neléčební pacienti čekají na lůžkových odděleních na navazující péči i několik let a jejich současná situace je neřešitelná i díky nevýhodnosti sociálních lůžek pro zdravotnická zařízení. To pacienty ovlivňuje v mnoha ohledech jejich života. Ve světě a nyní už i v České republice, přetrvávají snahy o přenesení co největšího rozsahu péče do oblasti primární (tzn. zejména praktických lékařů) a komunitní (jak jsme viděli na příkladu ve Švédsku, kde docházejí do domácností seniorů komunitní sestry).

3.3. Důsledky hospitalizací neléčebných pacientů pro pacienty samotné

Vliv dlouhodobé hospitalizace na pacienta je individuální, každý pacient se s hospitalizací vyrovnává jinak. Jiný je také přístup k dětským pacientům, jiný k osobám dospělého věku či seniorům. Každý přístup má svá specifika. Adaptace pacienta na nemocniční prostředí s sebou nese nutnost změny denního režimu, na který mohl být pacient zvyklý, ztrátu soukromí na několik lůžkových pokojích apod. Existují faktory, které adaptaci výrazně ovlivňují. Jsou to především „*věk (hůře snáší hospitalizaci děti a staří nemocní), délka hospitalizace (čím déle se doba hospitalizace prodlužuje, tím hůře ji nemocní snášejí), sociální situace (nedostatek finančních prostředků, hrozí ztráta zaměstnání aj.), psychické vlastnosti nemocného (temperamentové a osobnostní vlastnosti jedince)*“.⁵⁰ Sama nemoc, je pro pacienta frustrující, neboť ho ovlivňuje v oblastech bio-psycho-sociálních a nesmíme opomenout zvláště v období nemoci i oblast spirituální.

Pacient, který je ve zdravotnickém zařízení prochází určitými fázemi adaptace na prostředí, ve kterém se vyskytuje. Zpočátku hledá u personálu nové jistoty a bezpečí, je to způsobeno změnou životního stylu a potřebou, zejména u pacientů seniorů, určitého zakotvení v novém prostředí. Pacient se poté aktivněji adaptuje a přichází fáze, kdy pacient jeví zájem o uzdravení, spolupracuje s personálem, aktivně se podílí na léčbě. Pokud pacient zůstává i nadále ve zdravotnickém zařízení a zdravotní stav se příliš nemění, přichází fáze psychického selhání. „*Jde o fázi ztráty víry nemocného*

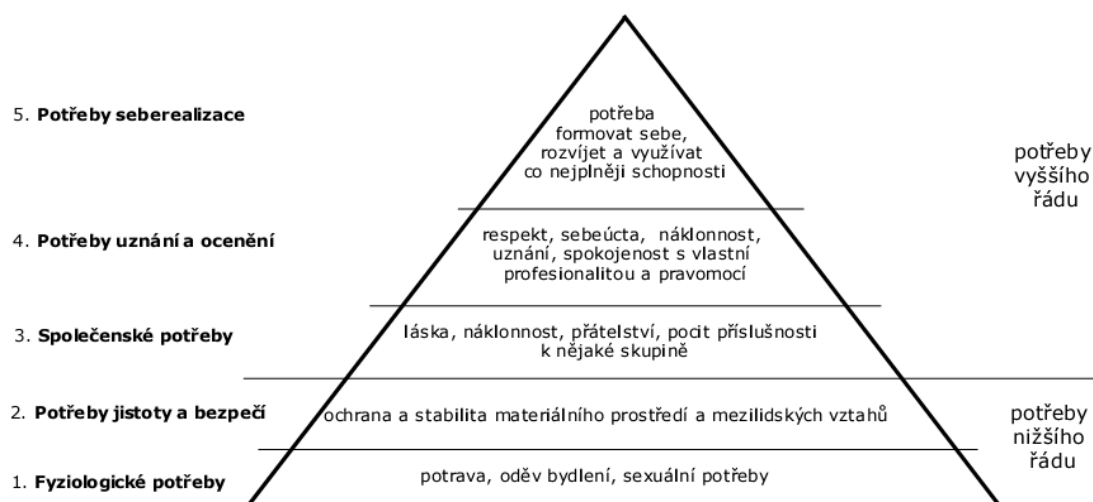
⁴⁹Dopis ředitele VZP ČR zdravotnickým zařízením z 6.prosince 2006

⁵⁰KELNAROVÁ, J. A KOL. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada, 2009. s. 72

v uzdravení. Nemocný je přecitlivělý, nesnášenlivý, vyvolává konflikty se spolupacienty i ošetřujícími personálem.“⁵¹ To už je jen krůček od rezignace pacienta, kdy dochází k ztrátě smyslu života, pacient nespolupracuje, stává se pasivním. Důležitou roli při hospitalizaci také hrají návštěvy příbuzných, jak vyplývá i z výzkumného šetření. Osamělý pacient se stává pasivním za mnohem kratší dobu, své opodstatnění v tom však mají i jeho osobnostní vlastnosti. „Ve stáří opuštěnost zvláště tíživá. Silný pocit osamělosti vzniká při náhlém přerušení kontaktů dosud emocionálně velmi silných.“⁵² Zvláště u těchto pacientů je pak důležitá správná komunikace ošetřujícího personálu a laskavý přístup. Neléčební hospitalizovaní pacienti jsou mnohem více ohroženi pasivitou. Ačkoliv jsou nějakým způsobem nesoběstační, nevyžadují zdravotnickou péči a jejich zdravotní stav se nelepší a často ani nezlepší. Motivaci k životu nepřispívá ani neřešitelnost jejich situace a stereotypní dlouhodobá hospitalizace. Tato pasivita pacienta pak může vést i ke smrti.

Každý člověk má už od narození určité potřeby, které je nutné uspokojovat (saturovat). Je to „nutnost organismu něco získat, nebo něčeho se zbavit“⁵³. Můžeme nalézt různé názory na typologie potřeb člověka. Nejčastěji prezentovanou je v případě seniorů či nemocných hierarchie potřeb podle A. H. Maslowa. Jedná se o uspořádání potřeb dle jejich důležitosti uspokojení. U seniorů bychom mohli přidat kromě potřeb a hodnot zmíněných v Obrázku č. 1 např. potřebu dostupnosti zdravotní péče, informací, vhodného bydlení, mezigeneračního respektu, právní ochrany apod.

Obrázek č. 1 – Maslowova pyramida potřeb a hodnot



⁵¹KELNAROVÁ, J. A KOL. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada, 2009. s. 72

⁵²SCHIMMERLINGOVÁ, V. *Metody sociální práce se starými lidmi*. MPSV Praha, 1972. s.53

⁵³HARTL P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. s. 444

U hospitalizovaných pacientů jsou ošetrovatelským personálem zajišťovány především potřeby nižšího řádu. Pacient dostává potravu, je o něj pečováno, má jistotu, že když se mu přitíží, přijde pomoc. Ve zdravotnickém zařízení však chybí uspokojování potřeb vyššího řádu, zejména společenských potřeb či potřeb seberealizace. Ačkoliv se zdá, že pacient ve zdravotnickém zařízení vyžaduje uspokojování základních potřeb, dlouhodobě hospitalizovaný neléčebný pacient potřebuje uspokojovat i potřeby vyšší. „*Pacient, který byl zvyklý, že je v životě společensky „někdo“, ztrácí v roli nemocničního pacienta svou sociální identitu. Pacient měl a má velice pestrý soubor potřeb. V nemocnici se však zdravotníci zabývají jen o jeho zdravotní potřeby, zatímco jeho ostatní potřeby jsou relativně zasunuty do pozadí.*“⁵⁴ Zdravotníci často ani nemají čas, aby s pacientem o jeho potřebách pohovořili. U pacientů se pak objevují různé projevy, jako je deprese, nervozita, úzkost, či obavy a ty je už je nutné řešit. Dle výzkumného šetření je ve většině dotazovaných zdravotnických zařízení v dnešní době možnost návštěvy nemocniční kaple, ergoterapie, návštěvy dobrovolníků apod. Tyto aktivity jsou velmi prospěšné pro vytržení ze stereotypu ve zdravotnickém zařízení. Neléčební pacienti by však dle tohoto šetření byli raději v domácím prostředí, nebo by alespoň změnili návštěvní dobu na neomezenou.

Potřeby jsou úzce spjaty s kvalitou života a hodnotami. Hodnoty jsou všechno, čeho si vážíme, ceníme. Vše co považujeme za důležité, významné. „*Hodnoty vycházejí z morálky. Jsou to normativní standardy, které mají vliv na naše rozhodnutí pro jednu z možných alternativ jednání.*“⁵⁵ Důležitou hodnotou při hospitalizaci pacientů je důstojnost člověka. U dlouhodobě hospitalizovaných neléčebných pacientů je potřeba dbát na kvalitu života, jelikož z výzkumného šetření vyplynulo, že právě z důvodu hospitalizace je kvalita života pacientů snížena. „*Potřeby každého člověka jsou individuální a jsou i proměnné. Jsou podmíněny sociálním prostředím, kulturou, intelektem, vzděláním, věkem či stavem člověka. Jsou dány ideální představou každého z nás o kvalitě našeho života.*“⁵⁶ V roce 1993 byla v Paříži stanovena jednotka pro měření saturace potřeb člověka – stal se jí 1 QIL (Quality of Individual Life). Každý člověk však může kvalitu svého života určovat jinak. Dle výzkumu sdružení The Health Promotion and the Elderly Working Group a The Centre for Health Promotion, kteří pod záštitou

⁵⁴KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. s. 52

⁵⁵MATOUŠEK, O. A KOL. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. str. 22

⁵⁶MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající, hospicová péče*. Praha: NCDP ČR, 1998. s.71

kanadského ministerstva zdravotnictví vytvořily profil kvality života seniorů – QOLSV (Quality of Life Profile: Seniors Version), byly dosaženy výsledky zmíněné v Tabulce č. 4. Výzkum byl prováděn se seniory, kteří během 12 setkání odpovídali na otázky „Co pro Vás znamená kvalita života?, Jaké oblasti jsou pro seniory důležité? V tabulce je viditelné, že senioři hodnotili kvalitu života svou schopností něco konat (pohybovat se po bytě, okolí, pečovat o někoho blízkého, mít koníčky atd.):

Tabulka č. 4 – Profil kvality života seniorů

EXISTENCE
Fyzická stránka
Jsem soběstačný, schopný se samostatně pohybovat po bytě, v okolí dodržuji pravidla zdravé výživy
Psychická stránka
Jsem schopen racionálně uvažovat
SOUNÁLEŽITOST
Místo mezi lidmi
mohu se spolehnout na pomoc rodiny mohu se obrátit na své sousedy
Místo ve společnosti
Mám přístup ke zdravotní péči navštěvuji místa ve svém okolí (obchod, atp.)
ADAPTABILITA
Každodenní život
pečuji o manžela/manželku nebo jiného dospělého pracuji v domácnosti (úklid, vaření, atp.)
Volný čas
Mám koníčky (zahrada, pletení, malování, atp.) účastním se organizovaných volnočasových aktivit
Plány do budoucnosti
zlepšování nebo udržování myšlení a paměťových schopností přizpůsobování změnám v osobním životě

Zdroj: Quality of Life Research Unit, www.utoronto.ca/qol/projects.htm)

Kvalita života u hospitalizovaných neléčebných pacientů může být určována výkony, které může pacient sám dělat. „Na kvalitě života se podílí nejen závažnost onemocnění a možnosti léčby či rehabilitace, ale také osobnostní předpoklady se s nemocí vyrovnat. Pacient trpí odtržením od rodiny, mění se jeho sociální role. Bývá invalidizován, ztrácí

*mnoho kompetencí ve svém životě.*⁵⁷ Neléčební hospitalizovaní pacienti jsou ovlivňováni svou nesoběstačností a z tohoto důvodu je jejich kvalita života snížena, pokud se k tomu přidá i neuspokojování některých z pro ně důležitých potřeb, je situaci potřeba řešit. V zařízeních sociálních služeb se na kvalitu života a uspokojování vyšších potřeb svých uživatelů zaměřují, i proto je tak nutný včasný přesun neléčebního hospitalizovaného pacienta do pro něj vhodného zařízení, pokud mu není péči schopna zajišťovat rodina či určitý typ služeb v domácím prostředí. Z výzkumného šetření vyplynulo, že samotným neléčebným pacientům by v řešení jejich situace pomohlo umístění v rezidenčním zařízení. Ve zdravotnickém zařízení jsou lítostiví, ztratili domov, nemohou dělat své oblíbené činnosti. Dlouhodobá hospitalizace neléčebných pacientů má tedy negativní dopady nejen na zdravotnické zařízení, ale zejména na osobu neléčebního pacienta.

⁵⁷VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006.s.115

4. Shrnutí předešlých kapitol

Určité kořeny hospitalizací neléčebných pacientů můžeme vidět již ve vývoji sociální práce ve zdravotnictví, kdy se několikrát měnila působnost ministerstva zdravotnictví a ministerstva práce a sociálních věcí. V současné době, kdy obě ministerstva působí na vlastním poli, není vyřešena situace pacientů, kteří vyžadují zdravotně-sociální služby, tedy neléčebných pacientů a zároveň zdravotně-sociálního pracovníka, který je s těmito pacienty ve styku, přičemž jeho role je také na pomezí zdravotní a sociální práce. Dochází tak k nedostatečnému řešení ze strany ministerstva práce a sociálních věcí, které nechává věc hospitalizací neléčebných pacientů na rezortu ministerstva zdravotnictví. Vydaná částka za hospitalizace těchto neléčebných pacientů by ale měla být použita na léčbu nemocných a ne na „nahrazování sociálních služeb“, které mají být hrazeny z jiných zdrojů. Opět zde tedy zmiňuji problematiku rozpolcenosti zdravotních a sociálních služeb, která se v hospitalizaci neléčebných pacientů negativně projevuje a je důležitým aspektem v této problematice.

Zdravotně-sociální pracovník spolupracuje intenzivněji s neléčebným pacientem jen v určité fázi jeho hospitalizace, to může u pacienta vytvořit pocit, že se o něj někdo zajímá, s jeho nepříznivou situací se něco děje. Poté se však zdravotně-sociální pracovník zaměřuje na další pacienty a kontakt s neléčebným pacientem slábne. Veškerá péče tak závisí na personálu oddělení, který vždy nemá na pacienty dostatek času. Společenské aktivity, které jsou ve zdravotnických zařízeních provozovány, schvaluje vedení zdravotnického zařízení. Těchto společenských aktivit se většinou zdravotně-sociální pracovník nezúčastňuje, pro pacienty se však tímto kvalita aktivit nesnižuje. Zdravotně-sociální pracovník pomáhá neléčebným pacientům v řešení jejich sociálních problémů, které v důsledku dlouhodobé hospitalizace vznikly, a které by mohly pomoci k propuštění neléčebného pacienta. Prostřednictvím dodržování etických a lidsko-právních dokumentů se zdravotně-sociální pracovník snaží zapojit pacienta do řešení své situace, informuje ho o možnostech využívání dávek a služeb, spolupracuje s odborníky ostatních oborů, popřípadě pomáhá jen rozhovorem nad různými tématy. To všechno může pomoci naplnit potřeby pacientů, zvýšit jejich kvalitu života ve zdravotnickém zařízení či najít vhodné řešení situace neléčebného pacienta. Zdravotně-sociální pracovník však může pomoci jen v okruhu svých možností, a ačkoliv např. Charta práv pacientů seniorů ustanovuje zajištění následné péče po uzdravení pacienta,

jsou tyto možnosti často regionálně omezeny. Zdravotně-sociální pracovník také nemá v kompetenci vyplňovat volný čas pacientů, suplovat rodinu či zdravotnický personál.

Role zdravotně-sociálního pracovníka je vzhledem k neléčebným pacientům nedostatečně vymezena v etických dokumentech či samotném postavení pracovníka ve zdravotnickém zařízení. Zdravotně-sociální pracovník nemá pro výkon profese oporu v jednotné metodice či vykazování své činnosti, jak to mu je u zdravotnických či sociálních povolání, jsou-li vykonávána zvlášť. Zejména tedy metodika, jako doporučený postup při řešení sociálních situací pacientů je nedostatečná, přičemž by v mnoha případech práci zdravotně-sociálního pracovníka ulehčila a urychlila. Každý zdravotně-sociální pracovník tak má svou praxi zavedenou jinak, systém činností vykonává podle svého uvážení. V případě stanovení určitého postupu při práci s neléčebným hospitalizovaným pacientem by si mohl být zdravotně-sociální pracovník jistý svou dobrou praxí. Dle výzkumného šetření by zdravotně-sociálním pracovníkům také v práci s neléčebnými pacienty pomohla účast na seminářích týkajících se nové legislativy sociálního zabezpečení či informace o nově poskytovaných službách v regionu.

Stejně tak není vymezen pojem neléčebný pacient, který je spíše ze statistik jednotlivých zdravotnických zařízení vymazáván, avšak všichni vědí, že se takoví pacienti v zařízeních vyskytují. Problematika hospitalizovaných neléčebných pacientů je řešena spíše ze strany zdravotních pojišťoven, které nejsou ochotny za tyto pacienty zdravotnickým zařízením platit a provádějí revizní kontroly, které mají tyto hospitalizace odhalit. I legislativní nezakotvenost tohoto pojmu staví samotného neléčebného pacienta do situace, která, jak se poté zdá, nevyžaduje řešení. To, že je neléčebný pacient zdravotnickým zařízením vykazován kvůli platbám od pojišťoven jako léčebný, vytěsňuje tuto problematiku z denního života zdravotnických zařízení a neléčebný pacient prakticky neexistuje. Situace hospitalizovaných neléčebných pacientů však řešení vyžaduje, jednak z toho důvodu, že je takové jednání nemocnic protizákonné a jednak z důvodu, že nemocniční prostředí není pro pacienta vyžadující zdravotně-sociální služby vhodné, jak jsem např. uváděla při uspokojování vyšších potřeb dlouhodobě hospitalizovaných pacientů.

Oba tyto pojmy jsou tedy velmi málo popsány a bylo proto velmi těžké, až nemožné dohledat informace, které by situaci obou zúčastněných nějak spojovaly. Také zdravotně-sociální pracovníci samotní nechtěli být se svými zkušenostmi s neléčebným pacientem jmenovitě zveřejňováni. Zdravotně-sociální pracovník musí být

s neléčebnými pacienty, pokud ve zdravotnickém zařízení jsou, ve styku, jelikož svými kompetencemi pomáhá najít řešení sociální situace pacienta. Z výsledků výzkumného šetření je patrné, že je svými kompetencemi také omezen, např. nemožností řešení problémů pacientů v terénu či občasnou nespoluprací s úřady. V kombinaci s příčinami hospitalizací neléčebných pacientů je řešení zdlouhavé, v některých případech až mizivé.

5. Vlastní výzkumné šetření

5.1. Metodologie výzkumu

V této části práce bude popsán způsob a postup prováděného šetření, tedy zvláště cíl, techniky sběru dat a charakteristika respondentů. Dále pak budou prezentovány výsledky výzkumného šetření a jejich interpretace, které doplňují teoretické podklady diplomové práce.

5.1.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu bylo zmapovat spektrum možných odpovědí, které by podpořily teoretické podklady této problematiky. Jednalo se zejména o obecný monitoring role zdravotně-sociálního pracovníka vzhledem k neléčebným pacientům a samotné osoby neléčebného pacienta v různých zdravotnických zařízeních.

5.1.2 Techniky sběru dat

Nejprve jsem elektronickou poštou oslovila dvacetšest zdravotně-sociálních pracovníků v různých zdravotnických zařízeních s dotazem, zda se při výkonu své profese setkávají s neléčebnými pacienty. Z tohoto celkového počtu odpovědělo deset zdravotně-sociálních pracovníků, že se neléčební pacienti ve zdravotnickém zařízení, kde působí vyskytují. Aby bylo možné splnit zadaný cíl, zvolila jsem metodu standardizovaných rozhovorů a zúčastněného pozorování.

Standardizované rozhovory byly zaznamenávány na předem připravený a strukturovaný formulář, což umožňovalo spolupracovat i se staršími respondenty, kteří se mezi neléčebnými pacienty často vyskytují. Ze zjištěného celkového počtu deset zdravotnických zařízení, kde se neléčební pacienti vyskytují, byly náhodně vybrány čtyři zdravotnická zařízení, kde byly následně rozhovory provedeny. Respondenty byli čtyři zdravotně-sociální pracovníci a šest neléčebných pacientů. Rozhovory měly dvojí funkci: zjistit možnosti pomoci zdravotně-sociálního pracovníka (či organizace) neléčebnému pacientovi a shromáždit podklady pro tuto diplomovou práci. Všichni zúčastnění respondenti souhlasili s provedením rozhovorů, avšak s tím, že nesouhlasí nikde s uvedením svého jména či zdravotnického zařízení ve kterém působí. Rozhovory probíhaly během dubna 2011.

Zúčastněné pozorování přináší výhodu v možnosti účasti na každodenním životě zkoumaných osob či zařízení, je tedy nástrojem k pochopení situace dané problematiky. Zúčastněné pozorování probíhalo ve vybraném zdravotnickém zařízení během roku 2010-11, kde jsem se soustředila na činnosti zdravotně-sociálního pracovníka vzhledem k neléčebným pacientům, osoby neléčebných pacientů a přístup organizace jako celku k oběma zmiňovaným.

5.1.3 Způsob zpracování

U standardizovaných rozhovorů budou vždy uvedeny otázky, odpovědi respondentů a komentář k odpovědím. Zúčastněné pozorování bude popisem situace v konkrétním zařízení. Dále bude uvedena interpretace výsledků výzkumu.

5.1.4 Respondenti a jejich charakteristika

Respondenty pro tento výzkum byli zvoleni čtyři zdravotně-sociální pracovníci ve čtyřech zdravotnických zařízeních v ČR. Zdravotně-sociální pracovník je součástí léčebně-preventivní péče o pacienty, kteří se z důvodu svého nepříznivého zdravotního stavu nacházejí ve zdravotnickém zařízení a potřebují pomoc při řešení své sociální situace. Při své práci se setkává i s neléčebnými pacienty, kteří byli do výzkumu také zahrnuti v počtu šest. Byli, stejně jako zdravotně-sociální pracovníci náhodně vybráni ve čtyřech z deseti zdravotnických zařízení v ČR, které jsem předtím oslovila. Za neléčebného pacienta by mohla být dle zákona č. 104/1994 sb., o sociálním zabezpečení považována osoba, která je hospitalizována ve zdravotnickém zařízení většinou dlouhodobě, protože se vzhledem ke zdravotnímu stavu (v zásadě stabilizovanému) není schopna o sebe sama postarat, aniž by jí pomohla jiná osoba.

Respondenty v zúčastněném pozorování byli především zdravotně-sociální pracovník a neléčební pacienti. V tomto případě však lze za respondenta považovat zdravotnické zařízení jako celek.

5.2. Výsledky výzkumu

Výsledky výzkumu jsou rozděleny do tří částí. Jedná se o standardizované rozhovory se zdravotně-sociálními pracovníky (1. část), standardizované rozhovory s neléčebnými pacienty (2. část) a zúčastněné pozorování (3. část).

1. část

Standardizované rozhovory se zdravotně-sociálními pracovníky

1. Na jakém oddělení se s neléčebnými pacienty nejčastěji setkáváte?

Respondent 1: *LDN*

Respondent 2: *Interním*

Respondent 3: *Interním, chirurgickém, plicním*

Respondent 4: *LDN*

Komentář: Respondenti se setkávají s neléčebnými pacienty nejčastěji na oddělení LDN a interny, pouze ojedinele na chirurgickém či plicním oddělení.

2. V jakém věku jsou nejčastěji neléčební hospitalizovaní pacienti

- a) 0-30 let
- b) 31-59 let
- c) 60-69 let
- d) 70 a více let

Respondent 1: *70 a více let*

Respondent 2: *70 a více let*

Respondent 3: *31-59 let*

Respondent 4: *60-69 let*

Komentář: Respondenti se nejčastěji setkávají s neléčebnými pacienty v seniorském věku, méně často jsou neléčební pacienti v produktivním věku.

3. Jaká je nejčastější příčina hospitalizací neléčebných pacientů ve Vašem zařízení ze zdravotního důvodu (zaškrtněte všechny nejčastější příčiny)

- a) demence
- b) cévní mozkové příhody
- c) traumatická poškození mozku
- d) úraz
- e) stárnutí
- f) snížení mobility
- g) polymorbidita

h) jiné.....

Respondent 1: *demence, stárnutí, snížení mobility, polymorbidita*

Respondent 2: *demence, cévní mozkové příhody, stárnutí, snížení mobility*

Respondent 3: *cévní mozkové příhody, úraz, traumatická poškození mozku*

Respondent 4: *demence, snížení mobility, polymorbidita*

Komentář: Dle respondentů je nejčastější příčinou hospitalizací ze zdravotního důvodu demence, snížení mobility, poté cévní mozkové příhody, stárnutí a polymorbidita, méně častou příčinou je úraz a traumatická poškození mozku. Je zde korespondence mezi odděleními, kde se vyskytují neléčební pacienti a jejich zdravotním stavem.

4. Jaká je nejčastější příčina hospitalizací neléčebných pacientů ve Vašem zařízení ze sociálního důvodu (zaškrtněte všechny nejčastější příčiny)

- a) rodina neplní svou funkci – nemůže, nechce, neumí pečovat, pacient nemá rodinu
- b) nedostatek míst v zařízení vhodného typu pro pacienta
- c) pacient nebo jeho rodina, odmítá nabízené místo v zařízení vhodného typu
- d) malý důchod pacienta
- e) jiné.....

Respondent 1: *rodina neplní svou funkci, nedostatek míst v zařízení, pacient nebo jeho rodina, odmítá nabízené místo v zařízení*

Respondent 2: *nedostatek míst v zařízení, malý důchod pacienta*

Respondent 3: *rodina neplní svou funkci, nedostatek míst v zařízení*

Respondent 4: *rodina neplní svou funkci, nedostatek míst v zařízení*

Komentář: Nejčastější příčinou hospitalizací neléčebných pacientů ze sociálního důvodu dle respondentů je, že rodina neplní svou funkci - nemůže, nechce, neumí pečovat, nebo pacient rodinu nemá a také nedostatek míst v zařízení. Méně častou příčinou je malý důchod pacienta, nebo odmítnutí nabízeného místa v zařízení vhodného ty pacientem, nebo jeho rodinou.

5. Jaké činnosti, jako zdravotně-sociální pracovník s neléčebnými pacienty nejčastěji vykonáváte?

Respondent 1: *Zasílání žádostí do zařízení.*

Respondent 2: *Zasílání žádostí do LDN.*

Respondent 3: *Nejčastěji se snažím sehnat kontakty na příbuzné, ale to většinou nevyjde, nebo nemají zájem, pokud je potřeba, pomohu zajistit dávky hmotné nouze, popřípadě přihlášení na Úřad práce, pokud to jde, sháním zařízení, do kterého by mohl pacient prozatím jít - nejčastěji kontaktuji azylový dům, ale v případech, že jsou pacienti částečně, nebo úplně neschopni se postarat o svou osobu tak kontaktuji nejčastěji LDN.*

Respondent 4: *Zasílání žádostí do různých typů zařízení.*

Komentář: Respondenti vždy neléčebným pacientům podávají žádosti do různých typů zařízení, aby mohlo dojít k propuštění pacienta. Respondent č. 3 se také snaží sehnat kontakty na příbuzné, v případě mladších pacientů zajišťuje dávky hmotné nouze, popřípadě přihlášení na Úřadu práce.

6. Máte ve Vašem zařízení tzv. sociální lůžka? Pokud ano, kolik?

Respondent 1: *Ano, 5.*

Respondent 2: *Ne*

Respondent 3: *Ne*

Respondent 4: *Ano, 20.*

Komentář: Pouze polovina dotazovaných respondentů má v zařízení, kde působí, sociální lůžka. Ta zdravotnická zařízení, která nemají sociální lůžka, která jsou pro neléčebné pacienty určena, nebo jich mají nedostatek, jednájí hospitalizací neléčebného pacienta v nesouladu se zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

7. Máte možnost pacienta přeložit na lůžko následné péče, či LDN? Pokud ne, proč?

Respondent 1: *Ano.*

Respondent 2: *Ne, LDN si pacienty vybírají, čím horší zdravotní stav, horší umístění.*

Respondent 3: *Ano, ale bývá problém s penězi, pokud nemá pacient vyřízené alespoň nějaké dávky, nechtějí ho vzít.*

Respondent 4: *Ano.*

Komentář: Respondenti mají možnost neléčebného pacienta přeložit na lůžko následné péče, či LDN, avšak pokud má pacient malý důchod, nebo jeho zdravotní stav je náročný na péči, nechtějí pacienta přijmout.

8. Potřebujete jako zdravotně-sociální pracovník další vzdělávání pro práci s neléčebným pacientem? Co konkrétně?

Respondent 1: *Znalosti ohledně nově poskytovaných služeb v regionu, co mohu pacientům nabídnout.*

Respondent 2: *Ne.*

Respondent 3: *Jednou za čas chodím na školení o novinkách v právní problematice v sociální práci, kde zjišťuji, jestli nejsou nové možnosti v získávání dávek a jiné finanční pomoci pro tyto pacienty. Jinak ne.*

Respondent 4: *Informace o nové legislativě zejména o sociálních dávkách a hrazení seminářů sociální problematiky v nemocnicích od zaměstnavatele.*

Komentář: Respondenti by uvítali více informací o nové legislativě týkající se sociálních dávek, která se často mění. Dle Respondenta 1., by bylo vhodné mít přehled o nově poskytovaných službách, aby zdravotně-sociální pracovníci věděli, jaké služby mohou neléčebným pacientům nabídnout. Semináře ohledně nové legislativy by měly být dle Respondenta 4 hrazeny zaměstnavatelem.

9. Máte možnost konzultace s vedoucím pracovníkem při projednávání situace a řešení neléčebného pacienta?

Respondent 1: *Ne*

Respondent 2: *Ano*

Respondent 3: *Ne, většinou oslovuji jiné zdravotně-sociální pracovníky v ostatních zdravotnických zařízeních.*

Respondent 4: *Ano.*

Komentář: Polovina respondentů nemá možnost konzultace s vedoucím pracovníkem při projednávání situace a řešení neléčebného pacienta. Respondent 3 proto oslovuje jiné zdravotně-sociální pracovníky v ostatních zdravotnických zařízeních.

10. Máte možnost rozhovoru s ošetřujícím lékařem neléčebného pacienta? Zajímá se o pacientovu situaci?

Respondent 1: *Ne, chtěla bych se proto zúčastňovat porad ohledně pacientů, abych věděla, zda vůbec a co mám řešit.*

Respondent 2: *Ano.*

Respondent 3: *Ano, ale bohužel většina lékařů vůbec nemá povědomí o možnostech řešení a nedokážou si některé věci prakticky představit.*

Respondent 4: *Ano, snaží se situaci řešit.*

Komentář: Respondenti mají téměř ve všech čtyřech případech dobré zkušenosti s ošetřujícím lékařem neléčebného pacienta, pouze Respondent 1 nemá možnost rozhovoru s ošetřujícím lékařem a lékař se o situaci neléčebného pacienta nezajímá. Měl by proto zájem o účast na poradách, aby věděl, zda a na co se má u neléčebného pacienta zaměřit. Respondent 3 také uvádí, že většina lékařů vůbec nemá povědomí o možnostech řešení situací neléčebných pacientů a nedokážou si některé věci prakticky představit.

11. Mohou Vám nějak při řešení situace neléčebného pacienta pomoci úřady?

Čím?

Respondent 1: *Ano, mohou např. urychlit nástup pacienta do zařízení, které je zřízeno městem.*

Respondent 2: *Ne!*

Respondent 3: *Ano, často se na ně obracím. Někdy tyto pacienty už znají a pomáhají hlavě při vyřizování dávek.*

Respondent 4: *Jak kdy, někde jsou ochotní, někde ne, záleží, s kým hovořím. Většinou pomáhají s dávkami pro pacienty.*

Komentář: Respondentům ve třech případech ze čtyř úřady v řešení situace neléčebného pacienta pomáhají (vyřizováním dávek, urychlení nástupu pacienta do zařízení, které zřizuje město). Respondentovi 2 však úřady v jeho práci s neléčebným pacientem nijak nepomáhají.

12. Máte k dispozici dostatečné množství kompetencí k vyřešení situací neléčebných pacientů? Jaká kompetence by Vám pomohla?

Respondent 1: *Ne, nemohu za pacienty vyřizovat věci v terénu, pokud nefungují terénní sociální pracovníci či rodina. Problémy neléčebných pacientů se tak prohlubují a hospitalizace se protahuje.*

Respondent 2: *Stálý problém – málo LDN a DD.*

Respondent 3: *V podstatě ano, sice normálně do terénu nechodím, ale když je potřeba, jednám s úřady za pacienta. Byla bych ale raději za větší volnost. Pokud chci oslovit např. MPSV, musím to prvně probrat s nadřízenou, takže se to protáhne. Raději bych chtěla možnost, abych v takových situacích mohla jednat rychle a sama, ale to u nás bohužel nejde.*

Respondent 4: *Nemohu spousty věcí vyřešit, pokud je to neléčebný pacient s demencí! Musím vždy nejdříve kontaktovat rodinu, která často nespolupracuje!*

Komentář: Respondenti nemají dostatečné kompetence k řešení situací neléčebných pacientů. Nemohou řešit problémy pacientů v terénu, nemohou jednat s vyššími úřady bez povolení nadřízených, nemohou použít podpis člověka s demencí bez souhlasu rodiny, problémem je nedostatek LDN a domovů pro seniory – to všechno prodlužuje hospitalizaci neléčebných pacientů ve zdravotnickém zařízení.

13. Pokud není možné pacienta po delší dobu propustit z různých sociálních důvodů, platí Vašemu zařízení ještě nějaké další poplatky /kromě regulačních poplatků/? Pokud ano, kolik?

Respondent 1: *Ano, 100,-Kč za den.*

Respondent 2: *Ne.*

Respondent 3: *Ne, bohužel. Většinou je problém, aby zaplatil i ty regulační poplatky.*

Respondent 4: *Byly zde snahy o zavedení, ale byl problém s vymáháním těchto poplatků.*

Komentář: Ve zdravotnických zařízeních většinou nejsou od neléčebných pacientů vybírány žádné další poplatky kromě regulačních poplatků. Je to především z finančních důvodů pacientů. Pouze Respondent 1 uvedl, že zdravotnické zařízení ve kterém působí vybírá od neléčebných pacientů další poplatek ve výši 100,-Kč denně.

14. Jsou neléčební pacienti ve Vašem zařízení také z důvodu nutnosti obsazení lůžka?

Respondent 1: *Ano.*

Respondent 2: *Ne.*

Respondent 3: *Ne.*

Respondent 4: *Ano.*

Komentář: Polovina respondentů uvedla, že neléčební pacienti jsou ve zdravotnickém zařízení, ve kterém působí z důvodu nutnosti obsazení lůžka.

15. Co byste ve Vašem zdravotnickém zařízení zlepšil/a, aby se neléčebný pacient cítil lépe?

Respondent 1: *Více návštěv rodiny (nemůžeme je však nutit, pokud sami nechtějí).*

Respondent 2: *Pomoc psychologa.*

Respondent 3: *Nic, protože jim kolikrát pomůžeme více než na úřadech a dokonce odejdou i s oblečením, které před tím neměli.*

Respondent 4: *Více aktivit, které by jim zpříjemnili dlouhodobý pobyt v nemocnici.*

Komentář: Názory na tuto otázku byly různé: více návštěv rodin, pomoc psychologa, více aktivit. Respondent 3 by v zařízení nezlepšil nic, protože pacientům často pomohou více než na úřadech.

16. Řeší podle Vás dostatečně ministerstvo zdravotnictví či ministerstvo práce a sociálních věcí situaci neléčebných pacientů ve zdravotnickém zařízení?

Respondent 1: *Ne.*

Respondent 2: *Ne.*

Respondent 3: *Absolutně ne. Když jsem jednou psala dotaz ministru Drábkovi, kdo se má o tyto lidi starat, když nejsou schopni jít do azylového domu, a mají třeba po amputaci apod., odpověděl mi, cituji: „Co se týče pojištěnce, u něhož není zajištěna další péče, lze k propuštění ze zdravotnického zařízení říci následující: V § 27 odst. 6. zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, je propuštění pojištěnce, u něhož není zajištěna další péče, povinno zdravotnické zařízení včas informovat obecní úřad s rozšířenou působností příslušný podle místa pobytu pojištěnce. V případě, že se to OÚ nepodaří, musí pojištěnec zůstat ve zdravotnickém zařízení. Od 1.1.2008 má již většina zdravotnických zařízení zaregistrováno i poskytování sociální služby dle §52 zákona č.108/2006Sb., o soc. službách, ve znění pozdějších předpisů a může pro poskytování této služby při splnění podmínek získat i dotaci z MPSV. Uživatel navíc může dosáhnout na příspěvek na péči...Ale co z toho, když zaregistrovanou tuto službu nemáme a nebudeme o ni žádat a příspěvek na péči se poskytnout nedá, pokud je člověk v nemocnici, takže bohužel, páni z ministerstva trošku žijí mimo realitu, dle mého názoru.*

Respondent 4: *Ne, tyto lidé nemají opravdu kam jít a nikdo nic neřeší.*

Komentář: Respondenti se shodli na tom, že ministerstvo zdravotnictví, ani ministerstvo práce a sociálních věcí situaci neléčebných pacientů ve zdravotnických zařízeních neřeší. Respondent 3 dokonce psal dotaz ministru práce a sociálních věcí, který vidí řešení v oslovení příslušného úřadu, aby péči o pacienta po propuštění zajistil, ve zdravotnických zařízeních je dle jeho slov také možnost zřízení sociálních lůžek. Ty jsou však pro zdravotnická zařízení finančně nevýhodná.

17. Co by vzhledem k neléčebným pacientům bylo potřeba z hlediska dlouhodobé péče zlepšit?

Respondent 1: *Vytvořit zdravotně-sociální péči, zařízení, kam budeme moci tyto lidi posílat, nebo více ošetrovatelských lůžek.*

Respondent 2: *Více kvalitních LDN v každé nemocnici.*

Respondent 3: *Vyřešit financování této péče hlavně.*

Respondent 4: *Navýšit kapacitu zařízení, vytvořit síť komunitních či komplexních služeb do domácností pacientů.*

Komentář: Respondenti uvádějí jako nutnost zlepšení v dlouhodobé péči především lůžka pro neléčebné pacienty, tedy zajištění zdravotně-sociální péče, více lůžek v LDN a větší kapacity zařízení. Vhodné by také bylo vytvoření sítě komunitních či komplexních služeb v domácnostech pacientů. Důležité je ale i řešení v oblasti financování dlouhodobé péče.

2. část

Standardizované rozhovory s neléčebnými pacienty

1. Jak dlouho jste ve zdravotnickém zařízení?

Respondent 1: *1 rok*

Respondent 2: *14 dní*

Respondent 3: *2 měsíce*

Respondent 4: *6 měsíců*

Respondent 5: *8 měsíců*

Respondent 6: *3 roky*

Komentář: Respondenti jsou ve zdravotnickém zařízení v průměru 11 měsíců. Respondent 3 je ve zdravotnickém zařízení 3 roky, Respondent 2 je ve zdravotnickém zařízení 14 dní.

2. Máte podanou žádost do nějakého zařízení? (typ zařízení)

Respondent 1: *Ano, domov se zvláštním režimem.*

Respondent 2: *Ne.*

Respondent 3: *Ano, ale čekací doba je i rok. Domov pro seniory.*

Respondent 4: *Ano. Domov pro seniory.*

Respondent 5: *Ano, do domova se zvl. režimem.*

Respondent 6: *Ano, domov pro seniory, dům s pečovatelskou službou.*

Komentář: Většina respondentů má podanou žádost do nějakého zařízení, nejčastěji je to domov pro seniory, poté domov se zvláštním režimem. Méně častá je žádost do domu s pečovatelskou službou. Respondent 2 nemá podanou žádnou žádost.

3. Co by Vám, jako pacientovi nejvíce pomohlo k propuštění ze zdravotnického zařízení?

Respondent 1: *Volné místo v domově.*

Respondent 2: *Více DD.*

Respondent 3: *No hlavně, abych měl kam jít. Byl jsem na azyláku, ale teď co nemám nohy, nevezmou mě tam.*

Respondent 4: *Kdyby si mě vzala domů rodina.*

Respondent 5: *Pokoj v domově.*

Respondent 6: *Volné místo v pečováku.*

Komentář: Respondentům by k propuštění ze zdravotnického zařízení nejvíce pomohlo volné místo v pro ně vhodném zařízení. Respondent 4 by chtěl být v domácím prostředí s rodinou.

4. Co by Vám, jako pacientovi nejvíce pomohlo k zpříjemnění pobytu ve zdravotnickém zařízení?

Respondent 1: *Kdybych mohl číst.*

Respondent 2: *Návštěvy neomezeně.*

Respondent 3: *Tak tady je to dobré, jsou tu hodné sestry, nevím.*

Respondent 4: *Kdybych si mohla povídat někým, tady paní si moc nepovídá.*

Respondent 5: *Nevím.*

Respondent 6: *Je to tu dlouhé, ale vydržím to, asi nic.*

Komentář: Respondenti odpovídali na tuto otázku velmi různorodě. Ke zpříjemnění pobytu ve zdravotnickém zařízení by jim nejvíce pomohla: neomezená možnost návštěv, popovídání si s někým, možnost četby. Pro Respondenta 6 je pobyt ve zdravotnickém zařízení dlouhý, je zde 3 roky. Respondenti 3 a 5 nevědí, co by jim pomohlo.

5. Máte možnost aktivit ve zdravotnickém zařízení? /např. bohoslužby, ergoterapie atd./ Jakých?

Respondent 1: *Chodí sem dobrovolníci, ale za mnou nepřijdou, jinak nevím.*

Respondent 2: *Ano, bohoslužby i ergoterapie tu jsou, ale neúčastním se jich.*

Respondent 3: *No vím, že je tu kaple. Jinak za mnou denně chodí fyzioterapeut a učím se dostat z vozíku na postel a tak.*

Respondent 4: *Ne.*

Respondent 5: *Nevím.*

Respondent 6: *Myslím, že jsou zde nějaké akce, ale jen někdy, že třeba děti přijdou zazpívat a tak.*

Komentář: Zde jsou opět odpovědi různorodé. Je viditelné, že určité aktivity ve zdravotnických zařízeních jsou, ale neléčební pacienti se jich neúčastňují, nebo nejsou do jejich programu zahrnuti. Ve zdravotnickém zařízení u Respondenta 4 nejsou žádné možnosti aktivit.

6. Pomohli by Vám ke zpříjemnění dlouhodobého pobytu např. dobrovolníci, různé aktivity apod.? V čem?

Respondent 1: *Ano, chtěl bych, aby mi někdo četl, když sám nemohu.*

Respondent 2: *Ano, rodina aby mohla přijít kdykoliv.*

Respondent 3: *Nevím, jsou tu nějaké učenky, ty jsou příjemné.*

Respondent 4: *Ano, chtěla bych někoho na povídání, někdo kdo by měl chvilku času na příjemný rozhovor.*

Respondent 5: *Nevím.*

Respondent 6: *Ne, už chci pryč.*

Komentář: Ke zpříjemnění pobytu by respondenti volili: možnost předčítání, neomezené návštěvy, popovídání. Respondent 6 by už chtěl být pryč, nic by mu ke zpříjemnění pobytu ve zdravotnickém zařízení nepomohlo.

7. Jak by Vám mohl pomoci zdravotně-sociální pracovník k propuštění nebo ke zpříjemnění pobytu ve zdravotnickém zařízení?

Respondent 1: *Pomohla mi s podáním žádosti do domova, nevím.*

Respondent 2: *Brzké zařazení DD.*

Respondent 3: *Tak tady ta sociální mi zajistila, že mě vezmou do rehabilitačního ústavu, až budu mít protézy. Vyřídila mi dávky a příspěvky a zatím budu bydlet u známých, než mě tam vezmou.*

Respondent 4: *Kdyby si promluvila s rodinou, třeba by si mě vzali domů, ale chodí do práce, tak nevím, jak bychom to udělali.*

Respondent 5: *Zařídila mi žádost do domova a důchod do nemocnice. Snad budou mít brzo volné místo, abych tu nepřekážel.*

Respondent 6: *Asi ta žádost byla důležitá, že se domluvila s dětmi a ty přinesly ty papíry.*

Komentář: Zdravotně-sociální pracovník může respondentům pomoci zejména podáním žádosti do pro ně vhodného zařízení a zajištěním sociálních dávek.

8. Jakou roli mají Vaše děti, mohou se o Vás postarat, pokud ne, proč?

Respondent 1: *Nemohou, musí chodit do práce a mají své starosti.*

Respondent 2: *Zaměstnání, celodenní.*

Respondent 3: *Nemám děti.*

Respondent 4: *Mohli by, ale asi nechtějí, nebo to neumějí, je to těžké.*

Respondent 5: *Ne, nevím.*

Respondent 6: *Mají moc práce, akorát bych jim doma překážel.*

Komentář: Děti se nemohou o respondenty postarat nejčastěji z důvodu zaměstnání.

Respondent 3 nemá děti a Respondent 4 má pocit, že se o něj děti postarat nechtějí nebo neumějí.

9. Klesla za dobu hospitalizace Vaše kvalita života? V čem se to projevuje?

Respondent 1: *Ano, stále méně vidím, nemohu dělat své oblíbené věci a chtěl bych domů.*

Respondent 2: *Ano, lítost, ztráta domova.*

Respondent 3: *No jedině že nemůžu chodit, ale za to si můžu sám, hold jsem blbec, ale teď se musím snažit to napravit.*

Respondent 4: *Chtěla bych být doma se svou rodinou a vnoučaty.*

Respondent 5: *Nevím.*

Respondent 6: *Ano, už bych chtěla být v domově důchodců, tady mě to nebaví.*

Komentář: Téměř u všech respondentů klesla za dobu hospitalizace jejich kvalita života: nemohou dělat to co dřív, ztratili domov, schází jim domov a rodina, už by chtěli být v domově pro seniory, ve zdravotnickém zařízení je to nebaví.

3. část

Zúčastněné pozorování

Zdravotnické zařízení, tedy jeho interní část s kuchyní, bylo otevřeno v listopadu roku 1985, poté byly dostavěny ostatní pavilony zařízení, jako je chirurgie, gynekologie a komplement ambulancí. Předmětem hlavní činnosti je poskytování ústavní a ambulantní zdravotní péče a poskytování prostředků zdravotnické techniky a léčiv. Zdravotnické zařízení má mnoho oddělení, která čítají celkem okolo 600 lůžek. V polovině roku 2000 byla do zařízení z nedalekého Milešova přesunuta i lůžka léčebny dlouhodobě nemocných, která mají v současné době ze zmíněného celkového počtu 150 lůžek.

Zdravotně-sociální pracovnice působí v tomto zařízení od roku 1985, tedy od jejího vzniku. Byly zde dvě a nejprve prošly školením v krajském ústavu národního zdraví (KÚNZ) v Ústí nad Labem a poté pracovaly pod dohledem krajské metodičky. Po několika letech pracovnice absolvovaly akreditovaný kvalifikační kurz zdravotně-sociální pracovník v Brně a mohly povolání vykonávat bez odborného dohledu. Kromě lůžkového zařízení úzce spolupracovaly i s obvodními lékaři a geriatrickými sestrami, které vykonávaly terénní práci u seniorů. Od nich zdravotně-sociální pracovnice získávaly informace o sociální problematice seniorů, které pak řešily s danými úřady.

Nyní je v tomto zdravotnickém zařízení pouze jedna zdravotně-sociální pracovnice a řeší především sociální problémy pacientů spojené s hospitalizací a návaznost péče po propuštění pacienta ze zdravotnického zařízení. Zdravotně-sociální pracovnice patří pod oddělení sociálních služeb, které vede vrchní sestra odborných ambulancí s magisterským vzděláním ve zdravotní péči. Vrchní sestra je podřízená náměstkyni pro ošetrovatelskou péči a kvalitu, ta pak dále řediteli zdravotnického zařízení. Žádná z těchto jmenovaných osob nemá vzdělání ve zdravotně-sociální práci, i když je možné, že za dobu studií přišli s touto problematikou do styku. Nicméně zdravotně-sociální pracovnice v tomto zařízení nemá vedoucího, který je odborníkem na zdravotně-sociální práci.

Co se týče počtu sociálních lůžek v tomto zdravotnickém zařízení, bylo množství navýšeno 1.10.2010 z 3 sociálních lůžek na 5. V současné době je však tento počet stále nevyhovující. I přes navýšení sociálních lůžek je ve zdravotnickém zařízení několik neléčebných pacientů. Počet hospitalizovaných neléčebných pacientů se však v průběhu minulého roku z důvodu stavby nového domova pro seniory v témže městě a

následného odlivu těchto pacientů tam, podstatně snížil. Problémy plynoucí z tohoto nejen pro nemocnici, ale i pro pacienty samotné zůstávají. Všichni tito neléčební pacienti jsou hospitalizováni na lůžkách oddělení LDN nebo lůžkách oddělení následné péče.

Důležitým aspektem, který nejen neléčebním pacientům může pomoci k vyšší kvalitě života v zařízení je dobrovolnický program, který byl na oddělení LDN koncem května 2009 zahájen. Ačkoliv jsou dobrovolníci určitou prevencí před sociální izolací, ztrátou kontaktů apod., dlouhodobě hospitalizovanému člověku, tím více, pokud si uvědomuje, že je v nemocnici ze sociálních důvodů, plně nenahradí život ve společnosti. Ve zdravotnickém zařízení z jasných důvodů chybí sociální vyžití pacientů, jak tomu je např. v rodině či rezidenčních zařízeních. V tomto zdravotnickém zařízení jsem se setkala také s tím, že již neléčební pacienti „rezignovali“ a jejich zdravotní stav se velice rychle zhoršil. Ačkoliv neléčební pacienti mají k dispozici dobrovolníky, kteří za nimi dochází, mluví s nimi, předčítají jim, domlouvají různé akce, zdravotně-sociální pracovníce se snaží, aby se pacienti, pokud je to možné, co nejdříve vrátili do běžného koloběhu života v rodině, či pro pacienta vhodném zařízení.

V regionu, kde se toto zdravotnické zařízení nachází, je nabídka rezidenčních zařízení nejen pro seniory velmi pestrá, od ústavů sociální péče, přes domy s pečovatelskou službou až po nově postavený domov pro seniory. Domovy se zvláštním režimem jsou však ojedinělou záležitostí. Region nabízí Domov se zvláštním režimem v Čížkovicích a Milešově, které patří pod Centrum sociální pomoci v Lovosicích, Domov se zvláštním režimem Krábčice, jehož zřizovatelem je Diakonie ČCE a Charitní domov sv. Zdislava, který zřizuje Farní charita. Na první pohled by se mohlo zdát, že kapacita těchto zařízení musí dostačovat. Čekací doby se však v tomto regionu pohybují kolem jednoho roku. Největší šanci na možnost nástupu do nějakého zařízení mají samozřejmě chodící, téměř soběstační pacienti. Těm je v regionu nabízen dostatek zařízení a tím pádem i čekací doby nejsou tak dlouhé. Zdravotně-sociální pracovníce s těmito pacienty sepíše žádosti do zvoleného zařízení, ale po doléčení často pacient odchází do domácího prostředí, aby si zařídil vše potřebné před odchodem do zařízení. Jedná se zejména o prodej nábytku, domu, bytu, vybavení atd. Chodící pacienti se však mezi neléčebními pacienty téměř nevyskytují. Problémy vznikají také u neléčebných ležících pacientů, kdy ošetřovatelská lůžka v zařízeních sociálních služeb jsou plná, a péče o tyto pacienty v domácím prostředí je náročná.

Problematika odmítnutí nabízeného zařízení, jak je uvedeno v kapitole o možných příčinách hospitalizací neléčebných pacientů, je v tomto zdravotnickém zařízení velmi častá. Odmítnutí se vyskytuje především v případě nabízení Domova pro seniory nebo Domova se zvláštním režimem na Milešově. Někteří lidé žijící již nějakou dobu v tomto regionu mají k Milešovu předsudky – dříve tam totiž byla LDN a mezi lidmi se říkalo, „že se tam chodí umřít“. Ještě dnes se lidé Milešova obávají a ani po vysvětlení, že je tam dnes již jiné, zrekonstruované zařízení, podání žádosti tam nepřijmou. To je samozřejmě problém, jelikož se hospitalizace neléčebných pacientů dále prodlužuje.

V tomto zdravotnickém zařízení je na LDN také několik neléčebných pacientů, jejichž důchod zdaleka nedosahuje požadovaného poplatku v rezidenčních zařízeních. Pokud takoví pacienti nemají příbuzné, kteří by požadovanou částku v rezidenčním zařízení doplatili, jsou tito pacienti pro zařízení nevyhovující a zůstávají nadále v LDN. U neléčebných pacientů, kteří jsou v tomto zařízení déle než 3 měsíce, zdravotně-sociální pracovnice sepisuje darovací smlouvu. Jak je psáno v teoretické části, jedná se o dobrovolný dar pacienta (dle § 628 a násl. občanského zákoníku v platném znění), který by mohl být propuštěn, ale z důvodu své sociální situace propuštěn být nemůže. Pacient přispívá částkou 3 100,-Kč měsíčně. Tento dar může samozřejmě platit i příbuzný pacienta, záleží na tom, na koho je smlouva napsána. Finanční částka je určena LDN ke zlepšení kvality poskytované péče. V případě, že je pacient opět léčebný, nebo je propuštěn, darovací smlouva je zrušena. Ne všichni pacienti tyto dary platí, dar je dobrovolný. Někteří pacienti či rodinní příslušníci odmítají darovací smlouvu podepsat, jiní dar neplatí právě z důvodu malých důchodů.

Neléčební pacienti v tomto zdravotnickém zařízení také z různých důvodů neplatí regulační poplatky a tak se opět dostávají do dluhů a dochází k exekucím. Z jejich již tak malých důchodů jsou strhávány poplatky za exekuce a neléčební pacienti nejsou přijati do žádného rezidenčního zařízení, které v regionu vyžadují měsíční poplatek 9-10 000,-Kč. Zdravotně-sociální pracovnice se snaží pacientům pomoci vyřizováním dávek, které by životní komfort pacientů zvýšily (např. hmotná nouze, při které se nemusí platit regulační poplatky), avšak tito pacienti často žádnou dávku nedostanou, jelikož jsou jejich důchody vysoké, ale kvůli exekucím jsou několikanásobně sníženy. Neléčebný pacient tak zůstává nadále ve zdravotnickém zařízení, jelikož nemá finanční prostředky na zaplacení služeb, které jeho zdravotní stav vyžaduje. I kdyby totiž měl vysoký příspěvek na péči, rezidenční zařízení ho nepřijme.

V tomto zdravotnickém zařízení je také velký problém s obložeností oddělení. Pacienti jsou zde často déle, než je nutné z důvodu větších finančních výnosů pro zařízení a zdravotně-sociální pracovníce, ačkoliv by mohla udělat více pro propuštění pacienta, je ze strany vedení zdravotnického zařízení i personálu na odděleních upozorňována, aby jednala obezřetně. Jedná se zejména o oddělení LDN a oddělení následné péče. Ošetřující personál má obavy, aby nebyl propuštěn kvůli uzavření oddělení z důvodu nedostatku pacientů a svým chováním dává zdravotně-sociální pracovníci najevo nesouhlas s její prací. Primář i lékaři jednotlivých oddělení udržují co nejvyšší obloženost, jelikož oni mají kompetenci k propouštění pacientů. Zdravotně-sociální pracovníce tak nemá možnost pracovat na propuštění neléčebných pacientů, jelikož je od toho vedením z finančních důvodů odrazována, i na úkor pacientů samotných či možných sankcí od zdravotních pojišťoven.

V tomto zdravotnickém zařízení jsou příčinami hospitalizací neléčebných pacientů především malé kapacity v domovech se zvláštním režimem a na ošetrovatelských lůžkách. Vyskytují se také často pacienti s malými důchody, nebo exekucemi na důchod a ti pak mají ještě menší šanci na přijetí do nějakého zařízení. Jsou zde i problémy organizační, kdy vedení a personál zařízení udržuje obloženost zdravotnického zařízení a zdravotně-sociální pracovníce je vedena k neřešení některých případů. Zařízení má také nedostatek sociálních lůžek na množství neléčebných pacientů, přičemž zvýšení této kapacity by zřejmě k velké redukci neléčebných pacientů nepřispělo, jelikož někteří neléčební pacienti by na poplatky za sociální lůžko neměli finance. Zdravotně-sociální pracovníce zde také nemá možnost konzultace s vedoucím, který by měl zdravotně-sociální vzdělání. Ve zdravotnickém zařízení se tak kumuluje počet neléčebných pacientů a řešení, která by tento jev minimalizovala je i z finančních důvodů nedostatek. Pozitivem je, že zde funguje dobrovolnický program, kdy dobrovolníci docházejí za dlouhodobě hospitalizovanými pacienty a zvyšují svými činnostmi kvalitu života pacientů ve zdravotnickém zařízení.

5.3. Interpretace výsledků výzkumu

Standardizované rozhovory prokázaly nejprve obecné informace, jako je nejčastější místo výskytu neléčebných pacientů (interní oddělení, LDN), jejich věk (seniorský), zdravotní příčiny (demence, snížení mobility) a sociální příčiny (rodina neplní svou funkci, nedostatek míst v zařízení) hospitalizací neléčebných pacientů, které

popisují v samostatné kapitole. Zdravotně-sociální pracovníci i neléčební pacienti se shodli na nejčastější možnosti pomoci neléčebním pacientům, ze strany zdravotně-sociálního pracovníka podáním žádosti do nějakého zařízení. Zdravotně-sociální pracovníci nemají v polovině dotazovaných možnost konzultace s vedoucím ohledně situace neléčebního pacienta, nemají také dostatečné kompetence k řešení jejich situací. Zdravotně-sociální pracovníci by uvítali více informací o legislativních změnách v sociálních dávkách a nově poskytovaných službách v regionu. V polovině dotazovaných zařízení nejsou žádná sociální lůžka a pacienti jsou dlouhodobě hospitalizováni také z důvodu obloženosti zdravotnického zařízení. Zdravotně-sociální pracovníci se shodují na špatné spolupráci ministerstva zdravotnictví a ministerstva práce a sociálních věcí, je podle nich potřeba více zdravotně-sociálních a ošetrovatelských lůžek, kvalitních LDN, větší kapacity v zařízeních sociálních služeb, komunitní či komplexní péče o pacienty v domácím prostředí. Neléčební pacienti mají často problémy s financemi, nedosáhnou na platby v zařízeních. Dotazovaní respondenti jsou hospitalizováni v průměru 11 měsíců, za tu dobu klesla kvalita jejich života, ačkoliv jsou většinou ve zdravotnických zařízeních provozovány nějaké aktivity – dobrovolníci, bohoslužby. Téměř všichni dotazovaní neléčební pacienti mají podanou žádost do nějakého zařízení a k řešení jejich situace by jim pomohlo volné místo tam. Pozitiva jsou především v dobré spolupráci mezi zdravotně-sociálními pracovníky a lékaři, či některými úřady.

Zúčastněné pozorování potvrzuje některé výsledky vyplývající ze standardizovaných rozhovorů. Je to především nedostatek volné kapacity v zařízení a nízké finanční prostředky neléčebních pacientů na zaplacení potřebných služeb. Shoda je také v nemožnosti konzultace zdravotně-sociálního pracovníka s vedoucím ohledně situace neléčebního pacienta a málo sociálních lůžek v zařízeních. Dobrým výsledkem je, že ve většině dotazovaných zdravotnických zařízení poskytují nějakou společenskou aktivitu, např. ve formě bohoslužeb, návštěv dobrovolníků, společenské akce o vánocích, velikonocích apod.

Informace získané ve výzkumném šetření byly použity jako podklad pro další kapitoly v této práci.

6. Možné příčiny hospitalizací neléčebných pacientů

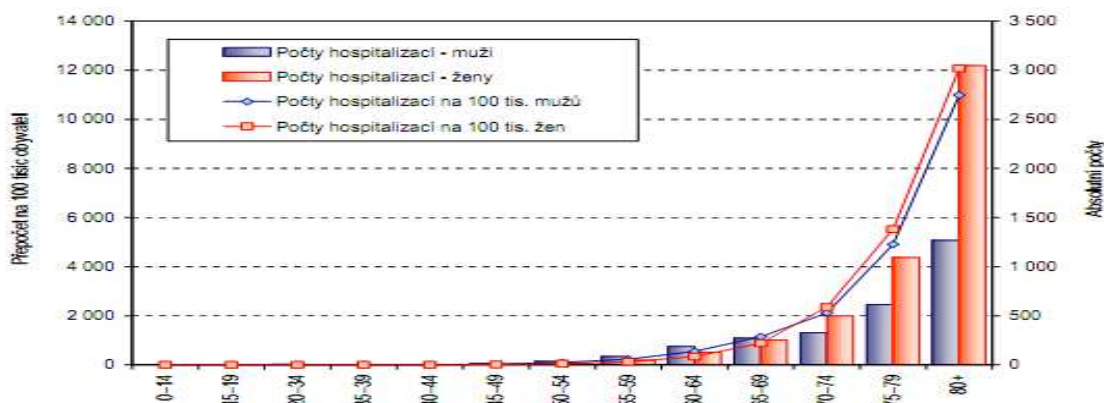
Primární příčinou hospitalizací neléčebných pacientů je jejich nesoběstačnost. Jak již bylo řečeno, osoba se není schopna o sebe postarat bez pomoci druhé osoby. Dle WHO je pojem nesoběstačnost jakýsi „zastřešující termín, který zahrnuje jak vlastní poruchu, tak i limitování aktivit a omezení participace i environmentální faktory.“⁵⁸ Nesoběstačnost je měřitelná dle závislosti na pomoci v základních denních aktivitách. Z důvodu nutnosti řešení jevu neléčebných pacientů ve zdravotnických zařízeních, je potřeba znát konkrétní problematiku možných příčin těchto hospitalizací. Možné příčiny hospitalizací neléčebných pacientů byly ověřeny ve výzkumném šetření a obecně je lze rozdělit do dvou skupin: první skupinou jsou příčiny vznikající z důvodu vývoje člověka či jeho zdravotního problému, do druhé skupiny patří příčiny způsobené systémovými chybami, kdy legislativní systém, zejména v sociální a zdravotní oblasti, umožňuje vznik fenoménu neléčebného hospitalizovaného pacienta.

Nesoběstačnost může tedy vznikat z důvodu věku, nemoci, úrazu:

6.1. Demence a Alzheimerova nemoc

Jednou z možných příčin neléčebných pacientů hospitalizovaných ve zdravotnických zařízeních jsou různé typy demencí. Demence jsou z důvodu zvyšujícího se věku dožití stále častější diagnózou nejen v České republice. Její výskyt se zvyšuje s věkem pacientů, jak je vidět v Tabulce č. 5.

Tabulka č. 5 – Počty hospitalizací z důvodu demence a míra prevalence podle pohlaví a věkových skupin v roce 2009



⁵⁸ <http://www.who.int/topics/disabilities/en/> (7.2.2011)

Zdroj: ÚZIS, *Péče o pacienty s diagnózami F01, F03 a G30 - demence v lůžkových zařízeních ČR v letech 2005-2009*, č. 68/10

Demence se vyskytuje také mnohem častěji u starších žen, což v souvislosti s již zmíněnou větší osamělostí žen nad 75 let upozorňuje na potřebu zajištění vhodné péče, samozřejmě nejen pro ženy. „*Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru. Dochází k narušení vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku, přitom vědomí není zastřeno. Zhoršení uvedených funkcí je doprovázeno (někdy dokonce předcházeno) zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace.*“⁵⁹ Tyto změny samozřejmě ovlivňují život pacienta i jeho okolí i z toho důvodu, že je to onemocnění zatím nevyléčitelné a je často progredující. Nejčastější příčinou demence je Alzheimerova choroba. Jde až o 50% všech demencí. „*Alzheimerova choroba je závažné neurodegenerativní onemocnění, vedoucí k úbytku některých populací neuronů (nervových buněk) a v důsledku toho k mozkové atrofii (úbytku tkáně). To má pak za následek vznik syndromu demence.*“⁶⁰ Péče o pacienty trpícími různými druhy demencí není v ČR zatím uspokojivě vyřešena. Tito lidé nespádají svou diagnózou ani do zdravotnických zařízení, jelikož demence je chronickou záležitostí, ani do zařízení sociálních služeb, z důvodu vysokých nároků na péči. Pro seniory s různými typy demencí jsou zřizovány domovy pro seniory se zvláštním režimem. V těchto zařízeních je nutné, aby byl personál vyškolen pro práci s lidmi s demencí, zejména v oblasti komunikace a komplexní péče. Domovy se zvláštním režimem jsou zřizovány dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a jejich rozsah je dán také tímto zákonem. „*Domovy se zvláštním režimem poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.*“⁶¹ Se zvyšujícím se počtem pacientů s demencí je však těchto zařízení nedostatek. Pacienti se se zhoršujícím zdravotním

⁵⁹PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Grada, 2007. s.9

⁶⁰JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. A KOL. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada, 2009. s.29

⁶¹ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. *Výchova ke zdraví, vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010. s. 107

stavem dostávají do zdravotnického zařízení a z důvodu nemožnosti propuštění pacienta do domácí péče či rezidenčního zařízení, zůstává pacient často jako čekatel na LDN, nebo na některých lůžkách akutní péče.

Počty pacientů s různými typy demencí na lůžkových odděleních jsou podle ÚZIS, 68/10 velmi vysoké a stále se zvyšují. Zdravotně-sociální pracovník se u těchto pacientů domlouvá na další péči po propuštění převážně s rodinou, v případě nemožnosti rodiny pečovat podává za jejich součinnosti žádost do Domova se zvláštním režimem. Pokud má rodina zájem o péči o pacienta v domácím prostředí, zdravotně-sociální pracovník podává rodině informace, které jim tuto péči mohou ulehčit. Jedná se zejména o informace o příspěvku na péči, dostupné služby v regionu pro osoby s demencí apod. Pacienti s demencí i jejich rodiny mají také velkou oporu v České Alzheimerovské společnosti, která poskytuje velké množství informací ohledně péče o lidi s demencí, o nemoci, bojuje za práva pacientů, pořádá konference a semináře. Zdravotně-sociální pracovník se tak sám může informovat o možnostech péče pro lidi s demencí a najít řešení v případě konkrétního neléčebného pacienta.

6.2. Cévní mozkové příhody

Jedním z důvodů, proč se stane člověk nesoběstačným je i stav po cévní mozkové příhodě (dále jen CMP). „*CMP je akutní stav, při kterém dojde během několika minut či hodin k nervovému poškození, někdy postupně, které přetrvává déle než 24 hodin. CMP je způsobena porušením krevního zásobení části mozku.*“⁶² Pacienti po CMP často ztratí svou soběstačnost a v případě, že rehabilitace ve zdravotnickém zařízení, která trvá jen nějakou dobu není úspěšná, pacient se stává takřka závislým na péči druhé osoby. Doléčovací rehabilitační zařízení jsou především pro mladé lidi, a tak nesoběstační ležící pacienti senioři často zůstávají v nemocničním zařízení na lůžkách LDN. „*Cévní mozková příhoda je hlavní příčinou invalidity a druhou nejčastější příčinou demence. V nejméně 50% má trvalé následky a u 20% postižených jsou následky tak vážné, že jsou odkázáni na pomoc druhých. V České republice je cévní mozkovou příhodou postiženo si 70 000 lidí ročně a téměř 20 000 lidí na její následky zemře.*“⁶³ Zdravotně-sociální pracovník opět v případě nemožnosti rodiny o pacienta pečovat podává žádost do (pro pacienta) vhodného zařízení. V případě, že rodina zájem

⁶² RICHARDS, A., EDWARDS, S. A Nurse's Survival Guide to the Ward. Churchill Livingstone – Elsevier Limited, 2003. s.165

⁶³ ŠPINAR, J., VÍTOVEC, J. A KOL. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. Praha: Grada, 2007. s.120

pečovat má, odkazuje zdravotně-sociální pracovník na možnosti sociálních dávek či zapůjčení kompenzačních pomůcek, jako jsou polohovatelné postele, chodítka, vozíčky apod., jelikož pacienti po CMP mají často postižené končetiny a je snížena jejich mobilita.

Problematikou cévních mozkových příhod, prevencí, diagnostikou, terapií, péčí o pacienty se zabývala v 90. letech minulého století Helsingborgská deklarace. O několik let později vznikla Mainnheimská deklarace, která ještě více zdůrazňovala potřebu zabývat se touto problematikou. Zdravotně-sociální pracovník se snaží sociální situaci neléčebného pacienta po CMP vyřešit, je však omezen kapacitou rezidenčních zařízení a nákladností a fyzickou zátěží péče o tyto lidi v domácím prostředí.

6.3. Traumatická poškození mozku

Traumatická poškození mozku vznikají nejčastěji při autohaváriích nebo pádech. Je to široká škála poranění od otřesu mozku až po hematomy mozku. Traumatická poškození mozku „*představují incidenci celkem 15 tisíc ročně (týká se těžkých forem poranění) a celkem cca 36 tisíc ročně) včetně poranění lehčích. Poranění mozku mají také závažné následky, a to lehčí a středně těžké u 9 tisíc lidí ročně, tedy těch, kteří s těmito problémy budou ještě dlouho žít a dále 2 tisíce lidí, jejichž následky a omezení soběstačnosti jsou závažné až velmi závažné. Tito lidé potřebují převážně dlouhodobou péči.*“⁶⁴ Velmi podobně jako u cévních mozkových příhod je i traumatické poškození mozku jednou z příčin demence. Po ukončení akutní léčby je pacient buď propuštěn do domácího prostředí, což není vždy pro pacienta to nejlepší, např. z důvodu nemožnosti zajištění trvalého dohledu, nebo zdravotně-sociální pracovník ve spolupráci s pacientem, nebo rodinou podává žádost do rezidenčního zařízení. Přijetí však často není možné ihned a z pacienta se stává neléčebný hospitalizovaný pacient. Práce zdravotně-sociálního pracovníka spočívá prakticky ve stejných činnostech, jako u již zmíněných příčin hospitalizací neléčebných pacientů. Lidé jsou po traumatickém poškození mozku velmi často postižení doživotně v oblasti chování, jsou omezeni ve své funkčnosti, což s sebou přináší i sociální problémy, které je potřeba řešit. Problematikou lidí s traumatickým poraněním mozku se zabývá Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin CEREBRUM.

⁶⁴Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice. MPSV, 2010. s. 15

6.4. Úraz

Neléčebných hospitalizovaných pacientů, kteří ztratili svou soběstačnost kvůli úrazům je méně, nežli pacientů s výše zmíněnými diagnózami. Mám zde na mysli převážně úrazy končetin (např. amputace). Tito pacienti jsou ve většině případů odesláni na protetiku, kde jim je zhotovena ortopedická pomůcka a následně jsou odesláni k rehabilitaci. V případě usednutí pacienta na invalidní vozík je často možné jeho fungování v domácím prostředí za pomoci např. pečovatelské služby a úpravy bytu.

V případě zlomenin je neléčebných hospitalizovaných pacientů více, zvláště jedná-li se o zlomeniny u seniorů (např. fraktury krčku). U seniorů dochází mnohem častěji než u mladých lidí k tomu, že ačkoliv je zlomenina po zdravotní stránce v pořádku, stanou se ležícími. U seniorů je zlomenina při pádu způsobena křehkostí kostí a dalšími zdravotními problémy, jako je např. vertigo (točení hlavy). Proto je následné řešení pacientovi situace poněkud složitější a pacient vyžaduje dlouhodobější péči. *„V Nizozemsku zjistili ve skupině 311 seniorů starších 70 let v domácím prostředí během 36 týdnů u 16% probandů, ≥ 2 pády, u 17% jeden pád. V 46% pádů došlo k poranění, v případech ke zlomenině.“*⁶⁵ Péče o ležící pacienty je náročná a rodiny ji málokdy zvládají. Pokud rodina opravdu o pacienta chce pečovat, zdravotně-sociální pracovník může domluvit pečovatelskou službu, dát kontakty na půjčovny pomůcek, nejčastěji však podává těmto pacientům žádost do rezidenčního zařízení. Na problematiku úrazů starých lidí je zaměřená European Network for Safety among Elderly (EUNESE).

6.5. Zhoršení mobility a polymorbidita

Ke zhoršení mobility může docházet z různých kombinací problémů zmíněných výše a spousty dalších jiných faktorů, zvláště pak v období stáří. Zhoršení mobility je jednou z příčin nesoběstačnosti, kvůli kterým pacient nemůže zůstat sám v domácím prostředí a potřebuje pomoc druhé osoby. Ke zhoršení mobility však může dojít jak u seniorů, tak i u osob mladšího věku. Nejčastěji to může být právě v důsledku úrazu, demence, problémů s klouby – artróza, osteoporózy, obezity apod. Pacient se postupem času stává nepohyblivým a potřebuje pomoc při všech úkonech při péči o svou osobu. Pohyb je přitom důležitým aspektem správné funkce organismu. Pokud se člověku pohybu nedostává, trpí tím fyzická i psychická stránka člověka. U seniorů často také

⁶⁵KALVACH, Z. A KOL. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada 2008.s. 178

kromě zhoršení mobility dochází k jevu, který se nazývá polymorbidita. „*Je to stav, kdy pacienti trpí současně více chorobami. Polymorbidita může činit diagnostické potíže, ale i obtíže terapeutické, kdy přítomnost a léčba jednoho onemocnění nepříznivě ovlivňuje léčbu i průběh onemocnění druhého.*“⁶⁶ Polymorbidní pacient je nemocný, ale jeho stav by byl zvládnutelný i v rezidenčním zařízení či ambulantní léčbou. Jedná se totiž většinou o chronické fáze nemocí, jako je např. diabetes mellitus, ischemická choroba srdeční apod. Takový pacient je vystaven mnohem většímu riziku častějších hospitalizací ve zdravotnickém zařízení z důvodu náhlých změn zdravotního stavu. Polymorbidní pacient se v podstatě stává neléčebným, jelikož jeho stav po určité době vyžaduje pouze ošetrovatelskou péči a jeho zdravotní stav lze léčit ambulantně. Zdravotní stav těchto pacientů se již nikdy výrazně nezlepší, ale hospitalizaci také nevyžaduje. Zdravotně-sociální pracovník opět postupuje dle již zmíněných činností.

Příčiny neléčebných hospitalizovaných pacientů jsou i v chybách systémových. Procenta výskytu těchto příčin se budou lišit zřejmě regionálně. Vycházím z hospitalizace neléčebného pacienta, tedy člověka, který by mohl být ze zdravotnického zařízení propuštěn, ale něco mu v tom brání. Tyto příčiny se pokusím shrnout a některé doplním kazuistikou z vlastní praxe:

6.6. Rodina neplní svou funkci

Za nejčastější příčinu hospitalizací neléčebných pacientů by se dala považovat angažovanost rodiny v otázce návratu pacienta do domácího prostředí. Zvláště v období potřeby pomoci druhé osoby sehrává rodina významnou roli. „*Opakovaně bylo konstatováno, že má-li být nemocný senior ošetřován v rodině, pak právě tato rodina musí chtít, umět a moci potřebnou péči poskytnout.*“⁶⁷ Zdravotně-sociální pracovník se při práci s neléčebnými pacienty setkává s negativními přístupy rodin k péči o ně, což zdravotně-sociálnímu pracovníkovi přináší komplikace ve formě hledání řešení jiným způsobem, nežli je propuštění neléčebného pacienta do domácího prostředí. Tyto negativní přístupy rodin se dají rozčlenit do 4 skupin:

⁶⁶ VONDRÁČEK, J., DVOŘÁKOVÁ, V., VONDRÁČEK L., *Medicínsko-právní terminologie. Praha: Grada, 2009. s.31*

⁶⁷ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. s. 28*

6.6.1 Rodina nechce pečovat

Dle zákona č. 94/1963 Sb., o rodině je „*rodičovská zodpovědnost souhrn práv a povinností. Dítě, které žije ve společné domácnosti s rodiči, je povinno podle svých schopností jim pomáhat. Je dále povinno přispívat i na úhradu společných potřeb rodiny, pokud má vlastní příjem, popřípadě majetek, kterého lze použít pro společné potřeby rodiny. Děti, které jsou schopny samy se živit, jsou povinny zajistit svým rodičům slušnou výživu, jestliže toho potřebují. Každé dítě plní tuto vyživovací povinnost takovým dílem, jaký odpovídá poměru jeho schopností, možností a majetkových poměrů k schopnostem, možnostem a majetkovým poměrům ostatních dětí.*“⁶⁸ Rodina by tedy dle svých možností měla pomáhat blízkým v případě výživy, avšak pokud se jedná o povinnost zajistit ošetrovatelskou péči, kterou hospitalizovaní neléčební pacienti potřebují, není toto legislativně zakotveno. Pokud rodina o blízkého pečuje, jedná se spíše o rodinnou solidaritu, nežli zákonem vynucené jednání. Je však nutné podotknout, že náročnost péče může být různá. Za jednu z nejnáročnějších péčí je považována péče o osoby s demencí. Důležité je „*že v České republice žije 105 tisíc lidí trpících demencí a „jen“ 25 tisíc z nich je v ústavní péči, pak se o 80 tisíc těchto nemocných starají rodiny.*“⁶⁹ Na druhou stranu je velké množství rodin, které se o své blízké zájem starat nemají a i z toho důvodu se z pacienta stává neléčebný hospitalizovaný pacient. Zdravotně-sociální pracovník je s rodinou ve většině případů neléčebných hospitalizovaných pacientů v kontaktu, avšak pokud není legislativně zakotvena povinnost postarat se o svého blízkého v době potřeby, rodina může péči o něj odmítnout.

6.6.2. Rodina péči poskytnout neumí

Lidé, kteří nemají zkušenosti s péčí o seniory, často neví, jak má taková péče vypadat, kde hledat odbornou pomoc, bojí se selhání či ublížení svému blízkému. Lidé s přibývajícím věkem vyžadují odlišný přístup v péči o jejich osobu a pro členy rodiny není jednoduché se těmto změnám v krátkém čase přizpůsobit. „*Málokterá generace před námi se dožívala tak vysokého věku, málokdo před námi se dožil všech průvodních jevů, které s sebou vysoký věk přináší. Přiznejme si, že nejsme připraveni. Většinou neumíme, nevíme, jak nejlépe pečovat o své seniory, nejsme připraveni na své vlastní*

⁶⁸Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině. Dostupné z: <http://www.zakonycr.cz/seznamy/094-1963-Sb-zakon-o-rodine.html> (cit. 8.2.2011)

⁶⁹HÁŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. s. 294

stáří.“⁷⁰ V současné době je možné přihlásit se do kurzů, které nabízejí nácvik praktických dovedností či základy ošetrovatelství. Kurzy pořádá např. Hospic S. K. Neumana v Prachaticích, nebo je možné se bezplatně přihlásit do brněnského projektu Pečuj doma. Je také možné požádat o pomoc sestry či ošetrovatelský personál ve zdravotnickém zařízení, agentury domácí péče či zaměstnance pečovatelské a ošetrovatelské služby. Zdravotně-sociální pracovník může nabídnout pomoc v oblasti psychosociálního poradenství, např. informace ohledně kompenzačních pomůcek, příspěvků na péči apod. Kazuistika č. 1 popisuje konkrétní situaci, kdy zdravotně-sociální pracovník napomohl zajištění péče v domácím prostředí:

Kazuistika č. 1: V létě roku 2010 byl na doporučení praktického lékaře hospitalizován 83letý pacient pro celkové zhoršení zdravotního stavu. Pacient měl od roku 2007 diagnostikovanou Alzheimerovu chorobu a po celou dobu se o něj v domácím prostředí starala již také 83letá manželka. Pacient měl 3 děti, které nechávaly péči pouze na matce, protože jí prozatím zvládala. Pacient však ulehl a z postele se již nezvedl, choroba u něj tak pokročila, že již nepoznával ani manželku, ani děti. Pacient ležel ve zdravotnickém zařízení 5 měsíců, než se podařilo domluvit s manželkou a s dětmi na další péči – stal se neléčebným pacientem. Manželka však pacienta nechtěla přesunout do Domova se zvláštním režimem, ani jiného zařízení a chtěla o něj i nadále pečovat v domácím prostředí. Zdravotně-sociální pracovnice sepsala s manželkou pacienta darovací smlouvu a pacient zůstal ve zdravotnickém zařízení do doby, než budou zajištěny potřebné záležitosti. Za spolupráce s dětmi se po propuštění pacienta podařila domluvit pečovatelská služba, zvýšení příspěvku na péči a další prostředky k možnému návratu pacienta do domácího prostředí, jako např. polohovací postel s antidekubitní matrací.

S ohledem na pacienta je vždy nejlepší péče v domácím prostředí, v prostředí, kde to nemocný člověk zná, má své zázemí, své rituály, vzpomínky a blízké. „Ve všech rozvinutých zemích je zřejmá tendence, aby lidé setrvali co nejdéle ve svém domácím a rodinném prostředí. Odpovídá to jejich přáním a tento systém jejich přání a potřeby co nejvíce respektuje.“⁷¹ Pokud má rodina zřejmou snahu o blízkého v domácím prostředí pečovat, ale brání jí v tom nedostatek informací a dovedností, dá se tato situace ve většině případů kladně vyřešit.

⁷⁰ <http://www.broumov.net/kompla/data/nadeje-cssn.pdf> (cit. 8.2.2011)

⁷¹ Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice. MPSV, 2010. s. 41

6.6.3 Rodina nemůže pečovat

Rodina nemůže o pacienta pečovat velmi často z důvodu chození do zaměstnání, nebo z důvodu přítomnosti malých dětí v rodině. Rodina pacienta má svůj život a není přizpůsobená k tomu, aby pečovala o nemocného člověka. Jde o např. o seniory, kteří mají děti již také seniory, ty mají už své zdravotní problémy a další potomci mají již svou rodinu, děti „*Změny v sociální struktuře poskytují částečné vysvětlení zvýšené potřeby řešení dlouhodobé péče. Mnoho rodin má děti a více mladých lidí se stěhuje z venkova do městských oblastí, a z chudších zemí do bohatších zemí, nemohou být proto k dispozici v poskytování péče.*“⁷² Pro rodinu pacienta je většinou těžké přijmout vlastní selhání v péči o blízkého. Jsou však situace, kdy rodina pečovat nemůže, ani za pomoci např. pečovatelské služby a tuto situaci nemůžeme změnit. Zdravotně-sociální pracovník tyto situace respektuje a snaží se zároveň pomoci rodině situaci vlastního selhání lépe zvládnout.

6.6.4 Pacient nemá rodinu

Jsou také neléčební pacienti, kteří nemají rodinu, jsou ovdovělí, bezdětní. V těchto případech nezbyvá než spolupracovat pouze s pacientem, nebo jeho opatrovníkem. V případě že pacient nemá rodinu a má např. již pokročilou fázi demence, zdravotně-sociální pracovník se snaží vždy konat v co největší prospěch pacienta – tzn. zajistit mu co nejvhodnější péči, zvláště v Domovech pro seniory se zvláštním režimem. „*Mnoho nesoběstačných seniorů žádné příbuzné nemá. Osamělí lidé mají v domovech pro seniory přednost před uchazeči s rodinou.*“⁷³ Kazuistika č. 2 ukazuje na možný přístup zdravotně-sociálního pracovníka k neléčebnímu pacientovi, který nemá rodinu:

Kazuistika č. 2: 64letý pacient byl hospitalizován nejdříve na interním oddělení, poté na LDN pro jednu z forem leukémie. Byl bezdětný, svobodný, neměl přátele a byl osobou bez přístřeší. Po zajištění důchodu do nemocnice a shromáždění potřebných dokumentů byla pacientovi podána žádost od rezidenčního zařízení, které ale bylo plně obsazené a pacient se tak stal za několik měsíců od začátku hospitalizace neléčebním pacientem, jelikož jeho zdravotní stav byl zvládnutelný za ambulantní péče. Podání žádosti do Hospice pacient odmítal. Po zlepšení zdravotního stavu mohl být pacient propuštěn, neměl však rodinu a byl osobou bez přístřeší. Neměl se o něj kdo postarat a rezidenční zařízení bylo stále obsazené. Pacient projevil zájem o pobyt v Azylovém

⁷²http://www.who.int/topics/longterm_care/en (cit. 5.2.20011)

⁷³<http://www.po-prechodu.cz/legislativa/nedostatek-domovu-duchodcu.html> (cit. 6.2.2011)

domě, kam mu byla zdravotně-sociální pracovníci podána žádost a byl tam během následujících dnů přijat. Pacientův stav se však během několika měsíců zhoršil a ve zdravotnickém zařízení zemřel.

U pacientů, kteří nemají rodinu a zemřou ve zdravotnickém zařízení, sehraává zdravotně-sociální pracovník další roli. Zjišťuje kontakty na možné přátele, vzdálené příbuzné a známé zemřelého a dotazuje se jich, zda by neměli zájem o vypravení pohřbu zemřelého. Pokud není nikdo, kdo by pohřeb vypravil, jedná zdravotně-sociální pracovník dle zákona č. 256/2001 Sb., o pohřebnictví § 5: „Nesjedná-li ve lhůtě 96 hodin od oznámení úmrtí podle zvláštního právního předpisu žádná fyzická nebo právnická osoba pohřbení nebo nebyla-li zjištěna totožnost mrtvého do 1 týdne od zjištění úmrtí a žádné zdravotnické zařízení v souladu s podmínkami stanovenými zvláštním právním předpisem neprojeví zájem o využití lidských pozůstatků pro potřeby lékařské vědy a výzkumu nebo k výukovým účelům, je povinna zajistit pohřbení obec, na jejímž území k úmrtí došlo.“⁷⁴ Zdravotně-sociální pracovník tak žádá město, obec o zajištění pohřbu⁷⁵.

Role rodiny v péči o seniora se v posledních desetiletích změnila. Dříve byly rodiny mezigenerační, kdy v jednom domě žilo hned několik generací a mohly si tak vzájemně vypomáhat, nyní jsou senioři osamělí a děti bydlí často daleko od nich. „Zodpovědnost dětí vůči rodičům už v dnešní době určitou automatickou samozřejmost postrádá a je mnohdy považována za určitý „nadstandard“ vztahů, neboť se dnes mnohdy všeobecně předpokládá, že záležitosti seniorů spadají pouze do kompetence státu (společnosti, obce aj.), což je svým způsobem nepřesné a neúplné.“⁷⁶ Tím však netvrdím, že se v rodině vytrácí emoční pouto. To zůstává, i pokud si děti založí vlastní rodinu. Rodiny však dnes žijí jiným stylem života, než tomu bylo dříve a více využívají možnosti institucionálního zajištění péče o své blízké.

⁷⁴http://www.zbynekmlcoch.cz/info/pravo/zakon_o_pohrebnictvi_256_2001_sb._kompletni_zneni.html
(cit. 30.12.2010)

⁷⁵ V případě, že není nalezen žádný kontakt, je také možné odvézt tělo zemřelého např. do Nemocnice Královské Vinohrady, kde se v Ústavu patologie věnují pedagogické a vědecko-výzkumné práci a těla zemřelých tak slouží k výzkumným a výukovým účelům.

⁷⁶ŠELNER, I. Úloha rodiny v péči o seniory – reality a prognózy. In: Sociální práce, sociální práca, 2/2004, s. 14

6.7. Nedostatek míst v zařízení vhodného typu pro pacienta

Nabídka rezidenčních služeb se velmi liší regionálně. Téměř ve všech regionech je však nedostatek osobní asistence, která by umožnila pobyt pacientů v domácím prostředí a zároveň domovů se zvláštním režimem, jak můžeme vidět v Tabulce č. 6. To potvrzuje i předchozí zjištění, že stoupá počet lidí s demencí a lidí vyžadujících trvalou péči, která by umožnila pobyt v domácím prostředí.

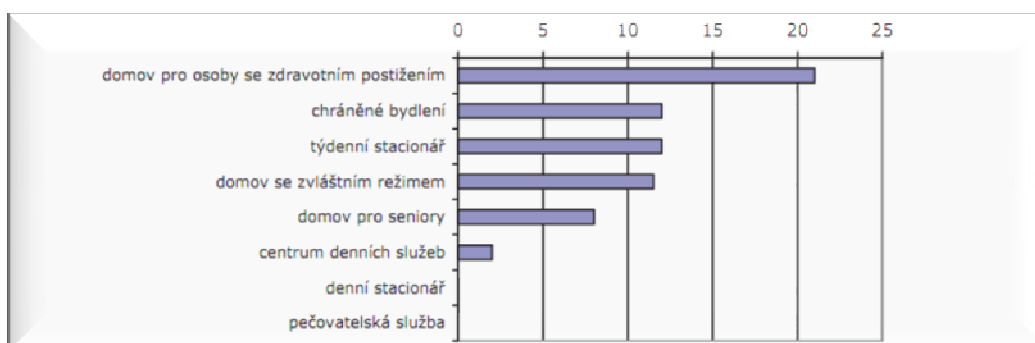
Tabulka č. 6 – Dostupnost služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením

typ sociální služby	nedostatečná kapacita služeb*	klienti nevědí o službě*	finanční nedostupnost služeb*
osobní asistence	5,00	3,50	2,00
domov se zvláštním režimem	4,19	2,27	1,76
domov pro seniory	4,16	2,37	1,82
domov pro osoby se zdravotním postižením	4,04	2,44	2,10
centrum denních služeb	4,00	3,60	2,00
chráněné bydlení	3,93	2,64	2,38
jiné typy sociálních služeb	3,89	2,44	2,29
týdenní stacionář	3,80	2,17	2,29
denní stacionář	3,57	2,19	2,38
pečovatelská služba	2,40	2,80	2,50
poskytovatelé celkem	3,95	2,40	1,98

Zdroj: PRŮŠA , L. A KOL. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: VÚPSV, 2010.

Je tedy nabíledni, že neléčební pacienti hospitalizovaní ve zdravotnických zařízeních spadají do této kategorie. Jsou to vesměs pacienti s chronickým duševním onemocněním, kteří mají z tohoto důvodu sníženou soběstačnost a vyžadují pomoc druhé osoby. Nedostatečná kapacita služeb také prodlužuje čekací dobu, kterou neléčebný hospitalizovaný pacient stráví na lůžkách zdravotnických zařízení. V Tabulce č. 7 je dobře viditelné, že čekací doba se prodlužuje se zvyšující se náročností péče. Kasuistika č. 3 také ukazuje na konkrétní případ problematiky dlouhé čekací doby na volné místo v zařízení se zvláštním režimem.

Tabulka č. 7 - Průměrná čekací doba v ČR měřená mediánovou hodnotou:



Zdroj: PRŮŠA, L. A KOL. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: VÚPSV, 2010.

Kazuistika č. 3: 75letá pacientka byla hospitalizována nejprve na interním oddělení po pádu v domácím prostředí, kde byla zjištěna zlomenina krčku, poté byla pro doléčení přeložena na LDN. Pacientka měla diagnostikovanou demenci a pobyt v domácím prostředí zvládala díky dceři, která s pacientkou bydlela ve společné domácnosti. Dcera si však přála, aby byla podána žádost do rezidenčního zařízení, jelikož vždy, když si potřebovala zařídit své věci a odešla z domu, měla o matku strach. Úraz se pacientce stal, když dcera byla nakoupit. Byla podána žádost do domova se zvláštním režimem. Volné místo se však nevyskytlo po ¾ roku. Dcera se již o pacientku pečovat v domácím prostředí bála a tak byla po celou dobu pacientka hospitalizována v nemocnici – byla tedy neléčebnou pacientkou. Pacientka byla po dlouhém pobytu na LDN do domova se zvláštním režimem přijata.

Nedostatečná nabídka rezidenčních zařízení je také v oblasti nesoběstačných ležících pacientů. Nejčastěji jsou to pacienti po centrálních mozkových příhodách, po zlomeninách, kdy se nepodařilo pacienta opět „rozchodit“. Největší šanci na možnost nástupu do nějakého zařízení mají samozřejmě chodící, téměř soběstační pacienti. Jak je vidět v Tabulce č. 7, čekací doby v domovech pro seniory nejsou tak dlouhé, jako v ostatních zařízeních. „Na čekací listině domovů pro seniory v Česku je takřka 46 tisíc uchazečů“ uvádí aktuální statistiku Ing. Anna Červenková z Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí. „Seniorských domovů je u nás 400 a v nich necelých 40 tisíc míst“⁷⁷ Neléčební hospitalizovaní pacienti tak musí čekat dlouhou dobu na volné místo v pro ně vhodném zařízení, přičemž víme, že zdravotnické zařízení pacientovi není schopno zajistit uspokojení vyšších potřeb.

6.8. Rodina nebo pacient odmítá nabízené místo v zařízení vhodného typu

Další, avšak méně častou příčinou, proč mohou pacienti zůstat ve zdravotnickém zařízení déle než je nutné, je odmítnutí nabízeného zařízení ať už rodinou, nebo pacientem. Může to být např. z důvodu špatné dostupnosti zařízení pro rodinu v případě návštěv pacienta, nebo špatné mínění o kvalitě péče v zařízení. Nástup do rezidenčního zařízení je samozřejmě na svobodné volbě pacienta. Každé zařízení má

⁷⁷<http://www.po-prechodu.cz/legislativa/nedostatek-domovu-duchodcu.html> (7.2.2011)

své vlastní předpisy při odmítnutí vyzvání k nástupu žadatele. Nejčastěji je však postup následující: „pokud je umístění v domově žadateli z poradníku nabídnuto, může žadatel toto umístění jedenkrát odmítnout. Pokud žadatel z poradníku odmítne umístění v domově i podruhé, je jeho žádost zařazena na konec poradníku.“⁷⁸ K definitivnímu zrušení žádosti je ve většině rezidenčních zařízení potřebný písemný souhlas žadatele se zrušením žádosti. Pokud neléčebný pacient odmítne nástup do zvoleného zařízení, zůstává dále na lůžkovém oddělení a hospitalizace se nadále prodlužuje. Neexistují však žádné právní dokumenty, které by žadateli dávaly za povinnost přijmout nabízené místo v zařízení. Kazuistika č. 4 ukazuje prodlužování doby hospitalizace neléčebného pacienta z důvodu odmítnutí nabízeného místa v rezidenčním zařízení.

Kazuistika č. 4: 81letý pacient s diagnostikovanou demencí byl hospitalizován pro celkové zhoršení stavu. Před hospitalizací byl v péči syna, který chodil do zaměstnání. Pacient byl přivezen do nemocnice ve špinavých oděvech, značně zanedbaný a vystrašený. Pacient byl ležící, zmatený. Se synem byla sepsána žádost do domova se zvláštním režimem, kterou pacient podepsal. Syn pacienta odmítl dvě ze tří nabízených zařízení z důvodu špatného dopravního spojení a ve třetím, zvoleném zařízení, byly kapacity naplněny. Pacient byl hospitalizován téměř rok, než byl vyzván k nástupu do domova se zvláštním režimem. Syn pacienta o otce nejevil po celou dobu hospitalizace zájem.

K odmítnutí nabízeného místa v zařízení vhodného typu pro pacienta může docházet při podávání žádosti (jak tomu bylo v Kazuistice č. 4), nebo až při samotné výzvě zařízení k nastoupení pacienta do zařízení. Poté je nutné čekat na volné místo v jiném zařízení, kde má již pacient také podanou žádost, nebo musí být podána žádost nová. „Žadatel podává vyplněnou žádost o přijetí do zařízení, přikládá požadované další doklady, nebo jejich kopie a po projednání podané žádosti je vyrozuměn, zda splňuje zákonné podmínky. Žádost podává na příslušný spádový odbor nebo přímo v pobytovém zařízení.“⁷⁹ Zdravotně-sociální pracovník tak musí obstarat znovu všechny potřebné dokumenty k podání žádosti, vyplnit novou žádost a odeslat ji. To opět hospitalizaci již neléčebného pacienta prodlužuje.

Jelikož zatím nejvíce využívaným řešením „v boji“ s dlouhodobě hospitalizovanými neléčebnými pacienty je podání žádosti do rezidenčního zařízení a následné ubytování pacienta v něm, je tato situace velmi problematická. Rodina ve

⁷⁸Sociální služby Šternberk, podmínky pro přijetí do ošetřovatelského domova, směrnice č. 1/2011

⁷⁹ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. *Výchova ke zdraví, vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010. s. 65

většinou případů neléčebných pacientů nechce, nemůže o pacienta pečovat, a pokud pacient podání žádosti odmítá, opět nejsou žádná zákonná ustanovení, která by tuto situaci řešila. Pokud je pacient svéprávný, rozhoduje o svém životě on. Zůstává tak i nadále ve zdravotnickém zařízení, jelikož ho není kam propustit.

6.9. Pacienti s malým důchodem

Další možnou příčinou, proč zůstávají neléčební pacienti ve zdravotnickém zařízení a nejsou za určitou dobu přijati do pro ně vhodného zařízení, je výše jejich důchodu. Ačkoliv se mnohá zařízení hájí tím, že mají pořadníky čekatelů, výběr žadatele je ovlivněn mnoha faktory. „*Pokud příjem klienta nepostačuje na úhradu nákladů za poskytování pobytové služby, je jednáno o úhradě nákladů nebo spoluúčasti na úhradě nákladů s rodinnými příslušníky: Dohoda o spoluúčasti na úhradě nákladů pro poskytnutí služby sociální péče, v souladu se Zákonem č. 108/2006 Sb., § 71, odst. 3, o sociálních službách, a Zákona č. 94/1963 Sb., o rodině v platném znění.*⁸⁰“ Ne vždy jsou však rodiny ochotny částku dopláct. Pokud zařízení žadatele s nižším příjmem, než je požadovaná úhrada přijme, může žádat o poskytnutí doplatku z veřejných rozpočtů, tedy ze státního nebo obecního rozpočtu. Vedoucí odboru sociálních věcí břevlaské radnice Zdeněk Janíček však říká⁸¹, že dnes už nová legislativa naštěstí umožňuje alespoň rozhodnout se bez ohledu na pořadník, jestli žadatele o pobyt v zařízení přijme nebo ne. Podle něj budou zřizovatelé domovů mnohem více zvažovat, koho si vyberou. Logicky dají přednost žadateli s vyšším důchodem. Tomu, ze kterého mají peníze.

Zvyšuje se i počet neléčebných hospitalizovaných pacientů, kteří nejsou do rezidenčního zařízení přijímáni proto, že ačkoliv by svým důchodem dosahovali k požadované částce za ubytování a stravu, před změnou zdravotního stavu a následnou hospitalizací uzavřeli hypoteční smlouvy a nyní je celý důchod strháván na tyto poplatky, popř. mají exekuce na důchod. Takoví pacienti jsou z tohoto důvodu v podstatě neumístitelní. V případě, že jsou to soběstačné osoby mladšího věku, je možné ze strany zdravotně-sociálního pracovníka zajistit azylový dům. Spíše se ale jedná o nesoběstačné neléčebné pacienty, kteří zůstávají ve zdravotnickém zařízení dlouhodobě.

⁸⁰ http://www.slezskahumanita.cz/files/zakladni_informace_o_Dps_Orlova.pdf (4.2.2011)

⁸¹ Více na: <http://antidiskriminace.romea.cz/view.php?cisloclanku=2007080022>

6.10. Firemní kultura

Firemní kultura má velký vliv na práci zdravotně-sociální pracovníka i množství hospitalizovaných neléčebných pacientů ve zdravotnickém zařízení. Každé zdravotnické zařízení má možnost určitým způsobem regulovat množství neléčebných hospitalizovaných pacientů tím způsobem, že lékař má hlavní slovo při propouštění pacientů. Může se proto stát, že vedení zdravotnického zařízení z různých důvodů prodlužuje hospitalizace neléčebných pacientů (např. z důvodu obložnosti oddělení). Zdravotně-sociální pracovník tak musí dodržovat tato nařízení a neléčebného pacienta tzv. „neřešit.“

Problémem je dle výzkumného šetření také nemožnost konzultace ohledně neléčebného pacienta s vedoucím pracovníkem. Pokud zde nefunguje spolupráce, je pro zdravotně-sociálního pracovníka těžší vyřešit sociální situaci pacienta a opět se tak může prodloužit doba hospitalizace.

Zmíněné příčiny se často ovlivňují, překrývají. Téměř nikdy se nevyskytují samostatně, tak jak byly popsány. I v uvedených kazuistikách je viditelné vzájemné propojení příčin. Je potřeba vzít v potaz, že hospitalizovaní neléčební pacienti mají zdravotně-sociální problémy a jejich řešení si proto vyžaduje přístup zdravotní i sociální sféry. Ačkoliv zdravotně-sociální pracovník využívá pro svou práci znalosti a dovednosti z obou oblastí, zdravotnické zařízení samo o sobě „sociální služby“ (pokud se nejedná o sociální lůžka ve zdravotnickém zařízení) neposkytuje.

7. Konkrétní cesty pomoci zdravotně-sociálního pracovníka neléčebnému pacientovi

Zdravotně-sociální pracovník při práci s pacientem používá určité metody. Nejčastější metodou bývá případová studie (Case study). Případová studie se dle Vorlíčka a kol. (2004) může dělit na etapy:

První etapou bývá seznámení s chorobopisem a první kontakt s pacientem. Zdravotně-sociální pracovník zjišťuje, o jaký zdravotní problém u pacienta jde, jaký názor má na pacienta i zdravotní problém lékař či sestry, dále jde o rozhovor s pacientem, při kterém nesmí chybět představení zdravotně-sociálního pracovníka a nabídka pomoci. Toto první setkání s pacientem má za úkol vytvořit předpoklady pro navázání úzkého terapeutického vztahu.

V druhé etapě práce s pacientem zdravotně-sociální pracovník určuje sociální diagnózu pacienta. Řízeným rozhovorem zdravotně-sociální pracovník zjišťuje vztah pacienta k nemoci, rodinné prostředí, souvislosti z minulosti či plány pacienta do budoucna, informace o bydlení a stavu financí, sousedské aktivity a další možnosti podpory a pomoci z okolí. V této části by se měl zdravotně-sociální pracovník snažit o navození atmosféry důvěry a pochopení, aby byl pacient ochoten svěřit se se svými problémy. Pokud je to možné, je vhodné doplnit rozhovor s pacientem i o rozhovor s rodinným příslušníkem k upřesnění informací. Zdravotně-sociální pracovník provede zápis důležitých informací a dbá na profesionalitu. To znamená především dodržování mlčenlivosti o údajích, které mu byly sděleny, samozřejmě pokud situace nevyžaduje sdělení dalším pracovníkům, dále pak např. dodržování profesionálního odstupu a nezaměňování svých domněnek s ověřenými fakty.

Ve třetí etapě by měl zdravotně-sociální pracovník navrhnout řešení a plán sociální pomoci. Své návrhy probírá společně s týmem, který se často skládá z lékaře, staniční sestry, rehabilitační pracovnice či primáře oddělení. Jedná se o krátkodobou i dlouhodobou pomoc v oblasti sociálních potřeb pacienta.

Další etapou bývá sociální terapie, kdy se zdravotně-sociální pracovník snaží naplnit plán sociální pomoci. Nejčastěji se však jedná o prvotní vyřízení pacientových záležitostí, např. ve styku s úřady, finanční problémy, soudní řízení, ohrožení bydlení apod. a další navazující péči prostřednictvím zajištění např. domácí péče, pečovatelské služby, podání žádosti do nějakého zařízení apod.

V poslední etapě při práci s pacientem se zdravotně-sociální pracovník vrací k předešlým etapám a ověřuje si výsledky. Jde především o kontrolu splnění plánu činností, které si v zájmu pacienta určil a zodpovězení otázky, zda tyto činnosti zlepšily pacientovu kvalitu života.

V případě neléčebného hospitalizovaného pacienta však zdravotně-sociální pracovník v poslední etapě zjišťuje, že plán činností nemůže být z různých důvodů splněn. Ačkoliv předešlá etapa sociální terapie, kdy jde u neléčebných pacientů nejčastěji o podání žádosti do rezidenčního zařízení, je úspěšně dokončená, propuštění pacienta není možné z výše zmíněných důvodů, jako je např. neplnění funkce rodiny, malý důchod či naplněné kapacity vhodných typů zařízení pro pacienta.

Zdravotně-sociální pracovník v tomto případě může opět dle vyhlášky č. 55/2011 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků zkusit pohovořit s rodinou, zda by nebylo možné své rozhodnutí přehodnotit a s pomocí dalších sociálních či zdravotních služeb v domácím prostředí přece jen o blízkého pečovat. Domluvit se také přímo s konkrétním zařízením, kde má neléčebný pacient podanou žádost a vysvětlit naléhavost situace s tím, zda by nebylo možné přijmout pacienta přednostně ihned po uvolnění místa v zařízení. Zdravotně-sociální pracovník také může doporučit pacienta k pobytu na sociálním lůžku, tam se však pro neléčebného pacienta z hlediska služeb nic nezmění, avšak zdravotnické zařízení je „kryté“ před kontrolami zdravotních pojišťoven. To však situaci neléčebného pacienta nijak neřeší. Pacientovi je poskytována stejná péče, jako na ostatních lůžkách ve zdravotnickém zařízení. Dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění může být také neléčebný pacient, u kterého není zajištěna další péče propuštěn s tím, že bude informován příslušný úřad podle místa bydliště pacienta. To by však v mnoha případech bylo pro pacienta samotného nebezpečné.

Důležitá je samozřejmě spolupráce s týmem lékařů a sester, kteří jsou na oddělení s pacientem ve styku. Zdravotně-sociální pracovník zjišťuje, zda se zdravotní stav neléčebného pacienta nezhoršil, čímž by se stal standardním pacientem, nebo naopak, zda se zdravotní stav neléčebného pacienta nezlepšil a nebylo by možné propuštění do domácího prostředí či do jiného vhodného zařízení sociálních služeb, nežli má pacient podanou žádost.

Pokud však nejsou ani po těchto krocích nalezena žádná řešení, zdravotně-sociální pracovník nemá žádné jiné možnosti řešení situace neléčebného hospitalizovaného pacienta. Případ dále postupuje lékaři, primáři či vedení

zdravotnického zařízení. Lze opět z pozice lékaře apelovat na rodinu či rezidenční zařízení vhodného typu pro pacienta s vysvětlením naléhavosti situace. Lékař také rozhoduje o množství zdravotnických úkonů, které jsou pacientovi naordinovány a může tak „legální“ hospitalizaci neléčebných pacientů prodlužovat (jedná se např. o prodloužení rehabilitace, různá další odborná vyšetření apod.). Neléčebný pacient tak ve zdravotnickém zařízení zůstává a zvláště při těchto dlouhodobých hospitalizacích neléčebných pacientů, kdy jsou jasné sociální důvody, jsou sankce od zdravotních pojišťoven nabíledni.

Zdravotně-sociální pracovník má v určité etapě práce s neléčebným hospitalizovaným pacientem „svázané ruce“ a i přesto, že dle něj udělal vše pro to, aby mohl být pacient propuštěn, propuštění není možné. To samozřejmě klade na zdravotně-sociálního pracovníka tlak z důvodu neúspěšné a nedokončené práce. To, co zdravotně-sociální pracovník může pro neléčebného pacienta udělat je vlídné slovo, chvilka zájmu, v rámci možností splnění přání pacienta.

8. Možnosti řešení

Možností řešení, které by vycházely z role zdravotně-sociálního pracovníka, není mnoho. Jedním z možných řešení, by však mohla být změna jeho postavení v připravované legislativě, zejména v zákoně o ucelené rehabilitaci a zákoně o dlouhodobé péči. K redukci počtu neléčebných hospitalizovaných pacientů by přispěla také systémová změna, nebo změny v jednotlivých zdravotnických zařízeních, které by umožnily zdravotně-sociálnímu pracovníkovi pracovat efektivněji. Předkládaná řešení jsou především výsledkem výzkumného šetření, ale také studia legislativy, literatury a různých typů dokumentů.

8.1. Systémová změna

Vzhledem k vývoji prodlužování střední délky života, a tím zvyšující se chronicitou a nesoběstačností populace, je potřeba systémových změn v oblasti dlouhodobé péče, převážně o seniory. K eliminaci neléčebných hospitalizovaných pacientů by dle výzkumného šetření přispělo zejména rozšíření kapacit v domovech pro seniory, zvláště pak v domovech se zvláštním režimem a LDN, komunitní služby pro seniory, znovu obnovení funkčnosti geriatrických sester a zdravotně-sociální služby. Dále by také mohlo přispět navýšení sociálních lůžek ve zdravotnických zařízeních, avšak za změny jejich financování, které je zatím pro zdravotnická zařízení nevýhodné. Tyto závěry jsou však pouze orientační a bylo by nutné provést analýzy potřebnosti konkrétních služeb v krajích ČR.

V porovnání se zahraničím, jak můžeme učinit v Tabulce č. 2, vydává ČR velmi malé procento objemu HDP na dlouhodobou péči. Největší výdaje na dlouhodobou péči z HDP má Nizozemsko, Švédsko, Norsko. *„Například Velká Británie a Švédsko redukovaly distribuci zajištění veřejné domácí pomoci, nicméně nikoli její celkový objem. Snaží se tak, aby tyto služby směřovaly na pomoc nejvíce nesoběstačným lidem, tedy tam, kde jsou nejvíce efektivní.“*⁸² Znamená to, že potřební opravdu dostanou péči, kterou vyžadují. Se změnou systému dlouhodobé péče také souvisí inovace technologií, jako je např. domácí monitoring, dohled na užívání léků, nouzové volání, dorozumivací systém apod. *„Péče na lůžku nemá a nemůže být převažující strategií. Je nejen drahá, ale především nepohodlná: drtivá část seniorů si přeje zůstat doma i v případě vlastních*

⁸² *Long-term Care for Older People*. OECD, Paris. 2005.

*obtíží či nemoci. Aby se tak stalo, bylo třeba podporovat vznik a rozvoj nejruznějších ambulantních a komunitních způsobů péče“.*⁸³

Změna systému je také potřebná v oblasti sloučení zdravotních a sociálních služeb, jelikož dlouhodobá péče by měla plnit roli zdravotně-sociální. V současné době ministerstvo práce a sociálních věcí připravilo za spolupráce s ministerstvem zdravotnictví věcný záměr zákona o dlouhodobé péči. „*Dlouhodobá péče nabízí propojenost zdravotně-sociálních služeb, které jsou vzájemně funkčně propojeny na úrovni obcí, odpovídají potřebám seniorů a zdravotně znevýhodněných lidí a podporují dostupnost zdravotně-sociální péče.*“⁸⁴ Změny v zákoně by se měly týkat nového systému hodnocení zdravotních a sociálních potřeb pacientů, spravedlivé alokace zdrojů do zdravotního a sociálního systému, uplatnění kvalifikovaných nelékařských pracovníků a sociálních pracovníků na trhu práce apod. Dlouhodobá péče by měla být kontinuální, zaměřená na přirozenou komunitu pacienta. Nový systém by měl podporovat tzv. sdílenou péči, kdy je pacient v péči profesionálů, ale také rodiny. Jak ukázalo výzkumné šetření, rodinní příslušníci u většiny dotazovaných nemají z důvodu zaměstnání možnost pečovat o pacienta. Dle Long-term Care for Older People. OECD, Paris. 2005 by tento stav mohlo zlepšit např. započtení doby pečování do penzijního systému, jak je tomu v Německu či Velké Británii, nebo finanční kompenzace za úšlou mzdu v době pečování - tento model využívají v Austrálii, Kanadě, Irsku, Švédsku, Velké Británii. V ČR jsou rodiny motivovány příspěvky na péči, které jsou odstupňovány dle závislosti člověka na pomoci druhé osoby. Nový zákon o dlouhodobé péči by tedy měl přinést dostupné, kvalitní a efektivní využívání zdravotně-sociálních služeb a mohl by tak velkou měrou přispět k snížení počtu neléčebných pacientů ve zdravotnických zařízeních např. tím, že pokud pacient po akutní, následné i rehabilitační léčbě bude vyžadovat další péči, bude zařazen do systému dlouhodobé péče, ta bude poskytována na komunitní i ústavní úrovni.

Se systémovými změnami je však zároveň potřeba i změna přístupu k pacientům. Přijmutí a dodržování principů, které byly deklarovány na vídeňském sympoziu o stárnutí a stáří v roce 1982, by k tomu mohlo přispět. Jsou to dle Kalvacha (1995):

Demedicalizace – akcent na kvalitu života seniora, přirozenost prostředí, na autonomii

⁸³ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. s. 233

⁸⁴ <http://www.zdravky.cz/zpravodajstvi/z-domova/priprava-zakona-o-dlouhodobpeci> (cit. 23.5.2011)

Deinstitucionalizace – priorita ošetřování a zabezpečení v domácím prostředí, prioritní rozvoj terénních zdravotních a sociálních služeb, podpora integrace seniora do společnosti

Desektorializace – akcentace multidimenzionální a multidisciplinární povahy potřeb a služeb, týmová práce, propojení zdravotních a sociálních služeb, propojení rodinné a profesionální péče

Deprofesionalizace - podpora rodiny, sousedské pomoci, seniorské svépomoci, dobrovolnictví

Tyto principy jsou v souladu s věcným záměrem zákona o dlouhodobé péči a přináší neléčebnému pacientovi možnost změny v jeho sociální situaci. Umožňují zlepšení kvality života pacienta a odstraňují tak negativní důsledky dlouhodobých hospitalizací pro pacienty samotné.

Přesto, že jsem se v této práci zabývala převážně seniory, je důležité znovu zmínit, že mezi neléčebnými hospitalizovanými pacienty se vyskytují i osoby mladší. Národní program přípravy na stárnutí pro období let 2008-2012 proto požaduje, aby všechny služby a produkty, nejen specifické služby pro seniory, vyhovovaly také potřebám, omezením a preferencím mladších lidí. Služby musí být kvalitnější a flexibilnější a musí vyhovovat všem, bez ohledu na jejich zdravotní stav a omezení spojená s věkem. Všechny poskytované služby by měly splňovat národní standardy péče (mají je zavedené např. v Austrálii, Německu, Velké Británii, USA aj.) a zároveň by měly být dostupné všem, nikoliv jen určité (např. movitější) skupině obyvatelstva.

Problematika dlouhodobé péče, je velmi rozsáhlým tématem, které by obsáhlo celou knihu, proto zde uvádím pouze aspekty, které by mohly přinést řešení v případě hospitalizací neléčebných pacientů, nikoliv popisující text závažnosti tohoto tématu.

8.2. Změny ve zdravotnických zařízeních

Jak už bylo řečeno, firemní kultura může hrát velkou roli v eliminaci neléčebných hospitalizovaných pacientů. Každé zdravotnické zařízení má zavedeny jiné postupy, a proto zde vycházím z vlastních zkušeností a zkušeností čtyř zdravotně-sociálních pracovníků v ČR.

Zdravotnické zařízení by mělo dodržovat princip spravedlnosti, který je současně cílem vytvoření zákona o dlouhodobé péči. Zdravotnické zařízení by mělo mít ke všem pacientům rovný přístup, nikoliv zvýhodňovat jednoho nad druhým. Zdravotně-sociální pracovník se v tomto případě může setkat s lidmi, kteří říkají: „a

tenhle je tu už pět let a já tu být nemůžu?“. To samozřejmě zdravotně-sociálního pracovníka uvádí do role nespravedlivého i přesto, že uvedenou situaci má na svědomí vedení zdravotnického zařízení, které udržuje obložnost. Zdravotně-sociální pracovník by měl být proto přizván k jednání s vedením, kde budou domluvena pravidla či postupy v případě výskytu těchto situací, aby věděl a měl podloženo, jak má situaci řešit. S tím souvisí také systém nadřízenosti ve zdravotnických zařízeních, kdy by zdravotně-sociální pracovník měl mít možnost konzultovat své činnosti s odborníkem ve zdravotně-sociální oblasti, měl možnost kontroly nad svou činností a mohl skrze něj vznášet požadavky a námitky z oblasti jeho činnosti k vedení zdravotnického zařízení.

Samotná metodika činnosti zdravotně-sociálního pracovníka je nedoceněnou záležitostí. Zdravotně-sociální pracovník, by stejně jako lékaři, sestry a jiný personál, měl mít dostupný postup při řešení konkrétních situací, který zatím není k dispozici. Předešlo by se tak také tomu, že zdravotně-sociální pracovník přebírá zodpovědnost za činnosti, které nemá ve svých kompetencích. Dle výzkumného šetření, by zdravotně-sociálním pracovníkům v práci s neléčebnými pacienty přispělo více informací o legislativních změnách v sociálních dávkách a nově poskytovaných službách v regionu či možnost větší spolupráce terénních pracovníků a rodiny, jednání s vyššími úřady bez povolení nadřízených.

V přístupu k pacientům by dle výzkumu bylo vhodné zvýšit zájem o pacienty, např. v podobě rozhovoru, který sám zdravotně-sociální pracovník může poskytnout, nebo rozšířením návštěvních hodin a aktivit pro pacienty. Jak bylo uvedeno v teoretické části, pacienti, u kterých se zdravotní stav po dlouhou dobu nemění, často ztrácí smysl života, nespolupracují, jsou pasivní. Je proto třeba postupovat proti tomuto vývoji např. aktivizací, jak na to upozorňuje Bártlová: „*fyzická aktivizace umožňuje navazovat a zkvalitňovat sociální kontakty s okolím, odvádí pacientovu pozornost od potíží a podporuje jeho snahu po soběstačnosti.*“⁸⁵ Aktivizace proto může zvýšit kvalitu života a zároveň zlepšit zdravotní stav pacientů, což významně ovlivňuje možnost propuštění pacienta do domácího prostředí.

Změny ve zdravotnických zařízeních jsou možné jak v přístupu ke zdravotně-sociálnímu pracovníkovi, tak v přístupu k neléčebnému pacientovi. Záleží ale také na konkrétním zařízení, která opatření bude ochotno přijmout. Vzhledem k neléčebným pacientům však není nemožné pokusit se ze strany personálu najít chvíli na rozhovor

⁸⁵ BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada, 2003. s. 153

s pacientem, rozšířit návštěvní hodiny či zvýšit počet aktivit pro pacienty ve zdravotnickém zařízení.

8.3. Změny v postavení zdravotně-sociálního pracovníka

Možné změny v postavení zdravotně-sociálního pracovníka, kromě již zmíněného v předchozím odstavci, jsou zejména v možnosti perspektivy uplatnění v připravovaných zákonech o dlouhodobé péči a o ucelené rehabilitaci. Zdravotně-sociální pracovník by kromě jiného, mohl dle připravovaného zákona o dlouhodobé péči působit na lůžkových odděleních dlouhodobé péče, v komunitní péči, popřípadě koordinovat ve spolupráci s komunitní sestrou zdravotně-sociální péči odpovídající potřebám seniorů a zdravotně znevýhodněným občanům. Zdravotně-sociální pracovník by měl také dle nového zákona o dlouhodobé péči provádět hodnocení zdravotně-sociálních potřeb pacienta, kdy by jednak identifikoval zdravotní a sociální potřeby, ale také vytvořil plán služeb podle potřeb pacienta.

Zdravotně-sociální pracovník by také mohl být zahrnut do ucelené rehabilitace pacientů, zejména do léčebné a sociální rehabilitace, kdy by zajišťoval pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, základní sociální poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím apod.

Tyto změny však zatím nejsou legislativně schváleny a je proto potřeba se zaměřit na změny, které můžeme učinit v současné době.

Možnosti řešení, které může zdravotně-sociální pracovník sám ovlivnit, jsou velmi omezeny. Většina problémů, proč zůstávají neléčební pacienti ve zdravotnických zařízeních, vzniká z důvodu nepropracovaného systému dlouhodobé péče a neprovázanosti zdravotnických a sociálních služeb, respektive zdravotnického a sociálního rezortu. To, co může zdravotně-sociální pracovník ve vztahu k neléčebným pacientům ovlivnit, je prosazení jeho role ve zdravotnickém zařízení, např. již uvedenou účastí na poradách, schůzích vedení, dále zvyšováním vědomostí, např. v oblasti sociálního zabezpečení či nově poskytovaných službách v regionu. Potřebné je i vytvoření komunikačních sítí s různými typy zařízení a institucí. Nepochybně velkou roli hraje komunikace ať s pacientem, rodinou, tak i s ostatním personálem zařízení, vedením či institucemi a úřady. Poté bude zdravotně-sociálních pracovník schopný nabídnout pacientovi možnosti řešení jeho sociální situace, avšak vždy s omezením, kterou nesystémovost zatím přináší.

Závěr

Hlavním cílem práce bylo zkoumat možnosti a cesty, kterými může být profese zdravotně-sociálního pracovníka zkvalitněna tak, aby mohla efektivněji naplnit svůj účel, tedy pomoci neléčebnému pacientovi v tom nejširším smyslu. Šlo tedy o strategii péče v kontextu organizace, sociální a zdravotní politiky a další souvislosti, na jejímž konci je neléčebný pacient a především člověk. V úvodní části práce je proto nejdříve teoreticky uchopena role zdravotně-sociálního pracovníka a vymezení neléčebného hospitalizovaného pacienta – nejdříve z pohledu reflexe společnosti skrze odbornou literaturu, diskuse v tisku, výroční zprávy z nemocnic, články na internetu, výzkumy a šetření zaměřené na některé určité problémy související s danou problematikou. Z této části však bylo patrné, že hlubší a rozsáhlejší reflexe chybí, a že realita problematiky zdravotně-sociálního pracovníka a neléčebného pacienta je oproti literatuře napřed především tím, že reaguje spíše na sociálně politické prostředí, než na skutečné potřeby pacienta. Proto jsem pro další část této práce vzala v úvahu zkušenosti dostupné skrze rozhovory se čtyřmi zdravotně-sociálními pracovníky a šesti neléčebnými pacienty, ale zároveň i dvouletou praxi ve zdravotnickém zařízení. Z těchto východisek jsem vycházela i pro stanovení příčin hospitalizací neléčebných pacientů ve zdravotnických zařízeních. Ukázala jsem a následně doložila příklady z praxe, že podstatné příčiny je možné rozdělit do dvou oblastí, kdy jedna oblast obsahuje příčiny ze zdravotního důvodu, tam je nejčastější příčinou hospitalizací demence, snížení mobility, poté cévní mozkové příhody, stárnutí a polymorbidita, méně častou příčinou je úraz a traumatická poškození mozku. V druhé oblasti, a to v příčinách hospitalizací neléčebných pacientů ze sociálního důvodu, je nejčastější příčinou fakt, že rodina neplní svou funkci - nemůže, nechce, neumí pečovat, nebo pacient rodinu nemá a také nedostatek míst v zařízení. Méně častou příčinou je malý důchod pacienta, nebo odmítnutí nabízeného místa v zařízení vhodného typu pacientem, nebo jeho rodinou. Výsledkem byla identifikace problémů, které vplynuly z kořenů příčin způsobujících vznik fenoménu hospitalizovaného neléčebného pacienta a navržení možných řešení těchto problémů.

Z mé analýzy profesní role a souvisejících faktů vplynulo, že role zdravotně-sociálního pracovníka v souvislosti s neléčebným hospitalizovaným pacientem je velmi důležitá z pohledu možného zajištění potřeb pacienta, avšak díky systému zdravotních a sociálních služeb v ČR často není možné pacientovu situaci dořešit v blízké době, tedy v době, než se z pacienta stane onen neléčebný pacient. Ukazuje se, že ideálem by bylo

mít připravené řešení již v okamžiku, kdy je pacient v zařízení ještě ze zdravotních důvodů. To však často není možné právě z důvodu uvedených příčin, (např. nedostatek kapacit v zařízení, malý důchod pacienta, nespolupráce ze strany úřadů, držení obložnosti zdravotnického zařízení) neboť ty pramení z ne zcela optimálního systému dlouhodobé péče v ČR, postavení zdravotně-sociálního pracovníka a organizace práce ve zdravotnických zařízeních. Všechny tyto oblasti se v osobě neléčebného hospitalizovaného pacienta prolínají a je potřeba je řešit každou z jiné strany. V současné době je však připravovaný věcný záměr zákona o dlouhodobé péči, který by mohl změnit nejen postavení zdravotně-sociálního pracovníka, ale také neléčebného pacienta.

V práci jsem ukázala, že to, co může zdravotně-sociální pracovník dle legislativy pro neléčebného hospitalizovaného pacienta udělat, je ohraničeno jeho činnostmi dle vyhlášky č. 55/2011 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, avšak mnohé může udělat také ze své vlastní iniciativy (např. rozhovor s pacientem mimo rámec pracovních povinností, vlídné slovo k pacientovi, splnění pacientova přání v rámci možností zdravotně-sociálního pracovníka). Zdravotně-sociální pracovník má možnost si dále vymezit a zefektivnit svou roli ve zdravotnickém zařízení např. účastí na poradách a jednáních týkajících se organizace péče ve zdravotnickém zařízení, či pacientů samotných a vybudovat si síť, která bude zahrnovat komunikaci s dalšími zúčastněnými, včetně jednání s vedením zdravotnického zařízení a stanovením si pravidel práce s neléčebnými hospitalizovanými pacienty. V rámci zdravotnického zařízení je zde možnost zlepšení, byť zlepšení systému dlouhodobé péče, které by hospitalizaci neléčebných pacientů v pozitivním smyslu ovlivnilo, může zdravotně-sociální pracovník svým dosavadním postavením ovlivnit jen skrze profesní organizace. V budoucnu snad přijetím zákona o dlouhodobé péči a o ucelené rehabilitaci získá zdravotně-sociální pracovník větší kompetence k řešení sociální problematiky pacientů, ale především tím získá neléčebný pacient, který bude mít k dispozici zdravotně-sociální služby, které budou individuálně koordinovány ze strany zdravotně-sociálního pracovníka.

Použitá literatura a prameny

BALAŠTÍK, L., KOLEKTIV. Sociálně zdravotní služby – další spolupracující organizace. *Katalog sociálních služeb poskytovaných v Litoměřicích*. 2003, č. 1, s. 40. (nemá ISBN)

BARRET, G., SELLMAN D., THOMAS, J. *Interprofessional Working in Health and Social Care*. New York: Palgrave Macmillan, 2005. ISBN 978-1-4039-1206-0

BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-1197-4

BRUTHANSOVÁ D., ČERVENKOVÁ, A., HOLMEROVÁ, I. *Sociální hospitalizace*. 2000. (nemá ISBN)

BRUTHASOVÁ ,D., ČERVENKOVÁ,A., *Aktuální problémy sociální hospitalizace v novém územně správním členění*. Pražské gerontologické dny 14. -16. 5. 2003

ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. *Výchova ke zdraví, vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8

ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., DOLANSKÝ, H. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada, 2009. ISBN 987-80-247-2865-5

Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice. MPSV, 2010 (nemá ISBN)

Dopis ředitele VZP ČR zdravotnickým zařízením, 6. prosince 2006

FISCHER, O. A KOL. *Etika a lidská práva v sociální práci*. Praha: MCSS, 2008. (nemá ISBN)

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X

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

JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2007. ISBN978-80-247-2150-7

JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. A KOL. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6

KALVACH, Z. A KOL. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4

KALVACH, Z. *Vybrané kapitoly z geriatric a medicíny chronických stavů*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 382-178-94

KELNAROVÁ, J. A KOL. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2830-8

KŘIČKOVÁ, V. *Kdo je zdravotně-sociální pracovník?* In *Sestra*. Č.7-8. Praha: Strategie, 2004, ročník XIV, ISSN 1210-0404.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0

Long-term Care for Older People. Paris: OECD, 2005.

MATOUŠEK, O. A KOL. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178 548-2

MÁŠOVÁ, H. *Nemocniční otázka v meziválečném Československu*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0908-8

Metodického opatření č. 13/2004 Věstník MZ- Koncepce domácí péče

MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající, hospicová péče*. Praha: NCDP ČR, 1998. (nemá ISBN)

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

OECD *Health Data, 2009*

Národní program přípravy na stárnutí pro období let 2008-2012

PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H. *Gerontologie*. Praha: Avicenum, 1981. ISBN 80-044-81

PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5

Pracovní postup – proces sociální práce ve zdravotnických zařízeních. Česká asociace sester, o. s., ČAS/PP/2008/0003

PRŮŠA , L. A KOL. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: VÚPSV, 2010. ISBN 978-80-7416-048-6

Quality of Life Research Unit, www.utoronto.ca/gol/projetc/htm

RICHARDS, A., EDWARDS, S. *A Nurse's Survival Guide to the Ward*. Churchill Livingstone – Elsevier Limited, 2003. ISBN 0443 05395 2

ŘEZNÍČEK, I. *Metody sociální práce*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994. ISBN 80-85850-00-1

Sociální služby Šternberk, podmínky pro přijetí do ošetrovatelského domova, směrnice č. 1/2011

SCHIMMERLINGOVÁ, V. *Metody sociální práce se starými lidmi*. MPSV Praha, 1972. (nemá ISBN)

SCHIMMERLINGOVÁ, V., NOVOTNÁ, V. *Sociální práce – její vývoj a metodické postupy*. Praha: Karolinum, 1992. ISBN 80-7066-483-5

ŠELNER, I. *Úloha rodiny v péči o seniory – reality a prognózy*. In: *Sociální práce, sociální práce*, 2/2004

ŠPATENKOVÁ, N. A KOL. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0586-9

ŠPINAR, J., VÍTOVEC, J. A KOL. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. Praha: Grada, 2007. ISBN 80-247-1822-7

ÚZIS, *Ošetrovatelská následná péče v České republice v roce 2008*, č. 03/09

ÚZIS, *Péče o pacienty s diagnózami F01, F03 a G30 - demence v lůžkových zařízeních ČR v letech 2005-2009*, č. 68/10

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8

VONDRÁČEK, J., DVOŘÁKOVÁ, V., VONDRÁČEK L., *Medicínsko-právní terminologie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80247-3151-3

VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. a kol.: *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 2004, ISBN 80-247-0279-7

Vyhláška 423/2004, kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků

Vyhláška 55/2011 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Vyhláška 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

Vyhláška č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání
Vzdělávací program akreditovaného kvalifikačního kurzu „Zdravotně-sociální pracovník“. MZ ČR

WEBER, P. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. ISBN 80-7013-314-7

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Dostupné z:

<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?typ=r&zdroj=sb06108&cd=76>

Zákon č. 104/1994 Sb., o sociálním zabezpečení. Dostupné z:

http://www.sagit.cz/pages/lexikonheslatxt.asp?cd=154&typ=r&levelid=sz_470.htm

Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Dostupné z:

<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb04096&cd=76&typ=r>

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Dostupné z:

<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/vzp/cast5.aspx>

Zákon č. 111/2007 Sb., kterým se mění zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.

Dostupné z: <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb07111&cd=76&typ=r>

Zákon č. 189/2008 Sb., kterým se mění zákon č. 18/2004 Sb., o uznávání odborné kvalifikace a jiné způsobilosti státních příslušníků členských států Evropské unie a o změně některých zákonů (zákon o uznávání odborné kvalifikace. Dostupné z:

<http://www.sagit.cz/pages/zpravodajxtanot.asp?cd=166&typ=r&zdroj=../anotace/sb08189i>

Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině. Dostupné z:

<http://www.zakonycr.cz/seznamy/094-1963-Sb-zakon-o-rodine.html> (cit. 8.2.2011)

Internetové zdroje:

http://www.euro.who.int/observatory/Studies/20021223_2 (1. 4. 2009)

www.ktp.istp.cz

<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=119> (cit. 16.9.2010)

http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=201 (cit. 6.2.2011)

<http://www.sweden.se/eng/Home/Society/Elderly-care> (cit. 23. 11. 2010)

http://www.mofa.go.jp/j_info/japan/socsec/maruo/maruo_10.html (cit. 6.2.2011)

http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=34

<http://www.who.int/topics/disabilities/en/> (7.2.2011)

<http://www.broumov.net/kompla/data/nadeje-cssn.pdf> (cit. 8.2.2011)

http://www.who.int/topics/longterm_care/en (cit. 5.2.20011)

<http://www.po-prechodu.cz/legislativa/nedostatek-domovu-duchodcu.html> (cit. 6.2.2011)

http://www.zbynekmlcoch.cz/info/pravo/zakon_o_pohrebnictvi_256_2001_sb._kompletni_zneni.html (cit. 30.12.2010)

<http://www.po-prechodu.cz/legislativa/nedostatek-domovu-duchodcu.html> (7.2.2011)

http://www.slezskahumanita.cz/files/zakladni_informace_o_Dps_Orlova.pdf (4.2.2011)

<http://antidiskriminace.romea.cz/view.php?cisloclanku=2007080022>

<http://www.socialnipracovnici.cz/index.php?section=sspcr&lang=cz>

<http://www.socialnipracovnici.cz/index.php?section=mezinarodni&lang=cz>

http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/standardyosetrovatelskepece_1854_15.html

<http://www.pacienti.cz/clanek.php?id=356>

<http://www.mpsv.cz/cs/840>

<http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=215&lang=cs>

[http://www.lkcr.cz/dokumenty.php?item.id=285&do\[load\]=1&filterCategory.id=4](http://www.lkcr.cz/dokumenty.php?item.id=285&do[load]=1&filterCategory.id=4)

http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf

<http://euromedicine.eu/cze/clanky/detail/64/>

<http://www.sbirka.cz/POSL4TYD/NOVE/11-055.htm> (cit. 17.5.2011)

<http://www.zdravky.cz/zpravodajstvi/z-domova/priprava-zakona-o-dlouhodobe-peci>
(cit. 23.5.2011)

<http://www.florence.cz/akcent-vzp/aktualne/skryte-socialni-hospitalizace-jsou-problem>

Seznam tabulek a obrázků

Tabulka č. 1 – Podíl osob ve věku 65 a více let (v %)

Tabulka č. 2 – Náklady na dlouhodobou péči z HDP v roce 2007

Tabulka č. 3 – Počet osaměle žijících osob

Tabulka č. 4 – Profil kvality života seniorů

Tabulka č. 5 – Počty hospitalizací z důvodu demence a míra prevalence podle pohlaví a věkových skupin v roce 2009

Tabulka č. 6 – Dostupnost služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením

Tabulka č. 7 - Průměrná čekací doba v ČR měřená mediánovou hodnotou

Obrázek č. 1 – Maslowova pyramida potřeb a hodnot

Seznam příloh

Příloha 1 – Činnosti zdravotně-sociálního pracovníka dle vyhlášky č. 55/20011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Příloha 1

§ 9

Zdravotně-sociální pracovník

Zdravotně-sociální pracovník vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace může

- a) provádět sociální prevenci, včetně depistážní činnosti, zaměřenou na cílené a včasné vyhledávání jedinců, kteří se v důsledku své nemoci nebo nemoci blízkých osob mohou ocitnout nebo se již ocitli v nepříznivé sociální situaci,
- b) provádět sociální šetření u pacientů a posuzovat životní situace pacienta ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům, podle potřeby objektivizovat rozbor sociální situace návštěvní službou v rodinách, na základě spolupráce s orgány veřejné správy, popřípadě dalšími subjekty a o zjištěných skutečnostech zpracovávat zprávu o posouzení životní situace pacienta,
- c) sestavovat plán psychosociální intervence do životní situace pacienta, včetně rozsahu, druhu a potřeby sociálních opatření, ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky tato opatření realizovat,
- d) zajišťovat sociálně-právní poradenství ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům,
- e) účastnit se integrace pacientů, kteří takovou pomoc potřebují v důsledku chybějících fyzických, psychických nebo sociálních schopností, narušených sociálních vztahů nebo jiných překážek do společenského prostředí; k aktivní účasti na této integraci získávat pacienty a jejich sociální okolí,
- f) v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přípravě a organizaci rekondičních pobytů,
- g) v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přípravě propuštění pacientů, včetně zajištění další péče a služeb,
- h) v případě úmrtí pacientů provádět odborné poradenství v sociální oblasti; u osamělých zemřelých pacientů zajišťovat záležitosti spojené s úmrtím.

Zdroj: <http://www.sbirka.cz/POSL4TYD/NOVE/11-055.htm> (cit. 17.5.2011)