

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

**Sociální práce ve zdravotnickém
zařízení
Role zdravotně sociálního
pracovníka v LDN**

Denisa Kováčová

Katedra sociální pedagogiky
Vedoucí práce: PaedDr. Marie Vorlová
Studijní program: B7508 Sociální práce
Studijní obor: Sociální a pastorační práce

Praha 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem Sociální práce ve zdravotnickém zařízení: Role zdravotně sociálního pracovníka v LDN napsala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů.

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

V Praze dne 26. 11. 2012

Denisa Kováčová

Bibliografická citace

Sociální práce ve zdravotnickém zařízení [rukopis]: Role zdravotně sociálního pracovníka v LDN: Bakalářská práce/ Denisa Kováčová; vedoucí práce: PaedDr. Marie Vorlová. -- Praha, 2012. -- 57 s.

Anotace

Hlavním tématem této práce je problematika seniorů hospitalizovaných v Léčebně pro dlouhodobě nemocné ve FN v Motole. V práci je zdůrazňována potřebnost sociální služby ve zdravotnickém zařízení, role a postavení zdravotně sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu zajišťujícího komplexní péči o pacienty.

V teoretické části práce jsou obsaženy kapitoly, které jsou zaměřeny na sociální práci ve zdravotnickém zařízení, vymezení pojmu zdravotně sociální pracovník, roli a činnosti zdravotně sociálního pracovníka v Léčebně pro dlouhodobě nemocné, problémové situace hospitalizovaných seniorů se kterými se zdravotně sociální pracovník nejčastěji setkává a na poskytování sociálního poradenství a zajišťování následné péče.

Praktickou část práce tvoří kasuistiky pacientů, které se vztahují k některým obtížným případům či situacím. Na těchto kasuistikách je znázorněna role zdravotně sociálního pracovníka v Léčebně pro dlouhodobě nemocné a potažmo to, proč je sociální práce ve zdravotnickém zařízení tak potřebná a důležitá.

Klíčová slova

sociální práce, zdravotně sociální pracovník, Léčebna pro dlouhodobě nemocné, pacient, multidisciplinární tým, senior, následná péče

Bibliographic citation

Social Work in health facility [manuskript]: The role of health-social worker in hospital for long-term patients: Bachelor thesis/ Denisa Kováčová; supervisor: PaedDr. Marie Vorlová. – Prague, 2012. – 57 s.

Summary

The main aim of the thesis entitled Social Work in health facility – the role of health-social worker in hospital for long-term patients is the issue of seniors hospitalized in hospital for long-term patients at the University Hospital in Motol. The thesis emphasizes the need for social services in a health facility, the role and status health-social worker in a multidisciplinary team providing comprehensive care for patients.

In the theoretical part of the thesis contains chapters that are focused on social work in a health facility, the definition of health-social worker, role and activities of a health-social worker in hospital for the long-term patients, hospitalized seniors problem situations which health-social worker meets frequently and provision of social counselling and provision of aftercare.

The practical part consists of case reports of patients that are related to some difficult cases or situations. In these case studies is to be made need health-social worker in hospital for the long-term patients and thus the necessity of social work in health care.

Keywords

social work, health-social worker, hospital for the long-term patients, the patient, a multidisciplinary team, senior, aftercare

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala PaedDr. Marii Vorlové za odborné vedení mé bakalářské práce a za cenné rady a připomínky.

Obsah

<i>Úvod</i>	8
1. Sociální práce ve zdravotnickém zařízení	10
1.1 Sociální oddělení ve FN v Motole	11
1.2 Zdravotně sociální pracovnice v LDN při FN v Motole	12
1.3 Náplň práce zdravotně sociálních pracovnic v LDN	12
1.4 Přehled činností zdravotně sociálních pracovnic v LDN.....	13
2. Problematika seniorů hospitalizovaných v LDN	16
2.1 Seniori v LDN.....	16
2.2 Vymezení pojmů gerontologie a geriatric.....	17
2.3 Autonomie seniorů.....	18
2.3.1 Důstojnost.....	19
2.4 Komunikace se seniory	20
2.4.1 Bariéry v komunikaci se seniory	20
2.5 Dlouhodobá péče o seniory v LDN	21
2.5.1 Připravovaný zákon o dlouhodobé péči.....	22
2.6 Příčiny hospitalizace seniorů v LDN.....	24
2.6.1 Demence.....	24
2.7 Osamělí seniori v LDN	26
2.8 Rodiny pacientů	27
3. Následná péče	29
3.1 Sociální služby pro seniory	30
3.1.1 Terénní sociální služby pro seniory.....	30
3.1.2 Pobytové sociální služby pro seniory	31
3.2 Zdravotní služby pro seniory.....	33
5.2.1 Terénní zdravotní služby pro seniory	34
5.2.2 Pobytové zdravotní služby pro seniory	35
4. Léčebny pro dlouhodobě nemocné	37
5. LDN při FN v Motole	39
5.1 Charakteristika pracoviště.....	39

5.2 Struktura pracoviště.....	40
5.3 Průběh péče o pacienty.....	40
5.3.1 Rehabilitace pacientů	41
5.3.2 Spirituální péče	42
5.3.3 Dobrovolnictví.....	43
6. Kasuistiky	45
6.1 Kasuistika č. 1	45
6.2 Kasuistika č. 2	48
6.3 Kasuistika č. 3	51
<i>Závěr</i>	54
<i>Seznam literatury</i>	55
<i>Přílohy</i>	58

Úvod

Stárnutí je proces, který se týká nás všech a je nedílnou součástí našeho života. Týká se nejen jednotlivců, ale celé populace. Demografické údaje i prognostické studie ukazují, že populace v ČR, stejně jako populace v ostatních evropských zemích, stárne. Můžeme tedy předpokládat a počítat s tím, že tento trend bude i nadále pokračovat. Stárnutí populace je významným fenoménem života společnosti, který se stává stále diskutovanějším tématem. A není se čemu divit – stárnutí populace je celosvětovým problémem, který je potřeba nejen akceptovat, ale také mu přizpůsobit další vývoj společnosti.

Víme, že stáří není choroba, avšak bývá často výskytem chorob provázeno. A právě nemocní senioři jsou hlavním tématem této práce. Zaměřuji se na poskytování sociální práce ve zdravotnickém zařízení, konkrétně v Léčebně pro dlouhodobě nemocné FN v Motole, kde jsou dlouhodobě hospitalizováni především senioři. V tomto zařízení pracuji jako zdravotně sociální pracovnice přes 4 roky a pomáhám hospitalizovaným pacientům při řešení jejich sociální situace a se zajišťováním následné péče. Měla jsem tak možnost některé části této práce formulovat na základě svých praktických zkušeností.

Myslím si, že je nutné a stále velmi aktuální zabývat se problematikou dlouhodobé péče o seniory, protože právě nemocní senioři se v důsledku své nemoci často stávají ohroženou skupinou a potřebují svou sociální situaci co nejlépe vyřešit. Sociální práce s touto skupinou seniorů je velmi specifická a náročná. Zdravotně sociální pracovník musí obsáhnout velké množství různorodých problémů svých klientů (ve zdravotnickém zařízení – pacientů) a musí se orientovat v mnoha oblastech, nejen v oblasti sociální.

V teoretické části práce se zaměřuji na sociální práci ve zdravotnickém zařízení a roli zdravotně sociálního pracovníka, který je nedílnou součástí multidisciplinárního týmu zajišťujícího péči o nemocné pacienty. Dále se zaměřuji na problémové okruhy sociální práce s hospitalizovanými pacienty – zejména seniory a na řešení jejich sociální situace či následné péče.

Praktickou část práce tvoří kasuistiky vybraných pacientů, které velmi dobře znázorňují některé jejich problémové situace a význam působení zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení při poskytování sociální péče těmto pacientům.

Domnívám se, že sociální péče poskytovaná dlouhodobě nemocným osobám je velmi důležitá a potřebná. Cílem této práce je poukázat na to, jak je sociální práce ve zdravotnickém zařízení důležitá a jakou významnou roli v ní hraje zdravotně sociální pracovník při zajišťování sociální péče o nemocné seniory. Je potřeba si uvědomit, že nyní jsou to oni, kdo potřebují pomoci překonat náročnou životní situaci, ale v budoucnu budeme jistě také my

potřebovat pomoc a podporu druhých. A to si myslím, že bychom měli mít všichni na paměti a neustále na to upozorňovat. Záměrem je, aby tato práce byla nejen zdrojem informací o současném poskytování sociální péče ve zdravotnickém zařízení, ale i podnětem k vzájemnému předávání dalších poznatků a zkušeností.

1. Sociální práce ve zdravotnickém zařízení

Sociální práce ve zdravotnickém zařízení má svá specifika a odvíjí se od cílové skupiny, které je poskytována. Sociální pracovník se zde setkává s rozmanitým spektrem problémů, které musí řešit v zájmu pacientů. Při své práci se také setkává se všemi věkovými kategoriemi. Pro účely této práce se budeme věnovat cílové skupině pacientů - seniorů.

Sociální pracovník ve zdravotnictví je členem multidisciplinárního týmu, který poskytuje pacientům komplexní péči. Jeho role je zakotvena v zákonné legislativě a v koncepcích jednotlivých nemocnic. Koncepce sociální práce ve zdravotnických zařízeních však nejsou jednotné a liší se v jednotlivých nemocnicích tím, jaké požadavky na sociálního pracovníka jednotliví zaměstnavatelé mají. Další rámcové vymezení sociální práce dává podle požadavků jednotlivých nemocnic také náplň práce sociálních pracovníků.

Základní legislativní oporou pro výkon povolání sociálního pracovníka je Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách - „*Předpokladem k výkonu povolání sociálního pracovníka je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle tohoto zákona.*“¹

Pro zajišťování sociální práce ve zdravotnických zařízeních byl Zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních ustanoven obor zdravotně sociální pracovník. Vyhláškou č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků byly vymezeny činnosti zdravotně sociálních pracovníků – konkrétně v § 9.

Zdravotně sociální pracovník zabezpečuje sociální péči pacientům s širokou a specifickou sociální problematikou s ohledem na jejich zdravotní stav. Podle závažnosti a komplikovanosti problematiky zdravotně sociální pracovník společně s pacientem popř. jeho rodinou stanovuje priority, postupy a cíle sociálního procesu. Zdravotně sociální pracovník se podílí na řešení sociální situace pacientů v úzké spolupráci s multidisciplinárním týmem. Zdravotně sociální pracovník zapojuje do procesu sociální práce pacientovu rodinu, opatrovníky a blízké osoby.²

¹ Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách - § 110, odst. (1).

² Pracovní postup: proces sociální práce ve zdravotnických zařízeních, Česká asociace sester, o. s.

1.1 Sociální oddělení ve FN v Motole

Sociální práce ve FN v Motole vznikala v 50. a 60. letech minulého století na základě metodického opatření Věstníku Ministerstva zdravotnictví. Tak, jak se rozšiřovala FN v Motole, rozšiřovala se i činnost sociálního oddělení. Postupně se zde začala sociální práce rozvíjet jako specifická odborná činnost a nezbytná součást léčebného a ošetrovatelského procesu.³

V současné době na sociálním oddělení zabezpečují sociální péči potřebným pacientům odborní zdravotně sociální pracovníci, kteří jsou registrováni v Registru zdravotnických pracovníků a kteří jsou odborně způsobilí k výkonu povolání podle Zákona č. 96/2004 Sb.⁴

Mnoho pacientů zůstává v dlouhodobé a i opakované péči zdravotně sociálních pracovníků. Zabezpečování sociálních potřeb pacientů musí probíhat v součinnosti s léčebnou a ošetrovatelskou péčí. Sociální práce je prací týmovou a kvalitní sociální péči je možné zajistit právě jen ve spolupráci s ostatními odborníky, kteří se na komplexní péči o pacienta podílejí. Délka hospitalizace pacientů a jejich možné následné propuštění je závislé na závažnosti onemocnění a na jejich sociální situaci.

Sociální služba ve FN Motol je určena pacientům a jejich rodinám, kteří se nacházejí v nepříznivé sociální situaci a tuto situaci nejsou schopni zvládnout vlastními silami. Cílem sociálního oddělení je pomoci dosáhnout seberealizace a sociální integrace pacientů. Dalším posláním zdravotně sociálních pracovníků je pomoc a podpora pacientům a jejich rodinám při zmírňování a odstraňování negativních sociálních důsledků nemoci.⁵

Zdravotně sociální pracovníci vedou také odborné praxe studentů, spolupracují se školami a vzdělávacími institucemi zdravotně sociálního a sociálně právního zaměření registrovanými v Asociaci vzdělavatelů sociální práce. V rámci České asociace sester se aktivně podílí na výzkumných projektech, vzdělávacích programech a iniciují změny v legislativě ve prospěch pacientů.⁶

³<http://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/spolecna-pracoviste/oddeleni-socialni/specializace/> (2012-09-15).

⁴ Tamtéž

⁵ *Provozní řád pracoviště – Sociální oddělení*, FN Motol.

⁶ <http://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/spolecna-pracoviste/oddeleni-socialni/> (2012-09-15).

1.2 Zdravotně sociální pracovnice v LDN při FN v Motole

Zdravotně sociální pracovnice v Léčebně pro dlouhodobě nemocné (dále jen „LDN“) přebírají do sociální péče všechny pacienty hospitalizované v léčebně. Zajišťují a zprostředkovávají pomoc pacientům a jejich rodinám individuálně dle jejich konkrétní potřeby. Ve spolupráci s multidisciplinárním týmem vhodnými sociální opatřeními doplňují léčebně preventivní péči. Multidisciplinárním týmem se rozumí tým odborníků participujících na komplexní péči o pacienty – primáři, vrchní sestry, ošetřující lékaři, zdravotní sestry, fyzioterapeuti, zdravotně sociální pracovníci, psychologové, aj.

Zdravotně sociální pracovnice v LDN se řídí zejména těmito právními předpisy:

- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
- Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů

1.3 Náplň práce zdravotně sociálních pracovnic v LDN

Do hlavní náplně práce zdravotně sociálních pracovnic v LDN patří:

- informační a poradenská služba
- kontakt s pacientem, popř. jeho rodinou – zdravotně sociální pracovnice nabízejí podpůrnou péči nejen pacientům, ale i jejich nejbližším, vedou rozhovory, identifikují a posuzují konkrétní problémy a potřeby sociální, finanční, praktické
- spolupráce s ostatními členy týmu – jedná se o pravidelnou spolupráci a kontakt
- administrativní činnost
- péče o pozůstalé – zdravotně sociální pracovnice poskytují informace a rady týkající se záležitostí spojených s úmrtím, individuální podpůrné rozhovory
- práce s dobrovolníky, studenty a stážisty – jedná se zejména o koordinaci, poskytování informací o pracovišti, názorné postupy, spolupráci s ostatním zdravotnickým personálem.⁷

⁷Provozní řád pracoviště – Sociální oddělení, FN Motol.

1.4 Přehled činností zdravotně sociálních pracovníků v LDN

Pro lepší představu nejdůležitějších činností zdravotně sociálních pracovníků v LDN poskytovaných hospitalizovaným pacientům uvádím následující postupy v sociální péči o tyto pacienty.

Nový příjem pacienta a vytvoření sociální dokumentace – každý nový příjem pacienta je v papírové podobě přinesen ambulantní sestrou zpravidla ještě týž den nástupu pacienta do LDN. Sociální dokumentace se skládá ze dvou záznamů – sociálně zdravotního záznamu (viz. příloha č. 1) pro účely sociální pracovníce a sociálního záznamu (viz. příloha č. 2), který musí být součástí každého chorobopisu na oddělení, kde jsou jednotliví pacienti hospitalizováni.

Sociální šetření u nově hospitalizovaných pacientů – je prováděno po vytvoření sociální dokumentace většinou druhý den po přijetí pacienta do LDN a to přímo u lůžka pacienta na oddělení. Pokud pacient v důsledku nepříznivého zdravotního stavu nespolupracuje, není orientovaný, apod. je nutné předat kontakt na zdravotně sociální pracovníci pro rodinu, či rodinu v akutních případech kontaktovat ihned. Poté zdravotně sociální pracovníce navrhne v rámci své kompetence další postup sociální intervence. Plán zdravotně sociální péče je v průběhu hospitalizace pacientů upravován se zřetelem na specifickou sociální situaci či potřebu.

Důchody, dávky – důležitým aspektem zjištění je, jakým způsobem pobírá pacient své finanční prostředky (zda si je přebírá na poště, nebo mu chodí na účet) a pomoci mu, aby měl toto zajištěné po dobu hospitalizace. Zdravotně sociální pracovníce úzce spolupracují s poštami, ČSSZ a úřady. Zajišťují došílky důchodů, popř. i pošty do LDN.

Spolupráce s multidisciplinárním týmem – v LDN je nutná pravidelná spolupráce nejen s primářkou, ošetřujícími lékaři, sestrami a ostatním zdravotnickým personálem, ale také s pokladními a opatrovníky pacientů, kteří byli zbaveni způsobilosti k právním úkonům. Opatrovníky mohou být buď rodinní příslušníci pacientů nebo veřejní opatrovníci z úřadů městských částí dle místa trvalého bydliště pacientů. Ne vždy jsou názory členů týmu totožné – pak je důležitá diplomacie a komunikační schopnosti zdravotně sociálních pracovníků.

Příspěvky na péči, na bydlení, dávky hmotné nouze, aj. – poradenství, popř. vyplňování žádostí a odesílání na Úřady práce ČR – na jednotlivé kontaktní pracoviště dle místa trvalého bydliště pacienta.

Spolupráce s rodinou – zde dochází k těžišti sociální práce v LDN. Jelikož je budoucí řešení sociální situace pacientů kolikrát právě v rukou jejich neblížších, je nutné s nimi navázat kontakt a vztah založený na vzájemné spolupráci a důvěře.

Sociální poradenství – je klíčovým nástrojem sociální práce v LDN. Je poskytováno osobně, písemně či telefonicky nejen pacientům a jejich rodinným příslušníkům, ale také multidisciplinárnímu týmu a všem, kdo se na sociální oddělení obrátí s žádostí o spolupráci.

Zajišťování následné péče – pokud se jedná o návrat pacientů do přirozeného prostředí a je potřeba jim zajistit terénní zdravotní či sociální služby, zajišťují zdravotně sociální pracovnice poradenství pacientům, či jejich blízkým, zprostředkovávají kontakt mezi pacienty a konkrétními službami, domlouvají návštěvy agentur a rozsah péče, vyplňují ve spolupráci s ošetřujícími lékaři poukazy pro domácí péči, aj. Pokud se jedná o zajištění pobytových sociálních služeb – zejména domovů pro seniory, vyplňují zdravotně sociální pracovnice ve spolupráci s pacientem, rodinou a ošetřujícím lékařem žádosti do těchto domovů. Velmi důležitá je také spolupráce se sociálními pracovníky z domovů pro seniory, kteří docházejí za pacienty do LDN na sociální šetření, které je potřebné k zařazení žádosti o umístění do pořadníku čekatelů. Situace pacientů čekajících na umístění do domovů pro seniory je velmi komplikovaná. Čekací doby jsou příliš dlouhé, chybí dostatek sociálních lůžek následné péče.

Specifické požadavky pacientů – mezi tyto činnosti patří zejména výběr poštovní schránky osamělým pacientům, zajišťování různých plateb a poplatků za hospitalizaci pacientů, apod. Jedná se o specifické úkony, které jsou poskytovány hlavně osamělým pacientům, kteří nemají ani přátele a známé, kteří by jim mohli pomoci. Zdravotně sociální pracovnice v těchto případech jakoby „suplují“ rodiny pacientů.

Propuštění pacienta z LDN – zdravotně sociální pracovnice by měla být vždy informována příslušným oddělením LDN o plánovaném propuštění pacienta. Zdravotně sociální pracovnice domlouvá propuštění pacienta s rodinou, ošetřujícím lékařem, terénními službami či pobytovými službami. Dále zdravotně sociální pracovnice včas informuje pokladní v LDN o

propuštění pacienta, předává pacientovi důležité písemnosti, zařizuje zrušení dosílky důchodu či pošty do LDN, písemně oznamuje sociálnímu odboru úřadu propuštění rizikového osamělého pacienta do domácího prostředí, ukončuje sociální dokumentaci.

2. Problematika seniorů hospitalizovaných v LDN

Pacienty hospitalizovanými v LDN jsou zpravidla dospělé osoby starší 18 let. Nejpočetnější skupinu pacientů tvoří senioři (cca z 90%). Další část pacientů tvoří osoby v produktivním věku s chronickým onemocněním, osoby po cévní mozkové příhodě, po úrazech, osoby bez přístřeší, aj.

2.1 Senioři v LDN

Stárnutí a stáří je dobré vnímat jako přirozený proces a jako samozřejmost, která patří k životu. Žádnou životní etapu nelze minout, stejně jako stáří, ke kterému každý člověk zákonitě spěje. „*Stárnutí je procesem, který je včleněn do celkového životního děje člověka. Není ničím, co by přicházelo neočekávaně a naráz – jako např. zranění při nehodě. Právě naopak. Stárnutí je plynulým přechodem v rámci celého života člověka.*“⁸

Senioři jsou k dlouhodobé hospitalizaci do LDN přijímáni z důvodu doléčení svého onemocnění, pro které byli přijati na akutní lůžko FN v Motole, nebo v případech, kdy pečující rodina přestane zvládat zhoršující se zdravotní stav a soběstačnost seniora v domácím prostředí.

Každý člověk se rodí s určitými dispozicemi. To jak bude reagovat na situace ve svém životě, je ovlivněno jeho genetickými předpoklady, životními zkušenostmi, prostředím, ve kterém žije, apod. Je důležité mít na paměti, že člověk se učí způsobům chování v určité době a na určitém místě. Při přenesení do jiného (v tomto případě) zdravotnického zařízení se mohou jeho způsoby chování stát obtížnými. Senioři, kteří se stanou obyvateli zdravotnického zařízení mají za sebou dlouhý život v řadě jiných rolí. Byli zvyklí se chovat a fungovat určitým způsobem a nemají většinou zkušenost s rolí „dlouhodobě nemocného“ a proto při vstupu do zdravotnického zařízení používají způsoby chování, na které byli zvyklí a které jim přinášely ocenění okolí. Zde to najednou neplatí a senior tím může být zaskočen a potřebuje podporu personálu a svých blízkých, aby našel své nové místo.⁹

⁸ KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, Grada Publishing, Praha 2002, s. 136.

⁹ VENGLÁŘOVÁ, M., *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*, Grada Publishing, Praha 2007.

2.2 Vymezení pojmů gerontologie a geriatrie

Stárnutím a stářím se zabývá celá řada oborů a vědních disciplín. K účinnému přenášení jejich poznatků je však potřebná větší integrace znalostí, jejich zobecňování a formulování obecných zákonitostí života ve stáří v celé jeho komplexnosti.

Gerontologie není samostatná vědní disciplína, nýbrž multidisciplinární souhrn poznatků o stárnutí a stáří. Gerontologie se člení do 3 hlavních proudů:

- gerontologie experimentální (biologická) – zabývá se otázkami, proč a jak živé organismy stárnou
- gerontologie sociální – zabývá se vzájemným vztahem starého člověka a společnosti, tím, co staří lidé od společnosti potřebují, tím, jak stárnutí populace ovlivňuje společnost a její rozvoj
- gerontologie klinická – zabývá se zvláštnostmi zdravotního stavu a chorob ve stáří, specifickými aspekty jejich výskytu, klinického obrazu, průběhu vyšetřování, léčení i sociálních souvislostí.¹⁰

Geriatrie je samostatný specializační lékařský obor, vycházející z vnitřního lékařství a zabývající se kromě všeobecné interní problematiky i problémy rehabilitačními, neurologickými, psychiatrickými, ošetrovatelskými a propojením s primární péčí (praktický lékař, domácí ošetrovatelská péče) i sociálními službami. Jádrem oboru není dlouhodobé ošetrovatelství, ale zachování a obnova soběstačnosti.¹¹

Přehnal - přednosta Gerontologického centra Baťovy nemocnice ve Zlíně říká, že předmětem činnosti tohoto oboru je rovněž poradenská činnost a management této komplexní péče. Významnou součástí je geriatrické ošetrovatelství, které je nutno vnímat jako vysoce specializovanou zdravotnickou činnost. Medicína se geriatrizuje a prakticky každý medicínský obor má své nemocné. Jednotlivé medicínské obory však nejsou schopny zajistit ani speciální geriatrický režim za hospitalizace, ani komplexní následnou péči. Nejde o to, že by snad nebyla k tomuto ochota, ale obor geriatrie má svá specifika, své metody práce, své know how, které je předmětem postgraduálního studia a dnes již samostatné nadstavbové atestace. V tomto pojetí je to právě geriatr, kdo je schopen poskytnout určitý servis

¹⁰ KALVACH, Z. a kol., *Úvod do gerontologie a geriatrie*, Karolinum, Praha 1997.

¹¹ Tamtéž

ostatním oborům při řešení této složité problematiky, a to jak individuálně u konkrétního jedince, tak při řešení problematiky této celé populační skupiny.¹²

2.3 Autonomie seniorů

Pod pojmem autonomie rozumíme v obecné rovině samosprávu či samostatnost. Ve vztahu k seniorům můžeme definovat autonomii jako schopnost vést život podle sebe, podle vlastních pravidel a vlastního rozhodnutí, být v rozhodování zcela svobodný a nezávislý. K tomu je nezbytné mít mj. fyzické, rozumové a sociální podmínky, vhodné prostředí a dostatek vůle a motivace k respektování autonomie.¹³

Respektování autonomie a lidské důstojnosti by mělo být jednou z priorit v péči o seniory. Stává se však, že princip autonomie není zcela naplněn s ohledem na stereotypní názory pečujících, že starý člověk už nemá tak dobré rozhodovací schopnosti, nebo je má omezené. Výsledkem pak často bývá, že za něj rozhodují jeho blízcí či pečující osoby. Během pobytu seniorů v nemocnici dochází k velmi významnému zásahu do jejich autonomie. Senioři mají pocit, že je s nimi manipulováno a rozhodováno bez jejich souhlasu.¹⁴

Často se v nemocnicích stává, že jsou senioři málo informovaní o své nemoci, aktuálním zdravotním stavu či poskytované péči. Nemají někdy i možnost se podílet na spolurozhodování v jejich záležitostech.

S úbytkem psychických i fyzických sil může dojít k omezení autonomie seniorů a často to považujeme za běžné vyústění neschopnosti seniora vyjádřit své potřeby. Ohrožení nebo ztráta autonomie představuje pro seniory zátěžový faktor, v podobě omezení či ztráty svobodného rozhodování o své osobě, kdy se musí např. podřít nemocničnímu režimu, omezení volnosti pohybu či ztrátě soukromí. Může dojít ke ztrátě identity seniora. Nejčastěji jsou ohroženy skupiny nemocných bez zázemí ve vlastní rodině či blízkých osob.¹⁵

Je jasné, že závislost hospitalizovaných seniorů na péči druhé osoby nemusí jednoznačně znamenat ztrátu autonomie. Lze ji uchovat, pokud ze strany pečujících osob dochází k aktivnímu zapojování seniorů do péče, která odpovídá jejich možnostem, změněným potřebám a zdravotnímu stavu.

¹² Ministerstvo zdravotnictví České republiky – odbor zdravotně sociální péče, *I. konference komunitní péče o staré občany*, Praha 1995.

¹³ Odborný časopis zdravotnických pracovníků v sociálních službách, *Ošetřovatelská péče*, číslo 6/2011.

¹⁴ Tamtéž

¹⁵ Tamtéž

2.3.1 Důstojnost

Důstojnost je základní hodnota, která náleží všem lidem bez rozdílu. Důstojnost je v tomto smyslu zakotvena v právním systému České republiky a to v Listině základních práv a svobod. Kromě právního zakotvení pojmu důstojnost existuje i zakotvení etické. Je deklarováno např. v Etickém kodexu České lékařské komory nebo v Etickém kodexu sociálních pracovníků České republiky.

Druhý pohled na důstojnost se dá označit jako vnější a znamená to tu hodnotu, kterou nám přisuzuje naše okolí tím, jak se k nám chová a jak nám dává najevo respekt a úctu. Právě s příchodem stáří nebo nemoci se člověk stává v různé míře závislým na pomoci druhých a tím i závislým na míře respektu a empatie vůči své osobě ze strany svého okolí.¹⁶

Důstojný přístup ke starým lidem velmi dobře a hlavně prakticky popisují Pichaud a Thareauová ve své publikaci. Popisují příklad bezdomovce, který se stal pouličním prodejcem novin. Novinář, který s ním dělá rozhovor se ho ptá: „Když jste se stal prodavačem, měl jste pocit, že jste znovu našel svou důstojnost?“ Následuje okamžitá odpověď: „Milý pane, svou důstojnost, jsem nikdy neztratil! Je ve mně stejně tak, jako ve vás. Nazvěme to jinak, totiž že okolí teď připouští, že nějakou mám.“ Problém tohoto bezdomovce je také problémem seniorů – ostatní lidé by si měli uvědomit, že také staří lidé mají svou důstojnost. Není to něco, co se náhle vytratí, jak si někteří lidé myslí. A pokud ji nemůžeme ztratit, nikdo si pak také nemůže dovolit ji znovu někomu přisoudit. Důležité je, aby každý člověk uznal, že každý jedinec, ať je mladý či starý, má svou důstojnost, přestože není např. produktivní, je omezen sníženou soběstačností a že se může zdát, že ho opouští rozum.¹⁷

Respektování lidské důstojnosti není opomíjeno jen u seniorů, ale právě senioři jsou nejvíce zranitelná společenská skupina. Posilování či zraňování důstojnosti člověka je problémem, který vede napříč společností a týká se také zdravotní a sociální péče. V tomto smyslu je nezbytné právě u pečujících osob zjistit, co ovlivňuje jejich chování k nemocným a jejich blízkým, nabídnout jim podporu a motivovat je k dalšímu vzdělávání s cílem zvýšit povědomí o lidské důstojnosti a jejím přirozeném respektování.¹⁸

¹⁶ HAVRDOVÁ, Z. a kol., *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*, Fakulta humanitních studií UK, Praha 2010.

¹⁷ PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I., *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*, přeložila Abigail Kozlíková, Portál, Praha 1998.

¹⁸ HAVRDOVÁ, Z. a kol., *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*, Fakulta humanitních studií UK, Praha 2010.

2.4 Komunikace se seniory

Dobrá komunikace s pacientem by měla být základem vztahu mezi pečujícím a příjemcem péče. Komunikace je předávání informací a pocitů k druhým. Může se dít cestou verbální (slovní) a neverbální (mimoslovní).

Do procesu komunikace vstupujeme s určitými představami o druhých, o jejich schopnostech, motivaci, aj. Tyto představy jsou objektivní jen do určité míry. Pacient se může domnívat, že s ním komunikujeme pouze o zdravotních problémech a proto nás může při rozhovoru stále informovat jen o problémech vztahujících se k nemoci či symptomech. Pacient může mít také obavy, že když téma nebude dostatečně závažné, může pečující osoba odejít. Je důležité nechat jim dostatek času a prostor na promyšlení odpovědi.¹⁹

Potřeba komunikovat se u jedinců vyššího věku ve srovnání s ostatními osobami neliší. Komunikace v geriatrici se však vyznačuje znaky, které ovlivňují výběr komunikačních prostředků, metod a postupů k lepšímu porozumění. Stejně jako v běžné komunikaci při poskytování péče se i zde vyskytují hlavní potřeby:

- potřeba sociálního kontaktu a interakce
- potřeba vysvětlení a potvrzení
- potřeba rady, podpory a edukace
- potřeba komfortů a útěchy, ujištění a uklidnění.²⁰

2.4.1 Bariéry v komunikaci se seniory

Pokorná rozděluje bariéry v komunikaci na interní a externí. Interní bariéry vyplývají ze schopností a dovedností jedince, jeho prožívání a zdravotního stavu. Řadí sem např. obavu z neúspěchu, negativní emoce (strach, zlost), bariéry postoje, nepřipravenost, fyzické nepohodlí, nemoc, apod. Externí bariéry jsou dány zevním prostředím a jeho uspořádáním. Řadí sem např. vyrušení další osobou, hluk, šum, vizuální rozptylování, neschopnost naslouchat, komunikační zahlcení, apod.

Venglářová v tomto smyslu popisuje bariéry na straně pacienta, na straně pracovníka a bariéry v prostředí. Na straně pacienta se mohou objevovat různé zábrany, např. neochota komunikovat, nedůvěra a obavy, jak bude

¹⁹ VENGLÁŘOVÁ, M., *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*, Grada Publishing, Praha 2007.

²⁰ POKORNÁ, A., *Komunikace se seniory*, Grada Publishing, Praha 2010.

s informacemi naloženo. O řadě věcí se v generaci dnešních seniorů nemluví. Tabu pro ně může být oblast intimních záležitostí, financí či nepříjemností v rodině. Aktuální stav poznamenává všechny projevy. Pokud pacient trpí fyzickými obtížemi, bolestmi, zdravotními komplikacemi, klesá jejich ochota udržovat společenskou rovinu komunikace. Hovor na nepříjemné téma může být stále odkládán, pacient (ale někdy i pracovník) volí zástupná témata. Také pracovník může mít problémy komunikovat. Může mít strach ze závažných témat, jako je umírání, nevléčitelná choroba, problém s konkrétním pacientem, může mít špatnou zkušenost z dřívějších kontaktů, ale také nedostatek času. Bariéry mohou být také technického rázu. Obtížně se komunikuje v hlučném prostředí, bez soukromí, ve spěchu, apod.

2.5 Dlouhodobá péče o seniory v LDN

Dlouhodobou péčí můžeme definovat jako péči o osoby, které vyžadují zdravotní a sociální péči a jsou závislé na pomoci druhé osoby v některých ze základních sebeobslužných úkonech.²¹

Zdravotní a sociální potřeby jsou u seniorů neoddelitelné. Havrdová uvádí, že systém dlouhodobé péče musí vycházet z integrace zdravotních a sociálních služeb ústavních, ambulantních a terénních – poskytovaných v domácnosti.

Kvalita dlouhodobé péče, její obsah a náplň je často diskutovaným tématem. Pozornost odborné i laické veřejnosti se zaměřuje na otázky kvality péče v institucích. Zařízení dlouhodobé péče jsou veřejností vnímána jako segregované, neradostné a nepříjemné instituce, které jsou zpravidla uzavřené a většinou se starají jen o základní potřeby. V posledních letech se stala nedostatečná kvalita péče v LDN častým tématem médií. Asi nejznámější mediální kampaň proběhla v létě 2008, kdy novinář v roli sanitáře sdělil veřejnosti své zkušenosti s péčí v nemocnici následné péče. Tato mediální prezentace je jednou z cest, jak tuto problematiku dostat na pořad jednání a dosáhnout jejího zlepšení. Je to ale také cesta, která má mnoho nežádoucích efektů – patří sem zvýšení psychického tlaku na všechny pracovníky v této oblasti, tedy i na ty, kteří pracují v zařízeních, které poskytují kvalitní a profesionální péči.²²

Dalším problémem v poskytování dlouhodobé péče o seniory může být ten, že senioři, kteří jsou dlouhodobě hospitalizováni v LDN a již nepotřebují

²¹<http://www.zdravky.cz/zpravodajstvi/z-domova/priprava-zakona-o-dlouhodobpe-peci> (2012-11-04).

²² HAVRDOVÁ, Z. a kol., *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*, Fakulta humanitních studií UK, Praha 2010.

nepřetržitou lékařskou péčí, nýbrž péčí ošetrovatelskou a zároveň jim jejich zhoršená soběstačnost, osamělost či složité vztahy v rodině, neumožňuje propuštění do přirozeného prostředí čekají neúměrně dlouhou dobu na uvolnění vhodného místa v pobytovém sociálním zařízení – většinou to bývají domovy pro seniory. Při své práci v LDN v této souvislosti pozorují, že senioři si pak zvykají na pobyt v LDN, jsou přesvědčeni o tom, že v LDN jim je poskytována ta nejlepší péče a nástupu do domova pro seniory se obávají a nechtějí tam. Když však zjistí, že další pobyt v LDN není možný a nemá se o ně kdo postarat, v podstatě jim nezbude nic jiného, než do domova nastoupit. V těchto případech je velmi nutná aktivní účast a spolupráce rodiny a nejbližších pacienta, zdravotnického personálu a v neposlední řadě také zdravotně sociální pracovnice.

2.5.1 Připravovaný zákon o dlouhodobé péči

Ministerstvo práce a sociálních věcí připravilo ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví věcný záměr zákona o dlouhodobé péči, jehož cílem má být uplatňování principů efektivity v poskytování zdravotních a sociálních služeb. K projednání základních principů a přístupů k systému dlouhodobé péče byl ministrem práce a sociálních věcí v roce 2009 ustanoven tým, který je složen z odborníků působících v oblasti sociálních a zdravotních služeb, z řad zástupců obcí, krajů, poslanecké sněmovny, zdravotních pojišťoven, nevládních neziskových organizací poskytujících sociální a zdravotní služby, věcně příslušných Ministerstev.²³

Základními stavebními kameny přípravy zákona o dlouhodobé péči jsou dlouholeté diskuse nad nedostatečnou koordinací sociální a zdravotní péče v ČR. Jde zejména o řešení otázky spravedlivé alokace zdrojů do zdravotního a sociálního systému, uplatňování kvalifikovaných nelékařských pracovníků a sociálních pracovníků, kteří mají v současné době odbornou přípravu na své povolání vedenou v rámci vysokých škol a mohou tedy některé činnosti vykonávat bez odborného dohledu, na trhu práce. Připravuje se také restrukturalizace akutní lůžkové péče ve prospěch následné rehabilitační a dlouhodobé péče a příprava zákona o koordinované rehabilitaci, která ještě více procesně prováže zdravotně-sociální péči a služby.²⁴

²³<http://www.zdravky.cz/zpravodajstvi/z-domova/priprava-zakona-o-dlouhodobpe-peci> (2012-11-04).

²⁴ tamtéž

Základními principy poskytování služeb dlouhodobé péče jsou zejména:

- propojenost zdravotně-sociálních služeb, které jsou na úrovni obcí, odpovídají potřebám seniorů a zdravotně znevýhodněných lidí a podporují dostupnost zdravotně sociální péče
- péče by měla být koordinována prostřednictvím sociálního nebo zdravotně sociálního pracovníka ve spolupráci s komunitní sestrou
- péče je orientována na člověka, na jeho potřeby v jeho přirozeném prostředí
- podporuje autonomii a funkční stav zejména u seniorů a zdravotně znevýhodněných osob formou podpory a pomoci prostřednictvím poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb
- multidisciplinární posouzení sociálně zdravotních potřeb klienta a nastavení nového systému hodnocení – identifikace zdravotní a sociální potřeby, prostřednictvím sociálního nebo zdravotně sociálního pracovníka, komunitní sestry, primárního a ošetřujícího lékaře a lékaře specialisty
- podporuje tzv. sdílenou péči – péči profesionálních pečovatелů a rodinných příslušníků ve snaze udržet seniora v jeho domácím prostředí
- podpora rozvoje terénních a ambulantních služeb a vznik nových profesí v komunitní péči (komunitní sestra, zdravotně sociální pracovník)
- podpora vzniku lůžek dlouhodobé péče – pacient, jehož zdravotní stav po akutní a následné léčbě bude vyžadovat další péči, může přejít do systému dlouhodobé péče; tato péče bude poskytována na komunitní úrovni, ale také v pobytových službách; na lůžkových odděleních dlouhodobé péče budou pracovat kvalifikovaní pracovníci, kteří budou poskytovat ošetrovatelskou, rehabilitační a sociální péči.²⁵

Legislativní rada vlády však zatím tento věcný návrh zákona o dlouhodobé péči neschválila. Sporným bodem zamítnutého návrhu bylo zejména nedořešené financování. V případě platnosti zákona by došlo k přesunu zhruba 26 tisíc pacientů především LDN z režimu péče, která je hrazena z veřejného zdravotního pojištění do systému dlouhodobé sociální péče. Současní pacienti by tak museli za péči začít platit tolik, jako klienti v zařízeních sociální péče. A to by se pro ně mohlo stát nakolik finančně náročnou záležitostí, že by již neměli dostatek prostředků na udržení dosavadního vlastního bydlení. O zařazení do dlouhodobé péče by navíc rozhodoval úřad práce. Ministerstvo práce a sociálních věcí a Ministerstvo zdravotnictví nyní pracuje na přípravě nových změn zákonů.²⁶

²⁵ tamtéž

²⁶ <http://www.pomahamelecit.cz/novy-zakon-o-dlouhodobpe-peci-nebyl-schvalen> (2012-11-04).

2.6 Příčiny hospitalizace seniorů v LDN

LDN se zaměřuje na prevenci, diagnostiku a léčbu nejčastějších onemocnění postihujících seniory. Zaměřuje se také na zhodnocení funkční zdatnosti a soběstačnosti seniorů.

Mezi nejčastější onemocnění seniorů hospitalizovaných v LDN patří různé druhy demencí, Parkinsonova nemoc, diabetes mellitus – cukrovka, ICHS – ischemická choroba srdeční, stavy po CMP – cévní mozkové příhodě, fraktury a zlomeniny krčku kosti stehenní, osteoporóza – řídnutí kostí, hypertenze – vysoký krevní tlak, malnutrice – podvýživa, imobilita – nehybnost, inkontinence, celkové zhoršení stavu, dehydratace, aj.

2.6.1 Demence

Demence – chronický, trvalý úbytek duševních funkcí a schopností. Za vznik demence zodpovídají tři skupiny onemocnění mozku. Jedná se o důsledky poruch prokrvení mozku (skupina ischemicko-vaskulárních demencí), důsledky jiných chorobných stavů (symptomatické demence – např. v důsledku otrav, alkoholismu, demence při AIDS). Nejčastější příčinou demence je Alzheimerova nemoc (patří do skupiny atroficko-degenerativních onemocnění mozku). Demence postihuje inteligenci, kognitivní funkce, vyšší city. Zhoršuje se paměť, mizí schopnost soustředění, otupují se zájmy (i zájem o blízké příbuzné), člověk se nevyzná v čase, je zmatený.²⁷

Alzheimerova choroba je jednou z nejrozšířenějších forem demence. Rozvoj Alzheimerovy choroby je obvykle velmi pomalý a tzv. preklinická fáze, projevující se pouze určitými problémy s pamětí, může často trvat i několik let. Výskyt Alzheimerovy choroby roste s přibývajícím věkem, ale může postihnout i mladší lidi.²⁸

Do příznaků, které nacházíme u demence řadíme kognitivní poruchy, behaviorální poruchy a funkční potíže.

Do kognitivních poruch patří:

- poruchy paměti – potíže se získáním nových informací, špatná orientace, opakování dotazů, konfabulace, špatné chápání situace

²⁷ VOKURKA, M., HUGO, J., *Praktický slovník medicíny*, Maxdorf, Praha 2008.

²⁸ HOLMEROVÁ, I. a kol., *Alzheimerova nemoc v rodině: příručka pro ty, kteří o nemocné pečují*, Pfizer, Praha 2004.

- poruchy řeči – problémy s komunikací, nedorozumění, neporozumění myšlenek, chybějící slova, špatné řazení vět
- poruchy pozornosti – neschopnost začít a ukončit úkol, snížená schopnost reagovat, zmatené reakce
- poruchy vnímání – neschopnost poznávat věci a lidi, iluze, špatný odhad vzdáleností, potíže najít cestu, úzkost, nejistota
- poruchy úsudku – odmítání pomoci, ztráta zábrán, nepředvídání důsledků, tendence brát si věci osobně.

Do behaviorálních poruch patří:

- agresivní chování
- verbální naléhavost, opakování dotazů
- zvýšená aktivita
- nedodržování osobní hygieny
- zpomalení, snížená vůle, ztráta zájmu
- nezdrženlivé chování na veřejnosti.

Funkční potíže:

- kognitivní poruchy vedou k postupnému zhoršování denních činností. Nezvládnutí péče o sebe, domácnost, riziko úrazu či způsobení nehody vede často k umístění seniora do ústavní péče např. LDN, domovy pro seniory, apod.²⁹

Léčení demencí by mělo být komplexní. Terapie by měla zahrnovat úpravu životosprávy, léky, vitamíny, dostatek tekutin a rehabilitaci. Velmi důležitá je také prevence. Prevencí se v tomto smyslu myslí zdravý způsob života, hodně spánku, tělesného pohybu, pobytu v přírodě a minimum zátěžových situací. Celá řada lidí má však život plný nejrůznějších stresových situací, které zvládají s většími či menšími úspěchy a s menšími či většími dopady na své zdraví. Jedním z faktorů prevence demence je naučit se překonávat tyto zátěžové situace co nejlépe. Někdo si umí poradit sám, někdo má kvalitní rodinné zázemí a někdo zvládá stres obtížně. Je pak dobré, když se mu dostane odborné pomoci i s použitím léků, třeba jen na přechodnou dobu.³⁰

Pokud rodina, která pečuje o seniora s demencí začne vnímat, že náročné ošetrovatelské úkony už nejsou v jejich silách, měla by se obrátit na

²⁹ VENGLÁŘOVÁ, M., *Problematiké situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*, Grada Publishing, Praha 2007.

³⁰ KUČEROVÁ, H., *Demence v kasuistikách*, Grada Publishing, Praha 2006.

poskytovatele sociálních a zdravotních služeb, nebo specializovaných center. Existují různá sdružení, která mají za cíl podporovat pečující osoby o nemocné s Alzheimerovou chorobou – např. Česká alzheimerovská společnost, která poskytuje užitečné informace a konzultace.

2.7 Osamělí senioři v LDN

Osamělými seniory v LDN myslím v tomto smyslu osoby, které nemají rodinu, vzdálené příbuzné nebo přátele a známé. Většinou se jedná o seniory svobodné, ovdovělé, bezdětné, nebo také o seniory žijící v izolaci.

V posledních letech těchto osamělých seniorů přibývá a je potřeba řešit jejich sociální situaci, aby byli po dobu hospitalizace v LDN i následně zajištěni. Zdravotně sociální pracovníce v LDN pak „suplují“ rodiny těchto seniorů a zajišťují přímou pomoc v obstarávání osobních záležitostí.

Mezi nejdůležitější úkony zdravotně sociálních pracovníků v LDN při práci s osamělými pacienty patří:

- poradenství a specifické požadavky pacientů
- zajištění dostupnosti finančních prostředků – dosílka důchodu do LDN
- zajištění hrazení nájmu a poplatků spojených s bydlením, aby nedošlo k zadlužení pacienta a následné možné ztrátě bydlení
- zajištění pošty – dopisy, složenky, upozornění
- zajištění příspěvku na bydlení – řada pacientů přichází do LDN s přiznaným příspěvkem na bydlení a je nutné čtvrtletně zajistit dokládání údajů o nákladech na bydlení na úřad podle místa trvalého bydliště
- hlášení změn (oznámení o hospitalizaci a o ukončení hospitalizace) úřadu práce u příspěvku na péči a na mobilitu – pokud je pacient, který má přiznaný příspěvek na péči či na mobilitu hospitalizován ve zdravotnickém zařízení, vyplácení těchto dávek musí být pozastaveno
- zajišťování osobních dokladů – je-li to potřeba
- zajišťování následné péče – zajišťování pečovatelské služby, domácí péče, osobní asistence, žádostí do domovů pro seniory, apod.
- sociální pohřby.

Přibývá také pacientů, kteří jsou osamělí a nejsou schopni vzhledem k nepříznivému zdravotnímu stavu říci si, co potřebují. Jedná se o pacienty, kteří jsou desorientovaní ve všech směrech, mají trvale poškozený mozek, apod. U těchto pacientů je potřeba podat podnět ke zbavení způsobilosti k právním úkonům a usilovat o to, aby soud ustanovil takovému pacientovi veřejného

opatrovníka. Pokud je v LDN hospitalizován pacient, který již je zbavený způsobilosti k právním úkonům, zdravotně sociální pracovníce úzce spolupracují v řešení jejich sociální situace a následné péče s veřejnými opatrovníky.

2.8 Rodiny pacientů

Spolupráce zdravotně sociální pracovníce s rodinou hospitalizovaného pacienta je velmi důležitá z důvodu posouzení sociálního fungování seniora, které je nezbytné pro vytvoření plánu vhodné sociální pomoci. Dalším důvodem ke spolupráci s rodinou je otázka propuštění seniora do domácího prostředí, popř. do sociálního pobytového zařízení.

Rodina hraje významnou roli v péči o seniory, ale jen v případě správně fungující rodiny. Tak, jak jsou rodiče zodpovědní za péči o své děti, měli by být posléze děti zodpovědní za péči o své rodiče. Ne vždy ale tomu tak bývá.

I pro nemocného seniora je velmi důležité, aby mohl co nejdéle zůstat ve svém přirozeném prostředí. Zdravotně sociální pracovníce v LDN se poslední dobou setkávají stále častěji s rodinami, které se nechtějí o svého seniora postarat a chybí tak kontakt a úzká spolupráce při řešení následné péče. Mnozí členové rodin si myslí, že když je senior hospitalizován v LDN je péče o něj vyřešená a nemusí si dělat starosti o jejich následnou péči. Přesvědčují zdravotně sociální pracovníce o tom, že zdravotnická péče je to nejlepší pro jejich seniory. Řada seniorů je však dlouhodobě zdravotně stabilizovaných, jsou na propuštění domů a jejich další pobyt v LDN je pouze ze sociálních důvodů. Rodina tak není schopná adekvátní péči v domácím prostředí zajistit.

V těchto případech bývají rodiny pacientů vyzváni, aby zajistili ve spolupráci se zdravotně sociální pracovníci LDN pobyt v nějakém pobytovém sociálním zařízení – zpravidla v domově pro seniory. I zde však narážíme na problematiku ze strany rodin, týkající se toho, že pobyt v LDN je mnohem finančně výhodnější než pobyt v domově pro seniory a proto se stává, že rodiny se snaží přijetí do domova pro seniory všemožně odkládat, nespolupracují, apod.

Dalším problémem jsou i špatné vztahy v rodině, kdy se rodinní příslušníci nemohou dohodnout a shodnout na péči o seniora. Jeden nadává na druhého a komunikace s nimi pak bývá velmi komplikovaná a náročná.

Zdravotně sociální pracovníce v LDN se snaží vždy udělat vše proto, aby hospitalizovaným seniorům byla poskytnuta co nejlepší a nejkvalitnější následná péče. Proto také vždy jednají v zájmu pacientů a další průběh řešení následné péče se řídí přáními a potřebami pacientů a to i navzdory jejich rodin.

Na druhou stranu je nutné podotknout, že rodin, které nechtějí spolupracovat je pořád méně, než rodin výborně fungujících, které se velmi zasazují o to, aby jejich nemocný senior byl co nejdříve schopný návratu domů a jsou připraveni mu v jeho prostředí maximálně pomoci.

3. Následná péče

Zdravotně sociální pracovníce v LDN se starají o pacienty po celou dobu hospitalizace. Za tuto dobu mají možnost je poznat, identifikovat jejich přání a potřeby a aktivně se podílet na řešení sociální situace a následné péče. Návrh řešení sociální situace pacientů je ovlivněn jejich aktuálním zdravotním stavem a sociálním zázemím.

Pokud je pacient propouštěn do svého přirozeného prostředí, plán pomoci by měl zahrnovat především odborné sociální poradenství poskytované nejen pacientovi, ale také jeho rodině, popř. jiné pečující osobě. V případě potřeby zajišťuje a zprostředkovává kontakt s terénními sociálními a zdravotními službami.

Další způsob, jak ukončit hospitalizaci může být překladem pacienta do jiného zdravotnického zařízení (např. akutní lůžko, rehabilitační ústav, aj.), dále do sociálního pobytového zařízení (např. dům s pečovatelskou službou, domov pro seniory, aj.), nebo do hospice. V každém případě je důležité, aby zdravotně sociální pracovníce zajistila pacientovi další adekvátní péči. Zdravotně sociální pracovníce musí vždy na tomto spolupracovat s multidisciplinárním týmem. Všichni pacienti, s výjimkou těch, kteří jsou zbaveni způsobilosti k právním úkonům, musí být o všem dostatečně a srozumitelně informováni a podílejí se na rozhodování.

Pokud pacient i přes dosavadní léčení a ošetrovatelskou péči zůstal upoutaný na lůžko, je nesoběstačný, rodina se nemůže nebo nechce postarat a jeho propuštění do domácí péče není možné, musí být zvolena vhodná institucionální péče. Zdravotně sociální pracovníce musí mít přehled o typech sociálních zařízení, jejich dostupnosti, podmínkách přijetí, musí projevovat součinnost v procesu vyřizování přijetí pacienta do sociálního zařízení, apod.

„Důležitá úloha sociálního pracovníka při přechodu pacienta do instituce je jeho příprava na zásadní životní změnu. Pacient potřebuje podporu při svém rozhodování, dostatek informací a argumenty pro a proti. Dobrovolné rozhodnutí k pobytu v domově seniorů, možnost výběru zařízení z většího spektra a aktivní spoluúčast pacienta na přípravě k přechodu do instituce jsou dobrými východisky k zvládnutí adaptačního procesu.“³¹

³¹ MATOUŠEK, O. a kol., *Sociální práce v praxi*, Portál, Praha 2005, s. 167

3.1 Sociální služby pro seniory

Zdravotně sociální pracovníce v LDN se při zajišťování sociálních služeb pacientům při řešení následné péče řídí Zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, aktuální znění č. 375/2011 Sb. – Zákon upravující podmínky poskytování pomoci fyzických osob v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči.

Zdravotně sociální pracovníce v LDN pomáhají pacientům se zajištěním terénních a pobytových sociálních služeb.

3.1.1 Terénní sociální služby pro seniory

Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.³² Zdravotně sociální pracovníce v LDN pomáhají zajistit zejména následující terénní sociální služby.

Pečovatelská služba – služba, která se poskytuje osobám, které mají sníženou soběstačnost. Služba se poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob. Služba poskytuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se sociálním prostředím.³³

Většina seniorů, kteří jsou propuštěni z LDN domů si přejí zajistit pečovatelskou službu – většinou kvůli donášce obědů, nákupů, úklidu a pomoci při osobní hygieně. Existuje mnoho agentur poskytujících tyto služby. Zástupci těchto agentur často kontaktují sociální oddělení FN v Motole, domluví si schůzku a přijdou prezentovat své služby, které mohou pacientům v terénu poskytnout. Pacientům pak zdravotně sociální pracovníce mohou doporučit agentury, které jsou osvědčené a se kterými jsou lidé nejvíce spokojeni. Dostupnost těchto služeb je v Praze na velmi dobré úrovni.

Osobní asistence – služba, která taktéž poskytuje pomoc osobám, které mají sníženou soběstačnost. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.³⁴

³² <http://www.uplnezneni.cz/zakon/108-2006-sb-o-socialnich-sluzbach/> (2012-09-23)

³³ Tamtéž

³⁴ Tamtéž

Tuto službu zajišťují zdravotně sociální pracovníce pacientům, kteří potřebují po propuštění z LDN doprovod např. k praktickému lékaři, na poštu či úřad, nebo když jen potřebují sociální kontakt.

Tísňová péče – služba, kterou se poskytuje nepřetržitá hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života. Služba poskytuje zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci, aj.³⁵

Tuto službu využívají zejména osamělí senioři propuštění z LDN, nebo senioři, kteří žijí sami a jejich rodina není pravidelně dostupná z důvodů časových či spojených s velkou vzdáleností (např. rodiny žijící mimo ČR).

3.1.2 Pobytové sociální služby pro seniory

Pobytovými sociálními službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.³⁶ Zdravotně sociální pracovníce v LDN pomáhají zajistit zejména následující pobytové sociální služby.

Domovy pro seniory – v domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje ubytování, stravu, pomoc při zvládnutí úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a obstarávání osobních záležitostí.³⁷

Domovy pro seniory (dále jen „DS“) bývají nejčastěji zajišťovanou službou pro seniory, kteří jsou hospitalizováni v LDN a jejichž celkový aktuální stav již nevyžaduje další pobyt ve zdravotnickém zařízení a z nějakých důvodů nemohou být propuštěni domů. Zdravotně sociální pracovníce poskytuje veškerý informační servis pacientům a jejich rodinám týkající se konkrétních DS. Poskytuje pomoc při vyplňování a odesílání žádostí do DS. Zprostředkovává kontakt mezi pacientem a sociální pracovnící z DS, která přijíždí do LDN na sociální šetření. Zdravotně sociální pracovníce domlouvá při uvolnění vhodného místa překlady seniora z LDN do DS v úzké spolupráci s multidisciplinárním týmem a pověřenou osobou DS.

³⁵ Tamtéž

³⁶ Tamtéž

³⁷ Tamtéž

Velkým problémem bývají neúměrně dlouhé čekací doby na umístění do DS. Hlavním důvodem je velký nedostatek míst v DS, zcela naplněné kapacity v DS a velký počet žadatelů o službu. Počet seniorů rok co rok přibývá, ale počet DS se nezvyšuje. V posledních letech jsou zřizovány pouze soukromé DS, které nejsou tak dobře finančně dostupné pro velký počet seniorů.

Dalším zásadním problémem je, že jedním z kritérií pro přijetí do DS je mít priznaný příspěvek na péči, avšak velký počet pacientů, kteří jsou přijati do LDN příspěvek na péči priznaný nemají. Od 1. 7. 2009 není možné provádět sociální šetření (potřebné k posouzení stupně závislosti na péči jiné osoby) ve zdravotnických zařízeních, tedy i v LDN. Tito pacienti jsou velmi znevýhodnění a čekají na umístění do DS podstatně déle, než pacienti, kteří příspěvek na péči mají již priznaný, byť po dobu hospitalizace v LDN jeho vyplácení pozastavené. Tyto případy se řeší individuálně s ohledem na další okolnosti.

Domovy se zvláštním režimem – v těchto domovech se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou a ostatními typy demencí a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.³⁸

I do těchto zařízení jsou dlouhé čekací doby. DS se zvláštním režimem je podstatně méně než „normálních“ DS, avšak pacientů s různými duševními problémy a typy demencí je stále více. Pro představu – v Praze jsou pouze dva DS se zvláštním režimem – DS Zahradní Město a DS Kobylisy.

Azylové domy – patří do služeb sociální prevence a poskytují pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení. Služba zajišťuje poskytnutí ubytování, stravy a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.³⁹

Ráda bych upozornila na skutečnost, že přibývá počet seniorů, kteří jsou osobami bez přístřeší. Tento fakt velmi komplikuje práci zdravotně sociálních pracovníků nejen ve zdravotnických zařízeních. Je velmi náročné zajistit pro takového seniora, který je hospitalizován v LDN kvalitní následnou péči. Většinou se jedná o seniory, kteří jsou příjemci starobního či invalidního důchodu v částce na hranici životního minima, nebo nemají vůbec priznaný nárok na výplatu důchodu a pobírají pouze dávky hmotné nouze.

Příjmy těchto seniorů nedávají velkou šanci na přijetí do DS či jiného typu sociální pobytové služby. Skutečnost, že pro ty, kdo poskytují nesoukromé

³⁸ Tamtéž

³⁹ Tamtéž

sociální služby nesmí být nedostatek finančních prostředků žadatele důvodem k jeho nepřijetí v praxi vůbec nefunguje a neplatí a provozovatel má možnost si kritéria pro přijímání nastavit tak, aby finance seniora zaručovaly možnost hradit služby v plné výši. Zde narážíme na fakt, že stát nemá fungující systém, jak těmto nejpotřebnějším pomoci, protože nebývá ani úspěšné požadovat na úradech městských částí či úradech obcí, aby spolupracovaly při zajištění následné péče těchto seniorů.

V praxi tyto situace řešíme tak, že pokud je senior schopný propuštění z LDN, zajistíme mu azylové zařízení pro seniory i když víme, že i v azylových domech bývá časově omezený pobyt. Pokud je senior nesoběstačný, upoutaný na lůžko a závislý na celodenní ošetrovatelské péči druhé osoby, zůstává nadále v LDN, i když pominuly důvody hospitalizace.

Pro takového nesoběstačného seniora bez přístřeší bohužel chybí návazná sociální služba, která by ho převzala do péče. Tento pacient je pak hospitalizován v LDN ze sociálních důvodů – tzv. sociální hospitalizace a je pouze na pojišťovně, zda mu bude pobyt i nadále hradit. Je nutné, aby se na tento nedostatek neustále a intenzivně upozorňovalo, protože nelze do budoucna spoléhat na nemocnice, které to v těchto případech „nějak zajistí“.

Odlehčovací služby – služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a o které je jinak pečováno v jejich přirozeném prostředí. Cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.⁴⁰

Tuto službu pomáhají zdravotně sociální pracovníci LDN zajistit v případech, kdy pacient čeká na umístění do DS a pojišťovna dále nechce hradit jeho hospitalizaci v LDN. Pak je nutné zajistit, aby tento senior mohl na umístění do DS čekat jinde než ve zdravotnickém zařízení. Dále je tato služba zajišťována např. na přání pacienta či rodiny z důvodu, aby mohlo být provedeno sociální šetření k žádosti o příspěvek na péči a senior měl tak větší šanci na dohledné umístění do DS.

3.2 Zdravotní služby pro seniory

Zdravotně sociální pracovníci v LDN pomáhají také se zajištěním terénních a pobytových zdravotních služeb. Poskytují odborné poradenství, mají přehled o agenturách zajišťujících domácí péči, o hospicových zařízeních, jiných LDN, rehabilitačních zařízeních, psychiatrických léčebnách, aj.

⁴⁰ Tamtéž

5.2.1 Terénní zdravotní služby pro seniory

Zdravotně sociální pracovnice pomáhá (je-li to potřeba) pacientům, kteří jsou propuštěni z LDN při zajištění domácí péče, která je poskytována zdravotnickými pracovníky.

Domácí péče – péče, která se poskytuje pacientovi v jeho domácím prostředí. Péče je zaměřena zejména na udržení, podporu a případně navrácení zdraví. Snaží se o rozvoj pacientovy soběstačnosti, ale také zmírňuje bolesti nevléčitelně nemocného a zajišťuje důstojné umírání. Domácí péče poskytuje zdravotnické výkony dle ordinace ošetřujícího lékaře.⁴¹

Pacienti, kteří jsou propuštěni z LDN a je jim zajišťována domácí péče, dostanou poukaz na domácí péči na prvních 14 dní, pak je nutné, aby jejich praktický lékař pokračoval v indikaci.

Pokud má agentura domácí péče smlouvu se zdravotní pojišťovnou, je péče hrazena ze zdravotního pojištění. Domácí péče je určena pro všechny věkové kategorie, tedy pro všechny pacienty, jejichž zdravotní stav vyžaduje odbornou zdravotní péči, která se dá poskytnout ve vlastním sociálním prostředí a není nutná hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Domácí péči v současné době využívají nejvíce senioři. Nejčastěji poskytovanými úkony jsou např. pravidelné převazy, kontroly stavu, rehabilitace a vedení k soběstačnosti, péče o chronicky nemocné ležící pacienty, podávání a aplikace léků, inzulinu, apod.⁴²

Domácí péče má svá pozitiva i negativa. Víme, že psychická pohoda člověka má velký vliv na imunitní systém a hraje významnou roli v procesu uzdravování. Pokud je člověk v domácím prostředí, v klidu a obklopen blízkými lidmi, jakoby se jeho zdravotní problémy zmírňovali a on se cítil lépe. V nemocnici je člověk pacientem, často má pocit, že je jen diagnózou, kdežto doma může být sám sebou, i když je nemocen. Doma je také stále součástí rodiny, jejím platným členem a to ho může motivovat a dodávat mu síly k uzdravení či zlepšení soběstačnosti. Negativem může být přecenění schopností a možností blízkých pacienta. Agentury domácí péče nemají kapacitu a možnosti ošetřovat pacienta 24 hodin denně a péče o ležícího pacienta je velmi náročná – fyzicky i psychicky. Příbuzní mohou být brzy vyčerpáni a často i zklamáni.⁴³

⁴¹ Odborný časopis zdravotnických pracovníků v sociálních službách, *Ošetřovatelská péče*, číslo 6/2011.

⁴² Tamtéž

⁴³ Tamtéž

Domácí hospicová péče – posláním hospice je, že smrt a umírání jsou přirozenou součástí lidského života a když není možné nemocného vyléčit, můžeme mu poskytnout takovou péči, aby mohl důstojně a v pokoji zemřít. Jsou lidé, kteří si přejí být ošetřováni a zemřít doma, ve svém vlastním prostředí a v blízkosti rodiny. Domácí hospicová péče se poskytuje nevléčitelně nemocným v preterminálním nebo terminálním stadiu onemocnění a je nezbytné léčit příznaky tohoto onemocnění. Jedná se zejména o nemocné s rychlou dynamikou onemocnění, u kterých je nutné reagovat na zdravotní, psychické, sociální, spirituální, aj. potřeby. Je důležité, aby nemocní, ale i jejich rodiny měli možnost kontaktovat pracovníky domácího hospice 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Tým domácího hospice tvoří zdravotní sestry, lékař, sociální pracovníce, ošetřovatelé, dobrovolníci a některé agentury mají k dispozici také psychologa a pastoračního pracovníka.⁴⁴

5.2.2 Pobytové zdravotní služby pro seniory

Pobytovými zdravotními službami se v tomto smyslu rozumí např. překlady pacientů na akutní lůžko v rámci FN v Motole, do jiných LDN, rehabilitačních ústavů, hospiců, apod.

Akutní lůžko na jiném odborném oddělení FN v Motole – v případě, že se pacientův zdravotní stav natolik zhorší, že musí být hospitalizován na akutním lůžku, LDN zajišťuje překlady těchto pacientů v rámci FN v Motole. V individuálních a specifických případech jsou možné překlady pacientů i do jiných nemocnic mimo FN Motol.

LDN – překlady z LDN do LDN nejsou tak časté a většinou jsou možné pouze za předpokladu, že rodina pacienta zajistí umístění v jiné LDN a ošetřující lékař LDN FN v Motole k tomu dá doporučení. Důvodem bývá např. lepší dostupnost – tzn. rodina to má za pacientem do jiné LDN blíž a může ho tak více navštěvovat a místo se v této LDN uvolnilo až nyní; nespokojenost rodin s ošetřovatelskou péčí, aj.

Rehabilitační ústavy – překlady seniorů do rehabilitačních ústavů z LDN také nebývají tak časté – většinou pacientům postačuje rozsah rehabilitace poskytované v LDN. Rehabilitační ústavy navíc vyžadují, aby žadatelé o umístění byli v základních činnostech denní potřeby soběstační. Od 1. 4. 2012

⁴⁴ Odborný časopis zdravotnických pracovníků v sociálních službách, *Ošetřovatelská péče*, číslo 2/2010.

se musí návrhy na rehabilitační péči zasílat na příslušnou pojišťovnu ke schválení reviznímu lékařovi. Pokud revizní lékař navrhovanou rehabilitační péči v konkrétním rehabilitačním ústavu schválí, odesílá se pak tento schválený návrh do požadovaného rehabilitačního ústavu.

Hospice – hospicové zařízení se většinou skládá z malé lůžkové části (obvykle do 30 lůžek) a ze stacionáře. Návštěvy blízkých v hospici jsou povoleny nepřetržitě, možná je i trvalá přítomnost některého z blízkých.

Hospicový režim se výrazně liší od nemocničního a je zcela přizpůsoben potřebám pacientů. Všechna diagnostická, léčebná a ošetrovatelská opatření jsou indikována s ohledem na kvalitu života pacientů.

K přijetí do lůžkového hospicového zařízení je indikován pouze nevléčitelně nemocný pacient a postupující choroba ohrožuje nemocného na životě; pacient potřebuje paliativní – především symptomatickou léčbu a péči; pacient nepotřebuje akutní nemocniční péči a domácí péče není možná nebo není dostačující.

Specializovaná paliativní péče v hospicu je poskytována týmem pracovníků různých profesí a dobrovolných pracovníků. Součástí týmu jsou lékaři, zdravotní sestry, fyzioterapeuti, sociální pracovník, psycholog a nemocniční kaplan. Dalšími členy týmu bývají vyškolení dobrovolníci. Odborná psychologická péče usiluje o podporu pacienta, jeho blízkých i pozůstalých. Systematická psychologická podpora je také poskytována všem členům týmu. Služby v této oblasti jsou považovány za klíčový prvek programů paliativní péče.⁴⁵

⁴⁵ HAVLÍČKOVÁ, J., Hospic a paliativní péče v životě nevléčitelně nemocných, Bakalářská práce, Masarykova univerzita, Filozofická fakulta, 2008. Dostupná z: <<http://theses.cz/id/9y6rnh/>> 2012-09-24.

4. Léčebny pro dlouhodobě nemocné

LDN jsou součástí zdravotních služeb. Provozovatelem jsou fyzické nebo právnické osoby, které mají oprávnění k poskytování zdravotních služeb. LDN se řídí Zákonem o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (č. 372/2011 Sb.), platným od 1. 4. 2012. V rámci tohoto zákona patří LDN mezi ústavy dlouhodobé lůžkové péče, jejichž péče navazuje na akutní či následnou lůžkovou péči.⁴⁶

LDN jsou vedeny odborníky nejčastěji z oboru geriatric. Ošetrovatelskou péči zajišťuje tým zdravotních sester a ošetrovatelského personálu. V LDN bývá rovněž zajišťována rehabilitační péče a péče zdravotně sociálních pracovníků. V některých LDN může být poskytována i péče logopeda, ergoterapeuta, psychologa či pastoračního pracovníka. Do většiny LDN docházejí i dobrovolníci.

Pacienty LDN jsou lidé, jejichž celkový zdravotní stav již nevyžaduje další pobyt na akutním lůžku nemocnice, ale zatím není možné jejich propuštění do přirozeného – domácího prostředí. Pacienti bývají v LDN po dobu, než je jejich zdravotní stav a soběstačnost v základních úkonech natolik stabilizován, aby mohlo být navázáno na další zdravotní a sociální služby. Do těchto navazujících služeb můžeme zahrnout např. pobytové zdravotní služby – rehabilitační ústavy; terénní zdravotní služby – domácí péče; pobytové sociální služby – domovy s pečovatelskou službou, domovy pro seniory; terénní sociální služby - pečovatelská služba, osobní asistence, aj.

Pacienti musí vždy s poskytováním zdravotních služeb souhlasit. Pokud není pacient schopen toto učinit, musí zdravotnické zařízení splnit svou zákonnou povinnost a umístění pacienta do LDN oznámit soudu. Informovaný souhlas pacienta je nezbytně nutný i v souvislosti se zdravotnickými výkony. Informovaný souhlas musí být součástí zdravotnické dokumentace pacienta.

LDN jsou povinny vést a uchovávat zdravotnickou dokumentaci pacientů. Některé LDN mohou zákonná ustanovení doplňovat vnitřní směnicí k vedení zdravotnické dokumentace. Interními předpisy zdravotnického zařízení jsou stanoveny obecné požadavky na chorobopis, plány diagnostické, léčebné a ošetrovatelské péče. Kontrolu nad správným vedením zdravotnické dokumentace provádí většinou primář LDN, ošetřující lékaři a vrchní sestry.

Součástí poskytované péče je rovněž řešení sociální situace pacientů. Hlavní náplní práce zdravotně sociálních pracovníků v LDN bývá vedení evidence pacientů, informace o jejich sociálním zázemí a možnosti řešení následné péče.

⁴⁶ Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

Úroveň a způsob poskytování sociálních služeb a poradenství je v každé LDN různá, zejména s ohledem na kapacitu zařízení, osobnost zdravotně sociálního pracovníka a schopnosti komunikace.

Délka hospitalizace v LDN není stanovena žádným právním předpisem a řídí se pouze zdravotním stavem pacienta. Přesto někdy bývají dotazy na maximální možnou dobu hospitalizace zodpovídány s tím, že je délka pobytu v LDN omezena na dobu 3 měsíců. Obavy z tohoto limitu mohou být pozůstatkem praxe v 90. letech, kdy metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví stanovoval 3 měsíce jako období, v němž je možné stabilizovat většinu zdravotních problémů pacientů LDN. Pojišťovny tehdy kvůli prodloužení hospitalizace vyžadovaly schválení revizním lékařem. V současné době se žádná časová omezení nepřipouštějí.⁴⁷

Pobyt pacientů v LDN je plně hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Zákonem č. 298/2011 Sb., který nabyl účinnosti 1. 12. 2011 byla upravena výše regulačních poplatků za celodenní pobyt ve zdravotnickém zařízení ze 60 Kč/den na 100 Kč/den.⁴⁸

⁴⁷ <http://www.ddpraha6.cz/pruvodce/radylimit90.html> (2012-09-11).

⁴⁸ Zákon č. 298/2011 Sb. *O veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.*

5. LDN při FN v Motole

Slavnostní zahájení provozu LDN ve FN v Motole proběhlo 16. 5. 1986, kdy byl zahájen provoz I. primariátu (LDN I.). Provoz II. primariátu (LDN II.) byl zahájen 10. 9. 1986, kdy byli přestěhováni pacienti z objektu LDN v Tuchoměřicích. Provoz se postupně rozbíhal až do konce roku 1986. Od 1. 4. 2012 dochází ke sloučení LDN I. a LDN II. do jednoho organizačního útvaru nesoucí název Léčebna dlouhodobě nemocných – Centrum následné péče.⁴⁹

5.1 Charakteristika pracoviště

LDN je vysoce specializované geriatrické pracoviště, plní úkoly v léčebně preventivní, výukové a výzkumné oblasti. LDN slouží především pro potřeby klinik a oddělení FN v Motole k zajištění péče o gerontologické pacienty a další nemocné, kteří potřebují delší komplexní péči (léčebnou, rehabilitační a ošetrovatelskou). Léčebna úzce spolupracuje s 2. LF UK při výuce studentů lékařské fakulty, dále při výuce studentů magisterského studia fyzioterapie FTVS, při výuce fyzioterapeutů soukromých škol a při výuce SZP. V záležitosti konziliárních vyšetření má LDN k dispozici servis všech klinik a oddělení FN v Motole.⁵⁰

V čele LDN stojí primář, který zodpovídá řediteli FN Motol za úroveň léčebně preventivní činnosti a za účelné hospodaření se svěřenými finančními prostředky. Za činnost pedagogickou a výzkumnou zodpovídá děkanovi 2. LF UK.

Léčebně preventivní péči zaměřuje LDN zejména na problematiku dlouhodobé specializované péče o pacienty. Pracovníci LDN spolupracují se všemi odděleními komplementu i se všemi klinikami, a to jak v oblasti diagnostiky, tak i léčby a výzkumu. Na LDN jsou pořádány pravidelné semináře s odbornou tematikou pro zdravotnický personál oddělení i pro hosty z celé FN v Motole.⁵¹

⁴⁹<http://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/cast-pro-dospELE/lecebna-dlouhodobE-nemocnych-ldn-i/historie/> (2012-09-12).

⁵⁰ *Provozní řád pracoviště – Léčebna pro dlouhodobě nemocné*, FN Motol.

⁵¹ Tamtéž

5.2 Struktura pracoviště

LDN má k dispozici celkem 381 lůžek. V celém objektu LDN je 13 lůžkových stanic se standardním vybavením. Součástí každého pokoje je sociální zařízení, sestávající se z umyvadla, sprchového koutu a WC. Pro chodící pacienty je k dispozici jídelna. Na každé lůžkové stanici je minimálně jeden ošetřující lékař, jedna staniční sestra, t. č. šest sester ve směnném provozu, tři sanitárky nebo ošetřovatelky a jeden sanitář. Pro celou LDN je k dispozici klinický psycholog, logoped a ergoterapeut. Na každou stanici dochází jeden fyzioterapeut. LDN má k dispozici čtyři zdravotně sociální pracovnice, které mají v sociální péči všechny pacienty hospitalizované v LDN.

5.3 Průběh péče o pacienty

Pacienti jsou do LDN přijímáni na základě Žádosti o přijetí do LDN (viz. příloha č. 3), kterou vyplňuje většinou příbuzný pacienta, nebo zdravotně sociální pracovnice. Odbornou zdravotnickou část vyplňuje ošetřující lékař. V případě terénních žádostí o přijetí do LDN (žádosti podávané jinde než ve FN v Motole) vyplňuje zdravotnickou část praktický lékař. Nezbytnou součástí žádosti o přijetí do LDN je informovaný souhlas pacienta. U pacientů, hospitalizovaných na klinikách a odděleních FN v Motole zajišťují tuto agendu zdravotně sociální pracovnice ve spolupráci s ošetřujícími lékaři příslušných klinik a oddělení. Žádosti o přijetí do LDN jsou evidovány na sociálním oddělení FN v Motole odkud jsou následně odesílány k rukám primárky LDN, která na základě zdravotní indikace rozhoduje o přijímání pacientů do LDN.

Cílem péče o pacienty LDN je obnova a udržení soběstačnosti a tím i udržení kvality života pacientů. LDN zajišťuje 24hodinovou lékařskou péči s možností okamžitého převozu k akutnímu vyšetření či hospitalizaci na klinikách FN Motol. Dále je pacientům zajišťována komplexní ošetřovatelská péče zahrnující např. léčbu dekubitů, bércových vředů, péči o stomie, hojení ran a kožních onemocnění, pomoc s hygienou, péči o výživu pacientů, aj.

Nezbytnou a velmi důležitou součástí péče je také rehabilitační péče, jejíž rozměr se odvíjí od zdravotního stavu pacienta. Cílem rehabilitační péče je dosažení co nejvyššího možného stupně soběstačnosti, který je nezbytný pro návrat do přirozeného prostředí, nebo přechod do sociálního pobytového zařízení v případě, že propuštění do přirozeného prostředí není vzhledem k nedostatečné soběstačnosti možné. Rehabilitační péče zahrnuje individuální cvičení na lůžku, kolem lůžka, popř. chodbě, později také (je-li to možné)

nácvik chůze po schodech, skupinové cvičení, nácvik soběstačnosti v základních sebeobslužných úkonech apod. Rehabilitační péče je také zaměřena na funkční ergoterapii zaměřenou na dosažení maximálního stupně funkčnosti v aktivitách denního života a zlepšování dovedností.

V LDN je kromě výše uvedené péče zajišťována i péče zdravotně sociálních pracovníků, která zahrnuje mj. nezbytný kontakt s pacientem, jeho rodinou, multidisciplinárním týmem, úřady, praktickým lékařem, zdravotnickým nebo sociálním zařízením, atd.

Pacientům LDN je možné také zajistit spirituální péči. Mají možnost se účastnit katolické mše svaté, které probíhají pravidelně jedenkrát týdně. Po mši kněz na přání obchází pacienty, kteří se nemohli mše účastnit, ale přejí si zpověď, nebo jen návštěvu kněze. Nemocnice je schopná zajistit možnost pohovorů pacientů s evangelickým knězem, pravoslavným knězem a dalšími odborníky na spirituální péči.

5.3.1 Rehabilitace pacientů

Jelikož rehabilitace pacientů může mít zásadní vliv na vývoj řešení následné péče o pacienty, rozhodla jsem se, že věnuji pojmu rehabilitace menší kapitolu.

„Rehabilitace je systém opatření, která mají vést k co nejrychlejšímu a k optimálně možnému zařazení člověka postiženého vrozenou vadou, nemocí či úrazem do plnohodnotného společenského života.“⁵²

Podle Kříže je rehabilitace kombinované a koordinované využití medicínských, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro znovuzískání co nejvyššího možného stupně funkční schopnosti. Postižení neboli oslabení je porušení, omezení či zhoršení možnosti vykonávat určitou činnost, která je považována pro člověka za normální.⁵³

Jesenský užívá pro ucelenou rehabilitaci převzatého termínu komprehensivní (komplexní) rehabilitace. Komprehensivní rehabilitaci rozčleňuje Jesenský na 4 hlavní složky:

- rehabilitace léčebná (LR)
- rehabilitace pracovní (PR)
- rehabilitace sociální (SR)

⁵² KŘÍŽ, V., *Rehabilitace a její uplatnění po úrazech a operacích*, Avicenum, Praha 1986, s. 14.

⁵³ Tamtéž

- rehabilitace pedagogická (PeR).⁵⁴

Podle Novosada je ucelená rehabilitace tvořena těmito složkami:

- zdravotní rehabilitace – užívá léčebných metod pro obnovení ztracených schopností, nebo při stabilizaci zdravotního stavu člověka
- psychologická rehabilitace – usiluje o zvládnutí psychické krize spojené se změnou zdravotního stavu, o změnu v sebehodnocení a životní orientaci znevýhodněného
- pedagogická rehabilitace – zaměřuje se na oblast výchovy, vzdělávání a přípravy na život a povolání, rozvoj soběstačnosti i schopností a nadání jedince
- pracovní rehabilitace – zahrnuje přípravu na vykonávání profese, rekvalifikace, průzkum trhu pracovních příležitostí, apod.
- volnočasová rehabilitace – zaměřuje se na zájmové, sportovní a kulturní využití, sebevzdělání, apod.
- sociální rehabilitace – jejím cílem je vytvoření materiálního zabezpečení, začlenění do společnosti, uplatnění osobního potenciálu, zajištění sociálních služeb, úpravy místních podmínek, apod.⁵⁵

5.3.2 Spirituální péče

Na základě setkání s MUDr. Evou Kalvínskou – koordinátorkou psychosociální a spirituální péče ve FN Motol jsem měla možnost získat základní informace ohledně poskytování spirituální péče o pacienty.

Spirituální péče v nemocnici je k dispozici každému člověku bez ohledu na osobní přesvědčení – tedy ne pouze lidem, kteří se hlásí k církvím. Potřebu této péče mívají zejména lidé, kteří prožívají stres a nejistotu ohledně budoucnosti, vyplývající z vážného zdravotního stavu svého nebo svých blízkých. V období vážné nemoci nebo umírání si začínají často pokládat otázky typu:

- proč zrovna já?
- co se mnou bude?
- budou mě milovat, když zůstanu postižený?
- nebudu jim na obtíž?

⁵⁴ JESENSKÝ, J., *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*, Karolinum, Praha 1995.

⁵⁵ NOVOSAD, L., *Základy speciálního poradenství: struktura a forma poradenské pomoci lidem se zdravotním, nebo sociálním znevýhodněním*, Portál, Praha 2000.

- co bude po smrti? apod.

Jedná se o existenciální otázky, na které dříve neměli čas, nebo je třeba ani nenapadly. Pro věřící některých vyznání může spirituální péče zahrnovat kromě rozhovoru také modlitby, čtení z Bible, písně a svátosti, které povzbuzují jejich víru a naději.

Pokud pacientům hrozí úmrtí, potřebují si potvrdit, že jejich život měl cenu, že za něco stál, mělo smysl jej žít, apod. Často se potřebují usmířit sami se sebou i se svým okolím. K tomu často potřebují pracovat s odpouštěním – sobě i ostatním. Pro samotného člověka je toto velmi těžké a proto potřebuje průvodce, kterým mohou být na krátkou chvíli zdravotníci, kteří si s nimi mohou povídat, vzít za ruku, pohladit, být laskaví, naslouchat anebo být jen přítomni. Zdravotníci však většinou na toto nemívají dost času kvůli svým zdravotnickým povinnostem a proto jsou ve FN Motol spolupracovníci – nemocniční duchovní, kteří mají k doprovázení pacientů dostatek času a mohou je opakovaně podporovat na jejich cestě – k uzdravení či umírání, aby nezůstali se svým utrpením a strachem sami.

Požadavky na poskytování spirituální péče v nemocnicích se stále zvyšují vzhledem k uznávanému bio-psycho-sociálně-spirituálnímu modelu člověka. V českém zdravotnictví ale tento jev vyvolává mnoho otázek. Od těch, co to vlastně spirituální péče je, až po ty, zda je nutné ji v naší společnosti poskytovat. Tato péče totiž bývá často chápána pouze jako zajišťování duchovních potřeb pacientům religiózním a zapomíná se na to, že duchovní rozměr má každá bytost, nehledě na její osobní přesvědčení. Patrné to bývá hlavně v obdobích krize, kterou vážná nemoc nebo umírání přináší.⁵⁶

5.3.3 Dobrovolnictví

Důležitou součástí v poskytování péče o pacienty bývají samozřejmě také dobrovolníci.

„Dobrovolníkem je každý, kdo ze své dobré vůle, ve svém volném čase a bez nároku na finanční odměnu vykonává činnost ve prospěch jiných lidí. Dobrovolníkem se může stát v podstatě kdokoliv, protože takřka každý umí něco, co může poskytnout ostatním.“⁵⁷

⁵⁶ <http://www.fnmotol.cz/o-nas/poskytovani-spirituálni-pece/rozvijeni-spirituálni-pece-ve-fnm/> (2012-09-14)

⁵⁷ NOVOTNÝ, M., STARÁ, I., *Využití dobrovolníků v nemocnicích: metodický manuál k dobrovolnictví v nemocnicích*, Hestia, Praha 2001, s. 4-5.

Iniciativa dobrovolníků má v nemocnicích významný přínos. Pro pacienty je důležitým podpůrným léčebným prvkem. Dobrovolníkům může otevřít jiné životní souvislosti a studentům může přinést cenné zkušenosti pro jejich budoucí profesi. Tím, že jsou pravidelně přítomni, jsou iniciativní a jsou zaměřeni na zvyšování motivace a aktivizace pacientů, mohou dobrovolníci podpořit odbornou pomoc. Nejsou konkurentem zdravotnickému personálu, ale jeho pomocníkem v oblasti naplňování potřeb pacienta.⁵⁸

V LDN FN v Motole jsou díky dobrovolníkům pořádány různé akce např. canisterapie, tanec v sedě, výtvarný kroužek, trénink paměti, aj. Pacienti a dobrovolníci mají k dispozici také jeden klavír, který mohou využívat např. jako doprovod při zpívání.

⁵⁸ Tamtéž

6. Kasuistiky

Pro praktické znázornění náročnosti a specifčnosti sociální práce ve zdravotnickém zařízení a potřebnosti zdravotně sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu jsem si vybrala a zpracovala 3 kasuistiky, ve kterých jsou popsány případy pacientů – seniorů hospitalizovaných v LDN FN v Motole. První kasuistika je zaměřena na problematiku zajišťování následné péče pro pacientku, která nemá rodinu, má nízké příjmy a v diagnóze má syndrom závislosti na alkoholu. Druhá kasuistika se věnuje pacientce, která je odmítána svou rodinou a celkový problémový vztah v rodině tak velmi znesnadňuje práci multidisciplinárního týmu při zajišťování následné péče. Třetí kasuistika se zaměřuje na případ pacientky, která je osobou bez přístřeší, je zbavená způsobilosti k právním úkonům a má velmi nízké příjmy.

Veškeré osobní údaje, včetně jména jsou změněny.

6.1 Kasuistika č. 1

Definování případu:

Paní Haně (dále jen „pí. Hana“) je 68 let a byla do LDN přeložena z interního oddělení FN v Motole v květnu 2012. Na interním oddělení byla hospitalizována z důvodu metabolického rozvratu a cirhózy jater od poloviny dubna 2012. Během hospitalizace na interním oddělení byla pí. Haně diagnostikována alkoholová demence. Do LDN byla přijata k pokračování zavedené léčebné terapie a pokusu o rehabilitaci. Z dokumentace vyplývá, že pí. Hana nadužívala alkohol mnoho let a t. č. není orientována místem, časem ani osobou.

Popis metody:

Pro zpracování kasuistiky byla zvolena metoda obsahové analýzy spisové dokumentace, rozhovoru s ošetřující lékařkou, známým pí. Hany a dalšími institucemi.

Rodinná a profesní anamnéza:

Rodinná a profesní anamnéza byla získána od známého pí. Hany. Pí. Hana bydlela sama od smrti manžela, který zemřel před 2 lety, děti nemá. Pí. Hana

měla 20 let užívat alkohol a to spolu se svým manželem. Závislost na alkoholu měla pravděpodobně u manžela pí. Hany za následek jeho smrt. Problémy s alkoholem přinesly pí. Haně návazné problémy v zaměstnání, velmi často střídala pracovní místa a později spíše pracovala formou brigád, nebo nepracovala vůbec.

Charakteristika sociální situace a její řešení:

Při přijetí do LDN byla pí. Hana apatická, nespolupracující, imobilní a zcela závislá na ošetrovatelské péči. Sociální šetření bylo možné provést až čtvrtý den po přijetí. Pí. Hana sice zdravotně sociální pracovníci vnímala, ale byla zcela dezorientována.

Na ÚMČ Prahy 2 na oddělení evidence obyvatel zaslala zdravotně sociální pracovnice žádost o poskytnutí údajů o pí. Haně, jelikož pí. Hana nebyla schopna vzhledem ke svému zdravotnímu stavu o sobě uvést jakékoliv informace.

Ze zdravotní dokumentace získala zdravotně sociální pracovnice kontakt na praktickou lékařku pí. Hany, kterou telefonicky kontaktovala. Praktická lékařka dělila, že pí. Hana žije osaměle a na lékařské prohlídky dochází sporadicky.

Od ČSSZ bylo zjištěno, že pí. Hana pobírá starobní a vdovský důchod ve výši 7 296 Kč. Důchod jí chodí poštovní poukázkou, proto zařídila zdravotně sociální pracovnice zaslání důchodů do LDN po dobu hospitalizace.

Pracovnice oddělení evidence obyvatel Prahy 2 sdělila, že pí. Hana je bezdětná a nepobírá žádné dávky od úřadu.

Zhruba po 14 dnech se na sociální oddělení LDN dostavil známý pí. Hany, který se dozvěděl, že je zde hospitalizována. Dopomohl zdravotně sociální pracovníci objasnit sociální situaci pí. Hany. Sdělil, že pí. Hanu zná spoustu let, bydlí ve stejném domě. Znal i jejího manžela. Dále sdělil, že pí. Hana dluží na nájemném už 3 měsíce. Má klíček od schránky a poštu se jí snaží pravidelně vybírat. Bohužel ale není schopen se s pí. Hanou na čemkoliv domluvit. Zdravotně sociální pracovnice jej požádala, zda by mohl přinést poštu a nezaplacené účty do LDN, aby se dala tato situace nějak řešit. Od známého pí. Hany byl také získán kontakt na majitele bytu, se kterým se podařilo domluvit splácení dlužného nájemného. Zdravotně sociální pracovnice podala pí. Haně žádost o příspěvek na bydlení, jelikož její důchod nestačil na platby nájemného a zároveň poplatky za hospitalizaci.

Zdravotně sociální pracovnice kontaktovala pracovníci Úřadu práce Prahy 2, oddělení dávek hmotné nouze, kde se dotazovala na možnost podání žádosti o příspěvek na živobytí. Pracovnice úřadu práce sdělila, že důchod pí. Hany je sice velmi malý, ale pro nárok na příspěvek na živobytí by musela být výše

důchodu ještě nižší. Úřad práce by mohl pouze v případě umístění pí. Hany do sociálního pobytového zařízení doplácet její pobyt v tomto zařízení a to přiznáním dávky hmotné nouze – doplatek na bydlení.

Zdravotně sociální pracovnice průběžně konzultovala zdravotní stav pí. Hany s její ošetřující lékařkou. Poté, co se zdravotní stav pí. Hany stabilizoval, byla jí nabídnuta možnost podání žádostí do domovů pro seniory se zvláštním režimem, protože propuštění domů nebylo možné. S pí. Hanou byl stále špatný kontakt, přesto došlo k určitému zlepšení v orientaci. Byla schopná se žádostmi do domova souhlasit a podepsat je. Pí. Hana byla díky dlouhodobé rehabilitaci schopná alespoň posazení do křesla.

Po konzultaci s pí. Hanou a ošetřující lékařkou odeslala v srpnu 2012 zdravotně sociální pracovnice žádosti do třech domovů pro seniory se zvláštním režimem mimo Prahu. Také odeslala žádost o příspěvek na péči na Úřad práce, aby pí. Hana dostala při hodnocení žádostí nějaké body za to, že je o příspěvek alespoň zažádáno.

Během září 2012 proběhlo sociální šetření z domovů pro seniory a následné zařazení žádostí o umístění do pořadníku čekatelů. Pí. Hana dostala nejvyšší počet bodů za krizovou situaci a rodinné poměry. Sociální pracovnice z domovů pro seniory sdělily, že čekací doba na umístění trvá zhruba 1 rok, závisí na individuální situaci žadatelů. V případě pí. Hany chápaly, že umístění v domově se zvláštním režimem (vzhledem k diagnóze) je žádoucím řešením následné péče, ale poukazyvaly také na náročnou ošetrovatelskou péči a dosud nepřiznaný příspěvek na péči. Dále upozorňovaly na velmi nízký důchod pí. Hany, který nedostačuje na platby spojené s ubytováním a stravou v domově. Na přiznání dávek hmotné nouze se prý nelze spoléhat. Pokud by se u nich uvolnilo nějaké vhodné místo pro pí. Hanu, ozvali by se. Následná péče je průběžně urgována.

Závěr:

V současné době pí. Hana stále čeká na uvolnění vhodného místa do domova pro seniory se zvláštním režimem. Její zdravotní stav je stabilizován. Propuštění do domácí péče vzhledem k jejímu celkovému stavu není možné. Pí. Hana je zcela závislá na ošetrovatelské péči druhé osoby.

6.2 Kasuistika č. 2

Definování případu:

Paní Jana (dále jen „pí. Jana“) byla v LDN hospitalizována od března 2012 do října 2012. Pí. Janě je 89 let. Do LDN byla přijata z PL Bohnice a jejím základním onemocněním - primární esenciální hypertenze (vysoký krevní tlak). Dalším onemocněním byla depresivní porucha. Do LDN byla přijata k pokračování léčebné terapie. Při jejím příjmu do LDN byl multidisciplinární tým překvapen její plnou mobilitou a komunikací na výborné úrovni. Během hospitalizace v LDN byla zjištěna pravá příčina toho, proč nebyla propuštěna domů již po ukončení hospitalizace v PL Bohnice.

Popis metody:

Pro zpracování kasuistiky byla použita metoda obsahové analýzy spisové dokumentace, rozhovoru - s pacientkou, jejím synem, multidisciplinárním týmem a dalšími institucemi.

Rodinná a profesní anamnéza:

Pí. Jana je vdova, má syna, snachu a dva vnuky. Pí. Jana žije s rodinou v rodinném domě a má pro sebe spodní část domu. Problémy v rodině nastaly v době, kdy pí. Jana po smrti manžela nechala přepsat celý dům na syna. Rodině se začala pí. Jana jevit jako „nezvladatelná“ v domácím prostředí s potřebou péče v nějakém ústavním zařízení. Pí. Jana pracovala jako kuchařka, pobírá starobní a vdovský důchod.

Charakteristika sociální situace a její řešení:

První rozhovor s pí. Janou proběhl druhý den po jejím přijetí do LDN. Pí. Jana byla plně orientována, spolupracovala, komunikovala, zcela mobilní. Zdravotně sociální pracovnice se pí. Janě nejprve představila a poté jí vybědla k vyprávění. Pí. Jana sdělila, že je nešťastná z toho, že musí být v LDN. Nerozuměla tomu, proč tu musí být, když je samostatně chodící, všechno si udělá a nic nepotřebuje. Sdělila, že do PL Bohnice jí přivezli z domova na zavolání syna, protože jí „nesedly“ léky a měla z nich záchvat. Znovu ujišťovala zdravotně sociální pracovnici, že za to mohly léky a teď už je úplně v pořádku. Pí. Jana dále sdělila, že jí paní doktorka řekla, že v LDN se udělají ještě nějaká vyšetření a pak bude domlouváno propuštění domů. Pí. Jana si

přála zajistit dosílku důchodu do LDN, což zdravotně sociální pracovnice zajistila. Žádné jiné finance nepobírala. Dosud nevyžívala žádné terénní sociální a zdravotní služby, vše zvládala sama, pouze s velkými nákupy pomáhala rodina. Hrazení poplatků ohledně bydlení a hospitalizace v LDN zajišťovala rodina, schránku s poštou jí vybírali.

Ošetřující lékařka pí. Jany sdělila, že dle zdravotní dokumentace je hlavní příčinou hospitalizace depresivní syndrom a v LDN se má nemoc sledovat a popř. se mají upravovat léky. Do budoucna byla potřeba zkontaktovat rodinu a řešit následnou péči.

Zdravotně sociální pracovnice hovořila telefonicky se synem pí. Jany – syn sdělil, že matka je blázen, má psychické problémy a doma se nedá zvládnout. Před cca 5ti lety se pokusila o sebevraždu. Syn dále sdělil, že si uvědomuje, že na první pohled se zdá, že je matka v pořádku a nepotřebuje péči druhé osoby, ale nebylo to s ní doma jednoduché. Nemohou jí hlídat, jsou celý den všichni v zaměstnání. Syn se obával toho, že když by byla pí. Jana propuštěna domů, tak by se mohly opakovat hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Synovi pí. Jany bylo sděleno, že LDN není řešení nastálo a je nutné dále spolupracovat ohledně následné péče. Dále byl syn pí. Jany upozorněn na to, že v LDN není možné držet pacienty proti jejich vůli a pokud bude chtít pí. Jana domů a podepíše revers, tak musí být propuštěna.

V polovině dubna kontaktovala ošetřující lékařka pí. Jany zdravotně sociální pracovnici a sdělila, že je potřeba řešit následnou péči. Pí. Jana byla soběstačná, klidná, dobře laděná, brala léky, jak má a nebylo u ní co dál zdravotně „řešit“. Pí. Jana byla na propuštění domů. Zdravotně sociální pracovnice proto kontaktovala syna pí. Jany a výše uvedené mu sdělila. Syn však sdělil, že už s maminkou mluvil a doma být nemůže. Rodina je celý den v práci a starat se o ní nemohou. Syn byl informován o možnostech terénních služeb. Vše rázně odmítal a chtěl situaci řešit podáním žádostí do domovů pro seniory. Pí. Jana nakonec s žádostmi do domova pro seniory (na základě domluvy se synem) souhlasila.

Zdravotně sociální pracovnice poté hovořila s pí. Janou – pí. Jana byla velmi smutná a sdělila, že za ní byl syn a že se domluvili na podání žádostí do domovů pro seniory. Pí. Janě bylo vše vysvětleno, poskytnuto poradenství.

Začátkem května odeslala zdravotně sociální pracovnice žádosti do dvou domovů pro seniory mimo Prahu dle výběru pí. Jany. Též odeslala žádost o příspěvek na péči na úřad práce. Z obou domovů pro seniory přišly sociální pracovnice na sociální šetření za pí. Janou. Poté obě nezávisle na sobě sdělily, že pí. Jana vzhledem k velmi dobré soběstačnosti nevyžaduje akutně pobytovou sociální službu a ani pro ní neměli v současné době vhodné místo. Mají v péči méně soběstačné klienty vyžadující péči druhé osoby a proto jsou

jejich žádosti urgentnější. Čekací dobu odhadovaly na dlouho, pokud se samozřejmě nezmění stav pí. Jany.

V polovině července kontaktoval syn pí. Jany zdravotně sociální pracovníci a dotazoval se, jak to vypadá s umístěním matky do DS. Synovi bylo sděleno výše uvedené a byl upozorněn na to, že je nutné intenzivněji řešit následnou péči vzhledem k čekacím dobám do DS. Navíc byl informován o tom, že pí. Jana by chtěla jít domů a čekat na umístění do DS z domova. Syn sdělil, že se o maminku velmi bojí, aby si něco neudělala, když by byla sama doma. Znovu informován o možnostech terénních služeb, denních stacionářů, apod. Hlavně byl ujištěn, že se pí. Jana po celou dobu hospitalizace chová naprosto racionálně a neprojevují se žádné takové stavy, které popisuje.

Z dalších rozhovorů pí. Jany a zdravotně sociální pracovnice vyplynulo, že pí. Janu doma syn a snacha nechtějí, nechápala proč, když po nich nikdy nic nechtěla a nijak jim nepřekážela. Pí. Jana plakala a chtěla domů. Poté zdravotně sociální pracovnice hovořila s ošetřující lékařkou a dotazovala se, zda by mohla být pí. Jana sama doma bez pomoci rodiny. Ošetřující lékařka sdělila, že si myslí, že ano, ale pro jistotu objednala pro pí. Janu psychiatrické konzilium a podle výsledků se mohlo s jistotou říci, zda bude propuštěna i přes protesty rodiny, nebo zda bude nutný dohled druhé osoby vzhledem k diagnóze.

V září proběhlo psychiatrické konzilium – psychiatr sdělil, že pí. Jana je schopná propuštění domů, je však nutné správně brát předepsané léky. Zjednodušeně řečeno – riziko toho, že se doma znovu projeví její nemoc zde je, jako u kohokoliv jiného s nějakou nemocí, kdo je z LDN propouštěn domů. Nebyl důvod pí. Janu držet v jakémkoliv ústavním zařízení, byla soběstačná ve všech úkonech denní potřeby.

Ošetřující lékařka pí. Jany sdělila zdravotně sociální pracovníci, že kontaktovala syna pí. Jany a chtěla se s ním domluvit na konkrétním datu propuštění. Pí. Jana u sebe neměla klíče od domu a bylo nutné zajistit, aby byl někdo doma při příjezdu sanity. Syn pí. Jany byl velmi rozčilený, vulgární a odmítal se smířit s jejím propuštěním domů. Důvod k pokračování další hospitalizace v LDN nebyl žádný a pí. Jana si přála být propuštěna domů. Synovi tedy sděleno datum propuštění.

Zdravotně sociální pracovnice se domluvila s pí. Janou na zajištění domácí péče – kontrola stavu a kontrola správného užívání léků. Zdravotní sestra by docházela 1x denně zhruba na 15min. Pí. Jana ještě zdravotně sociální pracovníci sdělila, že za ní byl o víkendu syn a nějaká paní doktorka z Nemocnice na Homolce a chtěli po ní podepsat souhlas s hospitalizací. Pí. Jana jim odmítla dát souhlas a oznámila synovi, že nepůjde nikam – jen domů. Pí. Jana opět plakala a sdělila, že si nebude syna a snachy všímat, chce jen v klidu dožít doma.

Závěr:

Začátkem října 2012 byla pí. Jana propuštěna domů. Její zdravotní stav byl stabilizován a byla zcela soběstačná. Po celou dobu hospitalizace byl na pí. Janu a celý multidisciplinární tým vyvíjen velký nátlak ze strany rodiny. Zpočátku se její rodina snažila vyvolat dojem, že o ní mají velký strach a je pro ní tudíž nejlepší pobývat v nějakém ústavním zařízení. Poté, když pí. Jana začala toto odmítat, přešla rodina do agrese a nepřátelského jednání. Bohužel toto není ojedinělý případ, kdy rodina odmítá převzít zodpovědnost. Zarážející na tomto případě je spíše to, že se jednalo o zcela soběstačnou pacientku, která v podstatě nepotřebovala zajistit nic jiného, než dohled nad správným dávkováním a užíváním léků.

6.3 Kasuistika č. 3

Definování případu:

Ke zpracování této kasuistiky jsem si vybrala případ 67leté pí. Dany, která byla přijata do LDN z interní kliniky FN v Motole. Na interní klinice byla pí. Dana hospitalizována se značnými zdravotními problémy, konkrétně s otoky celého těla, lupenkou, otevřenými hnisajícími ránami na nohou, cukrovkou, zánětem močových cest a následnou inkontinencí. Do LDN byla přijata k doléčení a následnému řešení její velmi složité sociální situace. V LDN byla hospitalizována od března 2009 do září 2010.

Popis metody:

Pro zpracování kasuistiky byla použita metoda obsahové analýzy spisové dokumentace, rozhovoru – s pacientkou, multidisciplinárním týmem, veřejnou opatrovníci pacientky a dalšími institucemi.

Rodinná, profesní a sociální anamnéza:

Při rozhovoru pí. Dana uvedla, že má syna, kterému je 37 let a bydlí někde u Hradce Králové, nestýkají se. Má starší sestru, která bydlí v Pacově a bratra, o kterém nic neví. Uvedla, že je rozvedená a o bývalém manželovi nemá žádné zprávy. Zpočátku za ní do LDN docházel přítel, se kterým „žila“ před hospitalizací na ulici. Poté za ní přestal docházet úplně, pí. Dana to velmi těžko nesla, byla úzkostná, plačtivá.

Pí. Dana absolvovala 8 tříd základní školy. Začala se učit v podniku Tiba přadlenou, práci na šicích strojích však nezvládala. Naposledy pracovala jako toaletářka u podniku Kanalizace a vodní toky. Pobírá starobní důchod.

Pí. Dana je osobou bez přístřeší, je zbavena způsobilosti k právním úkonům – má veřejnou opatrovnici z ÚMČ Praha 5. Pí. Dana před hospitalizací využívala přespávání na lodi Hermes. Předtím pobývala v azylovém domě – tam jí byl pobyt ukončen z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Během dne se zdržovala v denním centru Naděje nebo Armády spásy. V Naději se pí. Daně udělalo v únoru 2009 špatně a byla přivezena RZS do FN v Motole na interní kliniku. Poté byla přeložena k pokračování léčebné terapie do LDN.

Charakteristika sociální situace a její řešení:

Při prvním rozhovoru mezi pí. Danou a zdravotně sociální pracovnící vyplynuly tyto skutečnosti – pí. Dana sdělila, že žila ve sklepě, ale vyhodili jí, protože se nepohodla s majitelkou. Pak přespávala, kde se dalo. Dále sdělila, že má opatrovnici z úřadu, která jí pomáhá a která jí zajistila služby v Armádě spásy a Naději. Sdělila, že jí to tam ale pěkně štválo, tak byla radši pořád někde na ulici se svým přítelem. Občas také přespávala na lodi Hermes, ale vzhledem k její občasné inkontinenci moči nebylo možné tam nadále přespávat. Její zdravotní stav se zhoršoval. Pí. Dana si byla vědoma toho, že zpátky na ulici se vrátit nemůže, nezvládla by to. Domluveno, že se tato situace bude řešit společně i s její opatrovnicí. Pí. Dana chtěla do nějakého pobytového sociálního zařízení, kde by mohla zůstat nastálo.

Následně hovořila zdravotně sociální pracovníce s opatrovnicí pí. Dany – domluveno, že veškeré sociální záležitosti pí. Dany se budou řešit společně a pokoušely se pro pí. Danu najít nějaké pobytové sociální zařízení. Společně identifikovaly problémy pí. Dany a stanovily pořadí jejich řešení.

V první řadě řešily složitost její finanční situace – pí. Dana pobírala pouze starobní důchod ve výši 3 820 Kč. Opatrovnice sdělila, že vzhledem k tomu, že pí. Dana nikdy moc nepracovala, je toto konečná částka. Částečně toto vyřešily opakovanými jednorázovými dávkami hmotné nouze – konkrétně mimořádnou okamžitou pomocí. Odůvodnily to potřebou hygienických pomůcek, které potřebuje pí. Dana každý měsíc. Díky tomu, že jí úřad tuto dávku přiznal, byla zbavena povinnosti hradit poplatky za hospitalizaci. Veškeré finance spravovala opatrovnice pí. Dany a do LDN jí nosila kapesné. Snažila se jí našetřit nějaké peníze.

Zdravotně sociální pracovníce a opatrovnice pí. Dany odeslaly v březnu 2009 žádost o příspěvek na péči, sociální šetření bylo možné do července 2009 provádět ve zdravotnických zařízeních. V červnu 2009 byl pí. Daně přiznán

příspěvek na péči ve výši 4000 Kč. Vyplácení příspěvku měla pozastavené z důvodu hospitalizace ve zdravotnickém zařízení.

Nejtěžší a nejproblematictější věcí bylo umístění pí. Dany do pobytového sociálního zařízení a to vzhledem k její finanční situaci. I v nejlevnějších domovech pro seniory mimo Prahu stojí ubytování okolo 6000 Kč + příspěvek na péči. Pí. Dana měla podané žádosti do 7 sociálních zařízení, ve kterých byla zařazena do pořadníku čekatelů – ve všech zařízeních měli podrobné informace o složitosti její sociální situace. Pí. Dana dostala nejvyšší počet bodů za sociální situaci, ale problém byl ve všech zařízeních po finanční stránce. Opatrovnice pí. Dany se snažila přes úřad zajistit doplácení služeb v DS, ale neúspěšně, úřad toto odmítl. Průběžně byla urgována následná péče.

Závěr:

V září 2010 musela být pí. Dana akutně přeložena do PL Bohnice. Rozvinula se u ní psychiatrická porucha, kterou nebylo možné léčit v LDN. Její propuštění do azylového domu nepřipadalo vzhledem k celkovému stavu a závislosti na ošetrovatelské péči v úvahu. Pí. Dana navíc v běžném životě zcela selhávala, nebyla schopná se o sebe postarat a neobstávala při samostatných úkolech. I z psychiatrických posudků vyplývalo, že pí. Dana je člověk emočně labilní, lehce manipulovatelný a sociálně zcela selhávala. Z těchto důvodů bylo důležité, aby pí. Dana byla umístěna trvale v pobytovém sociálním zařízení, kde by měla potřebný dohled, pomoc a péči.

Závěr

Sociální práce ve zdravotnických zařízeních je specifickou oblastí, která má za cíl pomáhat nemocným osobám, které se v důsledku svého nepříznivého zdravotního stavu dostanou do náročné životní situace, kterou nejsou schopni sami zvládnout. Tato oblast sociální práce je také specifická tím, že se uskutečňuje v úzké spolupráci s jinými odborníky.

Sociální práce ve zdravotnických zařízeních je časově i psychicky velmi náročná. Skrývají se za ní hodiny trpělivých jednání, zapříčiněných složitou sociální situací pacientů a často komplikovanými mezilidskými vztahy. Je proto důležité, aby zdravotně sociální pracovník byl plnohodnotným členem multidisciplinárního týmu, který se podílí na komplexní péči o pacienty.

Zdravotně sociální pracovníci se při své práci ve zdravotnických zařízeních setkávají s lidmi různých věkových a sociálních skupin a s lidmi různě zdravotně či sociálně znevýhodněnými. V důsledku toho jejich práce vyžaduje překonání řady úskalí. Cílem zdravotně sociálních pracovníků je zlepšit kvalitu života pacientů tím, že plně respektují jejich přání a potřeby a v souvislosti s tím zajišťují sociální pomoc a podporu po celou dobu hospitalizace. Jejich úsilí směřuje k propuštění pacientů do jejich přirozeného prostředí, pokud to dovoluje zdravotní stav a zázemí pacientů.

V této práci jsem poukázala na základě stále se zvyšujícího počtu pacientů vyžadujících sociální intervenci zdravotně sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních na potřebnost a důležitost sociální práce (služby) v těchto zařízeních. Zaměřila jsem se na cílovou skupinu seniorů, protože se domnívám, že jsou to právě oni, kdo v důsledku svého onemocnění a věku, popř. nedostatečného sociálního zázemí či kontaktů jsou jednou z nejohroženějších skupin, která potřebuje v průběhu hospitalizace ve zdravotnickém zařízení pomoci.

Seznam literatury

HAVRDOVÁ, Z. a kol., *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*, 1. vyd., Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, 2010.

HOLMEROVÁ, I. a kol., *Alzheimerova nemoc v rodině: příručka pro ty, kteří o nemocné pečují*, Praha: Pfizer, 2004.

JESENSKÝ, J., *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*, 1. vyd., Praha: Karolinum, 1995.

KALVACH, Z. a kol., *Úvod do gerontologie a geriatric*, 1. vyd., Praha: Karolinum, 1997.

KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, Praha: Grada Publishing, 2002.

KŘÍŽ, V., *Rehabilitace a její uplatnění po úrazech a operacích*, Praha: Avicenum, 1986.

KUČEROVÁ, H., *Demence v kasuistikách*, 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2006.

MATOUŠEK, O. a kol., *Sociální práce v praxi*, Praha: Portál, 2005.

NOVOSAD, L., *Základy speciálního poradenství: struktura a forma poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*, 1. vyd., Praha: Portál, 2000.

NOVOTNÝ, M., STARÁ, I. a kol., *Využití dobrovolníků v nemocnicích: metodický manuál k dobrovolnictví v nemocnicích*, Praha: Hestia, 2001.

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE: odborný časopis zdravotnických pracovníků v sociálních službách, číslo 2/2010, Praha: Siviliana, 2010.

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE: odborný časopis zdravotnických pracovníků v sociálních službách, číslo 6/2011, Praha: Siviliana, 2011.

PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I., *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*, 1. vyd., Praha: Portál, 1998.

POKORNÁ, A., *Komunikace se seniory*, 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2010.

Pracovní postup: proces sociální práce ve zdravotnických zařízeních, Praha: Česká asociace sester, o. s., 2008.

Provozní řád pracoviště: Sociální oddělení, FN Motol, 2012.

Provozní řád pracoviště: Léčebna pro dlouhodobě nemocné, FN Motol, 2012.

VENGLÁŘOVÁ, M., *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*, 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2007.

VOKURKA, M., HUGO, J., *Praktický slovník medicíny*, Praha: Maxdorf, 2008.

ZÁKON č. 108/2006 Sb., *O sociálních službách*, v platném znění.

Zákon č. 298/2011 Sb., *O veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů*, v platném znění.

Zákon č. 372/2011 Sb., *O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*, v platném znění.

I. konference komunitní péče o staré občany, Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 1995.

Internetové zdroje

Průvodce sociálními službami pro nesoběstačné seniory: Délka pobytu v LDN [online], 2010 [cit. 2012-09-11]. URL: <http://www.ddpraha6.cz/pruvodce/radylimit90.html>

Fakultní nemocnice v Motole: LDN – Centrum následné péče – Historie [online], 2012 [cit. 2012-09-12]. URL: <http://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/cast-pro-dospale/lecebna-dlouhodobem-nemocnych-ldn-i/historie/>

Fakultní nemocnice v Motole: Poskytování spirituální péče – rozvíjení spirituální péče ve FNM [online], 2012 [cit. 2012-09-14]. URL: <http://www.fnmotol.cz/o-nas/poskytovani-spiritualni-pece/rozvijeni-spiritualni-pece-ve-fnm/>

Fakultní nemocnice v Motole: Oddělení sociální – specializace [online], 2012 [cit. 2012-09-15]. URL: <http://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/spolecna-pracoviste/oddeleni-socialni/specializace/>

Fakultní nemocnice v Motole: Oddělení sociální [online], 2012 [cit. 2012-09-15]. URL: <http://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/spolecna-pracoviste/oddeleni-socialni/>

ÚplnéZnění.cz – právní předpisy v úplném a platném znění: Zákon o sociálních službách [online], 2012 [cit. 2012-09-23]. URL: <http://www.uplnezneni.cz/zakon/108-2006-sb-o-socialnich-sluzbach/>

HAVLÍČKOVÁ, J., Hospic a paliativní péče v životě nevyléčitelně nemocných, Bakalářská práce, Masarykova univerzita, Filozofická fakulta, 2008 [cit. 2012-09-24]. URL: <http://theses.cz/id/9y6rnh/>

Zdravotnické noviny: Příprava zákona o dlouhodobé péči [online], 2009 [cit. 2012-11-04]. URL: <http://www.zdravky.cz/zpravodajstvi/z-domova/priprava-zakona-o-dlouhodobpe-eci>

Hartmann, Pomáhat a léčit: Články [online], 2010 [cit. 2012-11-04]. URL: <http://www.pomahamelecit.cz/novy-zakon-o-dlouhodobpe-eci-nebyl-schvalen>

Přílohy

Příloha č. 1 – Sociálně zdravotní záznam ve FN v Motole

Příloha č. 2 – Sociální záznam ve FN v Motole

Příloha č. 3 – Žádost o přijetí do LDN FN v Motole