

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

**Sociální práce
v nemocničním zařízení zaměřená
na seniory a jejich rodiny**

Petra Veverková

Katedra sociální pedagogiky
Vedoucí práce PaedDr. Marie Vorlová
Studijní program B 7508B Sociální práce
Studijní obor Pastorační a sociální práce

Praha 2012

Prohlášení

Prohláším, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem Sociální práce v nemocničním zařízení zaměřenou na seniory a jejich rodiny napsala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů. Souhlasím s tím, aby práce byla zveřejněna pro účely výzkumu a soukromého studia.

V Praze dne 3. 6. 2012

Petra Veverková

Bibliografická citace

Sociální práce v nemocnici zaměřená na seniory a jejich rodiny: bakalářská práce / Petra Veverková; vedoucí práce: PaedDr. Marie Vorlová. -- Praha, 2012. -- 65 s.

Anotace

Sociální práce v nemocnici je úzce provázána s péčí zdravotní. Stabilizace hospitalizovaného seniora po akutním zhoršení zdravotního stavu i náhlé zdravotní pohody probíhá díky rozvoji medicíny rychle. Poté nastupuje následná péče, která směřuje k propuštění pacienta. Záleží na mnoha faktorech kdy a jak bude propuštění realizováno a zda jeho zpusob pomůže předcházet rehospitalizaci. Hospitalizovaný starší a velmi starý senior ale bývá ohrožen disabilitou zdravotního stavu, nesobstáností i k ehkostí. Zdravotnicko-sociální pracovník vybaven potřebnými znalostmi s oboru gerontologie i sociální práce je platným členem geriatrického týmu. Hodnotí zdravotní i funkční stav seniora ve vztahu k jeho přirozenému prostředí na které navazuje konkrétní zléšení respektující autonomii, právní i možnosti pečující rodiny i komunity. Celý proces respektuje a posiluje zachované schopnosti seniora. Pomáhá adaptovat se na změnu a pracuje s potřebami klienta. Pole sociální práce není jen v nemocnici, ale i v domácím prostředí, zahrnuje rodinu i komunitu. Podle zjištěných skutečností navrhuje a realizuje intervence v rámci propouštěcího plánu. Součástí sociální práce je také v případě sociálních potřeb zajištění správného poskytování sociální služby v rámci zdravotního zléšení.

Klíčová slova

Zdravotnicko-sociální pracovník, senior, pečující rodina, nemocnice, propouštěcí plán, gerontologie, k ehkost, nesobstánost. >

Summary

Social work in health institution focused on seniors and their family. Social work and a medical care in the hospital are closely connected. Stabilization of a senior after his health gets acutely worse or after other sudden accidents, goes quickly because of medical development. The following care should aim to discharge of the patient. It depends on several factors how discharging process should be realised and how it could prevent rehospitalisation. Many old or older seniors are frequently handicapped by health disability and fragility and

they are not self-sufficient enough. Medical-social worker equipped by knowledge of geriatrics and gerontology sphere is a valid member of the team. He evaluates the seniors health and function status in relation to his natural environment and he has to find out specific solutions respecting autonomy, needs and wishes of caring family and community. Whole process has to respect seniors abilities and strengthen them, helping with the adaptations to all changes in accordance to senior life story. Social work field isnt only in the hospital but also at home integrating whole family and community. According to new findings it offers intervention plan which should be realized and integrated in discharging plan. In case of providing social sickbeds the social work means also correct social care in health institutions.

Keywords

Medical-social worker, senior, caring family, hospital, discharge plan, gerontology, fragility, not self-sufficient.

Podkování

Chtěla bych podkovat vedoucí práce PaedDr. Marii Vorlové za její připomínky a pomoc při tvorbě této práce. Dále bych chtěla podkovat sociálním pracovním kolínské nemocnice a Nemocnice pod Petínem za jejich vstřícnost při absolvování praxí, které se staly inspirací pro napsání této práce a MUDr. Jiřinu Ondrušovou Ph.D. za umožnění absolvování předmětu Sociální gerontologie a geriatric. Děkuji i Bc. Michaelu Kolarové za její podporu. Děkuji za trpělivost patří také mojí rodině ..

Obsah

Úvod	7
1. Sociální práce ve zdravotnických zařízeních	9
1.1. Legislativní rámec činnosti.....	10
1.2. Geriatrický tým	14
1.3. Proces sociální práce	16
1.4. Návrh řešení a plán sociální terapie	20
2. Gerontologie.....	25
2.1. Rozdělení gerontologie.....	26
2.2. Priority péče a služeb pro seniory	29
2.3. Funkční zdatnost	30
2.4. Soběstačnost	31
3. Senior obětí trestného činu, týrání	37
3.1. Obětí trestného činu	37
3.2. Týrání	38
4. Péče o závislého seniora	41
4.1. Autonomie senior	41
4.2. Péče a podpora v rodině	41
4.3. Závěr.....	44
5. Zajištění následné péče, poradenství	47
5.1. Sociální služby pro seniory.....	48
5.2. Zdravotní a ošetřovatelská péče.....	51
5.3. Pobytová sociální péče v nemocnici a sociální lůžka	53
5.3. Poradenství	57
6. Další podpora pro seniory využívaná v nemocnicích.....	60
6.1. Ergoterapie.....	60
6.2. Spirituální péče	61
6.3. Reminiscenční terapie	62
6.4. Canisterapie	63
7. Dobrovolnictví ve zdravotnickém zařízení	65
8. Diskuze	68
Závěr.....	71
Seznam literatury.....	73

Úvod

O tom, že nemocné stáří patří do nemocnice, bývají často přesvědčeni nejen sami staří lidé, ale i jejich rodiny. Potřeby nemocných seniorů jsou specifické a individuální. Zdravotní-sociální pracovník v nemocnici využívá metody sociální práce a jako spolupůvodce propouštěcího plánu další dovednosti, jako specifika komunikace se seniory a dalšími zúčastněnými osobami, praktické znalosti související s onemocněním ve stáří a rizikovými situacemi, které představují například geriatrické syndromy. Ve spolupráci s ostatním zdravotnickým personálem spolupřispívá k funkci interdisciplinárního týmu. V rámci obnovy funkční zdatnosti seniora koordinuje a využívá další terapeutické nástroje i dobrovolnictví nebo se aktivně podílí na jejich zavedení. Spolu se znalostí problematiky autonomie starého člověka a funkce i struktury jeho současné rodiny pomáhá nacházet optimální cestu pro následnou péči a podporu. Neopomíná následky trestného činu, je vnímavý k jejich signálům a spolu s dalšími odborníky nachází v případě potřeby účinnější a následná opatření.

Cílem práce je ukázatinnost, zdravotní-sociálního pracovníka v nemocnici, zaměřenou na staré (75-85 let) a velmi staré seniory (85 let a více) ovlivněné křehkostí a ztrátou soběstačnosti, hospitalizované v max. délce tříměsíčně, a souinnost s jejich rodinami a blízkými osobami. Poukázat na roli zdravotní-sociálního pracovníka v plánu propouštění.

Práce představuje všeobecné metody, legislativní podmínky výkonu povolání zdravotní-sociálního pracovníka i funkční týmovou spolupráci. Kapitoly jsou zaměřeny na všeobecné zásady poradenství, teoretické znalosti gerontologie, dovednosti komunikace, trestné činy páchané na seniorech, autonomii seniora, funkci a strukturu rodiny, formy péče a podpory v domácím prostředí. Práce se dotýká i dlouhodobé péče a sociální podpory a jejich využití v tvorbě propouštěcího plánu seniora částečně nebo úplně závislého.

Do tématy se o vybraných terapiích, které nejsou finančně nákladné, ale potebují zvláštní podmínky pro samotnou praxi a nejsou možné bez vstúpnosti zdravotnického personálu, také o dobrovolnické činnosti v nemocnici jako součásti aktivizačních programů. Diskuse se částečně zabývá vybranými částmi návrhu zákona o dlouhodobé péči o seniory.

Teoretické poznatky jsou doplněny kazuistikami z absolvované praxe v rámci studia.

Pozn. V práci vyvolávám označení *klient* pro osoby využívané služeb zdravotnicko-sociálního pracovníka, i když se jedná o osoby hospitalizované, nazývané v nemocnici prostě pacient. Označení *klient* z mého pohledu lépe vystihuje autonomní přístup. Používám i název pracovní pozice *zdravotnicko-sociální pracovník* proto, že ovládá a uvádí do praxe i znalosti v souvislosti s nemocnickou cílovou skupinou bez odborného dohledu.

1. Sociální práce ve zdravotnických zařízeních

Sociální práce ve zdravotnických zařízeních je specifická svou provázaností s péčí zdravotnickou a stává se tak nezbytnou součástí léčebného a ošetřovatelského procesu. Komplexnost léčby v sobě zahrnuje pomoc při řešení sociálních problémů v případech, kdy toho klient není schopen sám nebo nezná možnosti, když mu rodina nemůže ani nechce péči poskytnout nebo rodinu nemá. Každý klient má právo na sociální pomoc při řešení svých sociálních problémů a zdravotnické zařízení nesmí diskriminovat klienta neposkytnutím takové péče.

Pracovník zprostředkovává nebo poskytuje klientům pomoc v nepříznivé sociální situaci podle konkrétní potřeby. Vedle zdravotního sociálního poradenství poskytují i podporu a pomoc v orientaci ve vlastních právech klienta v dané situaci, a to zejména:

- přímou pomoc, podporu a doprovázení formou organizování, vyjednávání nebo zastupování,
- sociální poradenství, socioterapeutické rozhovory,
- služby sociální péče a služby sociální prevence podle zákona o sociálních službách,
- zdravotní služby domácí, následné, ošetřovatelské a ústavní péče (Home Care, hospic, lůžka dlouhodobé péče, domovy seniorů, ústavy sociální péče atd.),
- organizační záležitosti spojené s úmrtím.¹

¹ Tenkrátová H, Marková V., Proces sociální práce ve zdravotnických zařízeních, s. 1

1.1. Legislativní rámec innosti

Výkonu povolání sociálního pracovníka se v nuje zákon . 108/2006 Sb., v § 109 a § 110 se odst. 5 zam ũje na odbornou zp sobilost k výkonu povolání ve zdravotnických za ízeních odkazující na zákon . 96/2004 Sb.

Legislativa vymezuje v zákon . **96/2004 Sb., o podmínkách získávání a zp sobilosti k výkonu neléka ských zdravotnických povolání a k výkonu innosti souvisejících s poskytováním zdravotní pé e a o zm n n kterých souvisejících zákon (zákon o neléka ských zdravotnických povoláních)** podmínky zp sobilosti k výkonu t ch povolání, která bu poskytují zdravotní pé i, nebo s touto inností souvisejí. Dále zákon upravuje celoflivotní vzd lávání a dal-í vzd lávání odborných pracovník , jakofl i podmínky uznávání zp sobilosti k výkonu povolání.² **Vyhlá-ka . 55/2011, o innostech zdravotnických pracovník a jiných odborných pracovník** ³ definuje innosti zdravotnických pracovník a jiných odborných pracovník .

Zákon . 96/2004 Sb., v § 2 odst. c), d) uvádí, fle jiným odborným pracovníkem je fyzická osoba, která provádí innosti, které nejsou poskytováním zdravotní pé e, ale s poskytováním této pé e p ímo souvisejí. Zp sobilý k výkonu povolání zdravotnického a jiného odborného pracovníka podle § 3 odst. 1 je ten, kdo mimo jiné má odbornou zp sobilost podle zák. . 96/2004 Sb; zdravotní zp sobilost a bezúhonnost.

Jak zákon . 96/2004 Sb. tak i vyhlá-ka . 55/2011 odli-ují dv pracovní zam ení v sociální oblasti, vymezují jejich odbornou zp sobilost a definují jejich innosti. Jsou to následující pracovní pozice:

Zdravotn -sociální pracovník

Odborná zp sobilost podle § 10 zák. . 96/2004 Sb. se získává absolvováním:

² Tento zákon se nezabývá povoláním léka e, zubního léka e a farmaceuta

³ Vyhlá-ka . 55/2011 nahradila vyhlá-ku . 401/2006 a ú innosti nabyla 14. 3.2011

- akreditovaného bakalářského nebo magisterského studijního oboru sociálního zaměření a akreditovaného kurzu zdravotní sociální pracovník; *nebo*
- nejméně tříletého studia v oborech sociálního zaměření na vyšších odborných školách a akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotní sociální pracovník; *nebo*
- specializačního studia v oboru zdravotní sociální péče po získané odborné způsobilosti všeobecné sestry podle § 5.

Výkon povolání všeobecně definuje odst. 2 § 10 zák. č. 96/2004 Sb. Blíže popisí inností prováděných bez odborného dohledu najdeme ve vyhlášce č. 55/2011 § 9, jako je:

- provádět sociální prevenci v etnopediátrii,
- provádět sociální diagnostiku a posuzovat zdravotní situaci ve vztahu k onemocnění a k jeho následkům, podle potřeby objektivizovat rozbor sociální situace návštěvní službou v rodinách, na základě spolupráce s orgány veřejné správy, popřímo dalšími subjekty a o zjištěných skutečnostech zpracovávat zprávu o posouzení situace pacienta,
- sestavovat plán psychosociální intervence, v etnopediátrii rozsahu, druhu a podle potřeby sociálních opatření, ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky tato opatření realizovat,
- zajišťovat sociálně-právní poradenství ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům,
- účastnit se integrace pacientů, kteří takovou pomoc potřebují v důsledku chybějících fyzických, psychických nebo sociálních schopností, narušených sociálních vztahů nebo jiných překážek, do společenského prostředí; k aktivní účasti na této integraci získávat pacienty a jejich sociální okolí,

- v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při péči a organizaci rekondičních pobytů,
- v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při péči propuštěných pacientů, včetně zajištění další péče a služeb,
- v případě úmrtí pacienta provádět odborné poradenství v sociální oblasti, u osamělých zemřelých pacientů zajišťovat záležitost spojené s úmrtím.

Sociální pracovník

Odborná způsobilost jiného odborného pracovníka se získává podle § 43 zák. č. 96/2004 Sb., odst. 2 absolvováním:

- akreditovaného magisterského nebo bakalářského studijního programu uskutečňovaného vysokou školou ve studijním oboru sociálního zaměření (sociální pracovník), *nebo*
- vyškolení odborné školy ve studijním oboru sociálního zaměření (sociální pracovník), *nebo*
- studijní odborné školy ve studijním programu sociálního zaměření.

§ 51 vyhlášky č. 55/2011 upravuje činnosti absolventa studijního oboru sociálního zaměření. Je to sociální pracovník, který dále podle § 44 dodržuje hygienicko-epidemiologický režim; vede zdravotnickou dokumentaci a další dokumentaci vyplývající z jiných právních předpisů v rozsahu činností, ke kterým je způsobilý, pracuje s informačním systémem zdravotnického zařízení, podílí se na praktickém využití ve studijních oborech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných studijními školami a vyškoleními odbornými školami. Vzdělává se v akreditovaných studijních programech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných vysokými školami v ČR a ve vzdělávacích programech akreditovaných kvalifikačních kurzů, podílí se na výzkumu a zavádění nových metod.

Další činnosti provádí na úseku sociální péče v rozsahu své odborné způsobilosti v rozsahu určeném zdravotnickým pracovníkem se specializovanou způsobilostí na tomto úseku. Přitom zejména může:

- provádět posouzení životní situace pacienta,
- provádět sociálně-právní poradenství,
- provádět ve spolupráci se zdravotnickými pracovníky sociální opatření nebo psychosociální intervenci do životní situace pacienta.

1.1.2. Závěr

Pro práci v určitém rozsahu je pořadováno odborné specializované vzdělání, které lze absolvovat ve studijních programech Zdravotně-sociální pracovník přímo na fakultách (např. Univerzita Pardubice, fakulta zdravotnických studií o studijní program Zdravotně-sociální pracovník; Ostravská fakulta, fakulta sociálních studií o studijní program Zdravotně sociální péče). Vzdělání sociálního pracovníka lze doplnit v akreditovaných kvalifikačních kurzech Zdravotně-sociální pracovník (např. NCO NZO Brno). V příslušném zákoně je provádění vyhlášené není zohledněno, řekně které fakulty v rámci sociálních oborů zajišťují například studium sociální gerontologie a geriatrie (Husitská teolog. Fakulta UK) v rozsahu dvou semestrů (další rozsah výuky není nabízí kvalifikační kurz) zakoněný zkouškou. Kvalifikační kurz nabízí určité rozpětí v rámci zdravotní péče, ale vzhledem k rozsahu hodin méně obsažené. Zohlednění příslušného vzdělání sociálního pracovníka v oboru gerontologie a geriatrie tak zůstává na nadřazeném pracovníkovi bez opory v legislativě. V poslední době vznikají požadavky nemocnic na zaměstnávání zdravotně-sociálních pracovníků přímo zaměstnaných na určitou skupinu pacientů. Specializace a konkrétní zaměření dává pracovníkovi určité možnosti individuální práce s klientem a jeho blízkými.

Z stává otázkou, zda p i dne-ních pracovních úvazcích je tato specializace mofná a zda by investice do v t-ého po tu zdravotn -sociálních pracovník nep inesla zkrácenou dobu hospitalizace u osob se zdravotním postiflením a ohrofených ztrátou sob sta nosti a k ehkosti.

Pokud se podíváme na innosti sociálního pracovníka, jsou popsány obecn ji, nejl je u zdravotn -sociálního pracovníka a nikde není zmi ován pořadavek zohled ování vztahu k onemocn ní.

I p es spln ní v-ech pořadavk na vzd lání je sou ástí profesního řivota dal-í celofivotní vzd lávání v oblasti sociální i zdravotní.

1.2. Geriatrický tým

Starý lov k pot ebuje zdravotní nebo sociální pé i, asto obojí sou asn , p ípadn st ídav . Problémy starých lidí se staly tématem odborník stejn jako jiná odv tví sociální nebo zdravotní pé e (nap . pediatrie). Znalostí z oboru gerontologie jsou sou ástí sociální práce s hospitalizovanými seniory. Jejich vyuffívání napomáhá p edcházení a rozpoznání rizikových faktor , stejn jako plánování e-ení situace starých a velmi starých senior p i ztrát sob sta nosti a zdatnosti, p i projevech geriatrických syndrom a k ehkosti.

Komplexnost pé e o klienta je zaji-t na prost ednictvím týmu spolupracujících pracovník . Každý z nich má svou pozici a specializaci, která by m la být respektována a vyuffívána v návaznosti pé e akutní a následné. Mimo léka e pat í do týmu v-eobecné sestry, v t-inou zastupované vrchní i stani ní sestrou. **V-eobecné sestry** jsou podstatným lánkem v pé i o pacienta, protofe nejen zaji- ují zdravotní pé i, ale jsou i podstatným zdrojem informací pro celkové geriatrické hodnocení klienta. Podle vyhlá-ky . 55/2011 mimo jiné vyhodnocují pot eby a úrove sob sta nosti, projevy onemocn ní, vyuffívají technik pouffívanych v o-et ovatelské pé i, nap . testy sob sta nosti, m ení intenzity bolesti, hodnocení stavu výffivy. Sou ástí jejich inností je i

nácvik sebeobsluhy s cílem zvyčování sob sta nosti a edukace klienta i jiné osoby. Další pracovníci, kteří se podílejí na ošetovatelském procesu s cílem uchování i zvyčování sob sta nosti klienta a jejich činnosti, jsou také uvedeny v zák. č. 55/2011: je to zdravotnický asistent, ergoterapeut pro geriatrii, nutriční terapeut a nutriční asistent. **Zdravotnický asistent** pracuje pod odborným dohledem všeobecné sestry. Mimo zdravotní péči provádí rehabilitační ošetřování, včetně prevence poruch mobility, provádí nácvik sebeobsluhy. **Ergoterapeut pro geriatrii** poskytuje specializovanou péči i v geriatrii. Realizuje opatření vedoucí k zachování co nejvyšší míry sob sta nosti a začlenění do přirozeného sociálního prostředí, udržuje pohybové schopnosti pacienta s ohledem na biologický věk a funkční omezení, napomáhá adaptaci na změněné životní podmínky s podporou zachování fyzických, kognitivních a psychických funkcí prostřednictvím cílených aktivit. **Nutriční terapeut** mimo jiné zpracovává a vyhodnocuje nutriční anamnézu a navrhuje případné změny v dietě i způsobu podání stravy, provádí poradenství a edukaci jedinců i rodin. **Nutriční asistent** vykonává činnosti pod odborným dohledem nutričního terapeuta.

1.2.2. Funkční spolupráce

Funkční spolupráce všech pracovníků je předpokladem úspěšného procesu propouštění plánu seniora z nemocnice. Spolupráce je podpořena i legislativně ve vyhlášce č. 55/2011 § 9, odst. c) kde je uvedeno, že sociální opatření realizuje zdravotní-sociální pracovník s dalšími zdravotnickými pracovníky. Dobrá spolupráce je závislá na vymezení náplně práce (viz. 1.2.), komunikaci mezi pracovníky (viz. 1.3.1.), systému práce. Pravidelná setkávání týmu jsou efektivní pro tvorbu propouštění plánu.

Podporou spolupráce je i odborná znalost problematiky geriatrické a gerontologie (viz. 2. kap.), o níž se opírá každá jednotlivá profesní geriatrické

týmu a zároveň je doplnována specifickou odbornou specializací pracovníků. Spolupráce neprobíhá jen uvnitř zdravotnického týmu, ale i mezi klientem a jeho rodinou (viz. 4. kap.), organizacemi poskytujícími péči (viz. 5. kap.) a osobami mimo zdravotnické zařízení. Tato spolupráce se ukazuje jako dobrá praxe v zařízeních s dobře propracovaným systémem sociální pomoci (např. hospice, na která oddělení nemocnic, kojenecké ústavy)⁴.

Spolupráce v týmu by měla být dle I. Kuzníkové širším a komplexnějším procesem, který naplňuje pojetí interdisciplinárního týmu. Funkční tým je schopen společně dospět ke shodě v zájmu potřeb klienta. Interdisciplinární (mezioborový) tým je charakterizován vzájemnou provázaností oborů, jasně vymezenými cíli a orientací na klienta. Členové týmu přijímají vlastní zodpovědnost, znají své úkoly a dovedou hodnotit své výsledky. V interdisciplinárním týmu má zdravotní-sociální pracovník roli koordinátora cílů a činností a současně organizuje i spolupráci s vnějšími organizacemi, rodinou apod.

1.3. Proces sociální práce

Zdravotní-sociální pracovník dodržuje základní etické principy, respektuje lidská práva klientů, práva pacientů a obecně závazné právní normy. Respektuje rozhodnutí a přání klienta (viz. 4.1.) případně jeho rodiny (viz. 4.2.). Zabezpečuje klientům zdravotní-sociální péči a podporu (viz. 5. kap.) s ohledem na jejich zdravotní stav s využitím informací získaných ze zdravotnické dokumentace nebo z konzultací s ostatními ošetřujícími osobami. Podle závažnosti a komplikovanosti problému společně s klientem (případně osobou blízkou pokud klient nemá dostatek kognitivních schopností), stanovuje priority, postupy a cíle procesu práce. Při řešení zdravotní-sociální situace pracovník spolupracuje s celým interdisciplinárním týmem.

⁴ Kuzníková I, Sociální práce ve zdravotnictví, s. 24

Zdravotn -sociální pracovník zapojuje do procesu sociální práce klientovu rodinu, opatrovníky, osoby blízké, a využívá individuální přístup. Celý proces sociální práce má zajistit (podle H. Tenkrtové):

- zkrácení doby hospitalizace vedoucí k úspěšnému propuštění, které snižuje rizika rehospitalizace,
- motivaci klienta k řešení vlastních problémů,
- zabezpečení a uspokojování biologických, psychologických, sociálních a spirituálních potřeb klienta,
- účelné využití materiálních a finančních prostředků sociální péče, prevenci sociálně patologických jevů.

1.3.1. Diagnostické metody sociální práce

Zdravotn -sociální pracovník používá v obecně následující diagnostické metody: anamnézu, pozorování, řízený rozhovor, sociální diagnózu.

Sociální anamnéza je východiskem pro identifikaci sociálního problému a orientaci v něm. Zahrnuje informace základní i specifické z hlediska charakteristiky problému. Informace pracovník získává v souladu se zákonem na ochranu osobních údajů. Hlavními požadavky při sběru informací jsou zejména objektivnost, diskrétnost, úplnost, přehlednost. Sociální anamnéza se získává individuálně podle závažnosti problému od klienta, případně od rodinného příslušníka nebo další blízké osoby. Používaným zdrojem je zdravotnická dokumentace, která specifikuje diagnózu, orientaci klienta a míru jeho soběstačnosti, zdravotní pojistování, identifikační údaje, stav, rodinné poměry (pokud jsou uvedeny) atd., výsledky odborných vyšetření jako například psychologické i psychiatrické, zprávy z jiných zařízení. Další členové interdisciplinárního týmu, jako například ošetřovatelé a sestry, doplňují informace o potřebách klienta z běžného celodenního kontaktu. Dokumentace zdravotn -sociálního pracovníka obsahuje kromě sociální anamnézy také

osobní anamnézu, rodinnou anamnézu a informace o aktuálním onemocnění. Ošetřující lékař informuje o diagnóze a o současném vývoji zdravotního stavu klienta, o prognóze onemocnění a o komplikacích a omezeních, které onemocnění způsobilo. Postupně se součástí dokumentace stává i propouštěcí plán, na kterém se podílí všichni spolupracující. Důležitá je i archivace dokumentace ze které se může vycházet při případné rehospitalizaci.

Při **pozorování** zdravotní sociální pracovník sleduje motorické projevy, komunikaci, emocionalitu klienta a výsledky následně analyzuje.

Příprava **rozhovor** s klientem zahrnuje shromáždění dostupných informací, osnovu rozhovoru a anticipaci pravděpodobných reakcí dotyčného. Během rozhovoru pracovník dbá na uvolněné a povzbuzující ovzduší ke sdělení, nespěchá, citlivě reaguje na specifika klienta jako například v k, p, vod, postílení. Dodržuje základní principy vztahu pracovník a klientů jako akceptace, neodsuzující postoj, respektování práva druhé osoby na sebeurčení. K zásadám řízeného rozhovoru patří naslouchání, kontrola vlastních emocí, srozumitelnost, postupování jazykových prostředků klientovi (viz. 1.3.1). Zdravotní sociální pracovník musí být vybaven i dovednostmi k navázání kontaktu⁵.

Sociální diagnóza se stanovuje ve vztahu k onemocnění, uznání existence problému, klientova akceptaci vlastního chování, sociálnímu zázemí, přijetí rizika změny navykklého životního stylu, hledání rady a ochoty ji přijmout, schopnost plánovat, schopnosti hájit práva apod. Definuje problém jako například ztrátu soběstačnosti, narušení funkce rodiny, násilí (zaměřené na vlastní osobu nebo své okolí, týrání), spolupráci klienta (dobrá/nedostatečná/-patná), sociální izolaci, stresový syndrom ze změny prostředí atd.

⁵ Janečková H., (in Matoušek O.), Sociální práce v praxi, s. 164

1.3.1. Komunikace s klientem, rodinou i spolupracovníky

innost zdravotní -sociálního pracovníka, vedení rozhovor je založené i na dovednostech správné komunikace. Rozhovor je dialogem, dorozumíváním pomocí slov. B hem rozhovoru dochází k formulování a odkrývání pravého stavu v cí⁶. Sou ástí rozhovoru je i jeho neverbální slofka. Celek rozhovoru tvo í ob slofky. Rozhovor vede k zformulování pot eb, mořností a ochoty p íjetí. Rozhovor je podkladem pro vytvo ení vztahu, na jehoř základ se tvo í spolupráce. Pro rozpoznání pot eb klienta je d leřité aktivní naslouchání, dovednost vnímání, vyvarování se rychlých záv r a ukvapených hypotéz.

Komunikace se seniorem má svá specifika. Starý lov k reaguje pomaleji, komunikace m fle být ovlivn na poruchami pam ti (vybavování si). I opakování jifl sd lených informací je typické pro jejich komunikaci, které m fle souviset se snířenou koncentrací nebo nejistotou. Dále se u senior vyskytuje nedoslýchavost a tak mohou nep im en reagovat i neporozum t informací. Zhor-ovat komunikaci m fle i hluk, -um, který komplikuje sly-ení. P i rozhovoru s konkrétním klientem zohled ujeme jeho pot eby ovlivn né zdravotním stavem.

Významnou roli pro dal-í spolupráci s rodinou hraje první kontakt. Rozhovor m fle být ovlivn n strachem o blízkého lov ka, o jeho dostate nou pé i i t eba obavami z náro nosti následné pé e. Ke komunikaci by m lo dojít co nejd íve po p íjetí. Rodina by m la být zapojována do propou-t cího plánu.

Komunikace s kolegy ovliv uje spolupráci. Dobré komunika ní dovednosti podporují dobré vztahy. Pat í mezi n respekt, rovné jednání, schopnost kompromisu, spolupráce a aktivní naslouchání. Mezi pracovníky dochází ke konfrontaci názor , postoj , zájm . Konflikty je pot eba se nau it zvládat a e-it nap íklad vyjednáváním. Dobrá komunikace p iná-í profit i pro klienta.

⁶ Havránková O., (in Matou-ek O.), Metody a ízení sociální práce, s. 76

1.4. Návrh e-ení a plán sociální terapie

Navrhovaná e-ení a plán sociální terapie se týká dvou částí sociálního pádu. Vn jí část je charakterizována jako pékáflka v život rodiny nebo jednotlivce a vyžaduje konkrétní pomoc zdravotn -sociálního pracovníka. Do vnit ní části patří nedostatek sil k pékonání definované pékáflky a absence schopnosti se jí p ízp sobit ó zde je prostor pro edukaci klienta i rodiny (poradenství, doprovázení, vedení, vzd lávání atd.).

P í vytvá ení plánu je d leffité ur ít:

- priority p í e-ení problému,
- p í inné vn jí i vnit ní faktory,
- po adí d leffitosti, plán konkrétního e-ení,
- reálné možnosti klienta, rodiny a možnosti organizací, které mohou p í e-ení sociální situace spolup íbit,
- motivace a aktivizace spolupráce u klienta, jeho rodiny a blízkých.

1.4.1. Záv r

Zdravotn -sociální pracovník p í b ín realizaci plánu hodnotí. Na základ provedeného hodnocení koriguje intervence. V celkovém procesu respektuje pédev-ím pání klienta, pápadn jeho rodiny, pracuje s jeho životním pá íbem. Pot ebné jsou dovednosti k navázání kontaktu a rozpoznání pot eb klienta. Zdravotn -sociální pracovník musí provád t svou práci kvalitn í v pápadech ztížené komunikace⁷. Sou částí práce je také pomoc v adaptaci na zm n nou klientovu (i rodinou) situaci, kterou onemocn ní páiná-í formou zm n v životním stylu.

Zdravotn -sociální pracovník bývá n kdy léka í vnímán jen jako odborník na sociální systém a zaji-t ní následné pé e (institucionální nebo terénní), vyplácení d chod í zaji-t ní záleffitostí spojených s úmrtím. Pracovní pole se

⁷ Jane ková H., (in Matou-ek O.), Sociální práce v praxi, s. 164

tak podle těchto lékařů nachází mezi nemocným a rodinou⁸. V současné době se nám jeví setkávání s odborným personálem i lékaři, kteří vnímají zdravotní-sociálního pracovníka jako odborníka, který přispívá ke kvalitní uschopující léčbě a jejímu následnému zajištění s minimálním rizikem rehospitalice. Pro rodinné příslušníky se stává zdrojem kvalitního poradenství v zabezpečení péče o klienta po akutní léčbě nebo při pomoci v oblasti respirační péče.

Postupným začleňováním zdravotní-sociálního pracovníka do týmu zdravotníků (vyhláška č. 99/2012 o personální zajištění lůžkové péče), se tento stává platným členem oboru geriatric (0,1 úvazku). Zdravotní-sociální pracovník působí vzhledem ke své činnosti v rámci mnoha oddělení akutní péče, zajišťování sociálních lůžek a poskytování poradenství. V knize *Sociální práce ve zdravotnictví* autorka uvádí počet pracovníků v různých nemocnicích, kdy je jeden pracovník na 400 až 700 lůžek. V takové situaci stačí zdravotní-sociální pracovník pravděpodobně zajišťovat pouze následnou péči bez možnosti vyústit celého komplexního procesu. Začleňování zdravotní-sociálního pracovníka se děje nejen kolikou zprávy a z praxe v nemocnicích lze potvrdit, že jsou různé i v rámci nemocniční oddělení (poznatek z vlastní praxe autorky práce). Existují taková oddělení, kam pracovník přichází sám a informuje se o nových pacientech, kteří mohou být jeho klienty (pokud úzce spolupracuje s oddělením) nebo je vyzván odborným pracovníkem na oddělení k sociálnímu ošetření konkrétního klienta. Jindy pracovník vyhledává v rámci elektronické dokumentace klienty podle kritérií a poté je kontaktuje, nebo na zdravotní-sociálního pracovníka odkáže klienta (ať již rodinného příslušníka) ošetřující lékař. Většinou se vyvíjí kombinace uvedených metod.

Úspěšnost procesu práce podporuje nejen komplexnost, ale i prostor pro práci a včasné zapojení zdravotní-sociálního pracovníka do týmu vytvářejícího

⁸ Janečková H., (in Matoušek O.), Sociální práce v praxi, s. 165

plán propouštění (následující kazuistika je uvedena z důvodu příkladu pozdního zapojení zdravotní sociálního pracovníka, i když klient nesplňuje včasnou cílovou skupinu).

Kazuistika

Muž 73 let, žije sám v domácnosti, hospitalizovaný na oddělení ortopedie se zlomeninou levé ruky. Důvodem úrazu byl pád na schodišti domu, kde bydlí. Převezen byl do nemocnice pod vlivem alkoholu a v zanedbaném stavu. Zdravotní sociální pracovníce byla zavolána vrchní sestrou na sociální den před plánovaným propouštěním. Sestra na oddělení při příchodu sdělila, že klient uvádí, že má nete, která se o něj postará, ale že na oddělení byl přijat ve velmi zanedbaném stavu (špinavý, neoholený, dlouhé nehty), dále, že nedodržuje základní hygienické návyky.

Vzhledem k zranění a ochotě klienta mohl být rozhovor vedený v soukromí nemocniční chodby, které si klient preferoval před možností zůstat v nemocničním pokoji. Klient na otázky odpovídal velmi stručně a nepřítomně. V důsledku toho druhý den bude z nemocnice propuštěn a na nabídky ohledně zabezpečení péče o svou osobu odpovídal, že nemá zájem o nabízené služby a pokud bude něco potřebovat, postará se o něj jeho nete. Kontakt na nete předal s tím, že jí o této skutečnosti informoval ošetřujícího lékaře.

Z uvedené kazuistiky vyplývá, že pro navázání kontaktu a zmapování potřeb klienta bylo málo času. V tomto případě se sociální práce skládá z ověření informace o pomoci rodinného příslušníka a případném pořízení příslušného sociálního odboru o provedení návštěvy. Časový prostor nedovolil klientovi zpracovat informaci o možné sociální službě a případně přijmout změnu v domácnosti o rozhodnutí o přijetí či odmítnutí muselo proběhnout ve velmi krátké době. V procesu práce by pomohlo dřívější kontaktování zdravotní sociálního pracovníka. Podle H. Janečkové jde propouštění svým tempem, v němž je zohledněno mnoho skutečností, ale tvorba propouštěcího plánu za jiných příjím rizikového pacienta na lůžko a do plánu by měl být včasně i zdravotní sociální pracovník.

Kazuistika

Pan Z. V. 78 let, žijící sám v domě na vesnici. Upadl v domě, nemohl vstát, zřejmě sobě drobná zranění. V domě ho po několika hodinách našla jeho dcera, která ho pravidelně jezdí navštěvovat. Se sousedy přátelské vztahy neudržuje. Zdravotní sociální pracovníce byla zavolána druhý den hospitalizace

na interním oddělení, je třeba zdravotní diagnostiky. První rozhovor se na přání klienta konal na nemocničním lůžku, kde muflmohl sedět (jinak jak sám seděl, chodí s pomocí berlí). Nevýhodou daného prostředí byli ostatní pacienti, kteří se zpočátku chtěli do hovoru zapojit, ale byli pracovníci pořízeni o respektování soukromí rozhovoru. Klient měl potěbu vyprávět o co se stalo a sdělovat své obavy, ale nebude možný návrat domů. Na otázky ohledně rodiny odpovídal ochotně s tím, že mu dcera pomáhá, ale stále se vracel k tématu události a k obavám z budoucnosti. Zdravotně-sociální pracovnice po sdělení klientem, že ho dcera navštíví, požádala o předání řádky s prosbou o kontakt a zabezpečení pana Z. V., že v blízkosti spolu budou hledat možnosti zajistit péči podle vývoje jeho zdravotního stavu a jeho přání.

Kazuistika ukazuje potřebu klienta vyprávět okolnosti události, sdělit své obavy a přijmout skutečnost náhlé události i hospitalizace. Zdravotně-sociální pracovník naslouchá a vyvolává diagnostické metody a postupně zvažuje následnou péči. Kontaktuje rodinu a spolu s ošetřujícím personálem může vytvořit propouštěcí plán v návaznosti na vývoj onemocnění, i když doba hospitalizace na akutním lůžku nemusí být delší než 1 týden.

Jde-li o mobilní klienty, je možné najít místo mimo nemocniční prostor, ztížená situace může nastat v případě imobilního klienta, kdy sociální ošetření probíhá především ostatními pacienty bez možnosti soukromí. Zde je potřeba zvláště citlivý a ohleduplný přístup a přizpůsobení plánu rozhovoru daným podmínkám. Dalším faktorem ztížením práce jsou případné zákroky ošetřovatelů během rozhovoru. Je potřeba, aby si zdravotně-sociální pracovník zajistil nerušený čas pro rozhovor ve spolupráci s ošetřujícím personálem.

Zdravotně-sociální pracovníci jsou v současnosti zaměstnáváni v jednosměrném provozu o víkendech jejich činnost probíhá především v dopoledních hodinách. Pro poradenství a další aktivity by možná bylo řádnější, že v případě více pracovníků by mohly některé činnosti probíhat i v odpoledních hodinách, kdy rodinní poskytovatelé více navštěvují své blízké. To by otevřelo možnost pro uvolnění kontakty a spolupráci. Také činnost dobrovolníků (spolupráce a využití dobrovolníků viz. 7. kap.) probíhá v odpoledních hodinách. Tehdy na

nemocni ních odd leních jifl neprobíhá tak aktivní pé e jako dopoledne, lze tedy najít as pro setkávání se spolupracovníky v týmu, dobrovolníky i blízkými hospitalizovaných osob. Dopolední i odpolední pracovní as má své výhody a nevýhody. Je dobré zamý-let se nad procesem práce, její efektivitou ovlivn nou funk ností interdisciplinárního týmu, dovedností pracovníka, ale i nad prostorem a asovou flexibilitou. Promý-lení a aplikace nových podn t p iná-í profit nejen klient m ale i samotným pracovník m.

2. Gerontologie

Od poloviny 20. století se rozvíjejí dílčí disciplíny v klasické interně. Rozvoj vedy a techniky pomohl specializacím a tak došlo ke zkrácení hospitalizací na interních lůžkách a následně k přesunu nemocných středního a mladšího věku do ambulantní léčby. Současně významně vzrostla potřeba déletrvajících hospitalizací u polymorbitních (přítomnost několika nemocí najednou, případně spolu souvisejících) seniorů, náročnějších na specifické pracovní postupy, přístupy i znalosti lékařů. Odborné studie zabývající se problematikou léčby seniorů dokládají, že hospitalizace na specializovaných akutních geriatrických lůžkových odděleních (cca do 3 měsíců) přináší seniorům méně komplikací i rehospitalizací. Na geriatrická oddělení přejímají seniory od 60 do 65 let. Vzhledem k postupnému stárnutí populace praktický význam znalostí obecných zvláštností a specifíků geriatrie a gerontologie nutně vzrůstá.

Za poslední století je dnes považován věk 65 let a o vlastním stáří se hovoří od 75 let. Důležitě je hodnocení fyzického a psychického stavu jedince. Nejčastěji se užívá následující členění:

- 65-74 let o mladí seniory
penzionování, problematika volného času, aktivit, seberealizace
- 75-84 let o starší seniory
nastává zlomový bod ontogeneze, kdy dochází k rozvoji významnějších změn spojených s fyziologickým stárnutím, dostavuje se specifické stonání, problematika adaptace, zátěž, osamělosti
- 85 let a více o velmi starší seniory
dominuje problematika zabezpečení a soběstačnosti, vysoký počet křehkých seniorů, vysoké riziko možnosti vzniku závislosti

2.1. Rozdělení gerontologie

Gerontologie je v dnešní době disciplína, která se zabývá problematikou stárnutí a stáří. Tato mezioborová disciplína se skládá ze tří v dnešní době disciplín: teoretické, klinické a sociální.

Teoretická gerontologie je východiskem pro praktickou aplikaci poznatků. Tvoří ji například teorie stárnutí, genetika (biologie), predikce, životní styl. Součástí teoretické gerontologie je experimentální gerontologie zabývající se experimenty na zvířatech, in vitro, klinicko-fyziologickými studiemi u lidí.

Klinická gerontologie je samostatným lékařským oborem nazvaným **geriatrie**. Předmětem zkoumání je stárnoucí a starý člověk zdravý, ale především v nemoci. Obor se zabývá zvláštnostmi chorob ve stáří a jejich důsledky. Zaměřuje se na prevenci, diagnostiku, terapii, rehabilitaci, na ošetřovatelskou péči i patologických forem stárnutí a stáří.

Sociální gerontologie se zabývá vztahem společnosti ke starým lidem a naopak, integrací seniorů do společnosti, přípravou na stáří, zlepšováním jejich pozice/statusu ve společnosti, vzájemnými vztahy seniorů, péčí o seniory, rizikovými situacemi. Chce dokázat starému člověku, že může vést plnohodnotný život. Zkoumá potřeby starých lidí i vliv populačního stárnutí na společnost. Zasahuje do politologie, psychologie, sociologie, sociální práce, pedagogiky, ekonomie, práva, designérství a mnoha dalších oblastí.

Stárnutí a jeho projevy, jako například pokles duševních schopností a fyzická slabost, společnost nevnímá jako normální projevy procesu stárnutí, ale jako následky souhrnně probíhajících chorob.

Cílem moderní gerontologie je prodloužení aktivního života a udržení funkčních schopností. Usiluje o co nejdříve zachování přiměřené a duševní aktivity člověka, o zlepšení prognózy v případě onemocnění. Snaží se eliminovat nebo odvrátit ztrátu soběstačnosti. Gerontologie se zaměřuje prioritně na zvládnutí zdravotně-sociálních problémů seniorů s jejich specifiky,

tak odlišnými od problémů mladší a střední generace, a teprve pak na úrovni péči a terminální péči. Má ve svém přístupu k seniorům intervenční - preventivní charakter s podporou zdravého stárnutí.

Přístup gerontologie k seniorům je diferencovaný. Využívá funkční geriatrické vyšetření,⁹ které zohledňuje komplexní pohled na jedince. Klade důraz na soběstačnost a psychický a sociální aspekt. Komplexní geriatrické hodnocení je interdisciplinárním diagnostickým procesem. Tento proces je založený nejen na odbornosti jednotlivých členů týmu, ale i na funkční spolupráci (viz 1.4.).

Gerontologie nenahrazuje činnost ostatních klinických oborů v péči o seniora, ale doplňuje ji. K zásadám gerontologické práce patří:

- konkrétní, cílená a přiměřená diagnostika a terapie s cílem zlepšení kvality života,
- rehabilitace v potřebném rozsahu,
- aktivní přístup celého interdisciplinárního týmu s cílem zlepšení soběstačnosti, resp. odvrácení závislosti,
- vytvoření podmínek pro návrat do domácího prostředí,
- nalezení optimální řešení situace seniora v případě ztráty soběstačnosti.

Vše má vést ke zlepšení zdraví, soběstačnosti i kvality života seniora a snížit nutnost dlouhodobé ústavní péče.

Nejvíce je senior ohrožený ve věku nad 80 let, kdy se často vyskytují tato rizika:

- rozvoj imobilizačního syndromu,
- ztráta soběstačnosti,
- atypický průběh více nemocí vzájemně se ovlivňujících,
- malá adaptace na změny,

⁹ Kalvach Z., (in Dít P. et al.) Vnitřní lékařství, s. 510

- možnosti vzniku časně poruchy orgánové funkce,
- vková diskriminace.

Obecnou charakteristikou je interdisciplinární přístup a týmové řešení problémů stáří v etn disability.

Dosažení věku 65 nebo 75 let neznamena, že je člověk automaticky geriatrickým klientem. Indikátorem by neměl být věk, ale kvalita a profita ze specifického geriatrického režimu a prevence geriatrického institucionalizmu.

Stanovená diagnóza u geriatrického klienta za použití biomedicínských metod nevypovídá tolik o tom, jakou péči a podporu a v jaké míře potěbuje, jak se stává závislým na svém okolí, jak bude prožívát další život. Péče o staršího člověka je potřeba zaměřit nejen na léčení choroby, ale i na zachování i zlepšení soběstačnosti, na fungující sociální vztahy v rodině a komunitě.

Dlefitou součástí péče o geriatrické pacienty je uspokojení jejich potřeb, tak jak jsou hierarchicky řazeny (Maslow): základní biologické potěby – hlad, žízeň, chránit před zimou a bolestí, uspokojit sexuální pud apod., na vyšší úrovni saturace psychosociálních potřeb – soukromí, komunikace, pozitivní přijetí, nadekam patřit, zažívat úspěch, lásku apod. Nejvyšší úroveň tvoří spirituální, nadosobní potěby – naplnění mravního ideálu, sounálefitost s vyššími principy (např. náboženství).

Podle Z. Kalvacha a A. Onderkové je závažnou chybou v péči její výlučná orientace na uspokojení základních biologických potřeb. Klienti jsou nakrmeni, v bezpečí, ale strádají nedostatkem komunikace, autonomie, ztrátou životního smyslu. Kvalitu života určuje především naplnění vyšších úrovní životních potřeb. Naplnění vyšších potřeb může být zajištěno i prostědnictvím práce dobrovolníků (viz. 7. kap.) a aktivizačních terapií (viz. 6. kap.), i kontaktem s nemocničním kaplanem. Nutnost naplnění vyšších potřeb, jako komunikace, pozitivního přijetí, sdělení, se zvyšuje i s prodlužující se délkou hospitalizace. V případě závažného onemocnění ohrožující život přichází i zvyšující se

potřeba spirituální péče (viz. 6.2.), a to u samotného klienta i jeho blízkých. Spirituální potřeba při hospitalizacích bývá u pacientů i bez ohledu na věk i závažnost onemocnění.

2.2. Priority péče a služeb pro seniory

Priority se odvíjejí od teorie potřeb, které se promítají do geriatrických programů a všeobecných přístupů ke starým lidem. Celosvětově se nezdrazují principy, zohledňující především zdravotní stav a funkční zdatnost, ale zejména ty, jenž se realizují v projektech pro seniory žijící v domácím prostředí. Jsou to¹⁰:

- **zabezpečení**
 - jistota přísunů jídla, oblečení, potavy, čisté vody, základní zdravotní péče,
- **autonomie:**
 - zachování rozhodovacích kompetencí, kontroly nad děním, soukromí,
- **důstojnost**
 - respektování osobnosti, soukromí i stáří, prevence nevhodného zacházení, zanedbávání a násilí vůči klientům, vyloučení takových forem péče a chování, které senior vnímá jako ponižující,
- **smysluplnost**
 - vedení při hledání životní náplně, podílení zdravotní péče sociální roli, občanské dlouhodobé péče, programy, které ovlivňují zvláště prostředí instituce, prevence komunikační a senzorické deprivace (při postižení sluchu, zraku),
- **participace**
 - zapojení do života komunity, podíl na rozhodování (v rámci rodiny i dlouhodobé péče), komunikování, sdílení problémů (tzv. generační solidarita).

¹⁰ Kalvach Z., Onderková A., Stáří, s. 12

2.3. Funkční zdatnost

Seniorská populace je v oblasti funkční zdatnosti velmi roznorodá. Péče a podpora má za úkol zabránit poklesu seniorovy funkční zdatnosti a dále sledně usilovat o její zachování i zlepšení, například s využitím rehabilitačních, rekondičních nebo terapeutických postupů. Z hlediska péče máme rozlišovat seniorské kategorie:

- **Zdatní senioři**

Bez ohledu na svůj věk si udržují velmi dobrou zdatnost, vykonávají fyzicky náročné činnosti. Zvládají i náročnější zdravotnické výkony. Rehabilitace u nich probíhá vcelku rychle a i potěbně fyzické síle.

- **Nezávislí senioři**

Dobře zvládají běžné aktivity každodenního života, nepotřebují podstatnější podporu rodiny (zvládají nákupy, vedení domácnosti). Selhání přichází v situacích nepřijímajících vztahů (těžké onemocnění, pooperační stavy, porucha výtahu s nutností chůze do schodů apod.). Intervence nastává v domácím prostředí, a i ústavním ošetřování tyto osoby obvykle zvládnou opatření nevyžadují.

- **Kritičtí senioři**

Jsou více ohroženi náhlou dekompenzací zdravotního stavu (například recidivy srdečního selhání) nebo funkčního stavu (pády), náhlou nezabezpečností (neschopnost vstát po pádu, neschopnost zajistit si nákup), nezvládají závažné situace (například delirantní stav a i akutním onemocnění nebo změnami prostředí), potřebují trvalou podporu a i náročnějších činnostech každodenního života.

- **Závislí senioři**

Zčásti nebo zcela nezvládají ani běžné sebeobslužné úkony, z tělesných nebo duševních důvodů vyžadují pomoc a i chůzi, stravování, hygieny, oblékání, a i pesouvání z lůžka do křesla apod.

- **Zcela závislí senio i**

Jsou dlouhodobě, nebo zcela upoutáni na lůžko, popř. mají hrubé kvantitativní i kvalitativní poruchy v domě, vyžadují zajištění péče v oblasti antidekubitálního režimu, hydratace, výživy.

- **Umírající senio i**

Mají specifické potřeby komplexní paliativní péče.

2.4. Soběstačnost

Ztráta soběstačnosti patří mezi nejzávažnější důsledky gerontologické deteriorizace (zhoršení, oslabení) i různých chorob ve stáří. Soběstačnost je určována jako schopnost uspokojovat běžné potřeby samostatně v daném prostředí v poměru mezi zdatností klienta a nároky prostředí. K obnově soběstačnosti patří nejen léčba a rehabilitace, ale i úprava jeho prostředí (bezbariérová úprava, kompenzační pomůcky). Zejména prostředí, ve kterém se klient nachází, vyžaduje zvláštní pozornost.

K hodnocení soběstačnosti se využívá například test ADL, FIM (hodnocení funkční nezávislosti – Functional Independence Measure), dále testy MMSE (Mini-Mental State Examination) při kognitivních deficitech specifických gerontopsychiatrických testů. Nutně je třeba také hodnotit MNA (Mini Nutritional Assessment)¹¹. Výkonové testy se snaží ukázat schopnost podání určených výkonů při zdravotním omezení. Testování objektivizuje často nekorektní sebehodnocení klientů i jejich rodin a umožňuje lepší odhad vývoje, identifikaci rizikových pacientů – testy jsou citlivější a přesnější než subjektivní hodnocení jedince.¹² Ztížené testování je u osob s demencí nebo ztížených Alzheimerovou chorobou.

Soběstačnost je ovlivněna nemocí a geriatrickými syndromy. Diagnostika nemoci je v souvislosti rozdělena o hodnocení poruch zdraví

¹¹ Kalvach Z., Onderková A., Stáří, s. 22

¹² Kalvach Z., Křehký pacient a primární péče, s. 105

(geriatrické syndromy), funkční zdatnosti (disabilita) a ošetřovatelskou problematiku (dekubity, chronické rány apod.).

V průběhu stáří dochází k poklesu funkční zdatnosti, dochází ke zhoršení pohyblivosti, stability, svalové síly, jemné motoriky rukou, smyslovému vnímání, kognitivní schopnosti. Často postupně klesá i hmotnost. Tento stav způsobuje několik navzájem se překrývajících příčin. K těm hlavním patří¹³:

- involuční změny (tkáňová atrofie, úbytek svalové hmoty apod.);
- chorobné změny (ateroskleróza, osteoporóza, chronické záněty, demence);
- vliv způsobu života (poruchy výživy, dekonidice z inaktivity).

Pokles funkční zdatnosti s věkem vzrůstá, postihuje dříve ženy než muže a také u nich probíhá rychleji. U dlouhodobých lidí začíná později a průběh je pomalejší. Důsledkem je geriatrická křehkost, která je charakterizována řadou kombinací projevů jako například: nejistá a pomalá chůze, svalová slabost, instabilita s pády, únava, senzorický/kognitivní deficit, malnutrice, nízká odolnost vůči zátěži, subjektivní pocit chatrného stáří, úzkost, ztráta zájmu, rozmrzelost. Dále úbytek svalové hmoty i kostní tkáně. Geriatrická křehkost znamená, že zdravotní stav se může velice rychle a náhle změnit. Křehkost se vyskytuje i u relativně zdravých seniorů.

Stále více narůstá význam tzv. **geriatrických syndromů**, které ovlivňují velkou měrou soběstačnost. Geriatrické syndromy jsou závažné příznaky nebo příznakové soubory vyvolané kombinovanými příčinami. Mezi hlavní geriatrické syndromy (podle Z. Kalvach, A. Onderková) patří:

Syndrom instability: závratě a nestabilita rovněžho povodu. Hlavním rizikem jsou pády a jimi způsobená poranění (zhmožděliny, zlomeniny, nitrolební krvácení, tržné rány, popáleniny) a následná neschopnost vstát po pádu s nebezpečím dehydratace a prochlazení; psychosociální důsledky

¹³ Kalvach Z, Onderková A, Stáří, s. 26

(deprese, úzkosti, omezování pohybových aktivit, strach z pádu, dekonkordance). Příznaky mohou být různé povahy: poruchy srdečního rytmu, mozkového prokrvení, krevního tlaku, pokles krevního tlaku, svalová slabost, závažné poruchy kloubů na dolních končetinách, poruchy zraku. Pomocí může bezbariérová úprava prostředí, instalace madel, používání kompenzačních pomůcek, nácvik postavování po pádu, tělová sloužba.

Syndrom dekonkordance a hypomobility: omezení pohybové aktivity (posedávání, polehávání), atrofie svalů na dolních končetinách, pokles kondice (denní aktivity způsobují dyskomfort a srdeční obtíže projevující se únavou, dušností, pocením). Příznaky mohou spočívat ve ztrátě motivace, poruše výživy, depresi, neplánovaném užívání léků, bolestech pociťovaných při pohybu. Pomocí vedle kauzální léčby může být i změna pohybového režimu.

Syndrom imobility: více negativních důsledků po dlouhém nebo trvalém pobytu na lůžku (klesle). Projevuje se například dekubity, hypoventilací se zahuštěním a pneumonií, svalovou atrofií, dekonkordancí, poruchou stereotypních chůze, ortostatickou poruchou s pádem po postavení, dehydratací, depresí, senzorickou deprivací. Při ohrožení tímto syndromem hraje důležitou roli prevence, každodenní fyzioterapie (pasivní vzpřímování, postavování, přelapování na místě, stoj v chodítku, poloha na lůžku v polosedě nebo vsedě), hydratace, aktivizační programy podněty k fyzické i psychické aktivitě.

Syndrom anorexie a malnutrice: důvodem může být závažné onemocnění jako například nádorové, ale i neplánované užívání léků, deprese, nevhodná strava, kterou senior nedokáže rozkousat nebo spolknout. Dalšími příznaky jsou samotné poruchy chřupu a polykání, poruchy příjmu a vstřebávání potravy dány imobilitou, chudobou, syndromem demence, zanedbáváním sama sebe nebo nedbalostí pečujících osob. Klíčovým je sledování příjmu potravy, individuální příprava, zajištění nutričních hodnot.

Syndrom psychické alterace: různé formy kognitivního deficitu ať po syndrom demence provázené poruchami chování (agitovanost, blouznění, apatie), orientace, stavy zmatenosti a deliria, způsobené některými léky, vysazením návykových látek, různými somatickými stavy (horečnatý zápal, poruchy vnitřního prostředí, zvláště obsahu vody a sodíku). Nutný je zvýšený dohled, kauzální léčba příčiny delirantního stavu, zajištění bezpečnosti, terapie a aktivizační programy se zaměřením na obnovu a uchování kognitivních funkcí, zvýšená komunikace napomáhající například v projevech zmatenosti po narkóze.

Syndrom inkontinence: nekontrolovatelný i nepřiměřený odchod moči a/nebo stolice. Pokud nelze kauzálně léčit, využívají se různé pomůcky (vložky, pleny, mísy), je nutné zajištění dosahu toalety. Senioři se syndromem inkontinence mohou být ohroženi dehydratací, kdy ze strachu z úniku moči nedodrží pitný režim. Inkontinence je kontraindikací pro pobyt v lázních.

Syndrom smíšeného smyslového a komunikačního deficitu: jde o kombinovanou poruchu zraku a sluchu, kdy dochází k závažným omezením kontaktu s okolím. Důsledkem je deprivace a sociální izolace, proto pomáhají intenzivní komunikační a aktivizační programy.

Syndrom maladaptace a psychosomatické dekompenzace: především jde o reakci na přejetí do dlouhodobé institucionální péče nebo reakci jinou závažnou životní událost. Projevy jako apatie, bezcílné přecházení, pohybové stereotypy, vyhýbání se o nímu kontaktu, soustředění zájmu na základní životní potřeby, akcentování chronických obtíží, jsou často považovány za syndromy demence. Vyžaduje si tedy psychoterapeutická podpora a aktivizační programy.

Syndrom terminální geriatrické deteriorace: projevem je zhorování zdravotního a funkčního stavu křehkých seniorů bez jednoznačné chorobné příčiny, bez reakce na léčbu a spíjící ke smrti. Mezi hlavní příznaky patří

nechutenství, hubnutí, únava, omezování aktivit, apatie, pozd ji imobilita na l fku a n kdy stavy zmatenosti. Léka musí odli-it lé itelné p í iny, p i indikování syndromu je vhodné p ejít k paliativní pé i.

Kazuistika

Pan J. N. (79 let) byl p ivezen na akutní l fko interního odd lení záchrannou slufbou poté, co ho syn na-el leffícího na zemi pod postelí v zanedbaném stavu. Hospitalizaci klient po celou dobu odmítal a hrozil, fe na syna i v-echny ostatní podá flalobu. Z rozhovoru p i p íjetí vyplynulo, fe na zemi lefel proto, fe uléhání i zvedání z postele pro n j bylo namáhavé a n kolik dní pil pouze mléko (p íprava jídla byla pro n j namáhavá). Druhý den po p íjetí byla pořádána zdravotn -sociální pracovnice o sociální -et ení s tím, fe pravd podobnost návratu do domácího prost edí je nulová, bude pot eba dlouhodobá institucionální pé e a jsou pravd podobn naru-ené kognitivní funkce. P i prvním rozhovoru klient stále odmítal hospitalizaci, ale nebyl schopen samostatného pohybu mimo l fko a mluvil pouze o tom, fe chce dom , nelíbilo se mu, fe má na sob nemocni ní oble ení (ko-ile), podivoval se, co to je, na dotazy nereagoval. Zdravotn -sociální pracovnice následn kontaktovala syna, který projevoval o otce zájem, zda by otci nedonesl jeho pyflamo a dal-í osobní pot eby, otec ho ale neustále odmítal. Dále pracovnice pořádala o psychiatrické vy-et ení, které prob hlo následující den, s negativním výsledkem. P i dal-í náv-t v bylo vid t zklidn ní klienta (jifl m l na sob své pyflamo a k dispozici své osobní hygienické pot eby). Zdravotn -sociální pracovnice za ala mluvit o mofnostech následné pé e, kdy klient navrhované mofnosti institucionální pé e odmítal s tvrzením, fe se o sebe postará, nechotn p ípou-t l mofnost pe ovatelské slufby, ale rad ji by vyuřlval jen pomoc soused a syna se kterým stále odmítal mluvit. B hem dal-ích rozhovor , s pomocí citlivého p ístupu k pot ebám klienta, sám p ícházal na to, fe v tomto stavu se nem fe vrátit do své domácnosti, kde flije sám. Následující den pořádala o mofnosti institucionální pé e. V té dob klinická vy-et ení ukázala onemocn ní srdce s tím, fe je mofná lé ba (kardiostimulátor). Onemocn ní zp sobilo ztrátu funk ní zdatnosti. Vzhledem k tomu, fe nemocnice se nachází v míst , kde je více mofností institucionální pé e a byl as na rezervaci místa (ekání na léka ský zákrok), mohli jak pan J. N., tak i jeho syn zvařlovat mofnosti umíst ní. Institucionální umíst ní po hospitalizaci bylo plánováno na rekonvalescenci, s plánem, fe p i obnov funk ního stavu je pravd podobný mofný návrat do domácího prost edí s vyuřlíváním sociálních slufeb a pé e syna. Dále byla na doporu ení podána řádost o umíst ní do domova senior . Nevýhodou p i hospitalizaci na akutním l fku byla absence ergoterapeuta i rehabilita ního pracovníka, kte í by bývali mohli pomalu pracovat s obnovou fyzické zdatnosti ó takto byl klient neustále pouze na l fku. V rámci propou-t cího plánu byl zadán pořadavek na umíst ní do LDN podle výb ru klienta a rodiny. Umíst ní bylo naplánováno a za ízení potvrdilo p íjetí na pořadovaný termín. Dal-í e-ení situace klienta bude uskute ováno podle jeho aktuálního stavu. řádost o p íjetí do domova senior pan J. N. podal také, s tím fe tuto mofnost m fe využít a fl bude pot ebovat pé e vzhledem k nevyhovujícímu bydlení.

Kazuistika ukazuje, jak onemocnění ve stáří ovlivňuje nejen fyzický ale i psychický stav a jak je důležité nejen zabezpečení akutní zdravotní péče, ale i rozpoznání dalších potřeb klienta se snahou předcházet geriatrickým syndromům. Je vidět, jak správně vedenými rozhovory zdravotní-sociální pracovník pomáhá v adaptaci na změnu ve spolupráci s celým ošetřujícím týmem, jak může sledovat zájmy klienta s ohledem na jeho onemocnění. Klient potřebuje nejen dostatek informací v rozumné míře, ale i čas na promýšlení. Pro zjištění míry ztráty soběstačnosti v oblasti psychické i fyzické je potřeba pracovat odborně s využitím všech dostupných nástrojů odborníků. Typická diagnostika může nenávratně poškodit kvalitu následného života seniora.

2.4.1. Závěr

I kdyby byl senior z hlediska medicínského stabilizován a není možné další zlepšení zdraví, je potřeba zajistit další potřebnou péči, vhodné prostředí i sociální podporu. V průběhu sociálního ošetření a posuzování životní situace ve vztahu k onemocnění vyutilovat poznatky gerontologie. Komplexní geriatrické hodnocení zdravotního a funkčního stavu hospitalizovaného seniora v rámci interdisciplinárního týmu s návazností na konkrétní ošetření seniorovi situace je součástí plánování propuštění nebo přechodu z akutního lůžka nemocnice na lůžko ošetřovatelské. Zdravotní-sociální pracovník v rámci své profese nevyužívá pouze znalostí sociální pomoci, sociálních dávek, zajištění návaznosti následné péče, ale hodnotí i zdravotní a funkční stav seniora, a to ve vztahu k podmínkám a zdrojům v jeho přirozeném prostředí¹⁴.

Znalosti z oblasti gerontologie patří do profesionální výbavy zdravotní-sociálního pracovníka pracujícího se seniory a jejich rodinami. Zlepšuje orientaci v problematice onemocnění a zabraňuje zlehčování i přehrocení situace i nesplnitelným slibům.

¹⁴ Janečková H., (in Matoušek O.), Sociální práce v praxi, s. 165

3. Senior o ob trestného inu, týraní

Na nemocni ních odd leních se setkáváme s hospitalizovanými seniory následkem setkání se s trestným inem. Za zvlá– ohrožené seniory jsou považováni lidé trpící t lesným onemocněním nebo du–evní poruchou. Zm ny du–evního stavu neumohl ují dobrou orientaci v situaci a sniřují schopnost p edvídat nebezpe í. U n kterých onemocnění (jako nap . Alzheimerova choroba, vaskulární demence) se naopak m řlou vyskytovat patologické obavy z pronásledování, ohrožení i napadení. Star–í senio i ú astníci se aktivního řivota, řijící osam le se mohou stát ter em podvodník , zlod j . Lidé, kte í pot ebují pé i druhého, mohou být ohroženi týraním.

3.1. Ob trestného inu

Mezi nej ast j–í trestné iny páchané na seniorech pat í: kapesní krádeře, krádeře vloupáním, loupeře, podvody, vydírání, úmyslné ublíření na zdraví.

Domov je doprovázen pocitem bezpečí a jistoty. O to t řlí bývají psychické následky násilí, které se odeřrálo doma. V sou innosti s dal–ími odborníky je pot eba vyhledat vhodnou pomoc a p ípadně zabezpe ení domova seniora, kde by se op t cítil bezpečn . V n kterých p ípadech mohou být pomocí bezpečnostní zásady, jako nap . dobré vztahy se sousedy a vzájemná pomoc, nevpu–t t nikoho cizího bez p edchozí telefonické domluvy apod.

Násilí na ulici znamená pro seniory následky, které mohou být zdravotní, tak i psychické obsahující nap . strach vycházet z domu. K p ekonání strachu m řeme nabídnout službu, která zaji– uje nejen pé i v domácím prost edí, ale i doprovod seniora mimo domov. Bezpečnostní zásady platí i pro zaji–t ní bezpečí na ulici, jako nap . k procházkám volit vhodnou dobu a místo, pen řlenku, osobní doklady, klí e nenechávat navrchu ta–ky apod.

N kte í senio i jsou řzranitelnými ob řmiř. Charakterizuje je p edev–ím: sniřlení sociální kompetence (nejistota v jednání, neporozum ní kontextu

situace), osamlost, tělesná slabost, známky duševní nepohody nebo onemocnění.

3.2. Týrání

Násilí, které se vůči seniorovi dopouští jí osoby blízké formou týrání, jsou situace, kdy je nutné poskytovat taktivní a řádanou pomoc. Násilí se mže projevovat n kolika zp soby, a to psychické, fyzické, sexuální. U senior se specificky setkáváme i s majetkovým a finančním vykořisťováním, zanedbáváním péče, neposkytováním základních biologických a psychosociálních potřeb starších lidí. Chování nemusí dosáhnout trestného inu, ale i tak je pro řivot seniora destruktivní.

- **Tělesné týrání** ó v domé zp sobování fyzické bolesti.
- **Psychické týrání** ó dotýká se d stojnosti starého řovka ve form ponířování, psychického nátlaku, nevhodného zacházení, nerespektování potřeb a práví seniora. Bývá latentní.
- **Zneuřívání majetku a finančních zdrojů** ó projevuje se neúmrným pispíváním seniora na domácnost, finance jsou pouřívány pro jinou osobu. Chování seniora je vyhýbavé, nemá pov domost o nakládání s jeho penzi.
- **Zanedbávání tetí osobou** ó u senior se specifickými potřebami, které potřebují péči a podporu jiných osob, si p edevřím vřímáme zdravotního stavu, úrovn řtravování. Psychické násilí se projevuje také sociální izolací.

Pachatelé p evařují z okruhu rodiny, ale lze se setkat i s násilím v rámci seniorských aktivit. V první řadě jde o partnery (manřel/ka, druh/druřka). Při posuzování násilného chování je třeba posoudit, zda se nejedná o projev rozvíjející se duševní choroby nebo se jedná pouze o vyústění osobnostních zvlátností. Pachateli z ad pe ovatel jsou nejastěji d ti seniora. Stud pak

brání svít se o situaci doma a e-ení je asto pro starého lov ka spojeno s velkými obavami. P i zve ejn ní násilí páchaného d tmi nebo dal-ími pe ovatelem, je pravd podobné, fle senior bude umíst n do institucionální pé e.

P í in týrání blízkou osobou m fle být mnoho. Pachatel m fle omezen chápat, fle jeho chování je násilné. Situaci m fle vnímat jen ze svého pohledu. Domnívá se, fle za pé i si zaslouží finan ní prost edky svého rodi e, fle osoba s demencí sta í pouze bazální pé e a nepot ebuje spole nost, fle takto nemocný lov k nevnímá, jak je s ním zacházeno.

Podce ování náro nosti pé e m fle vést k zanedbávání hrani ícímu s týráním, zát fl pe ovatele, která se m fle stát p i své asové náro nosti a dlouhodobosti neúnosná. Tento d vod není ospravedln ím násilného jednání, ale je pot eba se zamyslet i nad flivotem pe ovatele a jeho blízkých. Neúm rná zát fl, zhor-ení zdravotního a psychického stavu m fle spustit stresovou reakci spojenou s násilím.

Na druhé stran m fle vznikat situace, kdy je lov k na po átku du-evního onemocn ní (nej ast ji demence) m fle psychicky týrat své okolí. Mezi základní intervence pat í lé ba projev a podpora ohrožené osoby. V rámci sociálních intervencí je pot eba zvážit vhodnost a bezpe nost spole něho souflití.

P i e-ení situace je vhodné postupovat podle následujících pravidel¹⁵:

1. Snažíme se zajistit bezpe í a ochranu.
2. Respektujeme p ání na zp sob e-ení situace. P ání seniora je asto z stat s rodinou.
3. Snažíme se navázat dialog s rodinou, hledat e-ení.

Pokud vznikne podez ení na týrání hospitalizovaného seniora je povinností kontaktovat policii. V sou asné dob sociální práci s osobami týranými

¹⁵ írtková L., Vitou-ová P., Pomoc ob tem (a sv dk m) trestných in , s. 62

vykonává podle zák. č. 108/2006 Sb., § 60 Intervenční centra v příslušném regionu nebo je možné kontaktovat neziskové organizace zabývající se touto problematikou. Organizace disponují odborníky zaměřenými na problematiku domácího násilí a mohou pomoci ve správném zhodnocení situace.

3.2.1. Závěr

Absence bezpečí a jistoty po setkání s trestným činem může vést seniora k vyřadování prodloužení hospitalizace. Je důležité tuto situaci vnímat jako citlivým přístupem hledat takové řešení, které by navrátilo pocit bezpečí a jistoty.

Rozhodující bývá zdravotní-sociální poradenství, dispenzarizace dysfunkční rodiny i ohrožené osoby. Pokud není případ obzvláště závažný, doporučuje se nekriminalizovat viníky a řešit událost na občanskoprávní úrovni. Důležitá je podpora postižené rodiny a řešení stresových situací prostřednictvím služby, poradenství. Za účinnou je považována i kontrola agresora. Týrání, které může být i v institucionální péči je třeba předcházet výchovou personálu, prevence syndromu vyhoření, správnou motivací, zamezení postižení. Dále napomáhá kontrola vedoucích pracovníků i vstup dobrovolníků do zařízení.

4. Pé e o závislého seniora

4.1. Autonomie senior

V t-ina star-ích lidí sama pe uje o uspokojování svých pot eb, svým tempem, které by m la rodina i pracovníci respektovat. N kte í pot ebují pomoc p i hygien , oblékání, nákupu, va ení, uklízení . Obecn ale lov k nechce být závislý. Pe ující rodina by m la dát svému seniorovi prostor k tomu, aby se v co nejv t-í mí e obsloufil, by v d sledku fyzických omezení s men-í pe livostí, i kdyfl k tomu pot ebuje del-í as. Star-í lidé se postupn stávají závislí na pomoci druhých v napln ní svých fyziologických pot eb, ale mohou si co nejdéle uchovat svou autonomii. Autonomie pat í do pot eb sebeaktualizace a je na vrcholu Maslowovy pyramidy pot eb. Autonomie neexistuje vn sociálních vazeb, které ji omezují nebo podporují. Mezi jednotlivci je autonomie stále v interakci vyjednávána. Osobní autonomie p iná-í lov ku pocit fyzické i psychické pohody, a tak p edstavuje fládoucí rys jeho flivota.¹⁶ Sociologický výzkum agentury STEM šSenio i v eské spole nosti 2007õ ukazuje, fl

- 69 % dotázaných si p eje ve stá í z stat doma,
- 75 % považuje za nejlep-í, pokud o nesob sta ného seniora pe uje osoba mu blízká, a nemusí to být len rodiny,
- 90 % oslovených by uvítalo zalofení st ediska terénních soc. slufleb.

Zajímavé je, fl stejný postoj mají jak sta í, tak mladí respondenti. Odráfl se zde zájem o aktivní e-ení problém stá í ve v-ech skupinách obyvatelstva.¹⁷

4.2. Pé e a podpora v rodin

Pé e a podpora se týká celé rodiny. Rodinu tvo í d ti, které mají nejblífl ke svému starému rodi i, jejich partne i s d tmi a také sourozenci senior . V-ichni

¹⁶ Kalvach Z., K ehký pacient a primární pé e, s. 35

¹⁷ ervenková R., Sdílíme jeden sv t, Readerø Digest, 10/2008, s. 63

spolu vytvářejí systém, kdy každý je jednotlivým prvkem. Prvky jsou propojeny sítí vzájemných vztahů. Tyto vztahy nejsou v rámci starému rodiči na stejné pozici, ovlivňuje je například vzdálenost bydliště, a s tím související frekvence návštěv, ale i v každé společnosti profity. Vztahy uvnitř systému jsou různé.¹⁸ Vztahovou síť může zkomplikovat příchod druhé snachy nebo zetě, i nevlastní vnoučata, která mohou mít problémy s přijetím nevlastních prarodičů a naopak. Rozrůstá-li se rodina tímto způsobem, vzniká pravděpodobnost, že senioři v rodině budou sami a opuštění.

Rodina zaujímá ke svým seniorům obvykle smíšené pocity. Mezi pozitivní patří láska k rodičům, obohacení jejich přítomností, starost a péče, aby jejich potřeby byly uspokojeny, včetně zajištění péče a podpory v domácím prostředí. Negativní pocity v této oblasti obsahují strach ze zhoršujícího se zdravotního a psychického stavu seniora, z problému smíření se s faktem, že starý rodič své blízké nepoznává, strach z toho, že se neumím o starého člověka postarat, otesání svých rolí rodičů, úzkost ze smrti a ztráty blízkého člověka. Dostavuje se strach z nutnosti opouštět vlastní rodinu a z nepochopení ostatních členů rodiny¹⁹. To má za následek zážitky hlubokého, nevyjádřitelného pocitu viny.

Kvalita života rodiny záleží na rovnováze těchto pocitů. Obzvláště obtížné je opatrování starého demenčního rodiče, kdy se značně komplikuje komunikace. Rodiny vystavené takové zátěži bývají při péči o sobování se situací zmatené a znepokojené.

Zvýšená starost o seniora v rodině je ve velké většině starost ženy, protože souvisí především s pomocí při vedení domácnosti. Vzniká tak velké pracovní zatížení, a je to už starost o šdruhou domácnost nebo snaha o rovnováhu v domácnosti, kam přibyl šnový, v této nemocný nebo handicapovaný člen.

¹⁸ De Singly F., Sociologie současné rodiny, s. 80

¹⁹ Pichaud C., Thareauová I., Soužití se staršími lidmi, s.70

Pro seniora může být těžké přijmout závislost na druhých, a zároveň z ní mohou vzniknout jisté výhody. Pokud je v pokušení fládat čím dál víc a dlat tím méně, zvyšuje se jeho pasivita a odkázanost na cizí pomoc. Péči o seniora v rodině mohou usnadnit odlehovací služby (spojené například s rehabilitačním pobytem), kdy rodina může mít čas pro sebe například odjet na dovolenou. Pečovatelé mají čas sami na sebe a na vlastní relaxaci. Krátkodobá změna prostředí může být příjemná i pro seniora a jiné prostředí, nové podmínky.

V současné době se objevuje fenomén dvojího stárnutí, kdy o seniora ve věku nad 80 let pečuje mladší senior (dcera/syn), kteří mohou mít sami zdravotní problémy omezující poskytnutí péče. Poskytování péče by se mělo řídit zásadou, že chtějí, mohou, umějí.

Princip, který pomáhá pečujícím i příjemcům péče, je v tom, že ti, kdo poskytují pomoc, by neměli mít pocit vykořisťování a ti, kteří pomoc přijímají, by neměli proflívat závislost a povinnost vděčnosti. Ideálem je partnerství obou stran, pečovatele i seniora.

Kazuistika

Paní J. R. (82 let) hospitalizována na geriatrickém oddělení nemocnice, nyní zmatená, nutná péče v základní sebeobslužnosti (pomoc při jídle, hygieně, oblékání), nechce choditkem. Dcera (syn a dcera) zvažují různé následné péče. Do hospitalizace v nemocnici paní J. R. přišla u syna. V poslední době před hospitalizací nažel syn několikrát matku ležet na zemi, v noci i venku, bloudila. Obě dcery mají strach říct matce o podání žádosti do Domova seniorů, protože matka stále mluví o návratu domů. Na schůzce se zdravotnicko-sociální pracovníci jim bylo doporučeno podat žádost do Domova seniorů (dále DS) a aby se pokusili matce vysvětlit situaci (dcera (60 let) je onkologicky nemocná a její současný stav jí nedovoluje o matku pečovat). Syn (62 let), který žije sám v domácnosti, si není jistý, že by dokázal své matce péči zajistit v takovém rozsahu jaký její zdravotní a duševní stav vyžaduje. Zdravotnicko-sociální pracovníce obě vyjádřila pochopení jejich situace, ale opět upozornila na to, že žádost o umístění do DS musí podepsat jejich matka s tím, že u toho může být, ale jednat by měli sami. Bylo vidět, že tato situace je pro oba nepříjemná a jak se zmínili, byli by rádi, kdyby za matkou s žádostí mohl jít někdo jiný.

Kazuistika ukazuje problematiku dvojího stárnutí s onemocněním pečovatele a s obavami zvládnutí péče u druhého možného pečovatele.

Dleflitá je soudrřnost celé rodiny a tak zachovávat sí pe ovatel tvo enou i vnou aty, p ípadn dal-ími p íbuznými a blízkými, kte í mohou v pé i pomoci i zastoupit pe ovatele. Jsou samoz ejm sítuace, kdy nelze vyuffít model více pe ovatel v domácím prost edí a tehdy p íchází na ádu institucionální pé e. P í zaji- ování této pé e je t eba do hledání vhodného místa zapojit i rodinu, aby z staly zachovány vazby, které by mohly být naru- eny vzdáleností (nízká frekvence náv-t v). N kdy i sama rodina vyhledá institucionální pé i p ímo v míst svého bydli-t , aby byla se seniorem v co nejbliř-ím kontaktu. Dále je zde vid t, že sítuace, kdy lov k bude odkázaný na podporu n koho jiného by m l star-í lov k promý-let v as a p ípadn si i p edb fln zajistit místo v penzionu pro seniory, DS. Nebývá to p íjemné rozmý-lení, ale je to zodpov dný p ístup, na který se upozor uje v rámci aktivního stá í.

4.3. Záv r

Senio i (í) ztotoř ují autonomii p ínejmen-ím se schopností rozhodovat o záleřitostech, které se jich týkají. Jejich pojetí tedy p ípou-tí autonomii i v sítuaci, kdy je sob sta nost omezena na elementární aktivity, a dokonce v sítuaci plné fyzické závislosti.²⁰ Na tuto skute nost nesmíme zapomínat.

Vztahy s d tmi, vnou aty a -ir-í rodinou i p áteli, sousedy a známými jsou velmi d leřité, aby nevznikl pocit osamocení. Tyto vztahy si v t-inou vytvá íme d íve a pozd ji z nich erpáme. Rodina je tím, z eho vycházíme, ale k emu se ve stá í i vracíme. Pokud jsou vztahy dob e vytvo ené i udrřované neztratí se ani p í institucionální pé i a v t-inou rodina s takto dob e vytvo enými vztahy preferuje pé i o seniora v domácím prost edí, pokud to podmínky jen trochu dovolí. P í vypracování plánu propu-t ní pracuje tým prost ednictvím zdravotn -sociálního pracovníka i s rodinou klienta v návaznosti na domácí prost edí i komunitu.

²⁰ Kalvach Z., K ehký pacient a primární pé e, s. 36

Rodina zvažující možnosti péče musí dostat dostatek informací o možném vývoji zdravotního stavu klienta i o prohlášení tohoto stavu (viz. 2.3. a 2.4.) a o možnostech zdravotní a sociální péče i podpory (viz. 5. kap.). Důležitá je v domě toho, kde na péči neustanou sami a kde jsou možnosti respite péče. Měli by dostat i informace o finančních podporách, na které má klient i pečovatel právo a za jakých okolností a jakým způsobem o ně žádat. Čím více je omezena soběstačnost klienta, tím je potřeba více se vnovat péčivou podporou pečující rodiny. Podcenění péči, zatajování skutečností může být důvodem rehospitalizace i institucionální péče. Pečovatelská zátěž²¹ je skutečnost, kterou lze sledovat a je potřeba jí vnovat pozornost stejně jako podporu samotného klienta. Pomocí pro pečovatele jsou i svépomocné skupiny, různé praktické edukační materiály s příklady péče (např. publikace Paní Anetka má demenci) nebo i webové portály (např. www.pecujici.cz).

V posledních desetiletích se změnila struktura rodin, členy jichž neustávají v domácnosti a zmizel fenomén výmkně. Péče se pro mnohé stala tak zprofesionalizována, že se rodiny domnívají, že péči neposkytnou dostatečně profesionální. Rodiny přicházejí do nemocnic nevybaveny informacemi o možnostech podpory péče v domácím prostředí a neznají ani své možnosti. Neměli bychom zapomínat, že správně nastavené podmínky péče o závislého člena rodiny dovoluje pečujícím tuto činnost vykonávat dobře a zároveň se stává i vzorem pro mladší členy rodiny, a neotěsným zážitkem. Správné nastavení může vést k trvalému posílení funkce rodiny.

Jsou i klienti, kteří rodinu nemají nebo nejsou v aktivním vztahu nebo jsou hodně vzdáleni. O propuštění je v tomto případě informován Úřad práce obecní úřad, soc. odbor (dále ÚP), podle místa pobytu poskytl. Následnou nezbytnou další péči po propuštění ze zdravotnického zařízení zajímá obvykle zdravotní-sociální pracovník případně spolu s příslušným

²¹ Janečková H, (in Matoušek O.), Sociální práce v praxi, s. 169

odborem sociálních v cí. V n kterých p ípadech sta í ambulantní nebo terénní služby a p ípadn jejich kombinace. Pokud se tyto služby nepoda í zajistit z d vodu napln ní kapacity nebo dostupnosti nem fle být klient propu-t n. Jestliffe pro dal-í hospitalizaci nejsou zdravotní d vody, ale klienta nelze propustit do domácího o-et ování, vzniká oprávn ní zm nit statut osoby z pacienta na uflivatele sociálních služeb (pokud je zdravotní za ízení v registru poskytovatel soc. služeb) v etn zaji-t ní odpovídající zdravotní pé e. O této situaci rozhoduje o-et ující léka spolu s interdisciplinárním týmem.

Od dubna 2012 mají pacienti právo na p ítomnost osob blízkých, které mohou být p ítomni p í poskytování zdravotnických služeb. Tato osoba (ur ená pacientem) bude informována o zdravotním stavu, m fle nahlíftet do dokumentace a ur ovat za jakých okolností chce být lé en i na základ zavedeného institutu d íve vysloveného p ání pacienta.

5. Zajištění následné péče, poradenství

Zdravotní-sociální pracovník identifikuje sociální rizika, která plynou z postižení klienta. Je znalcem možností a postupů následné péče v návaznosti na akutní. V rámci propouštění klienta z nemocnice zjišťuje prostředky pomoci (rodina, sousedé) v domácím prostředí a kde se toto prostředí nachází (město/venkov). Dále jaké je domácí prostředí z hlediska kvality bydlení (hygiena, bezbariérovost), ale i ekonomická situace.

Mezi základní životní potřeby patří také zajištění stravy, bydlení, hygieny, údržba domácnosti a kontakt se společenským prostředím. Služby sociální péče a podpory mají za úkol podpořit fyzickou i psychickou soběstačnost a uspokojování životních potřeb. Cílem je posílit nebo nahradit ztracenou nebo postupně se zhoršující soběstačnost.

Nejčastěji vyvolávají senioři také služby sociální péče, které jim umožní znovu se zapojit do života komunity. Služby mohou být poskytovány dlouhodobě bez časového omezení. Střednědobé, kdy se cíle realizují v průběhu časového období, nebo krátkodobé, kdy se jedná o okamžitou realizaci a poskytování služeb zpravidla netrvá déle než jeden měsíc.

Místem poskytování služeb je zařízení či instituce, kde jejich uživatelé žijí (pobytové) nebo kam docházejí (ambulantní), anebo jsou poskytovány v domácím prostředí (terénní) uživateli. Pokud není možný návrat do domácího prostředí, pracuje zdravotní-sociální pracovník s informacemi o institucionálních službách v daném regionu.

Pro doporučení a zajištění služeb je nutná znalost rozsahu péče i veškeré podmínky poskytování služeb a zohledňovat vždy zájem seniora.

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám prostřednictvím služeb a příspěvků na péči a na která ustanovení jsou upravena vyhláškou č. 505/2006 Sb. a aktualizována zákonem č. 366/2011 Sb. Dříve musel ředitel o sociální

službu nejdříve kontaktovat příslušný správní orgán. Dnes si žadatel službu vybírá sám a oslovuje příslušného poskytovatele nebo žádá obec o zprostředkování poskytnutí služby i kontaktu. Obce jsou povinny zajistit dostupnost sociálních služeb.

5.1. Sociální služby pro seniory

O poskytnutí služby se uzavírá smlouva s poskytovatelem služby. Její forma a náležitosti jsou upraveny zákonem, kde jsou popsány i jednotlivé druhy a vymezení účelů služby, ale i okruh osob pro který je služba určena. Poskyvatelé služeb jsou v registru uvedeném na www.iregistr.mpsv.cz.

Následuje stručná charakteristika služeb využívaných seniory.

Pečovatelská služba – zajišťuje komplex služeb (podle dojednání) v domácím prostředí nebo v zařízení sociálních služeb ve vymezeném úseku. Cílem je zajistit péči o osobu klienta, zajistit domácnost klienta.

Osobní asistence – služba (terénní) je poskytována bez časového omezení v prohozeném prostředí klienta při činnostech, které osoba potřebuje. Přístup se řídí zachovanými schopnostmi klienta a je řízená nebo neřízená. Cílem je naplnit především dva okruhy potřeb – biologické a/nebo kulturní, které bez pomoci sám nezvládá i poskytnout potřebující rodině oddech.

Tísňová péče – nepetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace se seniory v domácím prostředí. Cílem je zajistit pomoc při zhoršení nebo náhlém selhání zdravotního stavu.

Průvodcovská a pedagogická služba – napomáhá udržení autonomie ve využívání vlastních záležitostí. Bývá poskytována v rámci jiných služeb.

Odlehčovací služby – zajišťují pomoc v oblasti péči a podpory klientů se sníženou soběstačností. Jsou terénní, ambulantní nebo pobytové. Cílem je umožnit odpočinek potřebující osobě nebo zajistit péči v době kdy potřebující nemohou poskytovat péči, například při onemocnění.

Centra denních služeb – ambulanti služba s cílem zajistit péči a podporu.

Denní a týdenní stacionáře – ambulanti a pobytové s cílem zajistit pravidelnou pomoc a podporu.

Sociální aktivizační služby – ambulanti, případně terénní s cílem pomoci klientům ohroženým sociálním vyloučením.

Domov pro seniory – pobytová služba především pro klienty se sníženou soběstačností s pravidelnou péčí a podporou.

Domov se zvláštním režimem – pobytová služba pro klienty se specifickými potřebami z důvodu chronického onemocnění stařeckou, Alzheimerovou nebo jinou demencí. Cílem je péče a podpora při zvládnutí potřeb klientů.

Kazuistika

Paní A. G. (78 let) byla přijata na akutní lůžko nemocnice z důvodu zhoršení zdravotního stavu s následkem snížené schopnosti sebeobslužnosti. Návrat do domácího prostředí (žije sama) byl doporučen po stabilizaci zdravotního stavu a zajištění služeb. Z rozhovoru s klientkou vyplynulo, že již využívá pečovatelkou službu (1x denně – donáška obědů a nákupů). Dále bylo ošetřujícím lékařem navrženo zajištění zdravotní péče (1x denně) pro aplikaci léků (injekce) v domácím prostředí. Vzhledem k tomu, že v nemocnici nebyla dostupná ergoterapie, bylo doporučeno použití kompenzačních pomůcek s edukací ergoterapeuta. Bezbariérovost bytu slíbila zajistit rodina. Vzhledem k tomu, že paní A. G. vyjádřila přání udržet samostatnost i v pohybu ve venkovním prostředí, který samostatně nezvládá, byla jí doporučena další služba – asistence. Při plánování zajištění služeb zašla paní A. G. mluvit o tom, kolik lidí bude chodit do její domácnosti, že u ní pečovatelky se u ní střídají. Děl si dala starosti v jakém se a jak se budou neustále střídat. Výhodou v této situaci bylo, že plánování zašla v asistenci paní A. G. mohla o svých obavách mluvit a nacházet řešení, které by jí v této pro ni nepříjemné situaci pomohlo. Pomocí bylo zajištění, že některé služby jsou pouze dočasné (home care, ergoterapie) a asistenční služba je pouze v případě, kdy jí paní A. G. bude konkrétně potřebovat. Po zlepšení zdravotního stavu, bude využívat pravidelně jen pečovatelkou službu.

V kazuistice je vidět, jak nestačí jen služby zajistit, ale je potřeba s klientem mluvit i o potřebách této služby. Málokdo si asi uvědomujeme potřebu a neznámých lidí, kteří se najednou ocitnou v domácnosti seniora a svým

zp sobem naru-ují jeho intimní prostor. Ideálním e-ením by bylo, kdyby pracovníci zaji-ující služby mohli za klientem p ijít jifi v dob hospitalizace (p ed propu-t ním) a sami p edstavit nejen sebe, ale i zp sob zaji-t ní pé e.

5.1.1. P ísp vek na pé i

P ísp vek na pé i pomáhá zabezpe it pé i nesob sta nému seniorovi tak, fle napomáhá k pokrytí náklad . Optimálním modelem je sdílení pé e mezi neformálními pe ujícími a registrovanými poskytovateli sociálních služeb²². P ísp vek na pé i náleží t m, kte í se stali záviskými nebo zcela záviskými na pé i jiné osoby z d vodu nep íznivého zdravotního stavu. O p íznání p ísp vku (na základ -et ení) rozhoduje ÚP a jeho vý-e záleží na stupni závislosti (I.ó IV.). Podrobnosti jsou uvedeny ve vyhlá-ce . 391/2011 Sb., se kterou p i-ly zm ny vyhlá-ky . 505/2006 Sb. Pokud je p ísp vek p íznán se stupn m závislosti III.óIV. a jeho pe ovatel z d vodu poskytování pé e nem fle být zam stnaný, je mu hrazené státem zdravotní a sociální poji-t ní.

Od ledna roku 2012 je zákonem zavád ný i institut tzv. asistenta sociální pé e, kterým je fyzická osoba star-í 18 let se zp sobilostí dle zák. o soc. službách. Jedná se o osobu blízkou (nap . soused), která není registrována. Asistent je povinen uzav ít s osobou, které poskytuje pé i, formální písemnou smlouvu (nálefitosti dle zákona). Úhrada je hrazena z p ísp vku na pé i a do vý-e 12.000 K je osvobozena od daní.

5.1.2. O-et ovné

O-et ovné je dávka z nemocenského poji-t ní, která se vyplácí, pokud je nezbytné poskytnout pé i jinému lenu domácnosti (spole né bydlení). Jedná se o omluvenou nep ítomnost v zam stnání. Podp r í doba je 9 dní. P íslu-ný tiskopis vystavuje o-et ující léka osoby, která pé i pot ebuje.

²² evela R, Sociální gerontologie, s. 158

5.1.3. Dávky pro osoby se zdravotním postižením

Jde se o dávky, které zmírují sociální následky zdravotního postižení. O dávky se žádá a rozhoduje o jejich poskytnutí ÚP. Druhy dávek jsou podle věku na mobilitu a podle věku na zvláštní pomůcky.

5.1.4. Dávky v hmotné nouzi

Hospitalizovaní seniori mohou být i osoby v hmotné nouzi. K zajištění základních životních podmínek slouží dávky systému pomoci v hmotné nouzi: podle věku na živobytí a doplatek na bydlení (vyplácené měsíčně, opakovaně), mimořádná okamžitá pomoc (jednorázová pomoc). Poskytnutí této pomoci upravuje zákon č. 111/2006 Sb. a zákon č. 366/2011 Sb., v kompetenci ÚP.

5.2. Zdravotní a ošetřovatelská péče

Agentury domácí péče (home-care) poskytují základní zdravotní péči v domácím prostředí a vykonávají ji zdravotní sestry. Nedílnou součástí je edukace a zaučování klienta i jeho rodiny. Službu lze využít i po krátkodobých hospitalizacích (tzv. jednodenní chirurgie). Patří sem také ergoterapie (nácvik chůze, stoje, chůze o berlích a v chodítkách aj.) s cílem vrátit klienty k soběstačnosti v hygieně, jídle apod. Na která onemocnění vyžadují pravidelné rehabilitační cvičení, služba je pak klienty využívána dlouhodobě.

Hrazena je zdravotní pojištěnou a je doporučena ošetřujícím lékařem. Pokud doporučení lékaře není, hradí si klient službu sám. Nabídka služeb i ohodnocení vychází ze seznamu zdravotních úkonů. Péče za souhlasem ošetřujícího lékaře a o službu žádá klient nebo jeho rodina.

Léčebny dlouhodobě nemocných (dále LDN) jsou zdravotnická zařízení pro dlouhodobě nemocné se stanovenou diagnózou a dlouhodobým léčebným plánem. Indikací k umístění je stav, kdy klient není tělesně nebo duševně

sobstavně a poskytuje pravidelnou lékařskou kontrolu, zdravotelskou a rehabilitační péči. Klient nepřechází na toto oddělení z domova, ale v tichou z akutních i flek nemocnic. Přijetí doporučí ošetřující lékař a schvaluje primární léčbu. Umístění se řídí podle místa trvalého bydliště, v případě obsazených míst může být klient umístěn i jinde.

Paliativní péče, jak je definována Z. Kalvachem je cílev domá, komplexní a kvalifikovaná podpora lidí se závažným, neléčitelným a život zkracujícím onemocněním (zdravotním stavem) a také rodin těchto lidí. Jedná se o pokračování onemocnění spíjící ke smrti o podpora a péče se pohybuje v rozmezí několika týdnů až měsíců.

Paliativní péče je někdy poskytována až ve fázi bezprostředního umírání a jindy zvláště u neonkologicky nemocných, u nichž je obtížný odhad životní prognózy, je péče podstatně delší i jen předchodná při zhoršení stavu nebo krizi. Paliativní péče je péče ucelenou, tzn. podpora při obtížích tělesných, duševních, sociálních i spirituálních. Zakladatelka hospicového hnutí v ČR, M. Svatošová uvedla, že šlo je (v této péči) nadále podpora umírajícího člověka a jeho konáního života o podpora důstojnosti, smysluplnosti, osobnosti. Krédem²³ paliativní medicíny by mělo být: umění utrpení, cítit život a naději, posílit smysl života a jistotu kontaktu s nejbližšími lidmi.

Hně odhadnutelná prognóza je u lidí v konečných fázích nenádorových onemocnění, jejichž zhoršení stavu je opakovatelně zvrátelné. Předně se jedná o orgánová selhání srdce, onemocnění respirační, jaterní, ledvinové. Nejistá časová prognóza je i u lidí v dlouhodobě nepříznivém a zásadně nezlepitelném, zhoršujícím stavu. Jedná se zvláště o pokračování stádia syndromu demence, AIDS, nebo pokračování stádia imobilizačního syndromu předně s poruchou v domě a rozvojem dekubitů. U těchto lidí jde o

²³ Kalvach Z, Manuál paliativní péče o umírající klienty, s. 13

dlouhodobou péči i obsahující i podporu ke zlepšení funkčního i zdravotního stavu i paliativní úlevovou péči. Paliativní péče se poskytuje v následujících formách:²⁴.

Domácí paliativní péče (tzv. mobilní hospic) a zajišťuje trvalou dostupnost péče (7 dní v týdnu, 24 hodin denně). Důležitou součástí je práce s pacientovou rodinou a blízkými, kteří se obvykle aktivně přímo podílejí na péči.

Domácí hospic je obvykle samostatně stojící lékařské zařízení (obvyklá délka pobytu je několik týdnů) a důraz je kladen na individuální potřeby a přání každého nemocného. Je snaha vytvořit prostředí, ve kterém by pacient mohl žít až do konce života v intenzivních vztazích se svými blízkými.

Konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení (nemocnice nebo léčebny) poskytnutí interdisciplinární expertní znalost z oblasti paliativní péče do lékařských zařízení různého typu. Posiluje pocit kontinuity péče (klient zůstává na oddělení, kde byl doposud léčen).

Oddělení paliativní péče (OPP) v rámci jiných zdravotnických zařízení (nemocnice, léčebny) poskytuje o nemocné, kteří potřebují komplexní paliativní péči a jsou schopni potřeby pro diagnostiku a léčbu ostatní služby a komplement nemocnice. V rámci možnosti daného zařízení OPP usilují o realizaci hospicového ideálu.

5.3. Pobytová sociální péče v nemocnici a sociální lékařka

Služba vznikla z důvodu nedostatku sociálních služeb, především pobytových, ale i terénních. Od roku 2007 začaly vznikat v nemocnicích tzv. sociální lékařka (obětovatelská). Když podle vyjádření tehdejšího ministra zdravotnictví p. Julínka mají být klientům tyto služby poskytovány vedle lékařské péče i kvalitní sociální služby. Důvodem byla a je situace, kdy je klient propuštěn po provedených vyšetřeních a ošetřeních z akutního lékaře, došlo ke

²⁴ Sláma O., Kabelka L., Vorlíček J, et al., Paliativní medicína pro praxi, s. 31

zlepšení stavu, ale klient není schopen se obejít bez pomoci druhé osoby vzhledem ke svému zdravotnímu stavu, ale další péči lze poskytovat ambulantně nebo v jiných zařízeních.

Pokud klient rodinu nemá, o propuštění je v tomto případě informován ÚP, podle místa pobytu pojištěnce. Následnou nezbytnou další péči po propuštění ze zdravotnického zařízení zajišťuje obvykle zdravotně-sociální pracovník případně spolu s příslušným odborem sociálních věcí. V nich kterých případech stačí ambulantní nebo terénní služby a v případě jejich kombinace. Pokud se tyto služby nepodaří zajistit z důvodu naplnění kapacity nebo dostupnosti nemůže být klient propuštěn. Jestliže pro další hospitalizaci nejsou zdravotní důvody, ale klienta nelze propustit do domácího ošetřování, vzniká oprávněným změnám statut osoby z pacienta na užívatele sociálních služeb (pokud je zdravotní zařízení v registru poskytovatelů soc. služeb) včetně zajištění odpovídající zdravotní péče. O této situaci rozhoduje ošetřující lékař spolu s interdisciplinárním týmem.

Zdravotnické zařízení poskytující sociální péči uzavírá s klientem smlouvu, která obsahuje druh soc. služby, rozsah služeb, místo a čas poskytování soc. služby, výši, způsob placení, ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených pro poskytování soc. služeb, výpovědní důvody a výpovědní lhůty, dobu platnosti smlouvy. Osobu, která není schopna sama jednat a nemá zákonného zástupce, zastupuje při uzavírání smlouvy odbor sociálních věcí.

Po uzavření smlouvy se stává lůžko zvláštní ambulantní péčí na základě smlouvy s klientem. Zdravotnické zařízení je povinno napsat propouštěcí zprávu a současně založit novou dokumentaci sociální péče. Nastává režim poskytování sociální služby se snahou o to, aby tento stav nebyl trvalý, a nadále se hledá co nejvýhodnější alternativa sociální péče pro klienta (ažto bývají klienty ekatelé DS).

Sociální služba ve zdravotnickém zařízení obsahuje tyto činnosti:

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro hygienu,
- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatnění práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Úhrada za poskytnutí ubytování a stravy je stanovena vyhláškou. Stanovená je maximální výše úhrady, což znamená, že částka může být v různých zdravotnických zařízeních odlišná. Úkony péče jsou hrazeny z příspěvku na péči a rozsah péče by měl být nasmlouván. Další služby, které jsou nad rámec základních (např. kadeřnické služby) jsou podle smlouvy a úhrada probíhá podle vnitřních pravidel poskytovatele.

Při poskytování sociálních služeb jsou zdravotnická zařízení povinna dodržovat povinnosti pro poskytovatele sociálních služeb.

Definice je i prohlubování a upevnění základních hygienických a společenských návyků, manuální zručnosti a provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti.

V nemocnicích poskytují sociální služby zdravotnickí pracovníci (mimo zdravotní sociálního pracovníka), kteří často mají odlišný přístup k osobám přijímajícím péči, než pracovníci v sociálních službách, jsou více zaměřeni na zdravotní akutní péči a to může být v rozporu s principy poskytování sociální péče a podpory. Ošetřovatelský přístup může zvyšovat závislost na zdravotní péči.

Kazuistika

Při obdržení úhrady za poskytnutí sociálního lůžka se obrátila paní A. K. (75 let) na nemocnici se střílností, kde částka je vysoká a neodpovídá poskytnuté péči. Sociální lůžko vyuffil její manžel J. K. (76 let), diabetik, po amputaci jedné dolní končetiny s omezením pohybu druhé (berle používá velmi málo). Pan J. K. běžně užívá invalidní vozík, zvládá veškeré činnosti ohledně svého onemocnění cukrovkou (aplikace inzulínu, měření glykemie), potřebuje pomoc v oblasti hygieny, přípravy jídla. Oba žijí v domku na malé vesnici, běžné záležitosti v domácnosti si obstarávají sami. Vzhledem k tomu, že paní A. K. měla na plánovaný lékařský zákrok a nebyl nikdo, kdo by pomohl panu J. K. v jeho potřebách, hledali vhodnější umístění v zařízení poskytujícím péči. Manželé si nepáli umístění v zařízení daleko od místa bydliště hospitalizace paní A. K. trvala pouze jeden týden a pana J. K. navštěvovala sousedka.

Jednání ohledně střílností se zúčastnila zdravotní sociální pracovníce, vrchní sestra odpovědná za sociální lůžka, zástupce managementu nemocnice a paní A. K. se sousedkou, která pana J. K. navštěvovala. Paní A. K. vznesla námitku, že cena není adekvátní k poskytnutým službám, protože pan J. K. byl umístěn na lůžko na kofní oddělení, kde nebylo u lůžka potřebné vybavení vzhledem k jeho zdravotnímu postižení (např. hrazda), dále, že s ním bylo zacházeno ze strany zdravotního personálu jako s pacientem, nemohl si sám aplikovat inzulín, měření glykemie (na co byl zvyklý), byl mu dáván teploměr apod. Sousedka dosvědila, že tomu tak bylo a pan J. K. byl touto skutečností zaskočen a až po několika dnech na to upozornil personál, tím ovšem pro něj nemělo pochopení. Zdravotní sociální pracovníce sdělila, že pana J. K. jedenkrát navštívila, ale že nemá žádné požadavky.

Při poradě pracovníkům po podání této střílnosti vyplynulo, že je nutné vypracovat manuál péče klientů sociálních lůžek, a zároveň i edukace zdravotních pracovníků podílejících se na sociální péči. Dále je třeba upravit úkony ve smlouvě uzavírané mezi poskytovatelem a klientem. Nevýhodou služby v této nemocnici je, že pro sociální lůžka není vyhrazený speciální pokoj (jako to bývá), ale jednotlivá lůžka na vybraných odděleních.

Kazuistika

Paní L. P. byla umístěna na sociální lůžko po hospitalizaci na akutním lůžku z důvodu amputace obou dolních končetin. Byla zde umístěna proto, že se nemohla vrátit domů, kde žila sama a její dcera neměla vhodné podmínky pro poskytnutí péče. Paní L. P. měla již před hospitalizací podanou žádost do domova pro seniory, který si sama vybrala a čekala na umístění. Při pravidelné návštěvě zdravotní sociální pracovníce, která se jí ptala, zda má vše co potřebuje, odpověděla, že ano, že jí rodina často navštěvuje, že má k dispozici invalidní vozík, rádio (v dosahu ovládnutí) a že se těší, až půjde do DS, který si vybrala. Po chvíli z rozhovoru vyplynulo, že se sama nedostane na invalidní vozík a že tak většinu času tráví v pokoji, kde je momentálně sama.

Při odchodu z oddělení požádala zdravotní sociální pracovníce zdravotní personál, zda by neměla s pomocí paní L. P. na vozík a vzít ji alespoň jednou denně z pokoje, dále přislíbila, že se pokusí zajistit návštěvu ergoterapeuta, zda by neměla možnost jak zvýšit samostatnost paní L. P. a domluvit kontakt s dobrovolníkem, který by mohl být v této oblasti pomocí.

Obě kazuistiky ukazují na absenci i nedostatek sociálních služeb v daném regionu. Z první vyplývá potřeba specifikovat rozsah a obsah péče, který je rozdílný od zdravotnické péče a edukace pracovníků, jak vyplynulo i ze závěru porady pracovníků. V druhé kazuistice můžeme vidět potřebu péčlivosti mezi nemocnicí a domovem pro seniory, kdy se zdravotní stav klienta náhle změnil a umístění do DS není okamžitě možné. Z mého pohledu by sociální služba v nemocnicích měla být využívána pro kratší pobyt i péčlivost, než dlouhodobě vzhledem k možnostem služeb a prostředí.

5.3. Poradenství

Poradenství v nemocnici se týká jak základního sociálního poradenství, tak i odborného sociálního poradenství. Poradenství pomáhá překlenout problémy a ujasňovat si cíl a způsob jeho dosažení, jedná se o proces.

Základní poradenství poskytuje informace o dávkách a službách, které jsou vhodné pro klienta a napomáhají ke zmírnění jeho obtížné situace. Součástí tohoto poradenství může být i zprostředkování odborné pomoci. Nejde opomenout skutečnost, že do kompetencí zdravotní-sociálního pracovníka patří i odborné poradenství v sociální oblasti v případě úmrtí pacienta (u osamělých zemřelých pacientů zajištění záležitostí spojených s úmrtím).

Odborné sociální poradenství je primárně pomoc osobám s řešením sociálních problémů. Pomoc je zaměřena konkrétně a prakticky. V nemocnici probíhá s klientem a/nebo rodinnými příslušníky. Při poskytování poradenství uplatňuje zdravotní-sociální pracovník poznatky ze sociálního vědění, gerontologie (zohlednění potřeb seniora), využívá znalosti v poskytování služeb a dávek. Poskytování poradenství může být jednorázové informační nebo ve formě vedení tzn., že je postupováno společně s příslušným plněním dílčích cílů.

Kazuistika

Paní M. P. (85 let) byla přijata na neurologické oddělení nemocnice po epileptickém záchvatu (dříve nebyla epilepsie diagnostikována). Klientka má kardiologické onemocnění (nedostatečná funkce srdce), deprese a úzkostné stavy (psychiatrická léčba), diabetes II. typu (pravidelná aplikace inzulínu), silná artróza především na dolních končetinách způsobující omezení pohybu (mimo domov jen na invalidním vozíku). Paní M. P. bydlí ve společné domácnosti se svou dcerou, která péči o matku zvládala, ale v poslední době se vyskytly u paní M. P. silné úzkostné stavy, které vznikaly především v době, kdy byla sama doma, ale nedávno také i v přítomnosti dcery. Po konzultaci s ošetřující lékařkou byly předepsány nové léky, po kterých se vyskytly epileptické záchvaty a maniodepresivní chování, poté byly léky změněny, ale doba nastoupení kladného účinku je cca 1 měsíc. Paní M. P. využívá službu domácí péče, 1x týdně přichází rehabilitační sestra a s klientkou cvičí. Před hospitalizací podala dcera po konzultaci se sociální pracovnící žádost o příspěvek na péči s odvodným, které zhoršující se stav maminky kdy situace začala vyžadovat 24h asistenci. Úzkostné a depresivní stavy jsou silnější, pokud je sama doma, potřebuje pomoc formou asistované služby, například se bojí plynového sporáku a tak si neohraje jídlo. Dcera neuváží po akutní hospitalizaci o následné pobytové službě, chce se o ni starat doma. Paní M. P. zatím komunikuje velmi málo, je utlumená, často i ustrašená, nedokáže hodnotit svou situaci, rozhodovat se. Ošetřující lékařka na neurologickém oddělení předpokládá dobu léčby na cca 1 týden, pro diagnostiku a určení nových léků, pak předání do domácího ošetření nebo na 1 místo následné péče. Dcera v době hospitalizace matky vyhledala zdravotní sociální pracovníci se žádostí o radu, jak postupovat v zajištění péče v domácím prostředí a souhlasí, aby mohla být dále zaměstnána. V nemocnici chce nechat matku jen na dobu skutečně nezbytně nutnou, protože jejímu psychickému stavu prostředí neprospívá.

Při konzultaci zdravotní sociální pracovníce nabídla možnosti sociální služby v regionu a předala kontakt na službu osobní asistence, dále nabídla a upozornila na možnosti kompenzačních pomůcek při zhoršujícím se fyzickém stavu (artróza), dále upozornila na to, že by bylo dobré přizpůsobit i domácí prostředí potřebám paní M. P., které by jí umožnilo například samostatný pohyb s chodítkem (odstranění prahů, uvolnění prostoru pro chůzi s chodítkem, madla, lavice na vanu apod.). Vzhledem k psychickému stavu klientky upozornila, že je možné využít ošetřovně, pokud by to stav klientky po propuštění vyžadoval. V době hospitalizace by bylo vhodné zajistit si asistovanou službu a vhodné kompenzační pomůcky. Dále upozornila, že pokud je klientka hospitalizována a je podána žádost o příspěvek na péči, je její povinností úřad o hospitalizaci informovat o pokračování seřízení na dobu hospitalizace. Součástí rozhovoru bylo i připomenutí, že dlouhodobá péče je náročná a dcera by měla myslet i na využívání respitních služeb pro vlastní oddech. Ukázala možnosti respitních služeb v regionu.

Z kazuistiky vyplývá, jak zdravotní sociální pracovníce využila možnosti podpory péče v domácím prostředí zohledňující stav klientky. Při zjišťování podmínek bydlení a znalosti funkční zdatnosti a prognózy může podávat

informace ke zlepšení prostředí (konkrétní kompenzační pomůcky a ergoterapie). Jde o poradenství ve vztahu k onemocnění a možnostem prostředí a komunity. Dlehlitá je připomínka respitních služeb, které by měly být využívány včas a pravidelně, a tak předcházet syndromu vyhoštění. Pracovnice zohledňovala skutečnosti náročné dlouhodobé péře o závislou osobu.

Kazuistika

Zdravotnicko-sociální pracovníci navštívili syn hospitalizovaného pana J. R. (74 let) na doporučení ošetřujícího lékaře s tím, že otec je vážně nemocný (nádorové onemocnění v terminálním stádiu), prognóza není dobrá a bude vyžadovat péči. V současné době pan J. R. žije v azylovém domě (rozvedený), syna a jeho rodinu v posledních letech pravidelně navštěvuje (na několik let byl styk mezi nimi přerušovaný). Syn uvedl, že vzhledem k jeho zaměstnání (odjíždí na montáže) se nemůže o otce postarat (tzn. vzít ho k sobě domů) s manželkou mají 4 děti a ufl by sama péči o otce nezvládla. Ale má zájem se na zabezpečení péře účastnit v etní úhrady. A přišel s žádostí o radu jak postupovat. Zdravotnicko-sociální pracovníce poskytla informace o možnostech poskytované péře v LDN, sociální služce, hospicové péře a vysvětlila jak podmínky, tak i možnosti těchto zařízení a místa, kde jsou provozována. Společně se domluvili na termínu další schůzky s tím, že syn pana J. R. a jeho rodina si promyslí navrhované možnosti a přít společně se zdravotnicko-sociální pracovnící, která se je blíže seznámí se zdravotním stavem pana J. R., sestaví plán následné péře.

Kazuistika ukazuje jednak dobrou spolupráci ošetřujícího lékaře, který odkázal syna klienta za odborníkem zajišťujícím péči v rámci propouštěcího plánu. Dále máme vidět starost o péči a zájem o účast na zabezpečení, i když ne v domácím prostředí. Pracovnice uplatňuje znalosti ohledně nádorových onemocnění v terminálním stavu a může tak vybírat konkrétní řešení zohledňující stav klienta s prognózou. Podané informace budou na základě blízkého seznámení se s lékařskou dokumentací a informacemi od ošetřujícího personálu, případného navštívení klienta (pokud to jeho stav dovolí) upřesňovány a přímě nastaveny potřebám klienta a jeho rodiny (např. vzdálenost zařízení zajišťující péči a možnost návštěvy v rodině).

6. Další podpora pro seniory využívaná v nemocnicích

S vybranými terapiemi se můžeme stále ještě setkávat v nemocnicích na odděleních ošetřující péče seniory (mimo dětských oddělení, kde je tato praxe užibnější). nemocnicemi (kromě oddělení, kde je tato praxe užibnější), i když se někdy podle možností oddělení, mohou využívat i jinde. Aktivizace napomáhají předcházet hospitalismu (negativní projevy v důsledku nemoc. prostředí a režimu). Ergoterapeut je členem týmu ošetřujícího personálu. Ergoterapie je uvedena z důvodu, že někdy bývá zaměřována s rehabilitací a seniorům, kteří mají sníženou soběstačnost, může pomoci zlepšit jejich život. Ergoterapie je využívána i v souvislosti s používáním kompenzačních pomůcek, kdy je využívána při výběru a praktickém používání. Zdravotnicko-sociální pracovník může doporučit tuto terapii i rodinným pečovatelským, kdy pomáhá v edukaci o záležitostech zcela nesoběstačného seniora. Ani spirituální péče v nemocnicích není již dnes nic výjimečným, a je otázkou zda ji přidat mezi terapie, ale může být velmi důležitá jak pro seniora na nemocničním lůžku, tak rodinu a i personál. Uvedená je z důvodu, že zdravotnicko-sociální pracovník by měl umět rozpoznat, pokud ji klient potřebuje a měl by disponovat její nabídkou. Další dvě terapie jsou stále ještě využívány a mohou být prováděny v rámci dobrovolnické činnosti při aktivizacích, jejichž možnosti se rozšiřují a měly by se slyšet i o nemocnicích kromě těch, ale i u seniorů.

6.1. Ergoterapie

Ergoterapie pomáhá lidem vykonávat každodenní činnosti tím, že je do toho zapojí, a to navzdory jejich postižení nebo poruše. Tyto činnosti by měly být pro ně smysluplné nebo by jejich provádění měly považovat za důležité.²⁵

²⁵ Krivoňková M., Úvod do ergoterapie, s. 13

Každá ústnost na inosti je dlefitá a pispívá ke zdraví a celkovému pocitu pohody. Ergoterapie tyto inosti nazývá termínem oblasti výkonu zamstávání a dleí je do t í skupin²⁶:

1. v-ední denní inosti
2. práce a produktivní inosti
3. hra a volný as

Služby poskytované ergoterapeuty jsou individuální, skupinové ale i konzulta ní. Podporují úst klienta v r zných aktivitách v r zných prost edích.

Ergoterapie se stále více vyuffívá v pé i o seniory. Ergoterapeut u í klienta nap . pouffvat správn a efektivn kompenza ní pom cky, nachází a rozvíjí nové schopnosti ke zvý-ení sob sta nosti. Snafí se vybírat pom cky p ímo pro konkrétního klienta. Dále m fe i edukovat pe ovatele jak efektivn pomáhat, nap . p esun z l flka na fidli, posun na l flku, zvedání, hygienická pé e.

6.2. Spirituální pé e

Spirituální pot eby nejsou jen nábofenského charakteru, nesouvisí s lenstvím v církvi ani se sympatií k nábofenství.²⁷ Jedná se o -ir-í hodnoty a pot eby. M fe se jednat otev ení vzpomínek, pot ebu zti-ení, i rozhovor , které vedou k nalezení vnit ního klidu. Spolu s léka skou pé í, která se zam uje na lé bu t la by m la p icházet i podpora du-e. lov k v nemoci prochází r znými fázemi a kařdý tyto fáze profívá odli-n s r znými pot ebami. Mezi tyto pot eby práv pat í naslouchání a vnesení jistého klidu do nejistoty. Proces nemoci m fe vyústit v t flko p íjatelný úd l. Spirituální pé e není zam ena jen na hospitalizovaného klienta, ale pé e je poskytována i rodin a blízkým. Pé i poskytuje nemocni ní kaplan, který v nemocnici p sobí na základ smlouvy.

²⁶ Krivo-íková M., Úvod do ergoterapie, s. 13

²⁷ Kalvach Z, K ehký pacient a primární pé e, s. 226

Jednotlivé církve sice mohou posílat své duchovní do nemocnic, aby jednotlivci mohli naplnit jejich duchovní potřeby, ale nemocniční kaplan naplňuje potřeby všech klientů.

Zatím zůstává běžnou praxí, že pracovníci nemocnice se při přijímacím rozhovoru zeptají, zda si pacient přeje duchovní podporu i návštěvu kněze. Touto nabídkou se splní standard moderního zdravotního zařízení, ale jednak mnozí pacienti neví, co tím je míněno a při přijetí často myslí na něco jiného.

Zdravotní sociální pracovník by při rozhovorech měl být citlivý na potřeby tohoto směru, a pokud klient vyjádří potřebu ve spirituální oblasti nebo by mu péče mohla být pomoci nemohl by pracovník váhat s nabídkou a zajistit návštěvu. Nemocnice, kde je nemocniční kaplan běžně přítomen, je v této oblasti pro pacienty nejen klienty, ale i personálem.

6.3. Reminiscenční terapie

Některé autoi zabývající se reminiscenční terapií rozlišují tuto činnost na reminiscenci (vybavování si událostí života) a reminiscenční terapii (rozhovor se seniorem nebo skupinou seniorů). Tématem se stává jejich dnešní život, dřívější aktivity, prožitá události a zkušenosti.

Reminiscenční terapie je procesem, kde je vyvoláváno vzpomínky na události, které mohou být podpořeny starými fotografiemi, filmy, nahrávkami. I kvalita této terapie, i když se může zdát jednoduchá, je závislá na dovednostech v průběhu ke klientům, zkušenostech, otevřenosti v nápadech od kterých se mohou odvíjet techniky a aktivity. Jedná se o práci se vzpomínkami, která obohacuje obě strany. Při reminiscenci je kladen důraz na vzájemnost, sdílení zkušeností a zážitků. Reminiscenční terapii může provádět s klienty například ergoterapeut, sociální pracovník, případně jiný pracovník.²⁸ Vědci, kteří chtějí tuto terapii používat, by měli znát význam a teorie

²⁸ Tybatenková N., Reminiscenční terapie, s. 43

reminiscenční terapie a naučit se teorii aplikovat do praxe. Osobnost reminiscenčního terapeuta je dalším důležitým faktorem, měl by mimo jiné ovládat dovednosti aktivního naslouchání, empatie a mít odvahu naslouchat i bolestným emocím, respektovat jedinečnost každého klienta. Pokud pracujeme se seniory, musíme zohledňovat i jejich potřeby v oblasti komunikace. Pracovník by měl umět i vytvářet dostatečný nerušený časový prostor, což je to, co je často v nově zúženém klientem, které by nemělo narušovat vyizolování jiných záležitostí.

Reminiscenční terapie je zatím v našich podmínkách novou záležitostí a tak k ní ostatní přistupují s velkou opatrností a nedůvěrou.²⁹ Ale je to cesta k podpoře psychické i fyzické aktivity seniorů. Ve které zajištění a organizace aktivit ohledně reminiscenční terapie by měl zajišťovat reminiscenční terapeut, který musí tyto aktivity koordinovat s ostatními aktivitami a chodem nemocnice. Do jeho činnosti patří i hodnocení úspěšnosti.

6.4. Canisterapie

Ve zdravotnických a sociálních zařízeních se využívají hlavně dva způsoby použití zvířat (psů):

- **aktivity za asistence zvířat** (animal assisted activities, dále AAA) jsou motivací, lébně přispívají ke zlepšení kvality života. Jsou poskytovány profesionály, poloprofesionály nebo dobrovolníky,
- **terapie za asistence zvířat** (animal assisted therapy, dále AAT)³⁰ je cílená intervence, prováděná speciálně vyškoleným zdravotním nebo sociálním personálem.

Pes působí na člověka a ovlivňuje jeho životní pocity, v principu se jedná o vzájemnou výměnu a o vzájemný prospěch z ní³¹. Pocit spokojenosti a vnitřní

²⁹ Týpánková N, Reminiscenční terapie, s. 43

³⁰ Galajdová L., Galajdová Z., Canisterapie, s. 97

pohody může být podpořen potěbou pohlazení nebo n koho pohládit. Na odděleních LDN nebo geriatrických odděleních nemá často ošetřující personál časovou kapacitu na pohlazení. K návštěvám příbuzných také nedochází příliš a jsou časově omezeny.

Pes pro vnímání lidí má jiná mýtka. Nerozlišuje, jestli je někdo starý nebo mladý, zdravý nebo nemocný. Jeho mýtka jsou laskavost, trpělivost a velmi vnímá bezmocnost. Pes vyvolává vzpomínky, stává se nám tem obyčejného rozhovoru, přisobí i svým teplem, umocní se na něco tím. Pokud vyvoláváme psa při terapii je nutná znalost možností vyvolání, aby nedocházelo k přecenění nebo podcenění psích schopností.

Vyvolávání psů ve zdravotnických zařízeních má velmi jasná pravidla pro správné vykonávání. Pravidla určují přístup ke klientu, instituci, zvláště i etická pravidla pro personál podílející se na AAA a AAT.

Bez dobrého naplánování a vytvoření programu se stane terapie násilnou a nepřijemnou záležitostí. Zajištění služeb v nemocnici v sobě nese především proměnlivé situace, které mohou nastat. Důležitá je komunikace všech zúčastněných pracovníků, kdy se mohou projevit obavy z důvodů rozhodnutí používání psa, chování psa, hygieny, alergií a fobií, zodpovědnosti za způsobené škody, struktury prostředí a potěbu psa. Důležitá plánovací fáze pomůže vyhnout se těmto problémům. Mezi fáze patří důvod rozhodnutí programu, struktura prostředí, chování psa (vhodný výběr), dodržování hygieny, výskyt alergií a fobií, poskytnutí odpovědnosti za škodu, zajištění potěbu psa.

Nemocnice vyvolávají návštěvní formu. V tomto případě pes-psovod proli speciálním výcvikem u externí organizace a nejsou zaměřeni zařízením. Mají přesně stanovený návštěvní plán a docházejí za vybranými klienty. Na výběr klient se podílí celý geriatrický tým a dále může být návštěvnost koordinována zdravotní sociálním pracovníkem.

³¹ Galajdová L., Galajdová Z., Canisterapie, s. 16

7. Dobrovolnictví ve zdravotnickém zařízení

V posledních letech se stále častěji můžeme setkávat s dobrovolnickou činností v nemocnicích nejen na dýchacích odděleních či v hospicové péči, ale i na odděleních Geriatrie a LDN. Vyuffití dobrovolníků v této oblasti vyfladuje profesionální přístup z d vodu, flé dobrovolníci vstupují do institucí, kde fungují uzav ené systémy a dobrovolník zde m flé p sobit jako cizí prvek. V nemocni ních je pot eba dobrovolníky na jejich činnost p ipravit a p ipravit i pracovníky na odděleních, kam vstupují a jejich činnost dob e koordinovat. Profesionáln vedené dobrovolnictví si m flé zachovat neformálnost a spontaneitu, které jsou pro dobrovolnictví charakteristické a nepostradatelné.³²

Na stran organizace, která dobrovolníky organizuje je pot ebné vzd lávání dobrovolník v p ístupu ke klient m a pracovních metod. Metodami práce mohou nap . být trénink pam ti, reminiscen ní terapie, p ed ítání, rozhovor, canisterapie. Dobrovolníci jsou nej ast ji vyuffívání pro vypl ování volného asu, kdy u klient neprobíhá lé ba nebo rehabilitace a náv-t vy jejich blízkých nejsou asté nebo dokonce fládné. Stává se, flé klienti ve volném ase (pokud to nevyfladuje jejich zdravotní stav) pospávají a pak si st flují na no ní nespavost, trpí depresivními stavy z nedostatku komunikace, nedostávají se z pokoje, i kdyfl za pomoci druhého mohou. Dobrovolník pomáhá i v upev ování sociálních návyk nebo v získávání i rozvíjení nových dovedností, udržuje kontakt s prost edím mimo zdi nemocnice.

Koordinátor dobrovolník je klí ovou postavou dobrovolnického managementu³³. Koordinátor vede dobrovolníky, hodnotí jejich činnost a také e-í vzniklá nedorozum ní a problémy. Do činnosti koordinátora, kterým asto bývá zdravotn -sociální pracovník, pat í nejen propagace této činnosti, ale i výb r dobrovolník , vyhledávání vhodných činností, výcvik nebo jeho

³² To-ner, Sozanská, Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích, s. 35

³³ To-ner, Sozanská, Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích, s. 76

koordinace, za azování dobrovolník do chodu organizace. Certifikovaný kurz pro koordinaci dobrovolník a jejich program v systému zdravotní péče najdeme například na <https://zeus.vzdelavani-zdravotniku.cz/Portal/Akce/Nelekari>. Tato činnost je koordinována prostřednictvím organizací, které bu vznikají přímo v nemocnicích (například dobrovolnické centrum Thomayerovy nemocnice Lékoice, dobrovolnické centrum Slunecnice v Kolínské nemocnici). Činnosti v oblasti dobrovolnictví jsou upravené zákonem č. 198/2002 Sb., o dobrovolnické službě. Vyškolení dobrovolníci mohou přicházet do nemocnice i prostřednictvím organizací jako například Hestia, ADRA. Tyto organizace mohou dobrovolníky i vyhledávat cíleně pro určité záležitosti.

Kazuistika

Při pravidelné návštěvě klient geriatrického oddělení zdravotní sociální pracovník mluvila s klientkou, kterou předchozí navštívila nová dobrovolnice. Klientka (86 let) seděla v nemocničním křesle (nelefkla na lůžku) a komunikovala velice flivě. Na dotaz zda byla klientka spokojená, odpověděla klientka neurčitě. Na další otázku, jak setkání probíhalo, klientka odpověděla, že dobrovolnice jen seděla a šnechala se bavit s klientkou. Další klientka odpověděla, že o takovéto setkání ufk nemá zájem. Při nabídce jiného dobrovolníka, klientka odpověděla, že nkd jiný mfk za ní přijít, ale nkd takového, kdo nebude jen sedět a koukat.

Pro dobrovolnictví a práci se seniory není každý. Dlefkité je školení dobrovolník v přístupu i metodách práce se seniory. Metodou je i správně vedený rozhovor a pro společně strávený čas je možné použít i předání nebo reminiscenci. Senio i mohou mít problém s krátkodobou pamětí, ale dlouhodobá bývá dobře uchována a jejich vzpomínky mohou přinést mnoho podnětů pro rozhovor. Zdravotní sociální pracovník, která v nemocnici působí i jako koordinátor dobrovolník, správně následně po návštěvě dobrovolnice navštívila klientku s dotazem na spokojenost. Je vidět, že klientka má zájem o kontakt s další osobou, ale je potěba najít osobu vhodnou. Další je třeba kontaktovat i dobrovolníka a zjistit jeho pohled na situaci a promluvit si o

jeho možnostech a představách práce a ty formovat pro potřeby klientů. Pokud dobrovolník nepracuje s klienty s ohledem na jejich potřeby v dané instituci, musí zde tuto činnost ukončit. Je možné, že jeho schopnosti se mohou využít v jiném zařízení a s jinou cílovou skupinou. Za dobré považují, pokud se dá dobrovolník předit do jiné organizace jemu více vyhovující a tak využít jeho ochoty vnovat se dobrovolnictví.

8. Diskuze

I kdyby zdravotní sociální pracovník v nemocnici má své pracovní pole v rámci akutních lůžek a poskytovaná péče není dlouhodobá, dotýká se ho tato problematika v důsledku tvorby plánu propuštění s následnou péčí. I on je prvkem, který může v rámci komunity iniciovat změny a požadavky na sociální služby zohledňující potřeby propuštěných klientů. V posledních letech se začala diskutovat problematika dlouhodobé péče. V *Národním programu pro úpravu péče o starší lidi na období let 2008-2012* se uvádí mimo jiné, že §(1.7.)í zdravotní péče o staré lidi musí předcházet vzniku dlouhodobé závislosti a institucionalizaci. Potřebujeme hlavně více možností pro aktivní soběstačný život ve stáří. Potřebujeme komunitní centra poskytující starším občanům a rodinám podporu a flexibilní služby. Potřebujeme nabídku vhodného a dostupného bydlení. Pokud se podíváme na klienty zdravotní sociální péče v nemocnici, převážně jde o rychlé zajištění následné péče po celkem rychlém akutním ošetření, které moderní medicína dokáže. Klienti přicházejí často pro krizové situace, jako je zhoršení zdravotního stavu, pádech, které jsou pro ně překvapením a na tyto události nejsou upozorněni v rámci možností jejich péče. Dnešní geriatry dokážou tyto stavy identifikovat a stanovovat prognózy (geriatrické syndromy, stav křehkosti). Chybí zde důležitý prvek, který by vyhledával potenciální klienty dlouhodobé péče na základě znalostí gerontologie - dříve tuto funkci zajišťovaly geriatrické sestry. Dnes odepistáři slyšíme v souvislosti s činností zdravotní sociálního pracovníka. Ale není to trochu pozdě? Je potřeba v této funkci propojit jak zdravotní, tak i sociální sféru, a to již v domácím prostředí klienta. Málkdo ze seniorů touží po závislosti a nesoběstačnosti a v žádném zajištěním podpory a péče lze tento stav zvrátit či oddálit. V teziích k diskutovanému návrhu zákona o dlouhodobé péči nacházíme definici, která říká, že dlouhodobou péčí není taková péče, která je sice dlouhodobá, ale je převážně zdravotní s minimální sociální

komponentou. Proto v následné péči poskytované v nemocničním zařízení by se více měla objevovat sloafka sociální sdružení na obnovení (nebo nalezení nového způsobu) zachování funkčních schopností. Doposud se tato oddělení jeví více jako zdravotnické zařízení sdružení na ošetřovatelsví a rehabilitaci (je třeba nutné, aby klienti těchto oddělení byli během dne stále v pyflamu?). V těchto zákonech se klade důraz na následnou péči s cílem obnovení funkčních schopností klienta a zajištění sociálního systému. Dnes toto zůstává převážně na koordinaci zdravotní sociálního pracovníka, ale do jaké míry a jakým způsobem vzhledem k množství klientů a podmínkám zajištění pracovního pole v nemocnici, může splňovat veškerá kritéria zajištění následné péče? V návrhu zákona se objevuje nový, takzvaný institut komunitní sestry (obce) ve spolupráci se sociálním pracovníkem a ošetřujícím lékařem.

V 80. letech minulého století byla vypracována strategie, která je označována jako 4xD³⁴. Znamená to, že zdravotní i sociální péče je třeba deinstitucionalizovat, demedicinalizovat, deprofesionalizovat a deresortizovat. Dlouhodobá péče opírající se o 4D je dnes již doplněna o další cíl a to prevence potřeby dlouhodobé péče.³⁵ Jak dále autor uvádí, dnes je péče poskytována dvěma subjekty (zdravotním a sociálním) s vlastními právními předpisy, kritérii i financováním, kdy praxe ukazuje na odlišné realizace cílů. K prolínání musí docházet jak v zařízeních institucionálních, tak ambulantních a i v domácnostech.

Z mé zkušenosti při absolvování praxe mohu říct, že vybraná oddělení (převážně geriatrická, i když máme fléme najít i kvalitní LDN) se snaží o tento model prolínání zdravotní i sociální péče s cílem přinést co nejvíce benefit pro klienta.

³⁴ Háková H., Fenomén stáří, s. 233

³⁵ Ševela R., Sociální gerontologie, s. 177

Podpora pé e v domácím prost edí by m la být prioritní se zaji-t ním pot eb klienta i rodiny (pe ovatel). Dále je pot eba podpo it tuto pé i dostatkem bydlení v rámci komunitního plánování, p izp sobeného pot ebám senior , a tak zvy-ovat jejich samostatnost i ve vy-ím v ku. Pokud senio i nemají moflnost zm nit nevyhovující byt i domek za adekvátní bydlení, z stává volbou institucionální pé e a zvy-uje se závislost na o-et ovatelské pé i. Odborníci (evropská pracovní skupina k dlouhodobé pé i) se shodují v tom, fle je zapot ebí spolupráce mnoha subjekt a velkou roli zde hrají obce, protofle dlouhodobou pé i je nutné zaji-ovat hlavn v prost edí, kde lidé flíjí, a zejména pe ující rodinní p íslu-níci pot ebují podporu a pomoc ze strany spole nosti. Nem la by se opomíjet ani spolupráce s rodinami a jejich za-kolení v pé i.

Podpora pé e v domácím prost edí by m la být prioritní se zaji-t ním pot eb klienta i rodiny (pe ovatel). Dále je pot eba podpo it tuto pé i dostatkem bydlení v rámci komunitního plánování, p izp sobeného pot ebám senior a tak zvy-ovat jejich samostatnost i ve vy-ím v ku. Pokud nemají moflnost zm nit nevyhovující byt i domek za adekvátní bydlení z stává volbou institucionální pé e a zvy-uje se závislost na o-et ovatelské pé i. Odborníci (evropská pracovní skupina k dlouhodobé pé i³⁶) se shodují v tom, fle je zapot ebí spolupráce mnoha subjekt a velkou roli zde hrají obce, protofle dlouhodobou pé i je nutné zaji-ovat hlavn v prost edí, kde lidé flíjí a zejména pe ující rodinní p íslu-níci pot ebují podporu a pomoc ze strany spole nosti. Nem la by se opomíjet ani spolupráce s rodinami a jejich za-kolení v pé i.

³⁶ Medical Tribune 23/2011

Závěr

Cílem mé práce bylo představit roli zdravotn -sociálního pracovníka v nemocnici a jeho práci se staršími a velmi starými seniory a jejich rodinami. Popisem legislativního rámce jsem vymezila činnosti dvou pracovních pozic: zdravotn -sociálního pracovníka a sociálního pracovníka. Zdraznila jsem důležitost dosaženého vzdělání v zdravotnictví, které dává pracovníkovi větší samostatnost rozhodování s přihlédnutím k onemocnění klientem. Ukázala jsem na další možnosti vzdělání mimo zdravotní školy, které je stejně kvalitní a poskytuje dostatek znalostí v oblasti sociální práce. Práce zdravotn -sociálního pracovníka směřuje k propuštění klienta z nemocnice, přičemž úspěšnost procesu je podpořena funkčním interdisciplinárním (geriatrickým) týmem. Včasně zapojení zdravotn -sociálního pracovníka do plánu propuštění dovozuje pracovat s klientem tak, aby v době propuštění byly v co největší možné míře naplněny jeho potřeby. Poukázala jsem na komplexnost práce s klientem: zahrnuje metody sociální práce, zohledňuje onemocnění a jeho prognózy, předpokládá schopnost identifikovat geriatrické syndromy, vyvolává znalost domácího prostředí k plánu zajištění péče a potřeb po propuštění z akutního lůžka. Zdravotn -sociální pracovník má respektovat autonomii a práva seniora i pečující rodiny, komunikuje se vztahujícími. Vymezila jsem fenomén křehkosti a nesobitnosti, který ve vysokém stáří ovlivňuje funkční stav seniora a poukázala na nutnost zohlednit tento stav.

Zdraznila jsem fakt, že znalosti z oblasti sociálních služeb nejen dovolují stanovit co nejvhodnější plán následné péče s jeho zajištěním, ale jsou důležitými i pro poradenství. Informace o službách v daném regionu mají být natolik dostupné a dostatečné, aby klient mohl umocnit stát se součástí plánování a podepřely možnost péče v domácím prostředí. Zdravotn -sociální pracovník identifikuje rizikové situace, které mohou s propuštěním seniora nastat, aby předešlo rehospitalizaci.

Představila jsem řídící pracovního zaměření zdravotně-sociálního pracovníka, její směřování na propuštění klienta z nemocnice a způsob správného zapojení do celého procesu. Upozornila jsem na potřebu zdravotně-sociální práce v nemocnicích, kde sociální práce přímo navazuje na akutní zdravotní a ošetřovatelskou péči. Kazuistiky doplnily teorii zdravotně-sociální činnosti příklady z praxe.

Problematika sociálních potřeb poukazuje na splňování sociálních služeb v regionech s nedostatečným pokrytím potřeb péčivých, respitních a pobytových služeb. Sociální služby ve zdravotnických zařízeních bývají nedostatečné. Moje práce definuje kritéria, která by měla zdravotnická zařízení naplnit, zabývá se těmi vybranými terapiemi, které spolu s dobrovolnictvím působí v nemocnici jako prvek aktivizace zaměřený na seniory a jejich sociální potřebu i delším pobytem na lůžku.

Prostředí, která mnou navržená řešení se jeví idealizovaná a v současném systému práce těžko realizovatelná, mým záměrem bylo nalézt i případná východiska z tohoto nevyhovujícího systému.

Seznam literatury

1. ARNOLDOVÁ Anna, Sociální práce ve zdravotnických zařízeních. *Revizní a. posudkové lékařství*, 10, 2007, . 2, s. 38643
2. ERVENKOVÁ Renata. Sdílíme jeden svět. *Reader's Digest*, říjen 2008, s. 63.
3. EVELA Rostislav, KALVACH Zdeněk, ELEDOVÁ Libuše. *Sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.
4. ÍRTKOVÁ Ludmila; VITOUŠKOVÁ Petra a kol. *Pomoc oběm (a svdk m) trestných in* . 1. vyd. Praha : Grada Publishing 2007. ISBN 978-80-247-2014-2.
5. DÍT Petr, et al.: *Vnitřní lékařství*. 2. vyd. Praha : Galén 2007. Kapitola 14, KALVACH Zdeněk. *Geriatric a Gerontologie*, s. 509-522. ISBN 80-7262-496-6.
6. GAJDOVÁ Lenka, GAJDOVÁ Zdenka, *Canisterapie*. 1. vyd. Praha : Portál 2011. ISBN 978-80-7367-879-1.
7. HATKOVCOVÁ Helena. Fenomén stáří. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha : Havlíček Brain Team 2010. ISBN 978-80-8710-919-9.
8. HOLMEROVÁ Iva, JURATKOVÁ Božena, ZIKMUNDOVÁ Květa, *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2. doplněné vyd. Praha : Česká Alzheimerovská společnost 2003. ISBN 80-8654-112-6.
9. KALVACH Zdeněk, ELEDOVÁ Libuše, HOLMEROVÁ Iva, JIRÁK Roman, ZAVÁZALOVÁ Helena a kol. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
10. KALVACH Zdeněk a kol. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. 1. vyd. Praha: Cesta domů 2010. ISBN 978-80-9045-164-3.
11. KALVACH Zdeněk, ONDERKOVÁ Alice. *Stáří*. 1. vyd. Praha : Galén 2006. ISBN 80-7262-455-5.

12. KRIVOTÝKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.
13. KUZNÍKOVÁ Iva a kol., *Sociální práce ve zdravotnictví*, 1. vyd. Praha : Grada Publishing 2011 ISBN 80-2473-676-1.
14. KRÁLOVÁ Jarmila, RÁFI OVÁ Eva. *Sociální služby a péče o seniory*. 2009/10. 3. aktual. vyd. Ostrava : Anag 2009. ISBN 978-80-7263-559-7.
15. MATOUŠEK Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál 2008. ISBN 978-80-7367-502-8.
16. MATOUŠEK Oldřich, KOLÁŘKOVÁ Jana, KODYMOVÁ Pavla (eds.). *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha : Portál 2005. ISBN 80-7367-002-X.
17. PICHAUD Clément, THAREAUOVÁ Isabelle. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha : Portál 1998. ISBN 80-7178-184-3.
18. SINGLY François de., *Sociologie současné rodiny*. 1. vyd. Praha : Portál 1999. ISBN 80-7178-249-1.
19. SLÁMA Ondřej, KABELKA Ladislav, VORLÍČEK Jiří et al. *Paliativní medicína pro praxi*. 2. nezm. vyd. Praha : Galén 2011. ISBN 978-80-7262-849-0.
20. STUART-Hamilton Ian, *Psychologie stárnutí*, 1. vyd. Praha : Portál 1998. ISBN 80-7178-274-2.
21. ČERNÝKOVÁ Helena, MARKOVÁ Věra. *Proces sociální práce ve zdravotnických zařízeních. Pracovní postup*. b. n. Česká asociace sester, 2008. AS/PP/2008/0003.
22. ČERNÝKOVÁ Naděžda, BOLOMSKÁ Barbora. *Reminiscenční terapie*. 1. vyd. Praha : Galén 2011. ISBN 978-80-7262-711-0.
23. ČERNÝKOVÁ Naděžda, KRÁLOVÁ Jaroslava. *Základní otázky komunikace*. 1. vyd. Praha : Galén 2009. ISBN 978-80-7262-599-4.
24. TURNER Jiří, SOZANSKÁ Olga. *Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích*. 2. vyd. Praha : Portál 2006. ISBN 80-7367-178-6.

Vyhláky a zákony

Vyhláka . 55/2011 Sb., o innostech zdravotnických pracovník a jiných odborných pracovník .

Vyhláka . 99/2012 Sb., o pořadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.

Vyhláka . 391/2011 Sb., kterou se mění vyhláka . 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů .

Vyhláka . 505/2006 Sb., k zákonu o sociálních službách.

Zákon . 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)

Zákon . 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Zákon . 198/2002 Sb., o dobrovolnické službě .

Zákon . 366/2011 Sb., kterým se mění zákon . 111/2006., o pomoci v hmotné nouzi

Internetové zdroje

www.apsscr.intranet/dokumenty/read.php?70,354

www.cssz.cz/cz/nemocenske-pojisteni/davky/osetrovne.htm

www.mpsv.cz/cs/5045

www.tribune.cz/clanek/24402-dlouhodobá-peče-patri-do-míst-kde-lidé-žijí

www.socialnireforma.mpsv.cz