

UNIVERZITA KARLOVA
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Paliatívna starostlivosť v Slovenskej republike a možnosti sociálnej práce-
komparácia vybraných aspektov s Českou republikou

Paliativní péče ve Slovenské republice a možnosti sociální práce- komparace vybraných
aspektů s Českou republikou

The Palliative Care in Slovak Republic and Opportunities of Social Work- Comparison of
selected Aspects with Czech Republic

Diplomová práca

Vedúca práce:

Mgr. Tereza Cimrmannová, Ph.D.

Autor:

Bc. Adriána Hrušková

Praha 2017

Pod'akovanie

Na tomto mieste by som sa chcela poďakovať najmä vedúcej mojej odbornej práce Mgr. Tereze Cimrmannovej, Ph.D. za jej odborné vedenie pri písaní práce a ochotu pomôcť, za čas a úsilie, ktoré venovala pri vedení mojej práce. Tiež by som sa chcela poďakovať svojej respondentke za čas a ochotu pri poskytnutí rozhovoru. V neposlednom rade by som sa chcela poďakovať svojej rodine a priateľovi za pomoc a podporu.

Prehlásenie

Prehlasujem, že som predkladanú diplomovú prácu: „*Paliatívna starostlivosť v Slovenskej republike a možnosti sociálnej práce - komparácia vybraných aspektov s Českou republikou*“ vypracovala samostatne, s použitím nižšie uvedených prameňov a literatúry. Ďalej prehlasujem, že táto práca nebola využitá k získaniu iného alebo rovnakého titulu.

V Prahe dňa

Adriána Hrušková

Anotácia

Diplomová práca popisuje možnosti sociálnej práce v paliatívnej starostlivosti na Slovensku a komparuje vybrané aspekty s Českou republikou. Hlavným cieľom práce bolo popísať systém paliatívnej starostlivosti na Slovensku a komparovať vybrané aspekty s Českou republikou. Empirická časť práce je zameraná na slepé miesta v paliatívnej starostlivosti a na systém poskytovania paliatívnej starostlivosti, ktoré boli zmapované najmä prostredníctvom literatúry a ilustratívneho rozhovoru s jednou respondentkou. Práca poukazuje na potrebu poskytovania sociálnych služieb v paliatívnej starostlivosti.

Kľúčové slová: Paliatívna starostlivosť, Sociálna práca, Sociálne služby, Zdravotná starostlivosť, Pacient v terminálnom štádiu, Umierajúci pacient

Annotation

This diploma thesis describes Opportunities of Social Work in paliative care in Slovak republic and compares selected aspects with Czech republic. Main goal of this work was describe system of paliative care in Slovak republic and compare selected aspekts with Czech republic. Empirical part of this work is focused on blind spaces in paliative care and system of paliative care which was mapped especially by literature and illustrative intriview with one respondent. Work poits to the need to provide social servoces in paliative care.

Key words: Paliative care, Social work, Social services, Health care, Patient at the terminal stage, Dying patient

Obsah

Úvod.....	9
1 Komparácia vybraných aspektov paliatívnej starostlivosti s Českou republikou- metodologická štruktúra	10
1.1 Vymedzenie problému šetrenia	10
1.2 Cieľ šetrenia.....	10
1.3 Metódy zberu dát	11
1.4 Metódy spracovania dát	11
1.5 Metodika šetrenia.....	11
1.6 Operacionalizácia.....	11
1.7 Charakteristika vzorku.....	13
1.8 Etické zásady	13
1.9 Limity šetrenia	14
1.10 Výsledky šetrenia.....	14
2 Paliatívna starostlivosť vo všeobecnosti.....	15
2.1 Vymedzenie kľúčových pojmov	15
2.1.1 Paliatívna starostlivosť.....	15
2.1.2 Sociálna práca	16
2.1.3 Sociálna práca v paliatívnej medicíne	17
2.1.4 Sociálny pracovník a ošetrojúci zdravotnícky pracovník.....	17
2.2. Význam histórie paliatívnej starostlivosti.....	18
2.3 Vymedzenie v legislatíve.....	19
2.3.1 Paliatívna starostlivosť v zdravotníckej starostlivosti na Slovensku.....	19
2.3.2 Paliatívna starostlivosť v zdravotnej starostlivosti v Českej republike	22
2.3.3 Legislatívne vymedzenie sociálnej práce v Slovenskej republike.....	25
2.3.4 Legislatíva sociálnej práce v Českej republike.....	31
3 Systém paliatívnej starostlivosti	36

3.1 Zdravotná starostlivosť	37
3.1.1 Informácie potrebné pre rodinu pacienta v procese umierania	38
3.1.2 Starostlivosť o pacienta v štádiách od smrteľnej kómy až po smrť	39
3.2 Sociálne služby	40
3.3 Starostlivosť o spirituálne potreby pacienta	42
4 Sociálna práca v kontexte paliatívnej starostlivosti	46
4.1 Rola sociálneho pracovníka v zdravotníckom zariadení	46
4.1.1 Legislatívne vymedzenie sociálneho pracovníka v zdravotníckom zariadení	46
4.1.2 Osobnostné predpoklady sociálneho pracovníka v zdravotníckom zariadení	48
4.1.3 Medziodborová spolupráca v zdravotníckom zariadení	49
4.2 Rola sociálneho pracovníka v hospici	51
4.2.1 Úlohy sociálneho pracovníka v hospici	52
4.2.2 Odborné schopnosti sociálneho pracovníka v hospici	54
4.2.3 Opodstatnenosť sociálneho pracovníka v hospici	55
4.2.4 Metódy sociálnej práce s terminálne chorými	56
4.3 Rola sociálneho pracovníka v ošetrovateľskom centre	59
4.4 Rola sociálneho pracovníka oproti asistentovi sociálnej práce	60
4.5 Rola sociálneho pracovníka v mobilnom hospici	61
4.6 Iné poznámky k sociálnej práci	62
5 Problémy sociálnej práce v paliatívnej starostlivosti	65
5.1 Slepé miesta v paliatívnej starostlivosti	65
5.2 Úskalia v paliatívnej starostlivosti	66
5.2.1 Etické dilemy pri poskytovaní paliatívnej starostlivosti	67
5.2.2 Etika duchovnej služby	70
5.2.3 Problém nedostatku sociálnych pracovníkov v paliatívnej starostlivosti	71
6 Výsledky šetrenia- zhrnutie	72
7 Diskusia	76
Záver	80

Zoznam použitej literatúry	9
Zoznam Príloh.....	14
Summary.....	21

Zoznam skratiek

ADOS - Agentúra Domácej ošetrovateľskej služby

LTC- Long Term Care (Starostlivosť o dlhodobo chorých)

MZ SR- Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej Republiky

WHO- World Health Organisation (Svetová Zdravotnícka organizácia)

Úvod

Aktuálnym problémom súčasnej doby je poskytovanie sociálnych služieb v paliatívnej starostlivosti. Tento problém ma zaujal behom štúdia, kde som sa s ním bližšie oboznámila. Zaujalo ma najmä to, že je málo zreteľných informácií o poskytovaní sociálnych služieb v paliatívnej starostlivosti, ktoré by mohli pomôcť ako samotným sociálnym pracovníkom tak aj rodinám klientov, ktorí sú v terminálnom štádiu a potrebujú paliatívnu starostlivosť. Títo klienti a ich rodiny často potrebujú aj pomoc práve sociálnych pracovníkov v rôznych oblastiach či už je to s podporou pri umieraní, tak aj s administratívnymi náležitosťami či finančnými náležitosťami.

Ako Slovenka študujúca v Českej republike, som sa rozhodla porovnať možnosti poskytovania sociálnych služieb v zariadeniach, kde je poskytovaná paliatívna starostlivosť v Českej a Slovenskej republike.

Cieľom diplomovej práce je zmapovať a popísať systém paliatívnej starostlivosti v Slovenskej republike a komparovať vybrané aspekty s Českou republikou. V práci sú dielčimi cieľmi vymedzené kľúčové pojmy, overenie súčasnej situácie paliatívnej starostlivosti v Slovenskej a Českej republike, popísanie miery sociálnych služieb v paliatívnej starostlivosti, vymedzenie roly sociálneho pracovníka v kontexte paliatívnej starostlivosti a realizovanie prieskumu. Ďalším cieľom je zamerať sa na vybrané aspekty a teda systém paliatívnej starostlivosti na slepé miesta poskytovania sociálnej práce v paliatívnej starostlivosti komparovať tieto aspekty s Českou republikou.

Svoju prácu zakladám aj na návšteve ošetrovateľského centra Slniečko v Humennom, kde je väčšina seniorov, ktorí už nie sú schopní zvládať základné samoobslužné činnosti a v centre sa nachádzajú aj klienti v terminálnom štádiu. Je tam izba pre dlhodobo chorých pacientov, ktorý sú pripútaní na lôžko a je im poskytovaná intenzívna zdravotnícka starostlivosť.

K písaniu práce ma motivovala skutočnosť, že pred pár rokmi sme doma doopatrovali prababičku, ktorá umierala. My sme k nej však volali iba lekára, preto ma teda zaujalo zistiť, ako funguje systém paliatívnej starostlivosti, služba hospicov a aké sú možnosti sociálnej práce s cieľom zaistiť dôstojné umieranie.

1 Komparácia vybraných aspektov paliatívnej starostlivosti s Českou republikou- metodologická štruktúra

V nasledujúcom texte popíšem metodologický postup svojej diplomovej práce.

1.1 Vymedzenie problému šetrenia

V súčasnosti vnímam nedostatok informácií o možnostiach poskytovania sociálnych služieb a sociálneho poradenstva v paliatívnej starostlivosti na Slovensku . Taktiež vnímam potrebu komparovať vybrané aspekty s Českou republikou a poskytnúť tak obraz o súčasnej situácii možností sociálnej práce v paliatívnej starostlivosti v oboch týchto krajinách.

1.2 Cieľ šetrenia

Cieľom šetrenia je zmapovať a popísať systém paliatívnej starostlivosti na Slovensku a komparovať vybrané aspekty s Českou republikou, pričom o dosiahnutie tohto cieľa sa budem snažiť pomocou čiastkových cieľov a teda vymedzením kľúčových pojmov, zmapovaním systému paliatívnej starostlivosti na Slovensku, zmapovaním slepých miest poskytovania sociálnej práce v paliatívnej starostlivosti, popísaním roly sociálneho pracovníka v jednotlivých zariadeniach, zistením úskalí a kompetencií sociálnych pracovníkov, zistením úlohy sociálnych pracovníkov v jednotlivých zariadeniach. Ďalšími čiastkovými cieľmi je popísať skúsenosti vybraného vedúceho pracovníka hospicu s kvalitou paliatívnej starostlivosti na Slovensku, zistiť možnosti sociálnej práce v paliatívnej starostlivosti na Slovensku, zistiť potreby a prekážky sociálnej práce v paliatívnej starostlivosti a tiež zistiť miesto sociálnej práce v paliatívnej starostlivosti. Cieľom mojej práce nie je detailná analýza dát vedeckými metódami.

1.3 Metódy zberu dát

Prieskum som vykonávala prostredníctvom zberu zdrojov a následnou analýzou dokumentov a odbornej literatúry, vlastným pozorovaním a realizáciou ilustratívneho rozhovoru.

1.4 Metódy spracovania dát

Metódy, ktoré som využila pri spracovaní dát sú analýza dokumentov, komparácia, kategorizácia, indukcia.

1.5 Metodika šetrenia

Prieskum bol realizovaný v rokoch 2016-2017. Zber dát prebiehal od októbra roku 2016. Prax bola realizovaná v ošetrovateľskom centre Slniečny dom v decembri roku 2016 v Humennom a ilustratívny rozhovor bol realizovaný prostredníctvom telefonického rozhovoru, v apríli roku 2017 s riaditeľkou mobilného hospicu a zároveň ošetrovateľského centra Slniečny dom, keďže pani riaditeľka sa v tom čase nachádzala v Humennom a ja v Prahe. Dáta som spracovávala od októbra roku 2016 do apríla roku 2017.

1.6 Operacionalizácia

Hlavná výskumná otázka: aká je súčasná situácia poskytovania paliatívnej starostlivosti na Slovensku?

Čiastkové výskumné otázky:

DVO1: Zistiť aká je situácia sociálnej práce v paliatívnej starostlivosti na Slovensku.

DVO1.1: Zistiť aká je kvalita služieb na Slovensku.

DVO1.2: Zistiť legislatívne upravenie sociálnej práce v paliatívnej starostlivosti.

DVO2: Zistiť aké poslanie má sociálny pracovník v jednotlivých zariadeniach.

DVO2.1 : Zistiť aké sú kompetencie sociálnych pracovníkov.

DVO2.2: Zistiť miesto sociálnej práce v paliatívnej starostlivosti.

DVO3: Zistiť slepé miesta poskytovania sociálnej práce v paliatívnej starostlivosti.

DVO3.1: Zistiť možné zmeny v legislatívnom upravení sociálnej práce v paliatívnej starostlivosti.

DVO3.2.: Zistiť potrebu a prekážky sociálnej práce v paliatívnej starostlivosti.

Transformačná tabuľka

HLAVNÁ VÝSKUMNÁ OTÁZKA: Aká je súčasná situácia poskytovania paliatívnej starostlivosti na Slovensku?		
ČIASTKOVÉ VÝSKUMNÉ OTÁZKY (DVO)		TAZATELSKÉ OTÁZKY
DVO1: Zistiť Aká je situácia sociálnej práce v paliatívnej starostlivosti na Slovensku.	DVO1.1: Zistiť aká je kvalita služieb na Slovensku .	TO1: Myslíte, že je na Slovensku poskytovaná vysoká kvalita zdravotníckej starostlivosti pre pacientov v terminálnom štádiu? TO2: Myslíte, že by pomohlo zlepšiť situáciu, keby bol na Slovensku ustanovený zákon o sociálnych pracovníkoch v zdravotníckom zariadení podobne ako je v Českej republike?
	DVO1.2: Zistiť legislatívne upravenie sociálnej práce v paliatívnej starostlivosti .	TO3: V Českej republike prebieha niekoľko novelizácií zákonov, ktoré upravujú paliatívnu starostlivosť (nová klasifikácia v rámci sociálnych a zdravotných služieb, nové financovanie paliatívnej starostlivosti). Prebiehajú podobné zmeny aj na Slovensku? TO4: Môžete konkrétnejšie popísať a zhodnotiť, ako je paliatívna starostlivosť upravená v rámci zákonov o sociálnych a zdravotných službách na Slovensku a ako je financovaná?

DVO2: Zistiť aké poslanie má sociálny pracovník v jednotlivých zariadeniach.	DVO2.1 : Zistiť aké sú kompetencie sociálnych pracovníkov .	TO5: Aké úlohy a kompetencie má vo Vašom zariadení sociálny pracovník? (Napríklad: prípadová práca, práca s rodinou, základné alebo odborné poradenstvo, individuálne plánovanie, krízová pomoc, vedenie dokumentácie, zabezpečovanie záležitostí spojených s pohrebom či závetom a podobne)? TO6: Aké sú podľa vás rozdiely v práci sociálneho pracovníka oproti asistentovi sociálnej práce?
	DVO2.2: Zistiť miesto sociálnej práce v paliatívnej starostlivosti.	TO7: Prebieha vo Vašej organizácii medziodborová spolupráca a ako konkrétne? TO8: Je podľa Vás dôležité venovať pozornosť spirituálnej a sociálnej stránke klientov?
DVO3: Zistiť slepé miesta poskytovania sociálnej práce v paliatívnej starostlivosti.	DVO3.1: Zistiť možné zmeny v legislatívnom upravení sociálnej práce v paliatívnej starostlivosti.	TO9: Napadá Vás ešte, aké opatrenia by na Slovensku pomohli kvalitnejšej paliatívnej starostlivosti? TO10: Čo sa na Slovensku v tejto oblasti podarilo, vzhľadom k minulosti?
	DVO3.2: Zistiť potrebu a prekážky sociálnej práce v paliatívnej starostlivosti.	TO11: S akými problémami sa sociálni pracovníci vo Vašom zariadení potýkajú? TO12: S akými problémami sa potýkate Vy ako vedúca organizácie?

1.7 Charakteristika vzorku

Do skúmaného vzorku som zahrnula štúdium odbornej literatúry, legislatívy, zborníkov a výročných správ. Ďalej realizáciu praxe v ošetrovateľskom centre Slniečny dom v Humennom pod vedením sociálnej pracovníčky s ukončeným magisterským stupňom štúdia. Tiež realizáciou rozhovoru s vedúcou pracovníčkou nemenovanej organizácie poskytujúcej paliatívnu starostlivosť..

1.8 Etické zásady

Rozhovor bol realizovaný zo súhlasom respondentky za podmienky, že bude uverejnený anonymne. Respondentka bola informovaná o prepísaní telefonického rozhovoru a po tom čo na prepísaný rozhovor spravila korekciu mi podpísala informovaný súhlas.

1.9 Limity šetrenia

Na hlavnú výskumnú otázku sa mi nepodarí precízne odpovedať, keďže nevytvorím šetrenie riadnymi výskumnými metódami, spravím prieskum literatúry, ktorú som získala z knižnice a dostupných internetových zdrojov a zákonov, čo je len malá vzorka. A tiež mám iba jednu respondentku, ktorá mi odpovedala na otázky a nechce byť menovaná. Ďalším limitom je, že sa nachádzam v Prahe, preto nie je možné realizovať prax v potrebnej dĺžke. Ako limit tiež vnímam, že v mobilnom hospíci momentálne nemajú klientov vôbec a v centre, kde vykonávam prax, momentálne nemajú umierajúcich klientov. Limitom tiež je, že rozhovor bol poskytnutý prostredníctvom telefonického rozhovoru a následne prepísaný. Výsledky môjho prieskumu sa nedajú generalizovať, ide skôr o prehľad základných informácií, ktoré týmto rozhovorom ilustrujem.

1.10 Výsledky šetrenia

Výsledky svojho šetrenia podrobne prezentujem v nasledujúcich kapitolách, ich zhrnutie uvádzam v kapitole 6.

2 Paliatívna starostlivosť vo všeobecnosti

V práci sa zameriavam na paliatívnu starostlivosť na Slovensku a možnosti sociálnej práce, ktoré budem ďalej komparovať s Českou republikou. V nasledujúcich kapitolách sa budem venovať systému paliatívnej starostlivosti na Slovensku a komparácii vybraných aspektov s Českou republikou. V prvej kapitole vymedzím kľúčové pojmy a priblížim fungovanie paliatívnej starostlivosti vo všeobecnosti, a taktiež význam histórie v paliatívnej starostlivosti.

2.1 Vymedzenie kľúčových pojmov

Ako podstatné, považujem v práci uviesť zopár kľúčových pojmov, ktoré budem využívať v nasledujúcich kapitolách. V nižšie uvedenom texte som vybrala definície základných pojmov, ktoré považujem za týkajúce sa paliatívnej starostlivosti a sociálnej práce či sociálnych služieb a zároveň týkajúce sa témy práce.

2.1.1 Paliatívna starostlivosť

Ako prvý uvádzam pojem Paliatívna starostlivosť ktorý: *„ je prístup, ktorý zlepšuje kvalitu života pacientov a ich rodín zoči voči ohrozujúcemu ochoreniu tým, že včas rozpozná , neodkladne diagnostikuje , lieči bolesti a iné fyzické, psychosociálne a duchovné problémy a tým predchádza utrpeniu a zmierňuje ho“* (Andrási, 2015, s.17).

Zároveň (sec. cit. Krellova In: Marášková 2011, s. 140) píše že : *„Poznáme tri roviny paliatívnej starostlivosti podľa Finlay a Jonesa:*

- *paliatívny prístup (základná starostlivosť)*
- *špecializované intervencie (špecializovaná starostlivosť)*
- *paliatívna starostlivosť poskytovaná špecialistami“*

Svetová zdravotnícka organizácia (2002) definuje paliatívnu starostlivosť ako : *„Paliatívna starostlivosť sa chápe ako prístup zlepšujúci kvalitu života pacientov a ich rodiny, ktorí čelia problému spojenému so životom ohrozujúcou chorobou cez prevenciu a úľavu utrpenia prostredníctvom zhodnotenia a liečby bolesti a iných problémov fyzických, psychosociálnych a duchovných“* (Hudáková, 2011,s. 134).

Paliatívna starostlivosť je podľa staršej definície WHO z roku 1990 vymedzená ako aktívna, celková starostlivosť o pacientov v dobe, kedy už ich choroba neodpovedá na kauzálnu liečbu a prvoradou sa stáva kontrola bolesti, iných symptómov a tiež psychologických či sociálnych problémov. Cieľ, ktorý chce paliatívna starostlivosť dosiahnuť je najvyššia možná kvalita života pacienta a jeho rodiny. Paliatívna starostlivosť potvrdzuje život a chápe umieranie ako prirodzený proces. Paliatívna starostlivosť taktiež zdôrazňuje dôležitosť úľavy bolesti a iných obťažujúcich symptómov, zjednocuje fyzické, psychologické a duchovné aspekty starostlivosti o pacienta. Poskytuje pacientovi podporu žiť tak aktívne, ako je to len možné až do jeho smrti, a podporuje rodinu pri vysporiadaní sa s danou situáciou (Kasanová, 2008).

2.1.2 Sociálna práca

Ďalším nevyhnutným pojmom je sociálna práca, tá je definovaná ako: *„Spoločensko-vedná disciplína aj oblasť praktickej činnosti. Ktorých cieľom je odhaľovanie, vysvetľovanie, zmierňovanie a riešenie sociálnych problémov (chudoby, zanedbávanie výchovy detí, diskriminácia určitých skupín, delikvencia mládeže, nezamestnanosti, a. i.) Sociálna práca sa opiera jednak o rámec spoločenskej solidarity, jednak o ideál naplňovania ideálneho ľudského potenciálu. Sociálni pracovníci pomáhajú jednotlivcom, rodinám, skupinám i komunitám dosiahnuť alebo navrátiť spôsobilosť k sociálnemu uplatneniu. Okrem toho pomáhajú vytvárať pre ich uplatnenie priaznivé spoločenské podmienky. Sociálna práca je hlavným prístupom pri poskytovaní sociálnej pomoci“* (Matoušek, 2008 s.200-201).

Podľa svetovej asociácie sociálnych pracovníkov je sociálna práca definovaná ako: *„Sociálna práca je nielen praktická profesia, ale aj vedecký odbor, ktorý má za úlohu podporovať sociálnu zmenu, sociálnu súdržnosť, práva a slobodu ľudí. Základom sociálnej práce sú tak ako zásady sociálnej spravodlivosti aj zásady ľudských práv či kolektívnej zodpovednosti a tiež rešpektovanie rozdielnosti. Sociálna práca integruje ľudí a štruktúry do riešenia životných problémov a tiež do posilňovania sociálneho blaha, na základe tradičných poznatkov, s pomocou sociálnych vied, humanitárnych odborov a teórií sociálnej práce“* (Hetteš, 2014).

2.1.3 Sociálna práca v paliatívnej medicíne

V tejto práci však nesmie chýbať definícia sociálnej práce v paliatívnej medicíne. Sociálna práca v paliatívnej medicíne má dve roviny. Prvá užšia, sa týka samotného chorého a jeho konkrétnych problémov. Ak stojí sociálny pracovník pred úlohou „pomôcť uskutočniť klientovi takú zmenu, ktorá by nastolila novú rovnováhu“ ,mal by si byť vedomý, že primárny problém, a teda nevyliciteľnú chorobu zmeniť nejde. Najväčšia a najťažšia zmena, ku ktorej by mal sociálny pracovník v spolupráci s multidisciplinárnym paliatívnym tímom chorému pomôcť, je prijať nevyliciteľnú chorobu ako súčasť života. Pre chorého začína ťažká životná fáza, ale stále ide o fázu života, kedy sa dá každý deň prežiť a malo by byť snahou prežiť ho čo možno najlepšie. V náväznosti na túto skutočnosť hľadá sociálny pracovník s pacientom predovšetkým to:

- čo sa robiť dá - aké sú možnosti pri nastávajúcom fyzickom stave a prognóze vývoja choroby,
- čo sa s ním bude diať po prepustení z nemocnice,
- čo mu môže ponúknuť spoločnosť
- čo môže k prekonaniu situácie ponúknuť on sám.

Druhá, širšia rovina sociálnej práce sa týka jej pôsobenia v spoločnosti. Vo vzťahu k nevyliciteľne chorým a umierajúcim ľuďom je predstavovaná jednak snahou o presadenie legislatívnych zmien a zrýchlení administratívnych úkonov, ktoré môžu priniesť skvalitnenie života chorých jednak vzdelávacími aktivitami pre laickú aj odbornú verejnosť. Rozpačitý prístup k nevyliciteľne chorým, umierajúcim a pozostalým je treba pomôcť zmeniť práve tým, že sa sociálny pracovník podieľa na prednáškach, ktorých téma je prístup k týmto ľuďom, vhodná komunikácia s nimi a porozumenie určitému správaniu (Vorlíček, 2004).

2.1.4 Sociálny pracovník a ošetrojúci zdravotnícky pracovník

Medzi ďalšie podstatné výrazy patrí sociálny pracovník a ošetrojúci zdravotnícky pracovník.

Sociálny pracovník je v zákone 219/2014 Z.z. o sociálnej práci a o podmienkach na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny v §2 odsek 3 definovaný ako: „*Sociálny pracovník a asistent sociálnej práce by mali uplatňovať*

prístupy, ktoré zodpovedajú dosiahnutiu cieľa vykonávanej sociálnej práce a tak isto poznatkom, ktoré získali v odbore sociálna práca pričom využívajú odborné metódy práce, ktoré prináležia v zameraní sociálnej práce. Sociálnu prácu má sociálny pracovník či asistent sociálnej práce vykonávať v recipročnej súvislosti aj s ďalšími odbornými činnosťami, ktoré sú z oblasti práva, psychológie, medicíny, pedagogiky či sociológie a z ďalších oblastí.“

Ošetrujúci zdravotnícky pracovník je podľa zákona 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti §2 odseku 4: *„zdravotnícky pracovník určený poskytovateľom zdravotnej starostlivosti (ďalej len „poskytovateľ“) na poskytovanie zdravotnej starostlivosti osobe; ak je takýmto ošetrujúcim zdravotníckym pracovníkom lekár alebo zubný lekár, ide o ošetrujúceho lekára, ak je ošetrujúcim zdravotníckym pracovníkom sestra alebo pôrodná asistentka, ide o ošetrujúcu sestru alebo o ošetrujúcu pôrodnú asistentku“.*

2.2. Význam histórie paliatívnej starostlivosti

V prvom rade pripomeniem dôležitosť paliatívnej starostlivosti. Pacienti v terminálnom štádiu sú trpiaci. No však aj trpiaci človek má právo na kvalitný zvyšok svojho života. V. E. Frankl zdôrazňuje, že je potrebné hľadať zmysel života. Ako uvádza v publikácii trpiaci človek, aj človek, ktorý už nemôže naplňať svoj zmysel života tvorivou činnosťou, môže naplňať zmysel života v hodnotách, ktoré má spojené s vlastným postojom čo znamená, že aj napriek utrpeniu má prijímať správny postoj k osudu. Je potrebné, aby človek vopred prijal, že je vybavený schopnosťou trpieť, preto vnútorne ovládnutie seba samého je tvorbou a to tvorbou seba samého. Frankl ďalej tvrdí, že hľadanie zmyslu je existencia (Frankl, 2006).

Paliatívna starostlivosť by mala pomôcť klientovi v zlepšení kvality posledných chvíľ a v hľadaní zmyslu ešte svojho ostávajúceho života. Sociálny pracovník by mal pomôcť klientovi zmieriť sa s tým, čo mu osud nadelil a prijať utrpenie také, aké je a zároveň pomôcť nájsť mu jeho hodnoty a hľadať v nich zmysel. Křivohlavý (2010) vo svojej publikácii „Mít pro co žít“ popisuje falošné prístupy k utrpeniu a to hyperreflexiu, sebaľútosť, masochizmus, prehlušovanie utrpenia a prepadnutie panike. Hyperreflexia znamená, že človek sa nadmerne trápi tým, že má trápenie. Sebaľútosť znamená, že trpiaci človek často prepadá samo-ľutovaniu, a teda narieka nad osudom, nad tým čo sa mu

prihodilo. Je to často podmienené aj tým, že ho ľutujú ostatní ľudia. Masochizmus sa prejavuje u ľudí, ktorí si sami navodzujú utrpenie z vlastnej vôle. Prehlušovanie utrpenia je utišovanie bolesti rôznymi liekmi, práškami. Ide vlastne o útek od utrpenia. Prepadnutie panike nastáva, keď utrpenie presahuje medze alebo je človek príliš dlho neistý (Křivohlavý, 2010). Zaujal ma citát J.W. Goetheho: „*Tvárou v tvár utrpeniu máme dve možnosti: buď s ním statočne bojovať alebo ho statočne znášať*“ popisuje to, ako sa môže trpiaci človek postaviť ku svojej situácii.

Stručne popíšem začiatok rozvoja paliatívnej starostlivosti. Starostlivosti o nevyliciteľne chorých sa začala venovať v roku 1842 Jane Garnierová, ktorá v Lyone založila spoločenstvo žien, najmä vdov, ktoré sa venovalo tejto činnosti. Toto hnutie v roku 1847 založilo v Paríži prvý dom, ktorý bol pomenovaný Hospic. Ďalej boli hospice zakladané v Dubline kongregáciou sestier lásky potom bolo niekoľko takýchto domov v Anglicku a Írsku. V hospici sv. Jozefa pracovala Cicely Saundersová, ktorá vytvorila koncept „celkovej bolesti“, skúmala využitie perorálneho morfinu v liečbe chronickej nádorovej bolesti a bola ovplyvnená Carlom Rogersom a najmä jeho myšlienkami o komunikácii s chorými a načúvaní ich potrebám (Vorlíček, 2004).

2.3 Vymedzenie v legislatíve

V legislatíve na Slovensku a Česku sú rozdiely či už z pohľadu zdravotnej starostlivosti alebo sociálnych služieb. V tejto podkapitole sa budem snažiť popísať legislatívne rozdiely v oboch krajinách.

2.3.1 Paliatívna starostlivosť v zdravotníckej starostlivosti na Slovensku

Na Slovensku doposiaľ neexistuje samostatný zákon o paliatívnej starostlivosti. Avšak prevádzkovanie zdravotníckych zariadení, medzi ktoré patrí aj hospic či mobilný hospic je upravené v zákone číslo 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov, v paragrafe 7, kde je v odseku 3 písmene c) uvedené, že k ambulantnej zdravotnej starostlivosti patrí stacionár a v písmene g) ustanovené, že mobilný hospic patrí medzi zariadenie ambulantnej zdravotníckej

starostlivosti. Ďalej je ustanovené v odseku 4 písmene c), že hospic patrí medzi zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti (578/2004 Z.z., §7).

Podľa vyhlášky číslo 86/2016 Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v §4 je stacionár zariadenie určené na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti pre osoby, ktorých zdravotný stav vyžaduje opakované denné poskytovanie zdravotnej starostlivosti, kedy nadväzuje na poskytovanie ambulantnej či ústavnej zdravotnej starostlivosti. V §8 je uvedené, že mobilný hospic je určený na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v prirodzenom sociálnom prostredí a to prostredníctvom zdravotníckeho pracovníka. Podľa § 13 je hospic určený na poskytovanie zdravotnej starostlivosti osobám, ktoré trpia nevyliciteľnou a progredujúcou chorobou vedúcou k smrti. Jej cieľom je zlepšenie kvality života, zmiernenie utrpenia a stabilizácia zdravotného stavu. Súčasťou hospicu môže byť tiež aj mobilný hospic (86/2016,Z.z.).

V nariadení vlády Slovenskej republiky č. 640/2008 Z.z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti je v § 8 uvedené, že najmenej jeden hospic a jeden mobilný hospic na územie samosprávneho kraja je minimálna verejná sieť pre hospic a mobilný hospic (640/2008 Z.z. § 8).

V roku 2006 vydalo ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky koncepciu zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti. V tejto koncepcii je uvedená história paliatívnej starostlivosti ale tiež náplň a hlavné úlohy a vymedzenie činnosti v paliatívnej starostlivosti. Podľa tejto koncepcie sú úlohy paliatívnej starostlivosti takéto: zlepšiť kvalitu života klienta až do smrti, poskytovať pacientovi úľavu od bolesti a iných symptómov ochorenia, tiež je to zmiernovanie utrpenia pacienta a stabilizovanie jeho zdravotného stavu, nemá urýchľovať ale ani oddaľovať smrť. Ďalšou úlohou je zabezpečovanie komplexnej liečby a starostlivosti pacientovi tímom zdravotníckych pracovníkov s odbornou spôsobilosťou, integrovať spirituálne a psychologické aspekty starostlivosti o pacienta, zabezpečovať klientovi podporný systém tak, aby mohol žiť čo najaktívnejšie až do smrti ale tiež poskytovať pomoc príbuzným či blízkym klienta pri zvládaní problémov počas zvládania choroby ale aj po smrti v čase smútenia. Paliatívna starostlivosť je zabezpečovaná multidisciplinárnym tímom, ktorý je zložený z lekárov, sestier a iných zdravotníckych pracovníkov. V tejto koncepcii je ďalej definovaná hospicová starostlivosť, paliatívna ošetrovateľská starostlivosť, respitná starostlivosť, terminálna starostlivosť, starostlivosť o rodinu ale tiež dobrovoľníci, ktorí však zdravotnú starostlivosť neposkytujú aj keby boli povolaním zdravotníckimi pracovníkmi.

Ďalšou časťou tejto koncepcie je charakteristika v odbore, kde sú popísané formy poskytovania paliatívnej starostlivosti. Medzi tieto formy patrí ambulancná a ústavná.

Prvá je ambulancná forma, ktorú vykonávajú mobilné hospice, čo je najlepšou formou poskytovania paliatívnej starostlivosti, táto služba je poskytovaná návštevnuou službou v domácnosti chorého klienta a to lekárom a sestrami a podľa potreby aj iných zdravotných pracovníkov. Ambulancná forma je tiež poskytovaná ambulanciami paliatívnej medicíny a to súčasne s návštevnuou službou lekára a sestier v domácom prostredí pacienta či zomierajúceho. Stacionárne paliatívnej medicíny taktiež patria k ambulancnej forme. Tie poskytujú celodennú starostlivosť, ktorá je kratšia ako 24 hodín o klienta, ak klient vyžaduje denne ošetrovateľskú starostlivosť a rodina nemôže zabezpečiť sociálne zázemie 24 hodín denne alebo ak potrebuje ostať ekonomicky aktívna.

Druhá forma je ústavná a tú vykonávajú hospice, ktoré sú samostatné zdravotnícke zariadenia určené práve na poskytovanie paliatívnej starostlivosti a majú sídlo v samostatnej budove. Majú určený optimálny počet postelí, ktorý je 20. Jeho súčasťou môže byť stacionár, mobilný hospic, ambulancia paliatívnej medicíny ale aj iné špecializované zdravotnícke ambulancie. Táto starostlivosť je označovaná pojmom hospicová starostlivosť. Ďalším zariadením ústavnej formy poskytovania starostlivosti sú oddelenia paliatívnej medicíny. Tie sa nachádzajú v nemocniciach, ale aj iných zdravotníckych zariadeniach. Tu je stanovený optimálny počet postelí v rozmedzí 10 - 20 postelí avšak odporúčané sú jednolôžkové izby, kde sa nachádza príslušenstvo pre pacientov, kde je možnosť ubytovania aj blízkych klienta. Pobyť klienta v tomto zariadení by sa mal riadiť jeho potrebami. Prijatie na oddelenie je dohodnuté konzíliom medzi primármi, kedy sa zvažuje neodkladnosť liečby, bolesť a iné príznaky ochorenia a závažné psychosociálne ťažkosti. K zariadeniam ústavnej formy tiež patria jednotky paliatívnej medicíny. Tie sú zriaďované pri geriatrických, sociálnych a iných zdravotníckych zariadeniach. Sú samostatnou jednotkou a sú zložené z 2 - 3 jednolôžkových izieb, ktoré sú určené pre klientov, ktorí vyžadujú paliatívnu starostlivosť (Vestník MV ZS 2006, ročník 54).

V koncepcii je ďalej upravené personálne zabezpečenie jednotlivých zariadení. V ambulanciách paliatívnej medicíny sa nachádza jeden lekár a jedna sestra. V mobilnom hospici personál tvorí jeden lekár na 25 dospelých pacientov, jeden na 10 detských pacientov, 3 zdravotné sestry, 1 klinický psychológ a 1 špeciálny pedagóg, respektíve liečebný pedagóg v detskom mobilnom hospici. Personálne zabezpečenie v hospici a na oddeleniach paliatívnej starostlivosti sú na 20 postelí 3 lekári, 15 sestier, 5 zdravotníckych

asistentov, 1 klinický psychológ, 1 špeciálny či liečebný pedagóg u detí, 1 sociálny pracovník, duchovný a podľa potreby dobrovoľníci (Vestník MV ZS 2006, ročník 54).

Na Slovensku je duplicitná úprava základných práv a slobôd, a to v Ústave Slovenskej republiky v II. hlave a tiež v Listine základných práv a slobôd, avšak text týchto dvoch úprav nie je identický, ale je porovnateľný. V tejto listine ako aj v článku 40 Ústavy SR je spomenuté, že každý človek má právo na ochranu zdravia, ale aj bezplatnú zdravotnícku starostlivosť a zdravotnícke pomôcky a to na základe poistenia. Toto pravidlo je zhodné aj v Českej republike (Oškerová, 2015).

Na Slovensku bola v roku 1997 ratifikovaná medzinárodná zmluva a to Dohovor o ochrane ľudských práv a dôstojnosti človeka v súvislosti s aplikáciou biológie a medicíny: Dohovor o ľudských právach a biomedicíne. Tento dokument bol prijatý aj v Českej republike. Cieľom tohto dokumentu je povinnosť chrániť dôstojnosť a identitu každého človeka a tiež rešpektovanie jeho integrity bez diskriminácie ale aj iné práva a slobody človeka. Ďalšími povinnosťami ustanovenými v tomto dokumente je zabezpečenie spravodlivého postoja k starostlivosti o zdravie, tiež dodržiavanie profesionálnych štandardov pričom každý zásah sa musí robiť v súlade s príslušnou legislatívou. Tieto opatrenia by mali byť prijaté zmluvným štátom v jeho právnom systéme (Oškerová, 2015).

Na otázku či prebiehajú zmeny v novelizácii zákonov týkajúcich sa paliatívnej starostlivosti mi respondentka odpovedala takto: *„Je snaha vytvoriť koncepciu paliatívnej starostlivosti, ktorej potreby sa dovolávajú prevádzkovatelia hospicov. Dožadujú sa zmien v legislatíve. Prebieha snaha niekoľko rokov o stratégiu Long Term Care (LTC) na Slovensku čo je dlhodobá starostlivosť. Súčasťou koncepcie je aj paliatívna starostlivosť. Momentálne pracuje pracovná skupina pod Ministerstvom ku koncepcii dlhodobej starostlivosti, v rámci nej pôsobia aj pod vedením ministerskej sestry Ministerstva zdravotníctva“.*

2.3.2 Paliatívna starostlivosť v zdravotnej starostlivosti v Českej republike

V Českej republike zatiaľ paliatívna a hospicová starostlivosť nie je ukotvená v samostatnom zákone. Avšak paliatívna starostlivosť je zmienená v zákone 372/2011 Sb. v paragrafe §5 odseku 2 písmene h) ako druh zdravotnej starostlivosti podľa účelu jej

poskytnutia, a teda jej účelom je zachovanie kvality života a zmiernenie utrpenia človeka, ktorý trpí nevyliciteľnou chorobou. Medzi formy zdravotnej starostlivosti sa podľa § 6 radí ambulantná starostlivosť, jednodenná starostlivosť, lôžková starostlivosť a starostlivosť vo vlastnom sociálnom prostredí pacienta. Podľa § 10 odseku 1 písmeno b) zdravotná starostlivosť poskytovaná vo vlastnom sociálnom prostredí pacienta teda domáca starostlivosť, ktorá je liečebne - rehabilitačná starostlivosť, ošetrovateľská starostlivosť, ale aj paliatívna starostlivosť (Zákon č.372/2011 Sb., §5 ods.2,§6,§10 ods.1).

K tejto problematike tiež patrí Zákon č.48/1997 Sb. O verejnom zdravotníom pojištení, kde je v paragrafoch §13, §22, §22a paliatívna zdravotná starostlivosť, ale aj paliatívna starostlivosť, ktorá je poskytovaná vo vlastnom sociálnom prostredí pacienta a paliatívna starostlivosť v hospicioch zaradená medzi zdravotné služby, ktoré sú hradené. Práve pri lôžkovom zariadení hospicového typu zákon hovorí nie o paliatívnej starostlivosti, ale o paliatívnej liečbe. Ďalej tento zákon v §17 odseku 5, určuje výšku úhrad hradených služieb a regulačné obmedzenia (Zákon č. 48/1997 Sb, §13, §17, §22).

Tak ako na Slovensku aj v Českej republike je v súčasnosti ukotvená Listina základných práv a svobod a to ústavným zákonom č. 2/1993 Sb. V Listine práv a slobôd je ustanovené, že každý má právo na ochranu zdravia a občania majú na základe poistenia nárok na bezplatnú starostlivosť a zdravotnícke pomôcky za predpokladu splnenia podmienok ustanovených zákonom (Oškerová, 2015).

V Českej republike bola v roku 2001 ratifikovaná Úmluva na ochranu ľudských práv a dôstojnosti ľudskej bytosti v súvislosti s aplikáciou biológie a medicíny: Úmluva o ľudských právach a biomedicíne. Cieľ tohto dokumentu je rovnaký ako v Slovenskej republike, avšak v českom preklade sa hovorí o dodržiavaní profesných povinností a štandardov (Oškerová, 2015).

V Českej republike sa chystá novelizácia zákona o zdravotných službách a tiež zmena vo financovaní paliatívnej starostlivosti a to najmä mobilnej špecializovanej paliatívnej starostlivosti, ktorá by mala byť od roku 2018 zaradená do systému úhrad. Cieľom novely by mali byť lepšie podmienky pre dôstojný život s ťažkou chorobou až do konca života. V dlhodobejšom období sa bude pripravovať zákon, ktorý bude upravovať problematiku paliatívnej starostlivosti a bude zasahovať aj do sociálnej sféry. Ale v tomto období bude paliatívna a hospicová starostlivosť zakotvená v zákone o sociálnych službách a tiež finančne podporená. V zákone sa bude popisovať čo sú hospice, čo je paliatívna starostlivosť, akým spôsobom budú hospice financované. Bude tiež dohodnuté čo je hospicová starostlivosť, od kedy je to hospicová starostlivosť, kde bude poskytovaná

táto starostlivosť a akým spôsobom budú vybavený personálne a vecne tí, ktorí ju vybavujú. Ministerstvo zdravotníctva (MZ ČR) pripraví novelu zákona o zdravotníckych službách kde bude konečne a jasne definované, čo je hospicová a paliatívna starostlivosť, ďalej zavedie poriadok, v ktorom bude zaistená vyváženosť, definovaná kvalita, úroveň a dostupnosť tejto starostlivosti. V súčasnosti je v Českej republike 25 poskytovateľov hospicovej starostlivosti a to dokopy v kamenných aj mobilných hospicioch. Bude vytvorená základná sieť, a teda ministerstvo zdravotníctva bude intenzívne prispievať k tomu aby došlo k dohode a k nadviazaniu vzťahov medzi hospicom a poskytovateľom lôžkovej starostlivosti v okolí hospicu. Cieľom je tiež dosiahnutie komunikácie nemocníc s hospicmi, z dôvodu zaistenia príležitosti kam odísť a kde túto starostlivosť získať, pre tých ľudí, ktorí ak sa domnievajú, že túto starostlivosť potrebujú a ak lekár rozhodne pre tento typ starostlivosti. Ďalej bolo dohodnuté, že kamenné a mobilné hospice by mali byť do istej miery kombinované. Pričom ideálne by bolo, keby existovali hospice, ktoré budú mať niečo ako výjazdovú skupinu. Ďalšia problematika je detská hospicová starostlivosť, ktorá by mala byť riešená pri 2 veľkých onkologických centrách, ktoré sú v Českej republike v Prahe a Brne. Úlohy sú dve, jedna legislatívna a druhá zaistenie úhrad cez zdravotné poistenie a cez zoznam výkonov (<http://www.ceskatelevize.cz/ivysilani>). Aktuálne je 7 mobilných hospicov no ich počet by mal byť navýšený na 20 organizácií mobilných hospicov. Budúci rok má byť mobilná špecializovaná paliatívna starostlivosť v systéme úhrad, na čom sa bude teraz intenzívne pracovať. Novely by mali byť schválené a podpísané prezidentom do 30. septembra, pričom účinnosti by mali dosiahnuť najskôr 1.1.2018. Jedná sa o sériu zmien ide o zakotvenie kľúčových vecí v zákone o zdravotných službách a niekoľko sprevádzajúcich predpisov MZ ČR tak, ako z pohľadu podmienok hospicov, tak z pohľadu úhrad. Malo by to byť stihnuté tohto roku. V materiáloch, ktoré boli predložené sú popísané výkony pre domácu hospicovú starostlivosť uplatniteľné aj v dedinskom prostredí, návrhy konkrétneho znenia možných legislatívnych zmien vo veci lôžkovej a domácej starostlivosti a ideálny stav pre pôsobenie domácich hospicov, kde by mal byť jeden mobilný hospic na jeden okres. To by tvorilo 80 až 90 pohyblivých tímov v Českej republike. Ministerstvo zdravotníctva by chcelo čo najrýchlejšie spolupracovať s Ministerstvom práce sociálnych vecí, ktoré má v súčasnej dobe úpravu zákona o sociálnych službách v medzirezortnom pripomienkovom konaní, kde by ministerstvo zdravotníctva chcelo definovať pojem paliatívna starostlivosť. Úhrady pre lôžkovú hospicovú starostlivosť sú aktuálne na úrovni dlhodobej lôžkovej starostlivosti pre dlhodobo chorých s tým, že v tomto type zdravotníckeho zariadenia je možné využiť aj

d'alsie zdroje a teda príjem od pacienta priamo alebo z príspevku na starostlivosť od Ministerstva práce sociálnych vecí. Tento systém by mal zostať zachovaný avšak skôr bude navyšovaná zdravotnícka časť. Úlohou je definovať legislatívne prostredie, aby poisťovne vedeli, že hospic existuje a že ho môžu financovať. Tiež je to vytvorenie priestoru, aby ho mali poisťovne ako platiť a aby ho lepšie platili ako je to v súčasnosti (<http://www.ceskatelevize.cz/ivysilani>).

2.3.3 Legislatívne vymedzenie sociálnej práce v Slovenskej republike

Sociálna práca je na Slovensku upravená v zákone 448/2008 Z.z. o sociálnych službách. Potom je z časti upravená v zákone 447/2008 Z.z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Na Slovensku existuje tiež profesný zákon o sociálnej práci číslo 219/2014 Z.z. Ďalšie zákony, ktoré súvisia so sociálnou prácou sú Zákon číslo 305/2005 Z. z. Zákon o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele, a Zákon číslo 455/1991 Zb. Živnostenský zákon. Týmto posledným dvom zákonom a teda Zákonom č. 305/2005 a 455/1991 sa vo svojej práci venovať nebudem.

V zákone 448/2008 Z.z. o sociálnych službách je v prvej časti uvedený predmet zákona. Ten hovorí o právnych vzťahoch pri poskytovaní sociálnych služieb, financovaní sociálnych služieb a o dohľade nad poskytovaním sociálnych služieb. V paragrafe §2 tohto zákona je upravené čo je to sociálna služba. Podľa charakteristiky zákona ju tvoria odborné, obslužné a ďalšie činnosti, ktoré sa zameriavajú najmä na prevenciu vzniku nepriaznivej sociálnej situácie u občana a na riešenie alebo zmiernenie vzniknutej situácie občana, rodiny či komunity, ďalej na zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopností fyzickej osoby viesť samostatný život, na podporu jej začlenenia do spoločnosti, na zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb fyzickej osoby, na riešenie jej krízovej situácie, na prevenciu sociálneho vylúčenia fyzickej osoby a rodiny.

V odseku 2 paragrafu §2 je uvedené, že ako nepriaznivú sociálnu situáciu môžeme označiť situáciu, ktorá je ohrozujúca pre občana či už sociálnym vylúčením alebo obmedzuje jeho schopnosti začleniť sa do spoločnosti a svoje problémy riešiť samostatne. Človek sa ocitá v nepriaznivej situácii v prípade, že nemá zabezpečené nevyhnutné podmienky, ktoré uspokojujú základné životné potreby, pre svoje životné návyky alebo spôsob života, pre ťažké zdravotné postihnutie či dovŕšením dôchodkového veku alebo aj

pri výkone opatrovania fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím v prípade, že je ohrozovaný inou fyzickou osobou, alebo ak sa stal obeťou obchodovania s ľuďmi (Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách §2 ods. 2).

V štvrtom odseku paragrafu §2 je popísané čo je krízová sociálna situácia. Je to podľa tohto zákona ohrozenie života alebo zdravia fyzickej osoby alebo rodiny, ktoré si vyžaduje bezodkladné riešenie sociálnou službou (Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách §2 ods. 4).

Nevyhnutné podmienky na uspokojovanie základných životných potrieb jednotlivca a rodiny, medzi ktoré patrí strava, nevyhnutné ošatenie, nevyhnutná základná osobná hygiena, ubytovanie, prevenciu sociálneho vylúčenia fyzickej osoby alebo rodiny či obuv, sú zabezpečované prostredníctvom sociálnej služby (Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách § 2 ods. 3).

V druhej hlave prvej časti tohto zákona sú upravení účastníci právnych vzťahov, ktorých zákon definuje takto: „*a) prijímateľ sociálnej služby, b) poskytovateľ sociálnej služby, c) Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky (ďalej len „ministerstvo“), d) obec, e) vyšší územný celok, f) partnerstvo, g) iná osoba, ktorej vznikajú práva a povinnosti podľa tohto zákona pri poskytovaní sociálnej služby*“ (Zákon 448/2008, §3 ods. 1). Ďalej je v tejto hlave uvedená zásada rovnakého zaobchádzania pri poskytovaní sociálnych služieb. V tretej hlave prvej časti tohto zákona sú zadefinované práva a povinnosti pri poskytovaní sociálnej služby a to v paragrafoch § 6 až § 10.

V prvej hlave druhej časti je upravené, aká je forma, druh a rozsah poskytovania sociálnej služby takto : „*Druh sociálnej služby, forma sociálnej služby a rozsah poskytovania sociálnej služby sa určia podľa nepriaznivej sociálnej situácie a pri sociálnej službe uvedenej v § 34 až 41 aj podľa stupňa odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby*“ (Zákon 448/2008 Z.z., §11).

Forma poskytovania týchto služieb môže byť ambulantná, terénna, pobytová či iná forma, ktorá je poskytovaná prostredníctvom telekomunikačných technológií alebo telefonicky. Rozsah poskytovania sociálnych služieb je podľa tohto zákona určený na dobu určitú alebo na dobu neurčitú (Zákon 448/2008 Z.z., §13 -§14).

V druhej hlave druhej časti je uvedené poskytovanie sociálnych služieb, kde patria odborné, obslužné a ďalšie činnosti (Zákon č. 448/2008 Z. z. § 16 - 18). Ďalej sú v tejto hlave uvedené sociálne poradenstvo, pomoc pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov, sociálna rehabilitácia, ošetrovateľská starostlivosť v zariadení, rozvoj

pracovných zručností, preventívna aktivita, stimulácia komplexného vývoja dieťaťa so zdravotným postihnutím.

Tretia hlava tohto zákona upravuje sociálne služby krízovej intervencie, štvrtá hlava upravuje sociálne služby na podporu rodiny s deťmi, piata hlava popisuje sociálne služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku, sú v nej popísané zariadenia pre fyzické osoby odkázané na pomoc inej fyzickej osoby a pre fyzické osoby, ktoré dovŕšili dôchodkový vek a to zariadenie podporovaného bývania, zariadenie pre seniorov, zariadenie opatrovateľskej služby, rehabilitačné stredisko, domov sociálnych služieb, špecializované zariadenie, denný stacionár. Ďalej je tu upravená opatrovateľská služba, prepravná služba, sprievodcovská služba a predčítateľská služba, tlmočnicka služba, sprostredkovanie tlmočnickej služby, sprostredkovanie osobnej asistencie, požičiavanie pomôcok. Potom sa tu popisuje aj posudková činnosť, zdravotná posudková činnosť, sociálna posudková činnosť, posudok o odkázanosti na sociálnu službu, vylúčenie vykonávania posudkovej činnosti. Šiesta hlava druhej časti uvádza sociálne služby s použitím telekomunikačných technológií, v siedmej hlave sú uvedené podporné služby, v ôsmej hlave sú definované spoločné ustanovenia pri poskytovaní sociálnych služieb. Tretia časť zákona obsahuje registráciu poskytovateľov sociálnych služieb (Zákon 448/2008 Z.z.).

Štvrtá časť upravuje financovanie sociálnych služieb, platba za poskytovanie sociálnych služieb a zmluva o poskytovaní sociálnej služby. Tie môžu byť financované buď z rozpočtu verejného poskytovateľa sociálnej služby, alebo z úhrad za sociálne služby od prijímateľa sociálnej služby na základe zmluvy o poskytovaní sociálnej služby a z úhrad za iné činnosti uvedených v osobitnej zmluve, tiež z úhrady ekonomicky oprávnených nákladov spojených s poskytovaním sociálnej, z finančného príspevku poskytnutého z rozpočtu ministerstva na financovanie sociálnej služby v zariadení, z prostriedkov prijatých na základe písomnej darovacej zmluvy, z prostriedkov združenia obcí, združenia vyšších územných celkov a združenia osôb, z výsledku hospodárenia z vedľajšej činnosti, ktorú vykonávajú zariadenia v zriaďovateľskej pôsobnosti alebo zakladateľskej pôsobnosti obce alebo vyššieho územného celku s jeho súhlasom, z príjmu zo sociálneho podniku či z iných zdrojov. Tretia hlava štvrtej časti upravuje finančnú podporu neverejného poskytovateľa sociálnej služby poskytujúceho sociálnu službu vo verejnom záujme (Zákon č. 448/2008 Z.z. § 71 ods. 1).

Piata časť definuje pôsobnosť ministerstva a územnej samosprávy pri poskytovaní sociálnych služieb, šiesta časť uvádza komunitný rozvoj a komunitný plán v oblasti poskytovania sociálnych služieb, siedma časť rieši kvalifikačné predpoklady a ďalšie vzdelávanie, ôsma časť tohto zákona je venovaná akreditácii, v deviatej časti je upravené konanie vo veciach sociálnych služieb, v desiatej časti zákon definuje spracúvanie osobných údajov, jedenásta časť zákona 448/2008 hovorí o dohľade nad poskytovaním sociálnych služieb a kontrolnej činnosti vo veciach sociálnych služieb, dvanásta časť tohto zákona definuje správne delikty, v trinástej časti je upravené hodnotenie podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby, štrnásť časť popisuje spoločné ustanovenia a nakoniec pätnásť časť vymedzuje prechodné a záverečné ustanovenia (Zákon č. 448/2008 Z.z. § 79- §111).

Zákon 219/2014 Z.z. o sociálnej práci definuje sociálnu prácu podmienky na jej výkon, zriadenie, postavenie a aj pôsobnosť Slovenskej komory sociálnych pracovníkov a asistentov sociálnej práce. Ďalej upravuje podmienky na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny. V §2 tohto zákona je vymedzenie pojmu sociálna práca, ktorú zákon definuje takto: „*Sociálna práca na účely tohto zákona je odborná činnosť vykonávaná sociálnym pracovníkom alebo asistentom sociálnej práce na účel ustanovený osobitným predpisom. Odborná činnosť je súbor pracovných činností, na vykonávanie ktorých sú potrebné vedomosti a zručnosti získané absolvovaním vysokoškolského vzdelania ustanoveného stupňa v študijnom odbore sociálna práca. Sociálna práca je aj špecializovaná odborná činnosť vykonávaná sociálnym pracovníkom na účel ustanovený osobitným predpisom. Špecializovaná odborná činnosť je súbor pracovných činností užšieho zamerania sociálnej práce v ustanovenom špecializovanom odbore sociálnej práce, na vykonávanie, ktorých sú potrebné vedomosti a zručnosti získané absolvovaním akreditovaného špecializačného vzdelávacieho programu*“ (Zákon 219/2014, §2 ods. 1-2). V odseku 3 §2 je popísané, že sociálny pracovník a asistent sociálnej práce majú uplatňovať prístupy, ktoré zodpovedajú cieľu sociálnej práce, ktorú pracovník vykonáva a poznatkom odboru sociálna práca za využitia odborných metód práce, ktoré sú závislé od zamerania sociálnej práce. Sociálna práca sociálnym pracovníkom a asistentom sociálnej práce má byť vykonávaná vo vzájomnej súvislosti s inými odbornými činnosťami a to z oblasti psychológie, práva, medicíny, pedagogiky, sociológie, ale aj ďalších oblastí.

V tomto zákone sú ďalej upravené podmienky na výkon sociálnej práce, a to v paragrafe §3 odsekoch 1 až 3 kde je uvedené, že na výkon sociálnej práce je potrebná

odborná spôsobilosť, povolenie na výkon samostatnej praxe sociálneho pracovníka, ak je sociálna práca vykonávaná ako samostatná prax. Ďalej je to podmienka, že sociálny pracovník bude vykonávať sociálnu prácu v pracovnoprávnom vzťahu alebo v obdobnom pracovnom vzťahu či výkonom samostatnej praxe sociálneho pracovníka. Asistent sociálnej práce však na rozdiel od sociálneho pracovníka vykonáva sociálnu prácu v pracovnoprávnom vzťahu alebo v obdobnom pracovnom vzťahu. V paragrafe §4 až §6 tohto zákona je uvedená odborná spôsobilosť na výkon sociálnej práce, ktorú bližšie rozoberieme v kapitole 4.4 Rola sociálneho pracovníka oproti asistentovi sociálnej práce.

Ďalej sa budem venovať povoleniu, ktoré je upravené v paragrafe §7. Toto povolenie musí byť vydané komorou. V odseku 2 tohto paragrafu je definovaná podmienka na vydanie povolenia takto:

- „a) žiadateľ o povolenie splňal ustanovený kvalifikačný predpoklad,*
- b) žiadateľ o povolenie vykonával sociálnu prácu v praxi najmenej tri roky,*
- c) výkon samostatnej praxe sociálneho pracovníka, na ktorú sa vzťahuje povolenie, umožňoval právny predpis,*
- d) žiadateľ o povolenie bol bezúhonný,*
- e) žiadateľ o povolenie mal spôsobilosť na právne úkony v plnom rozsahu,*
- f) žiadateľ o povolenie mal zabezpečenú supervíziu na výkon samostatnej praxe sociálneho pracovníka a*
- g) žiadateľovi o povolenie v období piatich rokov pred podaním žiadosti o vydanie povolenia nebolo“ (219/2014 Z.z., §7 ods. 2).*

V tretej hlave prvej časti sú ustanovené podmienky na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny. Odborná spôsobilosť na výkon nadstavbových odborných činností je: „ a) *splnenie kvalifikačného predpokladu, ktorým je získané vysokoškolské vzdelanie v študijnom odbore a stupni vysokoškolského štúdia ustanovených pre príslušnú nadstavbovú odbornú činnosť,*

b) splnenie osobitného kvalifikačného predpokladu na výkon špecializovanej odbornej činnosti, ak je pre príslušnú nadstavbovú odbornú činnosť ustanovené splnenie tohto osobitného kvalifikačného predpokladu,

c) splnenie osobitného kvalifikačného predpokladu absolvovaním akreditovaného vzdelávacieho programu ustanoveného pre príslušnú nadstavbovú odbornú činnosť,

d) vzdelávanie na udržiavanie, zdokonaľovanie a dopĺňanie vedomostí a zručností potrebných na výkon nadstavbovej odbornej činnosti (ďalej len „sústavné vzdelávanie v

nadstavbovej odbornej činnosti“) počas výkonu nadstavbových odborných činností“ (Zákon 219/2014 Z.z., §13 ods.1).

V druhej časti tohto zákona je definovaná komora jej postavenie, pôsobnosť, členstvo ale aj ďalšie opatrenia týkajúce sa komory a to v paragrafoch § 14 až § 27.

V tretej časti je upravená akreditácia špecializačného vzdelávacieho programu a vzdelávacieho programu v paragrafoch § 28 až § 35. V štvrtej časti tohto zákona sú v paragrafoch §36 -§42 navrhnuté spoločné ustanovenia, ku ktorým patrí profesijný titul, uznávanie dokladov o vzdelaní, správne delikty, konania, poplatky, sústavné vzdelávanie v sociálnej práci a sústavné vzdelávanie v nadstavbovej odbornej činnosti. Posledná piata časť upravuje prechodné a záverečné ustanovenia (219/2014 Z.z.).

Predmetom úpravy zákona č. 447/2008 Z.z. sú právne vzťahy pri poskytovaní peňažných príspevkov na kompenzáciu sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia, právne vzťahy pri vyhotovení preukazu fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím, vyhotovení preukazu fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím so sprievodcom, parkovacieho preukazu pre fyzickú osobu s ŤZP a právne vzťahy na účely posudzovania potreby osobitnej starostlivosti poskytovanej podľa osobitného predpisu.

Zákon 447/2008 Z.z. ďalej definuje nasledovné oblasti kompenzácie: a) mobility a orientácie - sa kompenzuje znížená pohybová schopnosť alebo znížená orientačná schopnosť. b) komunikácie - sa kompenzuje narušená schopnosť komunikácie. c) zvýšených výdavkov - sa kompenzujú zvýšené výdavky a) na diétne stravovanie, b) súvisiace 1. s hygienou alebo opotrebovaním šatstva, bielizne, obuvi a bytového zariadenia, 2. so zabezpečením prevádzky osobného motorového vozidla, 3. so starostlivosťou o psa so špeciálnym výcvikom. d) sebaobsluhy - sa kompenzuje obmedzená schopnosť sebaobsluhy alebo strata schopnosti sebaobsluhy. (Zákon 447/2008 ,§ 5 - § 11).

Ďalšou oblasťou zákona 447/2008 Z.z. sú druhy peňažných príspevkov na kompenzáciu a to : „, a) *peňažný príspevok na osobnú asistenciu,*

b) peňažný príspevok na kúpu pomôcky,

c) peňažný príspevok na výcvik používania pomôcky,

d) peňažný príspevok na úpravu pomôcky,

e) peňažný príspevok na opravu pomôcky,

f) peňažný príspevok na kúpu zdvíhacieho zariadenia,

g) peňažný príspevok na kúpu osobného motorového vozidla,

h) peňažný príspevok na úpravu osobného motorového vozidla,

- i) peňažný príspevok na prepravu,*
- j) peňažný príspevok na úpravu bytu,*
- k) peňažný príspevok na úpravu rodinného domu,*
- l) peňažný príspevok na úpravu garáže,*
- m) peňažný príspevok na kompenzáciu zvýšených výdavkov,*
- n) peňažný príspevok na opatrovanie.*

Peňažné príspevky na kompenzáciu uvedené v odseku 1 písm. a), i), m) a n) sú opakované peňažné príspevky na kompenzáciu a peňažné príspevky na kompenzáciu uvedené v odseku 1 písm. b) až h) a j) až l) sú jednorazové peňažné príspevky na kompenzáciu“ (Zákon 447/2008 , §19)

Na účely posúdenia potreby osobitnej starostlivosti podľa osobitného predpisu sa za účastníka právnych vzťahov považuje zariadenie sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately označené v rozhodnutí súdu. Ďalšími príslušnými orgánmi sú Ministerstvo práce sociálnych vecí a rodiny, Ústredie práce sociálnych vecí a rodiny , Úrad práce sociálnych vecí a rodiny (Zákon 447/2008 Z.z., §3, odsek 1) .

§43 Zákona č. 447/2008 upravuje vznik nároku na peňažný príspevok a to nasledovne: nárok na peňažný príspevok na kompenzáciu a nárok na jeho výplatu vzniká právoplatným rozhodnutím príslušného orgánu o jeho priznaní. Peňažný príspevok na kompenzáciu sa prizná a vypláca od prvého dňa kalendárneho mesiaca, v ktorom sa začalo konanie o peňažnom príspevku na kompenzáciu. Peňažný príspevok na kompenzáciu sa poskytuje za celý kalendárny mesiac, a to aj vtedy, keď podmienky nároku boli splnené len za časť kalendárneho mesiaca.

V zákone o sociálnych službách číslo 448/2008 Z.z. tak ako aj v Zákone o sociálnej práci č. 219/2008 nie je spomenutá paliatívna ani hospicová starostlivosť. Rovnako paliatívna ani hospicová starostlivosť nie je spomenutá ani v zákone Českej republiky č. 108/2006 Sb. Tento zákon je však v procese novelizácie.

2.3.4 Legislatíva sociálnej práce v Českej republike

V Českej republike podobne ako na Slovensku je stanovený zákon číslo 108/2006 Zákon o sociálnych službách, k nemu patrí tiež vyhláška 505/2006 Sb., ktorou sa prevádzajú niektoré ustanovenia zákona o sociálnych službách. K tejto tematike tiež patrí Zákon č. 359/1999 Sb. Zákon o sociálne-právnej ochrane detí ale aj Zákon 329/2011 Sb.,

Zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. Na rozdiel od Slovenskej republiky v Českej republike nie je stanovený zákon o sociálnej práci, tá je zahrnutá v Zákone 108/2006 S.b. o sociálnych službách. Zákonu č. 359/1999 Sb. Zákon o sociálně-právní ochraně dětí sa v tejto práci venovať nebudem rovnako ako aj slovenskému Zákonu číslo 305/2005 Z. z. Zákon o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele.

V Zákone č. 108/2006 Sb. o sociálnych službách sa v prvej časti v paragrafoch § 1 až § 6 nachádzajú úvodné ustanovenia a to predmet úpravy, základné zásady, vymedzenia niektorých pojmov, okruh oprávnených osôb, pôsobnosť v oblasti sociálnych služieb a poskytovatelia sociálnych služieb.

Druhá časť obsahuje príspevok na starostlivosť kde v paragrafoch § 7 až § 10 sa stanovujú podmienky nároku na príspevok na starostlivosť, v § 11 sa stanovuje výška príspevku, § 12 obsahuje zvýšenie príspevku, v paragrafoch § 13 až § 17 je rozpracovaný nárok na príspevok a jeho vyplácanie a v paragrafoch § 18 až § 20 je vyplácanie príspevku.

Tretia časť Sociálne služby obsahuje druhy sociálnych služieb a úhradu nákladov na poskytovanie sociálnych služieb. Sociálne služby zahrňujú v § 32 sociálne poradenstvo, služby sociálnej starostlivosti, služby sociálnej prevencie. V § 33 sú obsiahnuté formy poskytovania sociálnych služieb.

1. Sociálne služby sa poskytujú ako služby pobytové, ambulantné alebo terénne.
2. Ako pobytové služby sa chápu služby spojené s ubytovaním v zariadeniach sociálnych služieb.
3. Pod ambulantnými službami rozumieme služby, za ktorými osoba dochádza, alebo je doprevádzaná alebo dopravená do zariadenia sociálnych služieb a súčasťou služby nie je ubytovanie.
4. Pod terénnymi službami sa chápu služby, ktoré sú osobe poskytované v jej prirodzenom sociálnom prostredí.

V § 34 sa nachádzajú zariadenia sociálnych služieb kde je uvedené tiež že kombináciou zariadení sociálnych služieb je možné zriaďovať medzigeneračné a integrované centrá. § 35 zahŕňa základné činnosti pri poskytovaní sociálnych služieb

Rozsah úkonov poskytovaných v rámci základných činností pri jednotlivých druhoch sociálnych službách ustanovuje sprevádzajúci právny predpis.

Základné činnosti ustanovené v jednotlivých druhoch sociálnych služieb v § 37, 39 až 52 a § 54 až 70 sú poskytovatelia sociálnych služieb povinní vždy zaistiť.

Fakultatívne môžu byť pri poskytovaní sociálnych služieb zaistené ďalšie činnosti.

V § 37 tohto zákona je upravené sociálne poradenstvo, ktoré môže byť základné alebo odborné. Ďalej sú v tomto zákone zaradené služby sociálnej starostlivosti, medzi ktoré patrí osobná asistencia, opatrovateľská služba, tiesňová starostlivosť, sprievodné a predčítateľské služby, podpora samostatného bývania, odľahčovacie služby, centrá denných služieb, denné stacionáre, týždenné stacionáre, domovy pre osoby so zdravotným postihnutím, domovy pre seniorov, domovy so zvláštnym režimom, chránené bývanie, služby poskytované v zdravotníckych zariadeniach lôžkovej starostlivosti, služby sociálnej prevencie, ranná starostlivosť, telefonická krízová pomoc, tlmočnicke služby, azylové domy, domy na pol cesty, kontaktné centrá, krízová pomoc, intervenčné centrá, nízkoprahové denné centrá, nízkoprahové zariadenia pre deti a mládež, nocľahárne, služby následnej starostlivosti, sociálno-aktivizačné služby pre rodiny s deťmi, sociálno-aktivizačné služby pre seniorov a osoby so zdravotným postihnutím, sociálno-terapeutické dielne, terapeutické komunity, terénne programy, sociálna rehabilitácia.

Tento zákon ďalej upravuje úhradu nákladov za sociálne služby. V tomto zákone sú ešte upravené podmienky poskytovania sociálnych služieb, a to podmienky registrácie, register poskytovateľov sociálnych služieb, povinností poskytovateľov sociálnych služieb, opatrenia obmedzujúce pohyb osôb, zmluvu o poskytnutí sociálnej služby, pôsobnosť pri zaisťovaní sociálnych služieb.

V štvrtej časti tohto zákona je stanovená inšpekcia poskytovania sociálnych služieb, v piatej časti je zadaná mlčanlivosť, sledovanie údajov, orgánov sociálno-právnej ochrany detí, v šiestej časti je popísané financovanie sociálnych služieb, v siedmej časti sú uvedené správne delikty, v ôsmej časti sú uvedené predpoklady pre výkon povolania sociálneho pracovníka, je tu definované, kto je sociálny pracovník, jeho ďalšie vzdelanie a v časti deviatej sú predpoklady pre výkon činnosti v sociálnych službách, je zadaný okruh pracovníkov, ďalej je tu definovaný pojem pracovník v sociálnych službách, v desiatej časti je uvedená akreditácia vzdelávacích zariadení a akreditácia vzdelávacích programov a nakoniec jedenástu časť zákona tvoria spoločné, prechodné a záverečné ustanovenia (108/2006 Sb.).

Na rozdiel od slovenského zákona o sociálnych službách je profesia sociálneho pracovníka tak ako aj jeho vzdelávanie upravené v Českej republike v zákone o sociálnych službách, avšak na Slovensku existuje samostatný zákon o sociálnej práci 219/2014 Z.z., kde sú tieto skutočnosti, ale aj iné potrebné náležitosti sociálnej práce ustanovené. V Českej republike sa momentálne pripravuje novelizácia zákona o sociálnych službách,

ktorý je v súčasnosti v pripomienkovom konaní. Táto novela zákona bude meniť a upravovať najmä druhy sociálnych služieb, konanie o vydaní oprávnenia k poskytovaniu sociálnych služieb, povinnosti poskytovateľov sociálnych služieb, pôsobnosť orgánov verejnej správy, financovanie sociálnych služieb, kvalifikačné predpoklady a ďalšie vzdelávanie sociálnych pracovníkov, pracovníkov v sociálnych službách a ďalších odborných pracovníkov pôsobiacich v sociálnych službách, ako aj príspevok na starostlivosť. K tejto novele sa snaží Ministerstvo zdravotníctva Českej republiky pridať aj skutočnosť, aby bola v zákone o sociálnych službách definovaná aj paliatívna či hospicová starostlivosť.

V porovnaní so Slovenským zákonom číslo 477/2008 Z.z. je v českom zákone č. 329/2011 Sb Zákon o poskytovaní dávok osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů predmetom úpravy je poskytovanie peňažných dávok osobám so zdravotným postihnutím určených na zmiernenie sociálnych dôsledkov ich zdravotného postihnutia a k podpore ich sociálneho začleňovania a preukaz osoby so zdravotným postihnutím. Tento zákon však na rozdiel od slovenského zákona nedefinuje oblasti kompenzácie. Zákon č. 329/2011 Sb. uvádza v tejto oblasti tieto druhy dávok:

- a) Príspevok na mobilitu
- b) Príspevok na zvláštnu pomôcku

O dávkach a o preukaze osoby so zdravotným postihnutím podľa tohto zákona rozhoduje Úrad práce Českej Republiky - krajské pobočky a pobočka pre hlavné mesto Prahu. Krajská pobočka úradu práce je ďalej príslušná k riadeniu o priestupkoch týkajúcich sa preukazu osoby so zdravotným postihnutím podľa zákona o priestupkoch. O odvolaní proti rozhodnutiu podľa odstavca 1 rozhoduje Ministerstvo práce sociálnych vecí.

§6 Zákona 329/2011 Sb. hovorí o nároku na príspevok na mobilitu takto: Nárok na príspevok na mobilitu má osoba staršia ako 1 rok veku, ktorá je držiteľom preukazu osoby so zdravotným postihnutím ZTP alebo ZTP/P, ktorý bol priznaný podľa predpisov účinných od 1. januára 2014, opakovane sa v kalendárnom mesiaci za úhradu dopravuje alebo je dopravovaná a nie sú jej poskytované pobytové sociálne služby podľa zákona o sociálnych službách, v domove pre osoby so zdravotným postihnutím, v domove pre seniorov, v domove so zvláštnym režimom alebo v zdravotníckom zariadení ústavnej starostlivosti. Podmienky nároku na príspevok na mobilitu podľa odstavca 1, s výnimkou podmienky opakovaného dopravovania za úhradu, musí byť splnený po celý kalendárny mesiac. Splnené podmienky opakovaného dopravovania za úhradu preukazuje žiadateľ čestným prehlásením. Z dôvodov hodných zvláštneho zreteľa môže byť príspevok na

mobilitu priznaný aj osobe, ktorej sú poskytované pohybové sociálne služby uvedené v odstavci 1. Pokiaľ spĺňa ostatné podmienky uvedené v odstavci 1. Spôsob preukazovania podmienky opakovaného dopravovania podľa odstavca 3 sa v týchto prípadoch nepoužije a postupuje sa podľa §26 odst. 1 písm. b). A tak isto stanovuje aj podmienky nároku na príspevok na zvláštnu pomôcku.

V českej republike je definovaný zoznam druhov a typov zvláštnych pomôcok určených osobám so zdravotným postihnutím, na ktoré zabezpečenie sa poskytuje príspevok na zvláštnu pomôcku podľa vyhlášky č. 388/2011 Sb.

3 Systém paliatívnej starostlivosti

V tejto kapitole sa budem snažiť teoreticky popísať, systém a kvalitu paliatívnej starostlivosti na Slovensku.

Paliatívna starostlivosť by sa mala poskytovať v hospicovom stacionári, v hospici ako samostatnom zariadení, na oddelení a klinikách paliatívnej starostlivosti, v ambulanciách pre liečbu bolesti a v ambulanciách paliatívnej starostlivosti, na paliatívnych lôžkach v nemocnici, v stacionári paliatívnej starostlivosti, v ambulancii hospicovej starostlivosti a v domácom prostredí teda mal by byť poskytovaný mobilný hospic. V paliatívnej starostlivosti je dôležitá zdravotnícka starostlivosť, starostlivosť o sociálne potreby klienta a jeho rodiny, a taktiež starostlivosť o spirituálne potreby klienta. Týmto sféram paliatívnej starostlivosti sa budem venovať v nasledujúcich podkapitolách.

Medzi formy paliatívnej starostlivosti ako uvádza Smoleňová (sec. cit. In: Oláh, 2012) patrí:

- kontinuálna paliatívna starostlivosť – jej dĺžka je individuálna, môže sa pohybovať od určenia diagnózy nevyliciteľnej choroby, predlžuje prijateľný život
- terminálna starostlivosť – je to starostlivosť o nevyliciteľne chorého a umierajúceho v posledných chvíľach jeho života či už v posledných dňoch, hodinách alebo ešte kratšom čase pred smrťou
- respitná starostlivosť- je to starostlivosť zabezpečujúca zmenu, ktorá stimuluje prostredie a jej cieľom je odstránenie dopadov psychosociálnej záťaže, ktorá vyplýva osobám starajúcim sa o chorého jedinca
- hospicová starostlivosť - je starostlivosť o terminálne chorých z dôvodu ukončenia kauzálnej liečby

Na otázku aké opatrenia by pomohli zlepšiť kvalitu paliatívnej starostlivosti na Slovensku moja respondentka odpovedala nasledovne: *„Je to séria opatrení napr. v zákonoch doriešiť paliatívnu starostlivosť, potreba paliatívnej starostlivosti aj v iných zariadeniach ako sú hospice a mobilné hospice, nakoľko ľudia umierajú aj v zariadeniach sociálnych služieb a iných zdravotníckych zariadeniach. Paliatívnu starostlivosť treba dostať všade tam, kde pacient umiera. Aj do sociálnych služieb. Z časti to môže riešiť privolanie personálu mobilného hospicu, nie je to však postačujúce v prípade, ak sa v centre nachádza človek, ktorý potrebuje 24 hod. starostlivosť. Omnoho praktickejšie by*

bolo, aby v zariadení soc. služieb bol personál, vrátane jeho primeraného počtu, ktorý je pripravený poskytovať paliatívnu starostlivosť – potrebná je séria opatrení“.

Zároveň som sa respondentky pýtala na to, čo sa na Slovensku podarilo v oblasti paliatívnej starostlivosti oproti minulosti. Jej odpoveď na túto otázku znela takto: „Pracovná skupina, ktorá je vytvorená pre stratégiu dlhodobej starostlivosti pracuje na pokroku v tejto oblasti“.

3.1 Zdravotná starostlivosť

Zdravie je najdôležitejšou súčasťou ľudského života a preto je starostlivosť o neho v každej sfére dôležitá. To nie je výnimkou ani pri ľuďoch ťažko a nevyliciteľne chorých. Zdravotná starostlivosť je nevyhnutnou zložkou paliatívnej starostlivosti. Keďže ide o nevyliciteľne chorých pacientov, predchádzala tomu diagnostika a liečba ochorenia. Všetkým aj po tom, čo sa stav klienta dostal do terminálneho štádia je zdravotná starostlivosť nevyhnutná. Poskytuje ju lekár, zdravotná sestra či opatrovateľ. Zdravotná starostlivosť sa poskytuje ako v zariadeniach tak aj v domácej hospicovej starostlivosti. Osoby v terminálnom štádiu často trpia veľkými bolesťami a tak je potrebné ich mierniť medikamentmi.

Existuje odbor paliatívna medicína, ktorý sa venuje chorobám a komplikáciám u ťažko chorých a umierajúcich pacientov. V článku „Zdravotno-sociálna verzus sociálno-zdravotná starostlivosť o zomierajúceho klienta“ časopisu Prohuman autorka uvádza, že zdravotná starostlivosť spočíva po prvé v Ošetrovateľskej starostlivosti a teda tíšení až odstránení bolesti, pomoci pri ťažkostiach, odstraňovaní dekubitov, polohovaní, kŕmení, podávaní liekov a základnej hygiene. Po druhé v poskytovaní informácií a teda oznamovaní diagnóz a prognóz pacientovi a jeho rodine, a nesie zodpovednosť za poskytovanie informácií. Po tretie je to ordinovanie liekov s čím súvisí predpisovanie a podávanie liekov. Po štvrté je to samotná liečba a tým pádom poskytnutie paliatívnej starostlivosti, starostlivosť o príznaky, zníženie utrpenia, a symptómový manažment. Po piate by mala mať funkciu sprevádzania klientom a ich rodine, mala by niesť zodpovednosť za psychický stav pacienta, mal by prebiehať rozhovor a príprava na blížiacu sa smrť (Krellová, Mojtovej, 2010).

Tak ako pre sociálnych pracovníkov aj pre ošetrovateľov je vyplývajúca povinnosť zaujímať sa nie len o zdravotný stav klienta, ale aj o sociálne prostredie a situáciu klienta,

keďže existujú rozdiely medzi klientmi čo sa týka rozdielnosti kvality života, kvality životného štýlu. Tieto sú podmienené prostredím ide o rozdiely týkajúce sa vzdelania, sociálneho postavenia, zamestnanosti, spôsobu stravovania sa, bývania či finančných príjmov. Tieto vplyvy tiež rozhodujú o dostupnosti zdravotnej starostlivosti, a preto osoby, ktoré majú horšie sociálne prostredie majú často aj horšie zdravotné následky (Vranková, Gažiová, Ondrušová, 2008).

3.1.1 Informácie potrebné pre rodinu pacienta v procese umierania

Zdravotný personál by mal rodine klienta poskytnúť informácie, ktoré vyplývajú z procesu umierania. Mali by byť rodine schopní vysvetliť, prečo klesá záujem umierajúceho stretávať sa s inými ľuďmi, prečo ho nezaujíma televízia a vzdáľuje sa od vonkajšieho sveta. Takýto klient je v celku viac introvertnejší a praje si byť zo svojimi myšlienkami sám, avšak záleží to od individuálneho prežívania klienta. Niektorí klienti sú radi, keď je prítomná aj iná osoba (Haškovcová, 2000).

Ďalšou vecou, ktorou sa klient trápi a úlohou zdravotníckeho pracovníka je upokojiť ho, je klientova otázka, koľko má ešte času či strach z toho ako dlho ešte bude trpieť. Na mieste však je, aby zdravotnícky personál pacientovi oznámil, že má lieky proti bolesti, a tak nebude trpieť neznesiteľnou bolesťou. Je dôležité umierajúceho uchrániť pred bolesťou a včas mu nasadiť lieky, ale tiež dávať pozor na preležaniny a poučiť o nich rodinu pacienta.

Personál by mal tiež vedieť, že príbuzní a blízki umierajúceho pacienta sa zaoberajú často skrytými otázkami ako dlho ešte bude trvať utrpenie ich blízkeho. Tieto otázky im často prídu nevhodné, a zdravotníci by mali uistiť príbuzných, že takéto ich otázky nie sú ničím výnimočné sú pochopiteľné, prirodzené a pravidelné.

Pre blízkych je tiež problémom spojiť namáhavú starostlivosť s obavami, kedy smrť nastane, ako bude vyzeráť jej začiatok a priebeh. To všetko vyplýva z nevedomosti a neskúsenosti. Ak nie je možné odhadnúť ako dlho ešte umieranie potrvá je vhodné zaistiť vystriedanie unavených príbuzných. Je dôležité zdôrazniť, že život ide ďalej aj po smrti a je potrebné, aby príbuzní plnili niektoré povinnosti. Je vhodný aj rozhovor o starostiach a problémoch príbuzných, ktoré aktuálne majú tak ako aj konkrétna pomoc či už susedská alebo iná. Tiež je dobré vedieť, že umierajúci potrebuje cítiť fyzickú prítomnosť svojich

blízky, avšak nemusí to tak byť vždy, niekedy ho v jeho vlastných myšlienkach na jeho vlastný život dotyk môže rušiť (Haškovcová, 2000).

Tiež je dobré oboznámiť rodinu, ktorá sa o umierajúceho stará, že je normálne ak ich umierajúci blízky bude odmietat' stravu, či meniť chute a že to patrí ku koncu života. A nemajú si klásť za vinu, že sa im nepodarilo prinútiť ho prijímať nejakú potravu. Niekedy však nastane situácia, kedy umierajúci vysloví požiadavku na nejaké konkrétne jedlo a však v priebehu toho ako ho rodina pripravuje zmení názor, čo na rodinu vplýva negatívne, najmä ak sa takáto situácia opakuje. Je dobré im povedať tiež, že umierajúci už jesť nepotrebuje, pretože už nepotrebuje energiu získavanú z jedla. Avšak umierajúci musí piť, a preto je vhodné opatrujúcim vysvetliť základné pravidlá pitného režimu, ktoré by mali dodržiavať. Dehydratovaný pacient trpí, ale on sám o tekutiny nežiada, preto je úlohou ošetrovateľov dbať na to, aby prijímal dostatočné množstvo tekutín (Haškovcová, 2000).

Je dobré oboznámiť starajúcu sa rodinu s tým, že ak nie je umierajúci pokojný a teda neúčelne pohybuje nohami, rukami, prstami, či sa hrá s posteľným prádlom prípadne oblečením, prichádza smrť a v tej chvíli je namieste sadnúť si k nemu, vysvetliť mu, že nie je sám a chytiť ho za ruku. Pár dní pred smrťou nastane fáza eufórie, kedy umierajúci nadobudne ešte poslednýkrát silu k životu, má radosť, zaujíma sa o ostatných, niekedy aj o verejné dianie, tiež má požiadavku na jedlo či sa chce posadiť alebo chodiť. Túto eufóriu by jeho príbuzní mali prežívať s ním, pretože už je to posledný výkvet života u tohto človeka (Haškovcová, 2000).

3.1.2 Starostlivosť o pacienta v štádiách od smrtel'nej kómy až po smrť

Po eufórii už nastáva štádium smrtel'nej kómy, kedy má umierajúci buď otvorené alebo polootvorené oči, no nevidí, tiež nereaguje na slová, ma chladnejšie ruky, nohy a kolená ako ostatné časti tela a jeho koža nadobúda tmavší odtieň avšak aj napriek tomu, že je v apatickom stave, príbuzní musia hovoriť tak, ako keby bol stále prítomný. S touto skutočnosťou by ich mal zdravotný personál oboznámiť. Umierajúci totiž počuje, všetko čo sa hovorí. Práve toto je chvíľa, kedy majú príbuzní poslednú šancu umierajúcemu povedať, že ho majú radi, či ospravedlniť sa mu, odpustiť mu. A aj to by príbuzní mali vedieť, aby sa potom netrápili tým, že mu chceli ešte niečo povedať, ale už nestihli (Haškovcová, 2000).

Ďalej umieranie pokračuje tak, že slabne pulz umierajúceho, klesá mu telesná teplota a krvný tlak. Jeho dýchanie je buď rýchle, ale môže byť aj pomalé s dlhými pauzami. Personál by mal poučiť rodinu o dýchaní a ako majú zabezpečiť priechodnosť dýchacích ciest a teda že ho treba dať do vhodnej zvýšenej polohy hornej časti tela a prikryvať teplou prikrývkou. Posledné myšlienky umierajúceho pokiaľ umierajúci ešte vysloví posledné slová sa týkajú najmä aktuálnej potreby alebo u ľudí, ktorí majú nejakú veľkú zodpovednosť vyjadrujú práve ju, môžu sa modliť ale aj vyjadriť, že sú smädní či je im horúco. Stáva sa, že príbuzní si niekam odbehnú hoc len na chvíľku a pacient v tej chvíli umrie. Je to z toho dôvodu, že niektorí ľudia nedokážu umrieť v prítomnosti inej osoby, chcú sa s týmto svetom rozlúčiť sami či nechcú zarmútiť svojho milujúceho blížneho (Haškovcová, 2000).

Respondentky som sa pýtala na otázku či si myslí, že je na Slovensku poskytovaná vysoká kvalita zdravotníckej starostlivosti pre pacientov v terminálnom štádiu. Na túto otázku mi odpovedala takto: *„Myslím, že je vysoká kvalita poskytovaná iba v hospicioch, na iných pracoviskách iba sporadicky. Rozhodne je to téma ktorá si zaslúži pozornosť“*.

3.2 Sociálne služby

Každý človek má okrem fyzických a psychických aj sociálne potreby. Rovnako tak aj človek v terminálnom štádiu. Ten možno ešte viac ako ktokoľvek iný. V paliatívnej starostlivosti je dôležitý multidisciplinárny tím, do ktorého okrem zdravotníckeho personálu patrí aj sociálny pracovník a pastor. Práve sociálny pracovník sa stará o sociálne potreby klienta a jeho rodiny. Jeho funkcia je nevyhnutná aj pri zabezpečovaní administratívy, či v otázkach financií alebo zabezpečovania pohrebu. Veľmi často klientom supluje nejakú spoločnosť. Mal by s klientom tráviť dostatok času. Klienti sú často osamelí a potrebujú sa porozprávať, utešiť či pomodliť. Však pastor alebo rodina nemusia byť vždy nablízku a tak keď sa v tíme vyskytuje sociálny pracovník môže túto úlohu splniť.

Keďže paliatívna starostlivosť patrí tiež do zdravotníctva, rada by som uviedla cieľ sociálnej práce v zdravotníctve a to citátom z časopisu Prohuman, kde autorky Krellová, Mojtová (2010) uvádzajú že: *„cieľom sociálnej práce v zdravotníctve je poskytnúť oporu, podporu, sprevádzanie a pomoc pri zlepšovaní životných možností človeka, ktorý je pre svoju chorobu určitým spôsobom znevýhodnený. Takisto treba zdôrazniť, že práve v*

zdravotníckom zariadení sa často odhalujú latentné problémy, ako je napríklad týranie a zanedbávanie dieťaťa, nevyhovujúce sociálne prostredie, závislosť na alkohole, drogách a podobne“. Podľa prieskumu, ktorý je uvedený taktiež v časopise Prohuman respondenti odpovedali, že je potrebné presadiť sociálnu prácu a teda presadiť viac sociálnych pracovníkov na oddelenie, tá by bola prínosom pre spoločnosť a je potrebná a dôležitá. Ďalej uvádzajú, že je to pomaly rozvíjajúca sa oblasť a teda, že je málo sociálnych pracovníkov na oddeleniach a pomalý rozvoj. Ďalej uvádzajú že je potrebné sprevádzanie klientov a ich rodín, sprevádzanie návštev klientov, sprevádzanie pozostalých, poskytovanie informácií, poradenstvo, poskytovanie preverených kontaktov, dávky v hmotnej núdzi, právne poradenstvo a vybavovanie záležitostí v sociálnej poisťovni. Ďalšou zložkou je spolupráca medzi pracovníkmi a teda vymieňanie informácií medzi pracovníkmi, a spolupráca celého tímu. Autorky uvádzajú, že sociálny pracovník by sa nemal stavať do role zdravotného pracovníka, aj keď by mal mať základné vedomosti z oblasti zdravotníctva, aby tak mohol poznať súvislosti. Možnosť sprevádzať umierajúcich pacientov pracovníkovi prináša možnosť spoznať jedinečnosť každého človeka. Z prieskumu tak vyplýva, že práve sprevádzanie a poradenstvo sú najdôležitejšie úlohy sociálneho pracovníka (Krellová, Mojtovej, 2010).

Rovnako ako ostatný personál aj sociálni pracovníci sú trénovaní na to, aby dokázali riešiť jednotlivé problémy pacientov. Sociálny pracovník musí vedieť adekvátne zhodnotiť situáciu klienta a jeho najbližších a naplánovať intervenciu v súlade s ich potrebami. Sociálny pracovník by mal hľadať v každom to dobré (Kasanová, 2009).

Úlohou sociálneho pracovníka je taktiež informovať pacienta, keďže zdravotný personál často informuje iba rodinu a pacient je tak dlho v neistote čo s ním vlastne je ako sa choroba a liečba vyvíja. Keďže aj rodina pred pacientom často tají jeho situáciu, dochádza k problémom v komunikácii medzi pacientom a ňou. Tu je na mieste práca sociálneho pracovníka s rodinou a pacientom na zlepšení komunikácie medzi nimi a pomáha vnímať realitu takú, aká v skutočnosti je (Kasanová, 2009).

Sociálny pracovník v hospíci by mal mať okrem vzdelania, dobrej kvalifikácie a celoživotného vzdelávania aj dobré osobnostné vlastnosti, ktoré sú v paliatívnej starostlivosti nevyhnutnosťou. Medzi tieto osobnostné vlastnosti patrí jednoznačne vysporiadanosť sa s vlastnou konečnosťou, a teda sociálny pracovník by mal byť vyrovnaný zo smrťou. Taktiež musí mať rád ľudí a mal by byť psychicky vyrovnaný. Sociálny pracovník by mal mať dostatok životných skúseností, mal by myslieť pozitívne, a taktiež by mal mať zmysel pre humor. Najdôležitejšou vlastnosťou sociálneho

pracovníka však musí byť empatia a schopnosť aktívne načúvať. Sociálny pracovník by však mal mať dobré zdravie a pevné rodinné zázemie. Rodina každého pracovníka v hospicovej starostlivosti a výnimkou nie je ani rodina sociálneho pracovníka by mala byť vysporiadaná s tým, že pracovník bude často v práci aj mimo pracovnú dobu a musí sa prispôbovať hospicovej prevádzke. Musí byť vybavený dobrou duševnou energiou a pozitívnou silou. Sociálny pracovník má byť psychickou oporou, tak ako aj pre pacienta aj pre rodinu pacienta. Klienti musia vycítiť že sociálny pracovník tam je vždy pre nich (Kasanová,2009).

Úlohy sociálneho pracovníka spočívajú v oboznámení sa so sociálnou situáciou pacienta, podľa ktorej neskôr navrhuje zníženie či odpustenie platby pacienta za hospicovú starostlivosť. Sociálny pracovník ďalej stanovuje sociálnu diagnózu a určuje sociálnu terapiu. Jednoznačnou úlohou sociálneho pracovníka je prispieť k zlepšovaniu kvality života a pohody klientov, ale aj ich rodín. Medzi kompetencie sociálneho pracovníka ďalej patrí vedenie agendy klientov, poskytuje sociálno-právne poradenstvo klientovi a jeho rodine a spolupracuje s úradmi a inými inštitúciami, kde často pôsobí ako konzultant či zástupca pacienta. Ak je to potrebné, mal by byť sociálny pracovník schopný zabezpečiť právnika či pomôcť pacientovi spísať závet (Kasanová, 2009).

Metódy, ktoré sociálny pracovník vo svojej práci v paliatívnej starostlivosti využíva sú one to one meetings - a teda je to metóda, kde sa pracovník stretáva s pacientom osamote a tak má pacient možnosť povedať to, čo by inde povedať nemohol alebo nechcel. Ďalšou metódou je Groups, a teda skupiny, kde sociálny pracovník spolupracuje s ďalším personálom hospicu a s pacientmi s rovnakou diagnózou. Vytvára tak skupinku pacientov s rovnakými alebo podobnými situáciami. Poslednou metódou je Family groups, kedy sociálny pracovník pracuje s pacientom a členmi rodiny, ktorých si pacient sám vyberie. Sociálny pracovník vystupuje vo viacerých funkciách a rolách a je zodpovedný za uspokojenie všetkých sociálnych potrieb pacienta (Kasanová, 2009).

3.3 Starostlivosť o spirituálne potreby pacienta

V paliatívnej práci je veľká potreba spirituálneho uspokojenia. Klienti v tejto starostlivosti sú vo veľmi ťažkých životných situáciách, a tak sa často utiekajú k Bohu o pomoc. Pri uspokojovaní spirituálnych potrieb môže pomáhať aj sociálny pracovník, či už jednoducho porozprávaním sa na niektorú z tém, ktoré klient potrebuje rozobrať, či

modlitbou. Však nezastupiteľné miesto v paliatívnej starostlivosti má duchovný pastor. Pre veriaceho človeka je náboženstvo hlavnou zložkou duchovného života a uspokojuje duchovné potreby, ale aj hodnoty človeka. Náboženstvo je veľkým pilierom pre veriaceho umierajúceho či ťažko chorého pacienta. Náboženstvo môže byť veľmi psychoterapeuticky účinné, avšak to nie je jeho hlavným cieľom, preto nik z personálu nemôže náboženstvo využívať ako prostriedok k liečbe. O náboženstve môže personál s klientom hovoriť v prípade, že ho o to klient sám požiada. Účinky náboženstva môžu byť veľmi priaznivé pre zdravie a duševnú rovnováhu klienta a jeho rodiny. Častou potrebou u pacientov je potreba odpustenia a lásky (Andrási, 2015).

Na otázku, či je dôležité venovať pozornosť spirituálnej a sociálnej stránke klientov, ktorú som položila svojej respondentke mi odpovedala takto: „*Rozhodne áno, ak by nebola, môže to spôsobiť disharmóniu. Starostlivosť o človeka zahŕňa aj starostlivosť o sociálnu a psychickú stránku*“.

Klienti často cítia potrebu stretnúť sa s blízkymi a požiadať ich o odpustenie, a to aj keď s nimi neboli v kontakte už niekoľko rokov. Snažia sa usporiadať si vzťahy a uviesť ich pred smrťou na dobré. Snažia sa vyriešiť konflikty a často odpúšťajú, aj keď ublížil niekto im. A aj s týmto im môže pomôcť duchovný pastor tým, že ich vyspovedá, porozpráva sa s nimi o tom, čo ich trápi, pomodlí sa s nimi. Sociálny pracovník im môže pomôcť tým, že sa bude snažiť vyhľadať, kontaktovať a priviesť ľudí, ktorých klienti chcú ešte pred svojou smrťou vidieť a vysporiadať si s nimi veci, ktoré ich trápia.

K spirituálnym potrebám sa v posledných dňoch často obracajú aj klienti, ktorí boli celý život neveriaci. Čoraz väčšiu potrebu duchovenstva je potrebné hľadať v čoraz väčšom pokroku vedeckých technológií, biotechnológií, informačných technológií, a metaglobalizácii. Tie veľmi nepriaznivo vplyvajú na duchovno a psychiku človeka. Duchovnosť hovorí človeku o tom, že žije pre sebaopoznanie a vypestovanie lásky v sebe samom, a že so smrťou človeka sa nekončí absolútne všetko, ale že po fyzickej smrti má človek možnosť ostávať v duchovnej forme, a že si tak zachováva aj svoju dušu a sebauvedomenie. Aj život v duchovnom stave je reálny a naplnený hlbokým zmyslom a pocitmi, ktoré môžu byť aj radostné, ale aj veľmi zarmucujúce. To ako človek žije na zemi určuje jeho život po smrti, a teda či bude večná radosť alebo večný žiaľ. V paliatívnej medicíne už nejde o uzdravenie tela, ale o skvalitnenie života a smrti. Preto sa tu čoraz viac uplatňuje duchovné zdravie. Práve duchovnosť u človeka určuje vzťah k vlastnej smrti, teda určuje jeho duchovný a psychický stav v poslednej fáze života. Kňazi a rehoľné sestry pracujú v hospicioch a paliatívnej starostlivosti spolu so zdravotníckym personálom,

no v štádiu, v ktorom sa pacienti nachádzajú si vyžadujú duchovnú prácu niekedy aj viac ako zdravotnícku starostlivosť (Laca a kol., 2011).

V poslednom štádiu hrá duchovnosť dominantnú úlohu, pretože práve duchovnosť ovplyvňuje kvalitu smrti klienta a života po smrti. Duchovnosť je neoddeliteľnou súčasťou každého človeka a v každom človeku zreje. Každý človek by mal poznať svoju duchovnosť, aby mohol s plným vedomím a zodpovednosťou prechádzať životom s morálnymi hodnotami a byť duchovne zdravý a aby nebol pod vplyvom vlastného egoizmu, ktorý ho privádza k chorobám (Laca a kol., 2011).

Život má zmysel aj napriek tomu, že človek umrie a smrť môžeme dokonca pokladať za akýsi motív k životu, pretože keby smrť nebola, tak by človek mohol všetko odkladať, nemusel by nič spraviť, odkladal by zodpovednosti, a nemal by motiváciu. Smrť patrí k životu a táto téma sa týka každej jednej osoby. Vyrovnávanie sa so smrťou je súčasťou zrenia osobnosti, kedy človek zhodnocuje svoj život a všetko čo v ňom dosiahol. Prijatie toho, že život je konečný, a vyrovnanie sa s tým, by malo dopomôcť k dosiahnutiu integrity osobnosti. Umieranie môžeme chápať ako vrchol života, kedy človek umiera telesne, no symbolicky ostáva žiť prostredníctvom spomienok blízkych, toho čo vytvoril, ale aj prostredníctvom vlastných potomkov. Ľudia, ktorí vidia zmysel života aj v starobe lepšie zvládajú situácie a vo väčšej škále. Hľadanie zmyslu života, ale aj zmyslu smrti je rovnako náročné. Potrebu zmyslu konca života a nádeje je možné napĺňať na spirituálnej úrovni. Avšak umieranie je bolestné a štádiá jeho procesu podľa Kübler-Rossovej uviedla Ondrušová (2011) takto:

- Prvé štádium je Negácia, šok popieranie, to je prvým obranným mechanizmom umierania.
- Druhé štádium je zlosť, hnev, agresia, ktorá je namierená najmä k osobám, ktoré s umierajúcim prichádzajú do kontaktu.
- Tretím štádiom je zjednávanie čím sa umierajúci snaží predĺžiť si život. Či už je to hľadanie liekov, liečiteľov alebo iné snahy o vyliečenie. Toto štádium môže prebehnúť nebadateľne.
- Štvrtým štádiom je depresia, zármutok, kedy človek prejavuje strach z toho čo bude v ďalších dňoch, z bolesti či strach o svojich blízkych, ale prežíva aj smútok.
- Piatym štádiom je akceptácia alebo rezignácia, a teda to, že človek smrť prijme alebo rezignuje.

Tieto štádiá prežívajú aj blízki pacienta avšak nie vždy v zhodnom čase. U pacienta sa môže prežívanie zastaviť v ktoromkoľvek štádiu, štádiá môžu preskakovať, môžu sa

opakovať alebo naopak, niektoré sa neprejavia vôbec. Štádiá môžu meniť poradie individuálne podľa jedinca.

Pomôcť vyrovnať sa s umieraním môže postojová zmena, a teda že umierajúci zmení svoj postoj k smrti, či už prostredníctvom modlitby, či znášaním situácie alebo vyriešením potrebných záležitostí (Ondrušová, 2011).

Ľudia v poslednom štádiu sa chcú zmieriť aj sami so sebou a aj kvôli tomu žiadajú duchovné sprevádzanie. Často však klienti nemajú rodinu alebo o nich rodina nemá záujem. Nemajú tak nikoho, kto by stál pri nich aj v poslednej minúte života až do posledného výdychu. Nechcú umierať sami a žiadajú sprevádzanie pri smrti, ktoré im kvalitne vie poskytnúť práve pastor. A niekedy aj sociálny pracovník. Niektorí pacienti chcú niekoho držať za ruku či rozprávať sa. Chcú umrieť s vedomím, že niekto pri nich stále stojí, že neostali na poslednú chvíľu svojho života úplne sami. Niekedy klienti nemôžu kľudne umrieť, keď nemajú usporiadané vzťahy, keď nemajú čisté svedomie, trápia ich nejaké prehrešky z minulosti či nedoriešený závet alebo konflikty, ktoré síce nevyvolali, no trápia ich, že sa ich najbližší medzi sebou hádajú a nemajú dobré vzťahy.

V takých chvíľach si želajú, aby sa veci urovnali, aby im niekto pomohol odpustiť samým sebe alebo žiadajú odpustenie tých, ktorým ublížili. Kňaz vie pacientovi pomôcť s cestou k sebaodpusteniu. A pacient tak môže v pokoji poslednýkrát vydýchnuť. Pastor nenúti človeka, aby sa stal veriacim, iba sa s ním rozpráva o tom, o čom pacient sám chce. Aj neveriaci pacient si na smrteľnej posteli môže žiadať posledné pomazanie či modlitbu. Tým, že si chcú usporiadať svoje duchovné potreby, klienti hľadajú nádej na lepší život po smrti.

Túto podkapitolu chcem zakončiť citátom Martina Luthera: „ *Keby som vedel, že zajtra sa svet rozpadne na kusy, aj tak by som zasadil jablň* “. Z tohto citátu si môžeme vyložiť aj taký význam, že aj keď vieme že možno o chvíľku umrieme, svoje duchovno je dobré usporiadať a upratať pred vlastnou smrťou a zasadiť tak „jablň“ do nového života, ktorý príde po smrti.

4 Sociálna práca v kontexte paliatívnej starostlivosti

V paliatívnej starostlivosti je odporúčaná aj práca sociálneho pracovníka. Sociálna práca sa venuje najmä psychosociálnej stránke klienta. Sociálny pracovník v jednotlivých zariadeniach dokáže pomôcť klientom s problémami, na ktoré iný odborný personál nemá čas, kompetencie či vhodný priestor.

4.1 Rola sociálneho pracovníka v zdravotníckom zariadení

Sociálna práca v zdravotnej starostlivosti sa veľmi nerozvíja a aj v súčasnosti je jej výskyt v zdravotníckych zariadeniach dosť obmedzený. Pokiaľ nemocnica nezamestnáva sociálneho pracovníka alebo nemá sociálne oddelenie, lekár má právo obrátiť sa na sociálny odbor príslušného úradu. Stáva sa však aj to, že zdravotnícke zariadenia pri znižovaní stavov sociálnych pracovníkov prepúšťajú a ich miesto nikto nenahradí. Tieto zariadenia potom sociálnu prácu neposkytujú (Vorlíček, 2004). Hoci je táto skutočnosť uvedená v staršom zdroji, na Slovensku však platí aj dnes.

4.1.1 Legislatívne vymedzenie sociálneho pracovníka v zdravotníckom zariadení

V českej republike bol zákonom číslo 96/2004 Sb. O nelekárskych zdravotných povolaniach, v zdravotníckom zariadení ustanovený odbor sociálne zdravotný pracovník. Vo vyhláške číslo 55/2011 Sb. Vyhláška o činnostiach zdravotníckych pracovníkov a jiných odborných pracovníkov v paragrafe 9 upravuje činnosti, ktoré má zdravotne sociálny pracovník vykonávať. Patrí medzi ne vykonávanie sociálnej prevencie vrátane depistážnej činnosti, ktorá je zameraná na ciele a včasné vyhľadávanie jedincov, ktorý sa v dôsledku svojej choroby alebo choroby svojich blízkych osôb môžu ocitnúť alebo sa už ocitli v nepriaznivej sociálnej situácii. Tiež je to vykonávanie sociálneho šetrenia u pacientov a posudzovanie životných situácií pacienta vo vzťahu k ochoreniu alebo jeho následkom. Ďalej by mal podľa potreby objektivizovať rozbor sociálnej situácie návštevou službou v rodinách, na základe spolupráce s orgánmi verejnej správy, poprípade ďalšími subjektmi a o zistených skutočnostiach spracovávať správu o posúdení životnej situácie klienta.

Ďalšou činnosťou je zostavovanie plánu psychosociálnej intervencie do životnej situácie pacienta vrátane rozsahu, druhu, a potreby sociálnych opatrení v spolupráci s ďalšími zdravotníckymi pracovníkmi, tieto opatrenia realizovať. Je to taktiež zaistovanie sociálno-právneho poradenstva vo vzťahu k ochoreniu alebo jeho následkom. Mal by sa zúčastňovať integrácie pacientov, ktorí takú pomoc potrebujú v dôsledku chýbajúcich fyzických, psychických alebo sociálnych schopností, narušených sociálnych vzťahov alebo iných prekážok do spoločenského prostredia, k aktívnej účasti na tejto integrácii získavať pacientov a ich sociálne okolie. V rozsahu svojej odbornej spôsobilosti by mal vykonávať činnosti pri príprave a organizácii rekondičných pobytov, vykonávať činnosti pri príprave prepustenia pacientov, vrátane zaistenia ďalšej starostlivosti a služieb. V prípade úmrtia pacientov by mal vykonávať odborné poradenstvo v sociálnej oblasti, u osamelých umretých pacientoch zaisťovať záležitosti spojené s úmrtím (55/2011 Sb. Vyhláška o činnostiach zdravotníckych pracovníkov a jiných odborných pracovníkov, §9, a-h).

V Slovenskej republike neexistuje samostatný zákon či vyhláška upravujúca postavenie sociálneho pracovníka v zdravotníckom zariadení. No sociálna práca v zdravotníckom zariadení sa poskytuje prostredníctvom sociálnych služieb. Sociálna služba je podľa zákona 448/2008 Z.z. §2 ods. 1 : *„odborná činnosť, obslužná činnosť alebo ďalšia činnosť alebo súbor týchto činností, ktoré sú zamerané na:*

- a) prevenciu vzniku nepriaznivej sociálnej situácie, riešenie nepriaznivej sociálnej situácie alebo zmiernenie nepriaznivej sociálnej situácie fyzickej osoby, rodiny alebo komunity,*
- b) zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopnosti fyzickej osoby viesť samostatný život a na podporu jej začlenenia do spoločnosti,*
- c) zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb fyzickej osoby,*
- d) riešenie krízovej sociálnej situácie fyzickej osoby a rodiny,*
- e) prevenciu sociálneho vylúčenia fyzickej osoby a rodiny“.*

Pani respondentke som položila otázku, či by pomohlo zlepšiť situáciu, keby bol na Slovensku ustanovený zákon o sociálnych pracovníkoch v zdravotníckom zariadení podobne ako je v Českej republike. Odpovedala nasledovne: *„Bolo by lepšie vytvoriť vlastnú legislatívu. Zmeny sú potrebné, mala by to byť legislatívna úprava o starostlivosti o zdraví pacientov. Nemusí byť ustanovený zákon, ten nie je dobre flexibilný a ťažko sa mení, ale vhodná je právna úprava, ktorá by vyžadovala pôsobenie sociálneho pracovníka v zdravotníckom zariadení, vhodná by bola skôr vyhláška ako zákon“.*

4.1.2 Osobnostné predpoklady sociálneho pracovníka v zdravotníckom zariadení

Podľa Mojtovej (2010) má sociálny pracovník v zdravotníctve nezastupiteľné miesto. Jeho úlohou je riešiť špecifické situácie podľa typu zdravotníckeho zariadenia, typu oddelenia, počtu pacientov a podobne. Výkon sociálnej práce v zdravotníckom zariadení je závislý najmä od odborných zručností a schopností pracovníkov, ktorí ju vykonávajú. Sociálny pracovník by mal mať pri práci v zdravotníckom zariadení okrem vedomostí z oblasti sociálnej práce aj vedomosti z medicíny a teda by mal poznať základné termíny, charakteristiky chorôb, a význam faktorov somatologických, psychologických a sociálnych. Ďalej z odboru psychológie, psychoterapie, patopsychológie a psychiatrie. V oblasti zdravotníckej etiky, sociológie, sociálnej a zdravotnej politiky, pedagogiky a andragogiky, ošetrovateľstva, práva a legislatívy, informatiky a výpočtovej techniky.

Sociálna služba v zdravotníckom zariadení je súčasť celkovej zdravotno-sociálnej starostlivosti o človeka. Cieľom je zlepšiť životnú situáciu ľudí, ktorí ju nie sú schopní riešiť sami a teda bez pomoci spoločnosti. Sociálna práca sleduje a v medziodborovej spolupráci pomáha riešiť krízové situácie, narušené vzťahy v živote človeka, ktoré vznikli ako dôsledok invalidity, úrazu, choroby, škodlivých návykov. Náplň práce sociálneho pracovníka v zdravotníckom zariadení spočíva vo: výkone výchovnej poradenskej činnosti, ktorá je zameraná na socializáciu a resocializáciu, v spolupráci pri psychoterapii pacientov, poskytovaní odborného poradenstva zo sociálno-právnej oblasti, monitorovaním škodlivých vplyvov sociálneho prostredia, pomáhaním pacientovi prekonať ekonomické, morálne a zdravotné prekážky, spolupracovať pri integrácii chorých do spoločenského prostredia, lekárovi signalizuje možné negatívne dôsledky prameniace zo sociálneho prostredia, spolupracuje s tímom zdravotníckych odborníkov, s rodinou pacienta, školou, zamestnávateľmi, oddeleniami súdov, so sociálnymi pracovníkmi na krajských úradoch a okresných úradoch, vedie dokumentáciu o sociálnej situácii klienta, participuje na výskumoch a prieskumoch v zdravotníckych zariadeniach, ak je to potrebné, zúčastňuje sa tiež na lekárskych vizitách, ak je poverený taktiež zastupuje chorého na súdoch a úradoch a aktívne sa zúčastňuje ďalšieho vzdelávania (Mojtová, 2010).

4.1.3 Medziodborová spolupráca v zdravotníckom zariadení

V zdravotníckej starostlivosti má sociálna práca skúsenosti založené na tímovej starostlivosti a prináša unikátne perspektívy do zdravotníckej starostlivosti a okolia. Multidisciplinárne tímy v zdravotníckej starostlivosti majú veľmi dôležitú funkciu, čo sa týka prerozdelenia kompetencií medzi jednotlivými odbornými pracovníkmi. Výhodou tímu, ktorý je pod jednou strechou je dobrá komunikácia a tým pádom poskytnutá lepšia zdravotná starostlivosť. V multidisciplinárnych tímoch musia byť jasne vymedzené role, keďže každý člen prichádza do tímu s rôznou úrovňou vedomostí o tom, aké schopnosti majú jednotlivé profesie. Sociálni pracovníci musia ako jediní členovia multidisciplinárneho tímu vyjednávať svoju rolu bez konzultácií s ostatnými členmi svojej profesie. Rola sociálnych pracovníkov je stále riadená cieľmi kancelárie. Sociálni pracovníci sú v pozícii, kedy musia vymedziť svoju rolu a ukázať, aká je unikátna pre prácu v tíme. Ak sociálna práca neukáže svoju dôležitosť, potom jej autorita bude spochybnená (Miller, Ashcroft, 2014).

Svojej respondentky som sa pýtala aj na otázku či v jej organizácii prebieha medziodborová spolupráca a ako konkrétne. Jej odpoveď znela nasledovne: „*V našom centre prebieha príkladná spolupráca, spolupracujú zdravotníci, sociálni pracovníci, kňazi a podobne, teda tím ľudí so vzdelaním*“.

Kompetencie v konkrétnych úlohách môžu priamo postupovať viac ako profesionálny rozsah. Identita sociálneho pracovníka je oslabená konfliktnými myšlienkami v profesii samej. Trvajúce debaty zahŕňajúce mikro alebo makro modely praxe a filozofické debaty medzi medicínskym modelom a antiopresívnymi paradigmami môžu spôsobiť, že noví praktici budú musieť vo svojej práci bojovať za vymedzenie svojej roly v multidisciplinárnom tíme (Miller, Ashcroft, 2014).

Prieskum prevedený v Kanade so vzorkou sociálnych pedagógov, zdravotníckych odborníkov a študentov, zameraný na medziodborovú spoluprácu v tíme zdravotnej starostlivosti, determinuje, že kultúra spolupráce v multidisciplinárnom tíme je veľmi dôležitá a podporuje hodnoty v multidisciplinárnom tíme. Respondenti poukázali, že jednotlivé postoje a názory v rámci pracovného prostredia, vodcovstva a starostlivosti tvarujú organizačnú kultúru. Vodcovstvo bolo taktiež identifikované ako významný prispievateľ toho, ako dobre sa spolupráca vyskytuje. Participanti diskutovali rolu vlastnej identity v troch rovinách. Z toho vyplynulo, že rola sociálnej práce pomáha dať lepší kontext a vzťahové chápanie individua. Participanti indikovali, že sociálni pracovníci

musia aktívne vymedziť svoju rolu vo vnútri zdravotníckych nastavení spôsobom, ktorý je samo-riadený. Respondenti zdôraznili, že je potrebné, aby sociálni pracovníci boli kompetentnými v ich rolách a istí svojou identitou. Plynulosť roly sociálneho pracovníka bola identifikovaná ako aktívum, keďže pomáha vyplňať medzery v službách a adresuje klinickú komplexnosť. Participanti indikovali, že rola sociálneho pracovníka ako advokáta klienta, môže vytvoriť napätie medzi sociálnym pracovníkom a zvyškom medziodborového tímu. Rola sociálneho pracovníka ako advokáta bola braná ako vnútorná súčasť identity sociálnej práce. Tu participanti popísali, že im ostatní kolegovia hovorili, aby neboli v roli advokáta. Ďalším skúmaným aspektom bolo objasnenie rolí. Dôležité pre spoluprácu bolo povedomie iných kolegov v multidisciplinárnom tíme (Miller, Ashcroft, 2014).

Nevyhnutným krokom k zlepšeniu a skvalitneniu poskytovania zdravotných a sociálnych služieb je spolupráca odborníkov z rôznych odborov, keďže každý z odborníkov prináša svoj pohľad na situáciu klienta. Sociálny pohľad, ktorý prináša sociálny pracovník, prináša ucelený pohľad na situáciu a zdôrazňuje sociálne príčiny a dôsledky choroby a tiež nutnosť vyrovnáť sa s chorobou v širšom kontexte. Spolupráca sociálnych pracovníkov s inými odbormi vyplýva z toho, na čo sa sociálna práca zameriava, a to je prekonávanie rôznych typov prekážok a využívanie rôznych typov šancí, a tiež zvládanie problémov klienta v jeho sociálnom prostredí. Čo sa týka individuálnej úrovne sociálna práca má miesto pri pomoci klientovi pochopiť jeho chorobu a liečbu, a to z dôvodu jazykovej bariéry, negramotnosti či zdravotného, ale aj mentálneho postihnutia. V takýchto prípadoch je možná požiadavka na sociálneho pracovníka, aby klientovi alebo aj jeho rodine vysvetlil danú chorobu a postupy liečby (Gabrielova, 2017).

Faktory podľa Bronstein (sec. cit In: Gabrielova 2017), ktoré ovplyvňujú spoluprácu medzi sociálnou a zdravotnou starostlivosťou sú:

1. Dokonalé poznanie vlastnej profesijnej role
2. Štrukturálne charakteristiky
3. Osobnostné charakteristiky členov odborného tímu
4. História spolupráce (Gabrielova, 2017).

Prekážky medziodborovej spolupráce a zásady posilnenia strategických prístupov spolupráce v súvislosti s fungovaním a tvorbou koordinovaného alebo integrovaného systému služieb dlhodobej starostlivosti identifikovala Repková (sec. cit In: Gabrielova, 2017) takto: Medzi prekážky medziodborovej spolupráce v prvom rade patria štrukturálne prekážky, to znamená rôzne organizovanie a financovanie zdravotníckych a sociálnych

intervencií, a tiež nedostatočná koordinácia legislatívy v daných odvetviach. Ďalej sem patria procedurálne prekážky, a teda že existujú rozdielne právne a inštitucionálne systémy posudzovania potrieb a právnych nárokov, nie je prepojenosť databáz, a je slabá tradícia zapájania užívateľov a ich rodinných príslušníkov do tvorby plánov sociálnych služieb či už na úrovni individuálnej alebo komunitnej. Treťou prekážkou sú finančné prekážky, ktoré sa prejavujú rozdielnymi finančnými mechanizmami, rozdielnom toku zdrojov a rozdielom zásob. Štvrtou kategóriou prekážok sú prekážky profesionálne. Tu je hlavným problémom medziodborová konkurencia o domény, ale tiež vlastný profesionálny záujem a autonómia. Tiež je to ohrozenie istoty zamestnania, konkurenčné hodnoty a ideológie a rôzne pohľady na úlohy a záujmy klienta, ktoré sú v rozpore. Poslednou piatou kategóriou je stav a legitimita prekážok. Problémom je tu vlastný profesionálny záujem a autonómia a tiež medzi - organizačná konkurencia o domény. Tiež sú tu rozdiely v legitimitate medzi volenými a určenými agentúrami (Gabrielova, 2017).

Medzi zásady posilnenia strategických prístupov patria:

- Spoločná vízia.
- Zrozumiteľnosť úloh a povinností
- Vhodné motivácie a odmeny
- Zodpovednosť za spoločnú prácu (Gabrielova, 2017).

4.2 Rola sociálneho pracovníka v hospici

Hospicovú starostlivosť chápeme ako časť paliatívnej starostlivosti alebo komplexnú paliatívnu starostlivosť a v USA a vo Veľkej Británii za synonymá. C. Sanders a jej kolektív zvolili pomenovanie hospic, pretože v latinskom jazyku slovo hospitium znamená pohostinnosť, prejavy pohostenia, dočasný pobyt. Svetová zdravotnícka organizácia hospic charakterizuje ako centrálné riadený program paliatívnej starostlivosti, ktorý sa sústreďuje na zmiernenie choroby u termálne chorých, ktorým je prognózou stanovené prežívanie maximálne 6 mesiacov. Paliatívny hospicový prístup kladie dôraz na udržanie najvyššej kvality života, na celostný – holistický prístup k liečbe, na starostlivosť o chorého jedinca a jeho blízkych, zachovanie autonómie chorého a rešpektovanie možnosti voľby a dôraz na otvorenú a citlivú komunikáciu (Smoleňová, sec. cit In: Oláh 2012).

Hlavnou kompetenciou sociálnej práce v hospici je povzbudzovanie umierajúceho, ktorý je zapríčinením svojho zdravotného stavu v ťažkej životnej situácii a životnej kríze.

Sociálna práca sa púšťa do blízkych vzťahov s klientmi či ich rodinami, no aj napriek tomu si musí udržiavať profesný odstup (Michel, sec. cit. In: Laca a kol., 2011).

V hospicovej starostlivosti je nutnosťou, aby sociálna práca pracovala s multidisciplinárnymi vedeckými odvetvami ako je psychológia, medicína, teológia, sociológia, ošetrovateľstvo, ale aj filozofia. Len takto sociálny pracovník nadobudne celostný pohľad na klienta v terminálnom štádiu. To vedie k odbornému prístupu a vnímaniu všetkých zložiek ľudského JA a teda bio- psycho- socio- duchovný rozmer človeka.

Keďže hlavnou úlohou paliatívnej starostlivosti, ale aj sociálnej práce je, aby človek prežil dôstojný život až do jeho konca, dôležité a veľmi podstatné je, aby sa pri starostlivosti o klienta dbalo na autonómiu a nezávislý život umierajúceho človeka aj v posledných chvíľach takto trpiaceho klienta. Humánny, empatický a citlivý prístup je zo strany personálu k zomierajúcim pacientom nevyhnutný. Preto personál, ktorý prichádza do styku s klientom musí mať dobré odborné schopnosti ale aj osobnostné vlastnosti (Michel, sec. cit In: Laca, a kol.,2011).

Rolu sociálneho pracovníka Bydžovský, Kabát (2015) vymedzujú ako niekoľko rolí.

- Rola poradcu a tým pádom terapeuta- Ten klientovi a jeho blízkym pomáha získať objektívny pohľad na celú situáciu z hľadiska sociálneho, psychického, finančného a rodinného, a to v rámci choroby, umierania a smrti.
- Rola opatrovateľa a sprostredkovateľa služieb - sociálny pracovník v tejto roli komunikuje s úradmi, so správou sociálneho zabezpečenia, poprípade aj so zamestnávateľmi klienta, ale taktiež hľadá a sprostredkováva aj iné sociálne služby, o ktorých klient a jeho rodina nevedia, alebo im nie sú dostupné, alebo o nich nemajú prehľad a jeho úlohou je taktiež klienta sprevádzať na úrady a iné inštitúcie, a pomáha pacientovi s činnosťami, ktoré už sám nedokáže zvládnuť.
- Rola učiteľa - v tejto roli je sociálny pracovník najmä ak ide o rodinu klienta, ktorý bol živiteľom rodiny, či všetko v rodine vybavoval a zabezpečoval a tento klient umiera. Sociálny pracovník tak učí rodinu tohto klienta ako sa má znova osamostatňovať a nanovo fungovať (Bydžovský, Kabát, 2015).

4.2.1 Úlohy sociálneho pracovníka v hospici

Sociálny pracovník v hospici má niekoľko dôležitých úloh. Jednou z nich však je naplňovať klientovu predstavu o umieraní a zabezpečiť mu tak dôstojne umieranie. Poslaním

hospicov je, aby sa v ňom klient cítil ako doma. To zabezpečuje napríklad aj to, že si do hospicu môže priniesť nábytok zo svojho domova, dekorácie či zvieratká. No pre niektorých, dovoľm si povedať, pre množstvo klientov domov predstavuje práve rodina a prajú si, aby pri nich rodina bola v posledných chvíľach svojho života. To, čo si klient predstavuje pod pojmom domov a ako si predstavuje svoje umieranie má za úlohu zistiť sociálny pracovník. Zisťuje to od rodiny klienta jemnými otázkami ako bol zvyknutý klient žiť, aké má klient predstavy. V tomto má však svoju úlohu aj ostatný personál, ktorý prichádza s klientom do styku. Práve oni často prídu s informáciami, s ktorými sa im klient zverí a sociálny pracovník o nich nemá tušenie. Niekedy je možné klientove potreby zistiť aj priamym rozhovorom s ním, ten však musí byť citlivý, nenútený a prispôsobený nálade a potrebám klienta. Úlohou sociálneho pracovníka je taktiež splniť prania klienta. Či už sa jedná o návštevu rodiny, ktorú si klient želá vidieť častejšie, alebo by mal sociálny pracovník zaistiť návštevu kňaza, ak ho o to pacient požiada či splniť želanie ešte poslednýkrát vidieť niečo, čo mal pacient rád, či splniť mu jeho záľubu napríklad rybárčenie, jazdu na koni. Niektorí pacienti si chcú užívať a ísť trebárs do reštaurácie alebo dať si ešte cigaretu, hoci je jeho stav veľmi zlý (Kopřivová, 2010).

Michel, Holonič (2016) popisujú úlohy sociálneho pracovníka v oblasti realizovania sociálnych služieb v hospicovej starostlivosti. Medzi tieto úlohy patria:

1. Prvá úloha sociálneho pracovníka je zoznamovanie sa s potrebami klienta a jeho rodiny, a teda zhodnocovanie potrieb či už sociálnych, finančných, psychických, duchovných alebo aj emocionálnych. – tejto prvej úlohe sociálneho pracovníka sa venujeme v texte vyššie.
2. Ďalšou úlohou je vedieť posúdiť schopnosť klienta a jeho rodiny zvládať ťažkú životnú situáciu, do ktorej sa dostali zapríčinením choroby a v prípade potreby vedieť taktne ponúknuť možnosti pomoci.
3. Treťou úlohou, ktorú by mal sociálny pracovník plniť, je schopnosť vytvoriť umierajúcemu človeku a jeho rodine také podmienky, aby mohli pokojne vyjadriť svoje emócie.
4. Sociálny pracovník by mal dokázať pochopiť aj etnické či náboženské vplyvy, ktoré sú vyvolávané smútkom, či terminálnym štádiom klienta
5. Schopnosťou sociálneho pracovníka v hospicovej starostlivosti by mala byť všímavosť. To znamená, že by mal byť schopný všímať si najzraniteľnejších ľudí, tak isto aj deti, adolescentov, závislé osoby a podobne.

6. Mal by dokázať pomôcť všetkým zúčastneným s prispôbením sa novej životnej situácii a taktiež sa priebežne vyrovnávať s neustále sa meniacou situáciou
7. Veľmi dôležitou úlohou je schopnosť zabezpečiť pozostalým, ale aj umierajúcemu dostatok informácií v procese umierania ťažko chorého pacienta.

Autori tiež spomínajú, že je dôležité, aby bol sociálny pracovník súčasťou každého tímu od začiatku hospicovej starostlivosti o klienta, keďže sa musí orientovať v konkrétnej individuálnej životnej situácii každého jedného klienta. Práve sociálny pracovník musí byť schopný a ochotný pomôcť v ťažkej situácii klienta a jeho rodiny, kedy sú ich potreby ťažko realizovateľné. Sociálny pracovník ma najdôležitejšiu úlohu ponúkať emocionálnu, ale aj praktickú pomoc umierajúcemu klientovi a jeho rodine (Michel, Holonič, 2016).

4.2.2 Odborné schopnosti sociálneho pracovníka v hospici

Keďže smrť je problémom, ktorý nie je iba medicínsky, ale aj sociálny a spoločenský. Proces umierania je akt, ktorý je potrebné spraviť dôstojným. V hospicovej starostlivosti je požiadavkou integrovanie umierania a jeho navrátenie do všedného života, zohľadnenie potrieb umierajúceho klienta a úctivý prístup. Práve s tým v hospicovej starostlivosti pomáha sociálny pracovník, ktorého už jeho vzdelanie predurčuje na vykonávanie tejto práce, kde nadobudol všetky potrebné kompetencie. Sociálni pracovníci by tak mali mať určitú profesnú vybavenosť a odbornosť. Práve k profesným schopnostiam sociálneho pracovníka patrí aktívne počúvanie, súcint, trpezlivosť a empatické reagovanie.

K odborným schopnostiam sociálneho pracovníka by mala patriť odbornosť v teórii, prax a vzdelanie, ďalej sprevádzanie, a teda byť pacientom nablízku vždy, keď to potrebujú, a taktiež zastupovať tieto stanoviská aj na verejnosti. Sociálna práca v hospici je práca so stratami a tie si vyžadujú odbornú sociálnu podporu, pričom sa zlepšuje chápanie procesu a dynamiky životných kríz. Práve to umožňuje citlivé, profesionálne konzultácie a sprevádzanie. Najzákladnejšou je psychosociálna profesionalita, teda vytváranie sociálnych vzťahov, sociálna kreativita či objavovanie zdrojov. Sociálni pracovníci majú v hospicovej starostlivosti možnosť využiť profesionálne zručnosti či už pri analýze, hodnotení ale aj intervencii s cieľom zlepšiť kvalitu starostlivosti o umierajúceho klienta v zásadách etiky a morálky. Sociálna práca má v hospicovej starostlivosti vykonávať službu, ktorú iné odbory nemôžu nahradiť a to svojím špecifickým postojom, odbornými vedomosťami, spôsobom práce, a metódami. Sociálna práca by mala okrem odbornosti

rešpektovať aj ľudskú podstatu a tomu by mala prispôbiť aj sociálnu pomoc (Michel, Korbová, Proněková, 2012).

4.2.3 Opodstatnenosť sociálneho pracovníka v hospici

To, aká je opodstatnenosť sociálneho pracovníka v hospicovej starostlivosti demonštruje prieskum autoriek Stankovej, Adamicovej (2014), ktorý bol vykonaný na vzorke 76 pracovníkov v 8 hospicioch na Slovensku. Prieskum demonštroval, že potrebu sociálneho pracovníka v hospici respondenti vnímajú v 84% ako potrebného v tíme, 12% to nevedelo posúdiť a 4% nevnímali potrebu sociálneho pracovníka v tíme. Väčšina pracovníkov, ktorí odpovedali, že potrebu sociálneho pracovníka nevedia posúdiť alebo ju nevnímajú boli zo zariadení, kde sa sociálny pracovník nenachádzal. Naopak z prieskumu je zrejmé, že pracovníci, ktorí pracujú v zariadeniach, kde sa sociálny pracovník nachádza si plne uvedomujú jeho dôležitosť. V oblasti činnosti sociálneho pracovníka respondenti vnímali tieto činnosti od najpodstatnejšieho po najmenej podstatné takto:

1. Pomoc, podporu sprevádzanie
2. Pomoc rodine
3. Prácu v tíme
4. Podporu pozostalých
5. Poskytovanie informácií
6. Praktickú pomoc pri hospitalizácii
7. Koordinácia dobrovoľníkov
8. Vzdelávanie, osvetové aktivity
9. Zabezpečovanie supervízií
10. Spolupráca s inými organizáciami
11. Práca s legislatívou
12. Administratívna práca

V závere autorka poukazuje na to, že sociálny pracovník využíva svoje schopnosti v prospech klienta, s cieľom zmobilizovať zdroje pomoci a ako člen hospicového tímu má prvoradá funkciu poskytovať psychosociálnu oporu klientovi a jeho rodine (Stanková, Adamicová, 2014).

Sociálny pracovník v hospici s klientom pracuje od prijmu žiadosti klienta o hospic, ktorú vybavuje tak, že ju dá lekárovi, aby posúdil či klient je v terminálnom štádiu a do

zariadenia môže nastúpiť, potom vybavuje preloženie pacienta z iného zariadenia do hospicu, ďalej vybavuje príjem klientov tak, aby sa príjmy neprekrývali, potom sa sociálny pracovník rozpráva s klientom o tom, či má vybavené nejaké dávky, na ktoré má nárok, ďalej komunikuje s rodinou klienta a zisťuje sa, čo by tým hospicu pre klienta a jeho rodinu mohol spraviť, taktiež sociálny pracovník pripravuje rôzne dohody o odchode zo zariadenia a zmluvy, taktiež sa stará o poštu klienta či nákupy. Dost' práce dáva sociálnemu pracovníkovi príspevok na starostlivosť o klienta, keďže je náročné dosiahnuť to, aby ho pacient dostal. Po smrti pacienta sociálny pracovník dáva rodine informácie čo a kde môžu vybaviť, a taktiež súdu poskytuje dedičské konanie. Základným poslaním sociálneho pracovníka je byť prostredníkom medzi klientom a svetom tam vonku, medzi pacientmi a hospicom. Mal by sa snažiť klientom sprostredkovať a splniť to, čo si klienti vedia predstaviť, čo už sami nestihli a nemôžu to zariadiť spoza stien hospicu (Kopřivová, 2010) .

4.2.4 Metódy sociálnej práce s terminálne chorými

Špecifické metódy, ktoré využívajú sociálni pracovníci s terminálne chorými definovala Mateclaf (2013) podľa prieskumu, ktorý vykonala v St. Paule v hospicoch v oblasti Twin Cities na vzorke 6 sociálnych pracovníkov, z čoho jeden mal ukončený bakalársky stupeň vzdelania a 5 magisterský stupeň vzdelania a v hospicoch pracovali v rozmedzí od 1 roku po 6 rokov, vyšli najčastejšie používané metódy a intervencie sociálnej práce v hospicoch takéto: Empatické načúvanie a validácia, tieto metódy sú najbežnejšie používané pri pacientoch, ktorí prežívajú anticipačný smútok, niekoľko participantov popísalo, že v tomto období niektorí klienti pociťujú potrebu byť vypočutí a že strata kontroly nastane, keď choroba znižuje pacientovu nezávislosť a voľbu.

Edukácia a komunikácia: edukácia bola zmienená nielen ako súčasť roly sociálneho pracovníka, ale aj ako metóda, ktorú využívajú pri klientoch trpiacich anticipačným smútkom. To tiež môže pomôcť pi hodnotení a normalizácii symptómov alebo pocitov klienta. Taktiež môže byť využité s rodinami, ktoré sa starajú o svojich milovaných. Uisťovanie sa, že informácie sú poskytnuté všetkým zainteresovaným stranám vrátane interdisciplinárneho tímu môže pomôcť pri symptómoch anticipačného smútku (Mateclaf, 2013).

Ďalšími využívanými metódami sú revízie života, reminiscencia, terapia dôstojnosti, staršie listy: revíziu života a reminiscenciu sociálni pracovníci využívajú ako

metódu zberu informácií o klientovi, ale tiež spomenuli, že hodnotenie života alebo reminiscencia je príjemná udalosť, kedy klient môže zhodnotiť svoj život. Taktiež sa môže zúčastniť aj rodina a prípadne sa proces reminiscencie môže prebrať pokles zdravia klienta, a nemusí byť schopný zúčastniť sa tak ľahko ako v minulosti. Niektorí pracovníci v reminiscenčnej terapii alebo zhodnotení života využívajú terapiu dôstojnosti, etické vôle alebo staršie listy. Tieto termíny participanti označujú aj ako dokumentáciu histórie života a hodnôt klienta, ktoré považujú za dôležité. Dokument je napísaný, tým kto sa pýta a je predložený pacientovi alebo aj jeho rodine pre potešenie. Koniec koncov, za zmienku stojí, že sociálni pracovníci sa stretnú s potešením, keď spomínajú s pacientmi či ich rodinami (Mateclaf, 2013).

V prieskume sú tiež popísané metódy, ktoré sociálni pracovníci v hospicioch nevyužívajú. Tu uviedli iba dvaja pracovníci zo vzorky, že v praxi boli použité metódy ako psychoterapia, kognitívno-behaviorálna terapia, smútkové poradenstvo. Zvyšok pracovníkov uviedlo, že terapia nie je zmyslom hospicu a viac by im vyhovovalo, keby pacientom v prípade potreby poskytli akúkoľvek terapiu mimo kancelárie. Všetci respondenti uviedli, že neposkytujú alebo sa nezúčastňujú podporných skupín. A to aj vzhľadom k tomu, že je ťažké vytvoriť podpornú skupinu, pretože každý klient má inú diagnózu a taktiež je veľká frekvencia klientov - jedni odchádzajú, iní prichádzajú (Mateclaf, 2013).

Tak ako pri ostatných cieľových skupinách aj pri cieľovej skupine ľudí v terminálnom štádiu sa používajú aj niektoré základné metódy sociálnej práce. Medzi ne patrí prípadová práca, tá je zameraná na prípad, na jedinca. Jej základom je pochopenie jedinca, ale aj porozumenie rodiny či iných cieľových skupín a znalosť sociálno-zdravotníckych služieb, ktoré ponúkajú možnosť zbaviť sa nepriaznivých životných podmienok. Sociálny pracovník by mal v prípadovej práci plniť postupy ako poskytnutie psychickej podpory klientovi, vyjadrenie záujmu, explorácia problému a ventilácia klientových pocitov, priame ovplyvnenie klienta, napríklad poskytnutím rady či sprostredkovaním nejakej služby, a ďalším postupom je reflexia klientových vlastných reakcií a súvislostí. Mal by sa zaoberať vzťahom pacienta s rodinou a lekármi, tiež by mal zaisťovať potreby klienta a vyhľadávať zodpovedajúce služby. Mal by individuálne plánovať čo zahŕňa päť krokov a to: *“identifikáciu vhodného klienta, určovanie klientových potrieb, plánovanie služieb alebo liečby, napojenie klienta na adekvátne zdroje, monitorovanie prípadu, poskytujúce spätnú väzbu o tom, či a ako sú služby poskytované a využívané“* (Matoušek, 2003, s. 70). Počas celej prípadovej práce sa využíva

technika komunikácie s klientom, ktorou je rozhovor. Ten je dôležitý vo všetkých oblastiach práce s klientom.

Ďalšou metódou je sociálne poradenstvo. To môže byť základné, ale aj odborné. Základné poradenstvo poskytuje informácie o možnostiach, nárokoch či službách, ktoré môžu pomôcť zmierniť alebo aj vyriešiť ťažkú životnú situáciu klienta. Je dôležité, aby toto poradenstvo bolo prístupné všetkým klientom. Odborné poradenstvo je poskytovanie priamej pomoci osobám, ktoré riešia nejaký sociálny problém, je zamerané na konkrétnu pomoc a riešenie ťažkej životnej situácie klienta. Jeho súčasťou sú tiež terapeutické činnosti. Charakteristické pre toto poradenstvo je využívanie špecifických sociálnych odborných postupov, ktoré majú ovplyvniť uvažovanie a konanie človeka v ťažkej životnej situácii a túto sa mu nepodarilo riešiť samému či za pomoci rodiny alebo priateľov (Matoušek, 2003).

Často využívanou metódou v paliatívnej starostlivosti je aj práca s rodinou. Konkrétne, pomoc rodine pri schopnosti zvládnuť umieranie pacienta. Sociálny pracovník by mal zhodnotiť potreby klienta a jeho rodiny ako emočné, tak aj praktické či finančné, mal by posúdiť silu rodiny a pacienta, situáciu zvládnuť a mal by tiež vedieť ponúknuť spôsoby pomoci rodine klienta, a vytvoriť vhodné podmienky na vyjadrenie pocitov rodiny klienta, ale aj klienta samotného či iných starajúcich sa (Kuffová sec. cit. In: Laca a kol., 2011).

Úlohy sociálneho pracovníka v paliatívnej starostlivosti sú aj pomáhať klientovi a jeho rodine riešiť sociálne, osobné problémy, ktoré vyplývajú z choroby, pomôcť pri adaptácii na prostredie a vyrovnávaní sa s blížiacou sa smrťou. Dostálová, Šikulová (sec. cit In: Oláh, 2012) definovali, že k hlavným úlohám sociálneho pracovníka patrí:

- informačná a poradenská služba
- kontakt s prijatým pacientom a jeho rodinou (individuálne aj spoločne)
- starostlivosť o pozostalých v zármutku – smútkové poradenstvo
- administratíva – zahŕňa evidenciu návrhov na prijatie, kompletizáciu chorobopisov, záznamy o intervenciách pacientov, o platbách za pobyt, záznamy o úschove cenností klientov, posielaní správ, archiváciu diagnóz a dokumentov

Sociálny pracovník spolupracuje aj s ostatnými pracovníkmi, a to tak, že sa zúčastňuje na spoločných stretnutiach, kde každý predkladá svoje stanovisko k danému problému a k vzniknutej situácii konzultovaného klienta. Spoločne hľadajú riešenia danej situácie. Jeho úlohou je spolupracovať s ústavmi sociálnej starostlivosti, s obecnými úradmi, spoločenskými organizáciami, zariadi a kontroluje činnosť dobrovoľníkov. V

prípade potreby dokáže zabezpečiť iného kvalifikovaného odborníka napríklad právnik pri potrebe spísania závetu a zabezpečí nerušený priebeh notárskeho úkonu (Oláh, 2012).

4.3 Rola sociálneho pracovníka v ošetrovateľskom centre

Na realizovanej praxi som zistila, že rola sociálneho pracovníka v ošetrovateľskom centre spočíva v aktivizácii klientov, ktorí sú v tomto ošetrovateľskom centre umiestnení. To však nie je všetko. Sociálny pracovník rieši množstvo problémov, od požiadaviek samotných klientov cez požiadavky príbuzných klientov až po požiadavky personálu. Sociálni pracovníci často riešia finančnú stránku, ale aj zaopatrenie vecí, ktoré si klient žiada. Na sociálneho pracovníka sa klienti obracajú v individuálnych rozhovoroch, ale aj pri skupinových aktivitách. Kompetenciou sociálneho pracovníka je zariadiť všetko, čo si klienti žiadajú, ale tiež dbať na zvyky klientov, aby v ošetrovateľskom centre cítili pohodu.

Sociálny pracovník integruje klientov, snaží sa, aby sa spoznávali navzájom a aby bolo všetkým vyhovené čo najviac. V ošetrovateľskom centre Slniečny dom majú tiež papagája, psíka a mačku, s ktorými sa klienti môžu tiež zabaviť. Je tam taktiež záhradka, kde sa klienti môžu poprechádzať či posediť si na čerstvom vzduchu, keď je vonku teplo. Keďže v ošetrovateľskom centre nie sú len klienti, ktorí sú ešte mobilní či na vozíkoch, ale nachádzajú sa tam aj klienti, ktorí sú ležiaci, je v Slniečnom dome zriadená aj miestnosť intenzívnej starostlivosti. Sociálny pracovník sa tak stará, aby bolo vyhovené aj potrebám týchto klientov. Sociálny pracovník tiež dohliada na to, aby klientom rozumel všetok personál, keďže sú v centre aj klienti, ktorí už komunikujú len veľmi ťažko. V tomto centre klienti tiež umierajú, či sú v terminálnom štádiu, avšak paliatívna starostlivosť je im poskytovaná len prostredníctvom mobilného hospicu, keďže v ošetrovateľských centrách nie je personál paliatívnej starostlivosti. Sociálny pracovník ďalej komunikuje s rodinou klientov a s ďalšími odborníkmi v tíme. Keďže sú klientom poskytované aj rôzne terapie, sociálny pracovník si plánuje aktivity tak, aby sa klientovi nekryli s inými aktivitami. A zároveň rešpektuje potrebu odpočinku klienta. Sociálny pracovník využíva reminiscenčnú terapiu, validačnú terapiu. Ak je klient, ktorý umiera, sociálny pracovník v tomto centre má za úlohu zistiť a snažiť sa splniť ešte posledné pranie klienta.

Pri zavádzaní paliatívnej starostlivosti do nemocníc, kde sa tiež poskytuje ošetrovateľská starostlivosť, by mal byť prítomný aj prijímateľ tejto starostlivosti. Personál by mal plniť špecifické úlohy. Napríklad lekár by mal riešiť liečbu symptómov a mal by

pracovať na komunikácii s rodinou o cieľoch liečby. Zdravotné sestry by sa mali starať o pacienta a mali by pomáhať zlepšovať komunikáciu v tíme (Bužgová, 2015).

Sociálni pracovníci by mali pracovať na koordinácii starostlivosti a plynulého prechodu do iného prostredia, tiež by mali poskytovať poradenstvo, prípadový management, podporu rodinám a pacientom, ale môžu tiež vystupovať v roli advokáta, a teda zástancu systému zdravotnej starostlivosti. Pretože je práca sociálneho pracovníka zameraná na psychosociálny aspekt človeka, jeho práca nie je zameraná len na klienta, ale aj na jeho rodinu. Môže pomáhať pri rozhodovaní o starostlivosti, doprevádza pacienta a jeho blízkych počas tohto ťažkého obdobia a tiež podporuje rodinu po smrti ich blízkeho (Bužgová, 2015).

Svojej respondentky som sa tiež spýtala, aké úlohy a kompetencie má sociálny pracovník v zariadení, kde pracuje. Odpovedala ? „*V našom mobilnom hospici nepôsobí sociálny pracovník a v súčasnosti nemáme klientov. V ošetrovateľskom centre však vo svojej práci uplatňuje komplexný program sociálnej a duchovnej starostlivosti, vrátane well-beingu, animoterapie, muzikoterapie, aktivít ako cvičenia, tanec, BINGO atď.*“

4.4 Rola sociálneho pracovníka oproti asistentovi sociálnej práce

Ako som písala vyššie v kapitole 2.3.3, v tejto kapitole rozoberiem rolu sociálneho pracovníka oproti asistentovi sociálnej práce. Definícia toho kto je sociálny pracovník, tak ako aj asistent sociálnej práce a ich odborná spôsobilosť je upravená v zákone o sociálnej práci číslo 219/2014 Z.z. V paragrafoch §4 až 6. Odborná spôsobilosť má byť podľa tohto zákona splnenie kvalifikačných predpokladov, čo je upravené v §5 takto: „Kvalifikačný predpoklad na výkon odbornej činnosti a) *sociálnym pracovníkom je získané vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa v študijnom odbore sociálna práca* b) *asistentom sociálnej práce je získané vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa v študijnom odbore sociálna práca*“ (219/2014Z.z., §5 ods.1).

Osobitným kvalifikačným predpokladom na vykonávanie špecializovanej odbornej činnosti je absolvovanie akreditovaného špecializačného vzdelávacieho programu, ktorý je stanovený pre príslušný špecializovaný odbor sociálnej práce.

Splnenie tohto kvalifikačného predpokladu sociálneho pracovníka je preukazované doložením dokladom o absolvovaní vysokoškolského štúdia druhého stupňa v študijnom

programe sociálna práca vydaným na príslušnej vysokej škole alebo doložením rozhodnutia o uznaní dokladu o tomto vzdelaní.

Splnenie kvalifikačného predpokladu asistenta sociálnej práce sa preukazuje doložením dokladu o absolvovaní vysokoškolského štúdia prvého stupňa v študijnom programe sociálna práca, ktorý je vydaný príslušnou vysokou školou alebo doložením rozhodnutia o uznaní dokladu o tomto vzdelaní .

Podľa §6 tohto zákona je sústavné vzdelávanie v sociálnej práci zabezpečené pre sociálneho pracovníka a asistenta sociálnej práce, ktorí vykonávajú sociálnu prácu v pracovnoprávnom vzťahu alebo v podobnom pracovnom vzťahu zamestnávateľom. Sústavné vzdelávanie sociálneho pracovníka v odbore sociálna práca, ktorý vykonáva samostatnú prax je hodnotené komorou.

Na to, aby sociálny pracovník mohol vykonávať samostatnú prax je potrebné povolenie, ktoré vydáva komora. Táto skutočnosť je uvedená v odseku 1 §7 tohto zákona. Ďalšie upravenie v zákone, ktoré sa týka povolenia som rozobrala vyššie v kapitole 2.3.3 Legislatívne vymedzenie sociálnej práce v Slovenskej republike.

Respondentke som položila aj otázku, aká je podľa nej rola sociálneho pracovníka oproti asistentovi sociálnej práce. Jej odpoveď bola: „*Asistent soc. pracovníka u nás nie je avšak myslím si, že asistent by mal pravdepodobne pracovať pod vedením sociálneho pracovníka, mal by mu pomáhať*“.

4.5 Rola sociálneho pracovníka v mobilnom hospici

Mobilný hospic je hospicová starostlivosť v domácom prostredí klienta. V legislatíve je mobilný hospic definovaný ako zariadenie ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Podľa vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 770 z roku 2004 je mobilný hospic domáca starostlivosť vykonávaná pracovníkom hospicu (Bugri, Pribišová, Žák sec. cit. In: Laca a kol., 2011).

Práve domáca forma poskytovania hospicovej starostlivosti je pre umierajúceho klienta najideálnejšou formou. Práve v domácom prostredí má klient ľudí, ktorých má rád, avšak ak žije sám je dobré zapojiť ako dobrovoľníkov susedov či známych. Táto starostlivosť je poskytovaná prostredníctvom školených hospicových sestier, či Agentúrou domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS). Táto ich činnosť je koordinovaná lekárom hospicu či ADOS, a jeho ambulantnou činnosťou. Do domácej paliatívnej starostlivosti sa

tiež zapájajú psychológovia, psychoterapeuti, kňazi, dobrovoľníci či príbuzní a v neposlednom rade aj sociálni pracovníci. Odborný tím poskytuje podporu a psychosociálnu starostlivosť každému, kto ju vyžaduje, či potrebuje. Odborný tím taktiež zaškoľuje a edukuje príbuzných či laických dobrovoľníkov, ktorí chorého opatrujú. Táto edukácia je zameraná na zabezpečenie čo najlepšej starostlivosti o umierajúceho pacienta. Tiež poskytujú informácie o zmenách stavu terminálne chorého a učia ich zvládať tieto zmeny (Centková, Balogová, 2007).

Mobilný hospic je tiež označovaný ako mobilná špecializovaná paliatívna starostlivosť. Cieľom mobilnej špecializovanej starostlivosti je zabezpečovanie najlepšej kvality života a dôstojnej smrti v domácom prostredí klienta a v blízkosti jeho najbližších.

Sociálny pracovník v mobilnej paliatívnej starostlivosti aktívne pomáha s riešením situácií, v ktorých je väčšina klientov prvý krát v živote. Sprevádza rodinu od prvého kontaktu s poskytovateľom služby až po úmrtie terminálne chorého a ukončenie služby. Sociálny pracovník je voči umierajúcemu ale aj voči rodine v roli poradcu, sprostredkovateľa služieb ale tiež v roli opatrovateľa. Jeho úlohami je pomáhať klientovi a jeho blízkym získať nadhľad nad aktuálnou situáciou, finančnou stránkou situácie, sociálnou psychickou a rodinnou situáciou klienta v rámci umierania, choroby ale aj posledného štádia a teda smrti. Koordinuje spoluprácu s potrebnými úradmi či zamestnávateľom, hľadá ďalšie služby, ktoré by boli pre klienta vhodné. Klienta sprevádza na úradoch a pomáha mu s činnosťami ktoré už nedokáže zvládnuť sám. Pôsobí ako edukátor pre rodinu, ktorej sa pomáha osamostatňovať, keďže doposiaľ bola závislá na umierajúcom klientovi. Je to najmä v prípadoch, kedy všetko vybavoval a zariaďoval umierajúci, a rodina si v novej situácii nedokáže pomôcť.

4.6 Iné poznámky k sociálnej práci

V tejto podkapitole som načrtla prípadovú štúdiu, ktorá patrí k metódam sociálnej práce s klientom, ktorý potrebuje paliatívnu starostlivosť. Ďalej som do tejto podkapitoly zaradila aj sociálnu komunikáciu, ktorá je tiež veľmi dôležitá.

Súčasťou práce sociálneho pracovníka je dobre spracovaná dokumentácia. Asi najpoužívanejšou metódou je prípadová štúdia – Case Study, ktorá obsahuje všetky údaje o klientovi od vzniku problémov, ktoré vznikli v spojitosti s chorobou a predchorobím ako aj ostatné potreby pacienta. Ďalej zahŕňa navrhované a poskytnuté sociálne intervencie

chorému, ale aj rodine. Kroky, ktoré má sociálny pracovník podniknúť na získanie základných informácií o klientovi sú:

1. oboznámenie sa s chorobopisom, a teda získanie základných údajov o pacientovi a adres jeho rodiny alebo opatrovateľov
2. kontakt s prijatým pacientom a jeho rodinou sa uskutočňuje najprv osobitne a potom spolu, pre stretnutie sa vyberie najvhodnejší čas, ktorý vyhovuje obom stranám, pričom sa kladie dôraz na zdravotný stav chorého, aký vzťah má s príbuznými a ochotu ich vzájomnej komunikácie. Pri opakovaných rozhovoroch zisťuje, do akej miery choroba ovplyvnila jeho pracovný a súkromný život, posudzuje problémy, ktoré z tejto skutočnosti vyplynuli, ponúkne mu podpornú starostlivosť, sprostredkuje komunikáciu medzi pacientom a rodinou či priateľmi, vytvorí individuálny plán pre ďalší život, aj keď je obmedzený nevyliciteľnou chorobou.
3. stanovenie sociálnej diagnózy, ktoré spraví na základe sociálnej anamnézy
4. návrh riešenia a plán sociálnej pomoci je ovplyvnený individuálnymi potrebami pacienta. Najprv do plánu zaradí záležitosti, ktoré sa nedajú odložiť. K dlhodobjším riešeniam začlení také problémy, ktoré si vyžadujú ďalšiu starostlivosť vzhľadom na stav pacienta a jeho prognózu po prepustení, čiže pomôže pri zabezpečení domácej ošetrovateľskej služby poprípade opatrovateľskej služby, ale aj pri zabezpečení polohovacích a rehabilitačných pomôcok.
5. sociálna terapia je zložená z foriem sociálnej starostlivosti, ktoré sú navrhnuté a individuálne. Tieto formy sú nasledovné : po prvé je to uspokojenie sociálnych potrieb, po druhé to je sprevádzanie, po tretie ide o zabezpečenie takých aktivít, o ktoré má pacient záujem a ktoré mu spríjemnia posledné dni života, po štvrté sa jedná o zaobstaranie spirituálnej starostlivosti prostredníctvom kňaza, prizvanie osôb na návštevu, ktoré si sám určí, zabezpečí návštevy príbuzných alebo dobrovoľníkov u osamelých pacientov, po piate podporuje rodinu počas pacientovho zomierania, úmrtia a v zármutku a po šieste je to overovanie výsledkov, a teda ako sa podarilo splniť aktivity v klientovom záujme a ako bola zlepšená kvalita života pacienta (Oláh, 2012).

Sociálna komunikácia v zdravotníctve a v sociálnej práci je dôležitým aspektom pri komplexnej starostlivosti o klienta alebo pacienta umiestneného v zdravotníckom alebo sociálnom zariadení. Lekári pri komunikácii s pacientom nemôžu pacienta podceňovať. Mali by postupne odkrývať pravdivé informácie a odovzdávať ich pacientovi a príbuzným. Pri sociálnej komunikácii v ošetrovateľstve sa vymieňajú informácie medzi sestrou a pacientom, medzi sestrami vzájomne, medzi sestrou a lekárom alebo iným zdravotníckym

personálom. Kvalitná komunikácia v ošetrovatelstve je podmienená schopnosťou empatie, individuálneho prístupu k pacientom, úctou k pacientom a pozitívny vzťah k pacientom. Pri zrozumiteľnej komunikácii je dôležité: vedieť aktívne počúvať, vedieť pracovať s otázkami pri riadení rozhovoru, doceniť prvý kontakt s klientom, doceniť ukončenie rozhovoru, doceniť význam a pôsobenie prostredia, poznať podmienky, z ktorých dochádza k zlyhaniu komunikácie (Mátel, Schavel, Mühlpachr, Roman, 2010).

5 Problémy sociálnej práce v paliatívnej starostlivosti

V tejto kapitole popíšem financovanie v paliatívnej práci, ktoré patrí k slepým miestam, tiež popíšem vzdelanie v paliatívnej medicíne na Slovensku, ale aj to, že je nedostatok sociálnych pracovníkov v paliatívnej starostlivosti. Tiež popíšem úskalia paliatívnej starostlivosti, ktoré sú najmä etické dilemy, ale aj iné problémy, s ktorými sa sociálni pracovníci stretávajú vo svojej práci.

5.1 Slepé miesta v paliatívnej starostlivosti

K slepým miestam paliatívnej starostlivosti na Slovensku patrí to, že táto starostlivosť nemá dobré legislatívne uchopenie. Na stratégii starostlivosti o dlhodobo chorých ku ktorej patrí aj paliatívna starostlivosť sa pracuje už niekoľko rokov, avšak zatiaľ nebola dokončená.

Ako ďalší nedostatok paliatívnej starostlivosti vnímam, že existuje iba jedna univerzita na Slovensku, ktorá má akreditované vzdelávanie v oblasti paliatívnej medicíny, a to Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave od roku 2009. Lekári sa vzdelávajú tri roky a potom získajú atestáciu z paliatívnej medicíny. Program pregraduálneho a postgraduálneho vzdelávania v paliatívnom ošetrovatelstve má Jesseniova lekárska fakulta v Martine. Vzdelávanie v paliatívnej medicíne na Slovensku je zatiaľ možné iba v jednom stupni (Križanová, Škripeková, 2015).

Križanová, Škripeková (2015) ďalej uvádzajú, že paliatívna starostlivosť v domácom prostredí nefunguje vôbec, pretože ju robia sestry domácej ošetrovateľskej starostlivosti jednotlivu z vlastnej iniciatívy a lekári ambulantnej paliatívnej starostlivosti.

Ďalším problémom je, že ambulancií paliatívnej starostlivosti na Slovensku je veľmi málo, z dôvodu, že nemajú zmluvy so zdravotnými poisťovňami a pracujú ako ambulancie všeobecného lekárstva. Avšak títo lekári nemôžu predpisovať žiadne silné lieky a opiáty okrem morfinových preparátov. Všeobecní lekári pacientov doma nenavštevujú v dostatočnej miere a nevedia poskytnúť komplexnú starostlivosť o umierajúceho. Tiež nemôžu predpisovať silné opioidy na zmiernenie bolesti (Križanová, Škripeková, 2015).

Nedostatok poskytovania starostlivosti o umierajúcich je aj v tom, že neexistuje rýchla a efektívna finančná pomoc rodinám, ktoré sa rozhodli starať o umierajúceho pacienta doma. Rodiny nemajú dostatočnú finančnú situáciu na to, aby si mohli dovoliť opustiť

zamestnanie a tiež neexistuje platená dovolenka, ktorá by umožňovala starostlivosť o takto chorého človeka. Určitá finančná podpora sa dá získať zdĺhavým procesom, ak ide o klienta, ktorý je invalidný alebo dlhodobo chorý, ak je smrť rýchla a trvá niekoľko týždňov či mesiacov, táto podpora je takmer nedosiahnuteľná (Križanová, Škripeková, 2015).

Financovanie hospicov na Slovensku je získané zo zdrojov verejného zdravotného poistenia, priamych platieb od klienta a jeho rodiny, platby štátu, z príspevkov od vyšších územných celkov a obcí, dobrovoľných príspevkov právnických a fyzických osôb, zdrojov z charity a alokovaných daní. Zo zdravotného poistenia sa nedajú financovať všetky zariadenia poskytujúce paliatívnu starostlivosť. Tento model financovania v Slovenskej republike je nedostatočný a vyžaduje si zmenu (Burgi, Pribišová, Žák sec. cit In Laca, a kol., 2011).

To, že paliatívna starostlivosť na Slovensku nie je dostatočne financovaná vyplynulo aj z odpovede mojej respondentky, ktorá na otázku, ako je paliatívna starostlivosť upravená v rámci zákonov o sociálnych a zdravotných službách na Slovensku a ako je financovaná odpovedala nasledovne: *„V zákonoch o zdravotnej starostlivosti na Slovensku sú definované hospice a mobilné hospice. Paliatívna starostlivosť je podfinancovaná, ďalší problém nastáva, ak človek, ktorý príde do hospicu tam žije dlhšie ako pár mesiacov. Poskytovatelia ju vnímajú ako podfinancovanú. Nie je definovaná samostatne, ale v rámci zákona o zdravotníctve v rámci hospicov a mobilných hospicov (ADOS)“.*

5.2 Úskalia v paliatívnej starostlivosti

Právo na ochranu života a zdravia, jeho udržiavanie až po smrť jedinca, bez ohľadu na vek, pohlavie, vierovyznanie je základným prvkom vyspelej spoločnosti. Odzrkadľuje ako sa dokáže spoločnosť postarať o slabých, starých, ťažko chorých je prejavom komplexnej starostlivosti a humánnosti, rozvoj medicínskych disciplín, zavádzanie technologicky vyspelých diagnostických, liečebných a resuscitačných postupov spôsobuje predlžovanie strednej dĺžky života do vyššieho veku, ale zároveň narastá aj počet chronicky chorých ľudí. Aj napriek úspechom v liečbe nevyliciteľných chorôb ostáva ešte dosť veľká skupina ľudí v pokročilom štádiu choroby, kedy už nemôžeme očakávať priaznivý vývoj choroby. Kvalita života chorých a umierajúcich ostáva nepovšimnutá, ako aj osamelosť v kritickej situácii, jeho utrpenie aj utrpenie jeho blízkych, ktorí ho opatrujú. Stále častejšie

sa stretávame s takzvanou „zadržanou smrťou“, ktorá so sebou prináša osobné, psychologické, sociálne, existencialistické a spirituálne problémy (Smoleňová sec. cit. In: Oláh, 2012).

5.2.1 Etické dilemy pri poskytovaní paliatívnej starostlivosti

Medzi úskalia sociálnej práce patria iste aj etické dilemy, ktoré musí sociálny pracovník vo svojej práci často riešiť. Aj z tohto dôvodu som ich zaradila do tejto podkapitoly. V živote človeka sa často vyskytujú situácie, ktoré je potrebné riešiť v súlade s morálkou a človek tak prichádza do styku s etikou. V profesionálnom živote sociálneho pracovníka určité dodržiavanie morálky zabezpečuje etický kódex sociálnych pracovníkov. Tak isto majú svoj etický kódex aj zdravotníci či iní profesionáli. Avšak občas sa musí sociálny pracovník rozhodovať medzi dvoma či viacerými riešeniami a vybrať to, ktoré je podľa neho v danej situácii najetickejšie a najviac prospešné.

Roháč, Dancák, (sec. cit In: Kollárčiková, 2010) uvádzajú, že cieľom etiky je správne usporiadanie ľudských skutkov, teda usporiadanie do určitého metodického poriadku, zhodného s požiadavkami a potrebami zdravého, prirodzeného rozumu.

Medzi najväčšie etické problémy v inštitucionálnej starostlivosti patria problémy týrania, zanedbávania a zneužívania seniorov. Tieto problémy si vyžadujú potrebu zisťovania, skúmania a riešenia zistených nedostatkov (Bužgová, Ivanová, sec. cit In: Kollárčiková, 2010).

Neetické správanie a z toho vyplývajúca nespravodlivosť, porušovanie ľudských práv spoločnosť veľmi vysoko vníma. Preto sa v pomáhajúcich profesiách odvolávame na etické kódexy, ktoré môžu pracovníci využívať v ich správaní a rozhodovaní, a to nielen v pracovnom, ale aj v osobnom živote. Je rozdiel medzi etickým problémom a etickou dilemou. Etická dilema v sebe zahŕňa tieto podmienky:

1. existujú rôzne možnosti konania, z ktorých si jednotlivec jednu vyberie,
2. rozhodnúť sa, ktorý spôsob je v danej situácii najlepší (etickými dilemami sú tie situácie, ktoré si vyžadujú voľbu, nepatria tu situácie, ktoré sú iba nepríjemné)
3. dochádza teda k nedodržaniu etického princípu, to znamená, že neexistuje v danej situácii dokonalé riešenie

Sociálny pracovník nemôže ponúknuť presný návod na riešenie dilematických situácií. Rozhodnutie riešiť danú dilemu závisí od samotnej osoby sociálneho pracovníka,

jeho osobnosti, skúseností a od jeho získaných vedomostí (Mojtová, Mátel, Sedlárová, 2013).

Mojtová, Mátel, Sedlárová (2013) uvádzajú systematický postup podľa Frederica G. Reamera, ktorý môže pomôcť sociálnym pracovníkom, ak sa ocitnú v dilematickej alebo problematickej situácii a musia sa rozhodnúť:

1. Zadefinovanie etického problému, teda dilemy, hodnoty a povinnosti sociálnej práce, ktoré sa ocitli v konflikte.

2. Označenie jednotlivcov, skupín, alebo organizácií, ktorých sa bude etické rozhodnutie s najväčšou pravdepodobnosťou dotýkať. Toto rozhodnutie sa môže dotýkať viacerých osôb súčasne.

3. Najprv by sa mali identifikovať všetky realizovateľné možnosti konania aj ich následky pre účastníkov, a to aj z hľadiska prínosov aj z hľadiska rizík. Môžeme to nazvať ako akýsi počiatočný „brainstorming“, ktorý prispeje k nájdeniu viacerých možností riešenia.

4. Dôsledné skúmanie príčiny výhod aj nevýhod každého z variantov s prihliadaním na a) etický kódex a platnú legislatívu, s poukázaním a medzinárodne prijaté princípy etiky sociálnej práce sa zvyrazňuje hodnota a dôstojnosť všetkých ľudí, kde sa počíta s ochranou ich fyzického aj psychického stavu. No slovenský kódex ako aj medzinárodné etické princípy podčiarkujú zachovávanie dôvernosti informácií.

b) etické teórie, smernice a princípy

c) praktické teórie a princípy sociálnej práce. Pri tomto chode pomáha rozlišovať praktické hľadisko prípadu od etického uvažovania

d) osobné hodnoty, ako sú náboženstvo, etické hodnoty, kultúra, politické názory no hlavne tie, ktoré sa dostávajú do rozporu

5. Konzultácie s kolegami a vhodnými odborníkmi buď inými zamestnancami organizácie, alebo právnyimi zástupcami, supervízormi, odborníkmi na etiku. Vo väčšine prípadov sociálni pracovníci nerobia rozhodnutia sami bez konzultácie s inými odborníkmi, ale ich zapájajú do procesu rozhodovania. Konzultácie ochraňujú sociálnych pracovníkov pred ich obvinením z dôsledkov ich rozhodnutia.

6. Prijatie rozhodnutia a dokumentácia celého postupu rozhodovania. Počas procesu prípravy na vykonanie rozhodnutia sa postupne vyjasňuje, ktoré riešenie bude viac prospešné.

7. Monitorovanie, hodnotenie a dokumentácia rozhodnutia. Tým, že sa prijme etické rozhodnutie sa celý proces ešte neukončí. Prídu dôsledky, pri ktorých musí byť

sociálny pracovník pripravený odôvodniť svoje rozhodnutie pred klientom, zamestnávateľom, kolegami aj prislúchajúcimi úradmi. Dôsledná dokumentácia mu môže pomôcť v prípade sťažností, obvinenia zo zneužitia právomoci či pri súdnom konaní (Mojtová, Mátel, Sedlárová, 2013).

Preto, že sa paliatívna starostlivosť zaoberá kritickými situáciami v poslednej fáze života človeka má špeciálne miesto v lekárskej etike. Pri jej realizácii sa opiera o autonómiu, čiže o samostatnosť a sebaurčenie neuškodenie, prospech a justíciu čiže o právo, spravodlivosť, poriadok. Pri liečbe sa musia teda rešpektovať potreby pacienta v jeho somatickej, duchovnej, psychologickú a sociálnej úrovni.

Niektoré kritériá etického a právneho aspektu paliatívnej starostlivosti sú:

- poskytuje sa prostredníctvom slobodného a informovaného súhlasu
- v hospicioch a paliatívnych zariadeniach sa zabezpečuje vysoká odbornosť a etická úroveň
- sústredí sa na zmiernenie bolesti a na ostatné život ohrozujúce a obťažujúce príznaky
- umožňuje klientovi osobitný denný režim a kontakt s rodinou a s osobami, ktoré si vyžiada
- poskytuje pomoc nielen pacientovi, ale aj jeho rodine, a to aj v dobe zármutku
- neurýchľuje ani neodsúva smrť
- neposkytne i nepodporí eutanáziu, vyhýba sa aj predlžovaniu agónie medicínskymi praktikami, ktoré spôsobujú diskomfort a teda aplikáciu množstva zaťažujúcich vyšetrení a liečebných postupov (Oláh, 2012).

Smrť je súčasťou života a každý organizmus je odsúdený na zánik. S touto skutočnosťou súvisí aj vznik etických dilem. Etické problémy a dilemy, ktoré riešia pomáhajúci pracovníci pozostávajú z troch oblastí:

a) oblasť sa týka práv a kvality života jednotlivcov – zaoberá sa vzťahom medzi nevyliciteľne chorým a pomáhajúcim pracovníkom,

b) oblasť, ktorá sa týka všeobecného blaha – teda konfliktu záujmov klienta a spoločnosti alebo organizácie, v ktorej je pomáhajúci pracovník zamestnaný,

c) oblasť, ktorá sa dotýka nerovnoprávnosti a štruktúrného útlaku – pravidlá organizácie môžu obmedziť prácu s klientom, čo by nemalo byť zanedbávané.

Etické problémy vznikajú v takej situácii, kde je jasné ako by sa mal sociálny pracovník rozhodnúť, ale pracovník nie je stotožnený s týmto rozhodnutím.

Počas práce s umierajúcimi môžu nastať situácie, pri ktorých vznikajú etické problémy a to vtedy, keď je pre pracovníka ťažké urobiť rozhodnutie, či vkročiť a zasiahnuť do života pacienta a jeho rodiny (Mojtová, Máteľ, Sedlárová, 2013).

Základný princíp sociálnej práce je ľudský prístup. Zdravotníctvo, ošetrovateľstvo a sociálna práca sú vzájomne prepojené a vzájomne spolupracujú. Majú niektoré spoločné prvky etiky, ktoré spájajú a realizujú v praxi. Medzi tieto prvky patrí: ochrana ľudského života, pomoc ľuďom v nepriaznivej zdravotnej alebo sociálnej situácii, dodržiavanie zákonností, dodržiavanie etických pravidiel, zásad a noriem, ľudskosť, kooperácia, proaktivita, asertívno-empatický prístup, sociálna komunikácia, spolupráca s inými inštitúciami a odborními, vzdelávanie pracovníkov v odbore (Kollárčiková, 2010).

Mravné slová sú ľahšie porozumiteľné a dajú sa dobre používať. V bežnej komunikácii sa uplatňuje predporozumenie mravnej skutočnosti a predpokladáme ho aj u druhých ľudí. Súčasťou predporozumenia mravnej skutočnosti sú pojmy: mravné hodnotenie, svedomie, dobrovoľnosť, zodpovednosť, sociálne hradisko, vlastná hodnota (Kollárčiková, 2010).

5.2.2 Etika duchovnej služby

Neodmysliteľnou súčasťou celkovej starostlivosti o chorého pacienta alebo klienta je etika duchovnej služby na sociálnych a zdravotníckych lôžkach hlavne pre klienta, ktorý potrebuje primeranú liečbu alebo sociálnu starostlivosť a pomoc iných osôb, ktoré sa podieľajú na jeho uzdravovaní alebo stabilizovaní jeho celkového zdravotného a sociálneho stavu. Spirituálnu starostlivosť si vyžadujú najmä niektoré životné situácie ako je vážna choroba, emočný stres či úraz. Tie môžu mať za následok, že narušia rovnováhu duchovnej dimenzie človeka až tak, že dochádza k duchovnej núdzi čiže strate zmyslu života a túžby žiť (Kollárčiková, 2010).

Ošetrovateľstvo globálne uznáva, že potreby ducha sú rovnako dôležité ako biologické, psychické či sociálne potreby. Hlbšie poznanie spirituálnej dimenzie zdravotnými sestrami vedie k zlepšeniu kvality ošetrovateľskej starostlivosti. S etikou v zdravotníctve a s etikou v sociálnej práci súvisia ďalej niektoré vybrané zákony a charty práv pacientov, a to: Charta práv pacientov v SR, Európska charta pacientov, Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím, Antidiskriminačný zákon, Medzinárodnú klasifikáciu funkčnosti, dizability a zdravia (Kollárčiková, 2010).

Samostatné profesie ako sú zdravotníctvo, ošetrovatel'stvo a sociálna práca majú spoločné prvky a tie ich vzájomne spájajú a ovplyvňujú. Aby bolo zachované dôstojné prežitie každého človeka či už chorého, postihnutého, opusteného, chudobného alebo starého je dôležité rešpektovať jeho individuálne potreby. Tiež je potrebné zabezpečovať celkovú bio-psycho- sociálnu a duchovnú stránku starostlivosti každému, nehľadiac na jeho vek, pohlavie, zdravotný či sociálny stav, alebo inej odlišnosti osobnosti klienta alebo pacienta a aplikovať profesionálnu etiku do praxe. Etické dilemy a morálne problémy rieši personál každý deň, či už je to lekár, zdravotná sestra, ale rovnako aj sociálny pracovník v zariadení sociálnych služieb, kde poskytuje sociálnu starostlivosť. Úlohou sociálneho pracovníka, ktorý klientom poskytuje sociálne služby je rešpektovať, najdôležitejšie postavenie majú základné ľudské práva (Kollárčiková, 2010).

5.2.3 Problém nedostatku sociálnych pracovníkov v paliatívnej starostlivosti

Úskalím sociálnej práce v paliatívnej starostlivosti je aj to, že sociálni pracovníci tvoria menšinu zamestnancov zariadení, kde je poskytovaná paliatívna starostlivosť. Sociálny pracovník pacientov vníma ako osoby, ktoré trpia sociálnym vplyvom svojho stavu. Problémom tiež je, že sociálni pracovníci sa v hospicioch viac venujú administratíve ako klientom (Tomeš, Dragomerická, Sedlárová, Vodáčková, 2016).

O problémoch, s ktorými sa stretáva sociálny pracovník v zariadení pri starostlivosti o klientov referovala moja respondentka nasledovne: *„Sociálni pracovníci sa stretávajú s veľkým problémom, ktorý je zamestnávať ľudí, ktorí nie sú tak orientovaní, nechce sa im vykonávať aktivity a zároveň uspokojovať potreby ľudí, ktorí sú nepokojní. Riešiť ako uspokojiť potreby týchto ľudí, napr. klientov, ktorí sú príliš orientovaní, rozmaznaní alebo aj egocentrickí pacienti. Keďže niekedy nie je v silách ani možnostiach sociálneho pracovníka naplniť všetky potreby. Klienti si niekedy žiadajú aj veci, ktoré by napríklad doma nepožadovali“*.

Respondentka tiež odpovedala na moju otázku s akými problémami sa stretáva ona, ako vedúca organizácie takto: *„Je to škála problémov, najmä však personalistika, motivácia ľudí, aby si zachovali ľudský prístup ku klientom, udržať záujem o prácu potom je to udržanie financovania služieb a centra, splniť požiadavky príbuzných a všetko zladiť do fungujúceho celku“*.

6 Výsledky šetrenia- zhrnutie

V tomto texte uvediem výsledky cieľa šetrenia. Keďže som sa ho snažila plniť pomocou čiastkových cieľov teoretické zistenia následne doložím odpoveďami z ilustratívneho rozhovoru s respondentkou. Keďže prieskum bol vykonávaný najmä prostredníctvom literatúry a zdrojov dostupných z internetu, a jeho predmetom nebolo dotazníkové šetrenie, výsledky prieskumu nebudem uvádzať v grafoch ani tabuľkách. Výsledky môjho prieskumu sa nedajú generalizovať, ide skôr o prehľad základných informácií, ktoré ilustrujem rozhovorom.

Cieľom šetrenia bolo zmapovať systém paliatívnej starostlivosti na Slovensku a komparovať ho s Českou republikou. S teoretických poznatkov som zistila, že systém paliatívnej starostlivosti v Českej republike, ale aj na Slovensku má nedostatky v rôznych oblastiach poskytovania a financovania služieb. Tiež má nedostatky v legislatívnom ukotvení paliatívnej starostlivosti. A to ako na Slovensku, tak aj v Českej republike. Avšak, v českej republike sa chystá novelizácia zákona o zdravotných službách, kde by mala byť paliatívna starostlivosť vymedzená a chystá sa aj samostatný zákon o paliatívnej starostlivosti. Na Slovensku je v zákone o sociálnych službách zmieneny iba hospice a mobilný hospice. Ale kritériá poskytovania a kvality paliatívnej starostlivosti na Slovensku nie sú upravené v zákonoch. Na Slovensku existuje koncepcia paliatívnej starostlivosti z roku 2006. No ako uvádza moja respondentka: *„Je snaha vytvoriť koncepciu paliatívnej starostlivosti, ktorej potreby sa dovolávajú prevádzkovatelia hospicov. Dožadujú sa zmien v legislatíve. Prebieha snaha niekoľko rokov o stratégiu Long Term Care (LTC) na Slovensku čo je dlhodobá starostlivosť. Súčasťou koncepcie je aj paliatívna starostlivosť. Momentálne pracuje pracovná skupina pod Ministerstvom ku koncepcii dlhodobej starostlivosti, v rámci nej pôsobia aj pod vedením ministerskej sestry Ministerstva zdravotníctva“*. V Slovenskej republike je paliatívna starostlivosť nedostatočne financovaná, a to aj napriek tomu, že je financovaná z viacerých zdrojov. To zhoršuje celkovú kvalitu poskytovania paliatívnej starostlivosti. Ako odpovedala moja respondentka: *„V zákonoch o zdravotnej starostlivosti na Slovensku sú definované hospice a mobilné hospice. Paliatívna starostlivosť je podfinancovaná, ďalší problém nastáva, ak človek, ktorý príde do hospicu tam žije dlhšie ako pár mesiacov. Poskytovatelia ju vnímajú ako podfinancovanú. Nie je definovaná samostatn,e ale v rámci zákona o zdravotníctve v rámci hospicov a mobilných hospicov (ADOS)“*. Financovanie paliatívnej starostlivosti je nedostatočné aj v Českej republike, ale novelou zákona by sa táto skutočnosť mala riešiť, pretože ministerstvo zdravotníctva sľúbilo, že poskytne viac finančných prostriedkov do

tejto oblasti a tiež vymedzí v zákone Hospic, ktorý bude financovaný aj z verejného zdravotného poistenia.

Problémom tiež je, že rodiny, ktoré by sa chceli o svojho umierajúceho blízkeho sami postarať si to nemôžu dovoliť, pretože nemajú dostatočný finančný príjem na to, aby mohli opustiť zamestnanie a nie sú žiadne dostupné príspevky, ktoré by im so situáciou pomohli. Poskytovanie paliatívnej starostlivosti je tiež veľmi náročné v zariadeniach sociálnych služieb či ošetrovateľských centrách, kde nie je možné poskytovať paliatívnu starostlivosť prostredníctvom toho, že by boli v týchto organizáciách zamestnaní odborníci na tento druh starostlivosti. Je to z toho dôvodu, že tieto centrá a domy nemajú dostatok financií na poskytovanie potrebnej starostlivosti. V týchto centrách zomiera veľké množstvo ľudí, ktorým nie je poskytnutá dostatočná starostlivosť, aj keď sa personál zariadení snaží ako môže, zväzuje im ruky, že nemajú odkiaľ získať finančné zdroje na poskytovanie paliatívnej starostlivosti. Túto skutočnosť potvrdzuje aj odpoveď mojej respondentky na otázku Aké opatrenia by pomohli zlepšiť kvalitu paliatívnej starostlivosti na Slovensku, ktorá hovorí, že: *Je to séria opatrení napr. v zákonoch doriešiť paliatívnu starostlivosť, potreba paliatívnej starostlivosti aj v iných zariadeniach ako sú hospice a mobilné hospice, nakoľko ľudia umierajú aj v zariadeniach sociálnych služieb a iných zdravotníckych zariadeniach. Paliatívnu starostlivosť treba dostať všade tam, kde pacient umiera. Aj do sociálnych služieb. Z časti to môže riešiť privolanie personálu mobilného hospicu, nie je to však postačujúce v prípade, ak sa v centre nachádza človek, ktorý potrebuje 24 hod. starostlivosť. Omnoho praktickejšie by bolo, aby v zariadení soc. služieb bol personál, vrátane jeho primeraného počtu, ktorý je pripravený poskytovať paliatívnu starostlivosť – potrebná je séria opatrení“.*

Z môjho prieskumu je jasné, že paliatívna starostlivosť na Slovensku sa poskytuje najmä v hospicoch, ktoré najčastejšie prevádzkujú cirkvi a menej často v mobilných hospicoch zatiaľ čo v iných zariadeniach je jej poskytovanie nedostatočné, či už je to v nemocniciach na oddeleniach pre dlhodobu chorých alebo v zariadeniach sociálnych služieb či onkologických oddeleniach. V Českej republike tiež paliatívna starostlivosť stagnuje a jej poskytovanie je tiež nedostatočné.

K slepým miestam poskytovania paliatívnej starostlivosti, ale aj k roli sociálneho pracovníka v paliatívnej starostlivosti patrí, že sociálni pracovníci sa málo zúčastňujú pri práci s umierajúcim klientom. Či už je to v hospicoch, mobilných hospicoch alebo v zariadeniach pre seniorov či ošetrovateľských centrách. V nemocniciach na Slovensku nie sú sociálni pracovníci vôbec. Teória však zdôrazňuje ich potrebnosť

v multidisciplinárnom tíme, no pri priamej práci s klientom sa so sociálnymi pracovníkmi v paliatívnej starostlivosti stretávame ojedinele. Na praxi som sa sociálnej pracovníčky pýtala, aké sú jej úlohy, ak nejaký klient umiera. Jej úlohou bolo zistiť poslednú vôľu klienta a snažiť sa zabezpečiť ju. Samozrejme to boli aj individuálne rozhovory či modlitba, ak ju o to klient poprosil, a tiež komunikovala s rodinou klienta. No agendu viedol zdravotnícky personál tak isto ako aj zabezpečoval posledné záležitosti ako pohreb. Keďže zariadenie, kde som bola na praxi poskytuje aj mobilný hospic, respondentke som položila otázku, aké má kompetencie sociálny pracovník v jej zariadení. Odpovedala nasledovne: „*V našom mobilnom hospici nepôsobí sociálny pracovník a v súčasnosti nemáme klientov. V ošetrovateľskom centre však vo svojej práci uplatňuje komplexný program sociálnej a duchovnej starostlivosti, vrátane well-beingu, animoterapie, muzikoterapie, aktivít ako cvičenia, tanec, BINGO atď.*“

Keďže na Slovensku existuje aj profesný zákon o sociálnej práci, popísala som aj rozdiel medzi sociálnym pracovníkom a asistentom sociálnej práce. Na tento rozdiel som sa opýtala aj respondentky, ktorej odpoveď bola takáto: „*Asistent soc. pracovníka u nás nie je, avšak myslím si, že asistent by mal pravdepodobne pracovať pod vedením sociálneho pracovníka, mal by mu pomáhať*“. V Českej republike profesný zákon nie je, ale vymedzenie toho, kto je sociálny pracovník, je v zákone o sociálnych službách.

Sociálni pracovníci pri práci s klientmi v terminálnom štádiu sa často stretávajú aj s etickými dilemami, kedy sa rozhodujú, ktoré riešenie danej situácie bude lepšie, ale aj s inými problémami na pracovisku. Na tieto problémy som sa pýtala aj pani respondentky a jej odpoveď bola takáto: „*Sociálni pracovníci sa stretávajú s veľkým problémom, ktorý je zamestnávať ľudí, ktorí nie sú tak orientovaní, nechce sa im vykonávať aktivity a zároveň uspokojovať potreby ľudí, ktorí sú nepokojní. Riešiť ako uspokojiť potreby týchto ľudí, napr. klientov, ktorí sú príliš orientovaní, rozmazaní alebo aj egocentrickí pacienti. Keďže niekedy nie je v silách ani možnostiach sociálneho pracovníka naplniť všetky potreby. Klienti si niekedy žiadajú aj veci, ktoré by napríklad doma nepožadovali*“. Tiež som sa jej opýtala, S akými problémami sa stretáva ona ako vedúca organizácie, kde mi odpovedala takto: „*Je to škála problémov najmä však personalistika, motivácia ľudí, aby si zachovali ľudský prístup ku klientom, udržať záujem o prácu potom je to udržanie financovania služieb a centra, splniť požiadavky príbuzných a všetko zladiť do fungujúceho celku*“.

Paliatívna starostlivosť v zdravotníctve na Slovensku trpí aj tým, že akreditáciu na paliatívnu medicínu má iba jedna univerzita, aj to v jednom stupni a tiež iba jedna

univerzita má akreditáciu na ošetrovatel'stvo v paliatívnej starostlivosti. V nemocniciach pri lôžkach dlhodobej starostlivosti pre chorých pacientov je paliatívna starostlivosť poskytovaná len zriedka a sociálni pracovníci sa v nemocniciach nenachádzajú a ak, tak len výnimočne, keďže na Slovensku nie je legislatívne ukotvená sociálna práca v zdravotníctve. Oproti tomu v Českej republike je v zákone ukotvený sociálno-zdravotnícky pracovník. Či je toto ukotvenie potrebné podobne ako v Českej republike som sa opýtala aj svojej respondentky, ktorá odpovedala takto: *„Bolo by lepšie vytvoriť vlastnú legislatívu. Zmeny sú potrebné, mala by to byť legislatívna úprava o starostlivosti o zdraví pacientov. Nemusi byť ustanovený zákon, ten nie je dobre flexibilný a ťažko sa mení, ale vhodná je právna úprava, ktorá by vyžadovala pôsobenie sociálneho pracovníka v zdravotníckom zariadení, vhodná by bola skôr vyhláška ako zákon“*.

Tiež som zistila, že literatúra odporúča medziodborovú spoluprácu. Tá sa vyskytuje, aj keď menej často spolupracuje aj sociálny pracovník. V ošetrovateľských centrách, zariadeniach sociálnych služieb či iných zariadeniach medziodborová spolupráca funguje, čoho dôkazom je aj odpoveď respondentky na otázku k tejto problematike, ktorá znela: *„V našom centre prebieha príkladná spolupráca, spolupracujú zdravotníci, sociálni pracovníci, kňazi a podobne, teda tím ľudí so vzdelaním“*.

V paliatívnej starostlivosti je podľa literatúry odporúčané venovať sa aj spirituálnej stránke človeka, čo často zabezpečujú kňazi. Tí navštevujú hospice, ale aj nemocnice a iné zariadenia. Tiež navštevujú aj zariadenie, kde som vykonávala prax. Tam slúžia kňazi služby troch vierovyznaní a to Rímo- katolícke, Greko- katolícke a Evanjelické. Či je dôležité venovať spirituálnej a sociálnej stránke klienta som sa opýtala aj respondentky, ktorá odpovedala takto: *„Rozhodne áno, ak by nebola môže to spôsobiť disharmóniu. Starostlivosť o človeka zahŕňa aj starostlivosť o sociálnu a psychickú stránku“*.

Z uvedeného vyplýva, že kvalita poskytovania zdravotnej starostlivosti pre terminálne chorých na Slovensku rovnako ako aj v Českej republike je na nízkej úrovni v iných zariadeniach než sú hospice, a to aj napriek tomu, že tento pojem je v našich končinách známy už cez dvadsať rokov. To dokazuje aj odpoveď pani respondentky, ktorá znie takto: *„Myslím že je vysoká kvalita poskytovaná iba v hospicoch, na iných pracoviskách iba sporadicky. Rozhodne je to téma, ktorá si zaslúži pozornosť“*. Opýtala som sa aj na to, čo sa v paliatívnej starostlivosti podarilo oproti minulosti. Pani respondentka mi poskytla takúto odpoveď: *„Pracovná skupina, ktorá je vytvorená pre stratégiu dlhodobej starostlivosti pracuje na pokroku v tejto oblasti“*.

7 Diskusia

Cieľom paliatívnej starostlivosti je, aby klient dožil svoj život podľa možností čo najkvalitnejšie v prostredí, kde sa bude cítiť dobre, prostredie mu bude známe a dostane sa mu kvalitná lekárska a ošetrovateľská starostlivosť. Zároveň sa klientovi zabezpečí fyzická, psychická a duchovná starostlivosť. A to je už rola zdravotníkov, sociálneho pracovníka a kňaza. Nadviazať s klientom vzťah, podporovať ho psychicky, pomôcť mu vysporiadať sa s prichádzajúcou skutočnosťou ako je smrť. Jeho úlohou je byť oporou aj jeho rodine, pomôcť jej vysporiadať sa s odchodom ich blízkeho. Poradiť ako postupovať v tejto fáze života chorého, ako vyriešiť posledné záležitosti okolo umierania. Tieto informácie zdôrazňuje teória, avšak v praxi sa takéto príkladné venovanie klientovi nenachádza.

Vyššie v teórii uvádzam, že je dôležité, aby bol sociálny pracovník súčasťou každého tímu od začiatku hospicovej starostlivosti o klienta, keďže sa musí orientovať v konkrétnej individuálnej životnej situácii každého jedného klienta. Práve sociálny pracovník musí byť schopný a ochotný pomôcť v ťažkej situácii klienta a jeho rodiny, kedy sú ich potreby ťažko realizovateľné. Sociálny pracovník ma najdôležitejšiu úlohu ponúkať emocionálnu, ale aj praktickú pomoc umierajúcemu klientovi a jeho rodine (Michel', Holonič, 2016). A však v praxi sú sociálni pracovníci len malou súčasťou starostlivosti o klientov. Navyiac sa podľa teórie odporúča, aby klient umieral doma, keďže je to pre neho najprirodzenejšie prostredie, tak ako to je uvedené vyššie v texte, práve domáca forma poskytovania hospicovej starostlivosti je pre umierajúceho klienta najideálnejšou formou. Práve v domacom prostredí má klient ľudí, ktorých má rád, avšak ak žije sám, je dobré zapojiť ako dobrovoľníkov susedov či známych (Centková, Balogová, 2007). Ani táto skutočnosť v praxi nefunguje veľmi dobre, keďže lekári pacientov nenavštevujú tak často, ako by bolo treba. To, či ku klientom chodia aj sociálni pracovníci som sa nedozvedela.

Aby sa mohla paliatívna starostlivosť rozvíjať v prospech klienta je nutné, aby bola podporovaná spoločnosťou a štátom, a to zahrnutím paliatívnej starostlivosti do zákona. Vymedziť pojem paliatívnej starostlivosti jednotlivých zariadení, ktoré sa venujú paliatívnej starostlivosti, hospicov, mobilných hospicov, úloh sociálnych pracovníkov, asistentov sociálnych pracovníkov, vymedziť vzdelanie sociálnych pracovníkov, kompetencie, zvyšovanie kvalifikácie a v neposlednom rade aj financovanie jednotlivých zariadení poskytujúcich paliatívnu starostlivosť.

Myslím, že sociálna práca by mala byť viac docenená, mala by byť vyzdvihnutá v spoločnostiach aj v Českej aj v Slovenskej republike. Taktiež by som navrhovala, aby bol kladený väčší dôraz na rolu sociálneho pracovníka, aby bol prítomný v každom nemocničnom zariadení, hospicioch, mobilných hospicioch, iných sociálnych zariadeniach, ktorý by mal na starosti skôr psychosociálnu stránku človeka, spirituálnu stránku klienta a zameriaval sa aj na rodinu pomáhal sa zorientovať na úradoch, pri vybavovaní rôznych záležitostí, dávok, poradiť im, aké existujú im dostupné služby, ktoré by mohli svojmu blízkemu zabezpečiť, ako potom usporiadať pohreb a čo všetko okolo toho treba vybaviť. Odbremeniť blízkych, ale aj zdravotníckych pracovníkov, ošetrovateľov od zodpovedností, ktoré môže vykonávať práve sociálny pracovník, aby sa oni mohli viac zamerať na zmiernenie bolesti pacienta alebo zlepšenia obslužných činností, aby sa klient cítil v posledných chvíľach čo najlepšie a bol v čo najlepšom psychickom stave ak už po zdravotnej stránke nie je svetlá perspektíva. Sociálny pracovník by sa mal s klientom viac rozprávať, aby sa necítil opustený. Keďže blízki si nemôžu vždy dovoliť byť celý deň pri ňom alebo sú ďaleko, poprípade je klient sám alebo má s rodinou zlé vzťahy. Pacient by sa mal mať komu vyžalovať. Sociálny pracovník by ho mal vedieť ukládať, potešiť, nájsť riešenie z jeho nostalgie či nespokojnosti, pomôcť mu vyrovnať sa zo smrťou a nájsť zmysel života v posledných dňoch, tiež by mu mal pomôcť nájsť zmysel smrti samozrejme, ak s ním klient o týchto veciach chce hovoriť. V zariadeniach by mal byť k dispozícii aj pre rodinu, ktorá často nevie nájsť východisko z kritickej situácie, najmä ak zomrie žiteľ rodiny. V tom prípade by mal byť sociálny pracovník schopný poskytnúť základné poradenstvo a pomôcť rodine dostať sa z tejto nečakanej situácie.

Bolo by tiež dobré, keby v paliatívnej starostlivosti bol zabezpečený dostatok financií, aby starostlivosť o klientov nebola obmedzená a aby sa klient necítil na obtiaž. Každý človek si zaslúži kvalitnú starostlivosť v posledných dňoch. Spoločnosť by im mala vrátiť, to, že možno celý život pracovali a podieľali sa na zveľadovaní spoločnosti. Preto by bolo vhodné, keby bolo financovanie paliatívnej starostlivosti lepšie upravené v legislatíve a tiež keby boli venované väčšie finančné prostriedky z ministerstva zdravotníctva.

Tiež si myslím, že by bolo dobré dostať paliatívnu starostlivosť aj do zariadení, kde sa dnes neposkytuje a klienti tam často umierajú. Práve tam sú často klienti prijímaní z nedostatku kapacít lôžok v nemocniciach a nedostupnosti hospicov. Myslím si, že by pomohlo zlepšiť situáciu, keby sa na Slovensku zhustila sieť hospicov a mobilných hospicov. Navrhujem tiež, že by bolo dobré, keby bola poskytovaná dávka pre rodiny, ktoré opatrujú svojho umierajúceho blízkeho a to v dostačujúcej výške na potrebnú

starostlivosť a materiálne zabezpečenie a tiež aby bola časovo skôr dosiahnuteľná a neobmedzená iba na dlhodobo chorých či invalidných pacientov.

Ako ďalšie vylepšenie poskytovania paliatívnej starostlivosti a jej kvality by som videla v rozšírení vzdelávania v paliatívnej medicíne a paliatívnom ošetrovatelstve a malo by byť udelených viac akreditácií univerzitám, ktoré sa venujú medicíne a ošetrovatelstvu.

Cieľmi práce bolo zmapovať a popísať systém paliatívnej starostlivosti v Slovenskej republike a komparovať vybrané aspekty s Českou republikou. V práci boli dielčiami cieľmi vymedzenie kľúčových pojmov, overenie súčasnej situácie paliatívnej starostlivosti v Slovenskej a Českej republike, popísanie miery sociálnych služieb v paliatívnej starostlivosti, vymedzenie roly sociálneho pracovníka v kontexte paliatívnej starostlivosti a realizovanie prieskumu. Cieľom empirickej časti je zamerať sa na vybrané aspekty a teda systém paliatívnej starostlivosti a slepé miesta poskytovania sociálnej práce v paliatívnej starostlivosti komparovať tieto aspekty s Českou republikou.

V prvej kapitole som popísala štruktúru šetrenia, metodiku šetrenia, metódy prieskumu, ale tiež som vymedzila vzorku, na ktorej bol prieskum vykonávaný, etické zásady a limity šetrenia. V druhej kapitole som vymedzila základné pojmy ako je paliatívna starostlivosť a sociálna práca, popísala som význam histórie paliatívnej starostlivosti a tiež som popísala legislatívne vymedzenie paliatívnej starostlivosti v Českej a Slovenskej republike, kde bolo zistené, že paliatívna starostlivosť sa nachádza v zákonoch o zdravotnej starostlivosti. Tiež som popísala legislatívne vymedzenie sociálnej práce v Čechách a na Slovensku, kde bolo zistené, že na Slovensku je spracovaný profesný zákon a v Českej republike je profesia sociálneho pracovníka vymedzená v zákone o sociálnych službách. V tretej kapitole som popísala systém paliatívnej starostlivosti, a to postupne najprv zdravotnú starostlivosť, kde bolo zistené, že je dôležité, aby zdravotnícky personál okrem starostlivosti o fyzickú stránku klienta dbal aj na psycho- sociálny aspekt klienta, tiež som popísala sociálne služby, kde som zistila ako by mali byť poskytované a čo je dôležité z hľadiska sociálnej práce, popísala som aj starostlivosť o spirituálne potreby klienta, kde bolo zistené ako sú tieto potreby zabezpečované, a že ich zabezpečujú najmä kňazi. V štvrtej kapitole som popisovala sociálnu prácu v kontexte paliatívnej starostlivosti, a to rolu sociálneho pracovníka v zdravotníckom zariadení, kde vyplynulo, že na Slovensku nie je sociálny pracovník v zdravotníckom zariadení upravený v legislatíve na rozdiel od Českej republiky. Vyplynulo z toho tak isto aj to, že je potrebná spolupráca v multidisciplinárnom tíme a akými osobnostnými predpokladmi by mal sociálny pracovník disponovať. Tiež som popísala rolu sociálneho pracovníka v hospici, z čoho vyplynulo že

aj tam je veľmi potrebný. Tak isto som popísala aj rolu sociálneho pracovníka oproti asistentovi sociálnej práce čo vyplynulo zo zákona. Ďalej som popísala rolu sociálneho pracovníka v hospici, kde bolo zistené, že jeho rola je nezastupiteľná aj v tomto zariadení. Na koniec štvrtej kapitoly som uviedla aj iné poznámky k sociálnej práci, kde som popísala prípadovú štúdiu a sociálnu komunikáciu. V piatej kapitole som popísala slepé miesta v paliatívnej starostlivosti, ktoré sú najmä vo financovaní paliatívnej starostlivosti a tiež v oblasti vzdelania v paliatívnej medicíne a tiež aj v nedostatku sociálnych pracovníkov v paliatívnej starostlivosti. Z podkapitoly úskalia v paliatívnej starostlivosti vyplynulo, že k problémom sociálnych pracovníkov patria etické dilemy, ktoré musia riešiť a tiež problémy ako aktivizovať klientov, ktorým sa nechce zúčastňovať aktivít, ktoré sú pre nich dostupné.

Záver

Cieľom diplomovej práce bolo zmapovať a popísať systém paliatívnej starostlivosti v Slovenskej republike a komparovať vybrané aspekty s Českou republikou. V práci boli dielčimi cieľmi vymedzenie kľúčových pojmov, overenie súčasnej situácie paliatívnej starostlivosti v Slovenskej a Českej republike, popísanie miery sociálnych služieb v paliatívnej starostlivosti, vymedzenie roly sociálneho pracovníka v kontexte paliatívnej starostlivosti a realizovanie prieskumu. Cieľom empirickej časti bolo zamerať sa na vybrané aspekty a teda systém paliatívnej starostlivosti a slepé miesta poskytovania sociálnej práce v paliatívnej starostlivosti komparovať tieto aspekty s Českou republikou.

Cieľ zmapovať a popísať systém paliatívnej starostlivosti na Slovensku sa mi podarilo čiastočne, keďže na úplné splnenie cieľa by bolo potrebné spraviť výskum z dlhodobejšieho hľadiska. Cieľ komparovať vybrané aspekty s Českou republikou sa vzhľadom na čiastočne splnený cieľ popísať systém paliatívnej starostlivosti na Slovensku podarilo tiež iba čiastočne. Podarilo sa mi naplniť dielčie ciele a to vymedzenie kľúčových pojmov a vymedzenie roly sociálneho pracovníka v kontexte paliatívnej starostlivosti. Čiastkové ciele, overenie súčasnej situácie paliatívnej starostlivosti v Slovenskej a Českej republike a popísanie miery sociálnych služieb v paliatívnej starostlivosti sa mi vzhľadom na ohraničené možnosti získavania informácií podarilo naplniť čiastočne.

Cieľ empirickej časti som naplnila v súlade s možnosťami, ktoré som mala v dostupnej literatúre, praxi a z ilustratívneho rozhovoru. Výsledky môjho prieskumu sa nedajú globalizovať.

Bolo by podľa mňa prínosné, keby sa zlepšila situácia vo financovaní paliatívnej práce a tiež situácia vzdelávania v paliatívnej medicíne. Z môjho pohľadu študentky sociálnej práce by som videla ako vhodné zlepšiť pohľad vedúcich organizácií na sociálnych pracovníkov tak, aby v niektorých zariadeniach, kde sa doposiaľ nenachádzajú mohli uľahčiť prácu ostatnému personálu svojou starostlivosťou o psychosociálnu stránku klienta.

Táto práca mi priniesla množstvo poznatkov z oblasti paliatívnej starostlivosti, a tiež mi pomohla spraviť si obraz o tom, ako funguje táto starostlivosť na Slovensku, ale aj ako funguje sociálna práca v tejto oblasti. Tiež som sa pri písaní tejto práce stretla s veľmi zaujímavou literatúrou na problematiku smrti a umierania.

Túto prácu by som chcela ukončiť citátom aténskeho dramatika Euripidesa: „*Kto vie, či nie je život umieraním a smrť životom?*“.

Zoznam použitej literatúry

Pramene

ADAM, Zdeněk, VORLÍČEK, Jiří a Yvona POSPÍŠILOVÁ, ed. Paliativní medicína. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.

ANDRÁSI, Imrich. Spirituálne potreby pacientov v paliatívnej starostlivosti. 1. Martin: Osveta, 2015. ISBN 9788080634414.

BALOGOVÁ, Beáta a Mária CENTKOVÁ. Filozofia sociálnej starostlivosti o terminálne chorých. Prešov: Pavol Šidielsky- AKCENT PRINT, 2007. ISBN 978-80-89295-01-2.

BUŽGOVÁ, Radka. Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.

BYDŽOVSKÝ, Jan a Jiří KABÁT. Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči. Zdravotní ústav Most k domovu, z. ú., Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna Vysoké školy zdravotnictva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o., 2015. ISBN 978-80-905867-1-0. Dostupné z: <http://www.mostkdomovu.cz/skripta>

FRANKL, Viktor E. Trpiaci človek. Bratislava: Lúč, 2006. ISBN 8071146384.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-726-2034-7.

KASANOVÁ, Anna. Sprievodca sociálneho pracovníka II.: Seniori a samospráva. Nitra: UKF Nitra, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, 2008. ISBN 978-80-8094-254-0.

KASANOVÁ, Anna. Až za hranice života III. diel: Starostlivosť o zomierajúcich. Bratislava: ŠEVT, 2009. ISBN 978-80-8094-527-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Mít pro co žít. Vyd. 2., V KNA 1., rozš. 2010. Malý duchovní život. ISBN 978-80-719-5404-0.

MATECLAF, Jolene. Hospice Social Work Methods and Interventions for Terminally Ill Patients Experiencing Anticipatory Grief. St. Paul, Minnesota, 2013. Master of Social Work (Diplomová práca). Presented to the Faculty of the School of Social Work St. Catherine University and the University of St. Thomas.

MATOUŠEK, Oldřich. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8548-2.

OLÁH, Michal. Metódy sociálnej práce v praxi. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P.P. Gojdiča v Prešove, 2012. ISBN 978-.80-8132-039-2.

ONDRUŠOVÁ, Jiřina. Stáří a smysl života. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1997-2.

TOMEŠ, I., E. DRAGOMIRECKÁ, K. SEDLÁROVÁ a D. VODÁČKOVÁ. Rozvoj hospicové péče a její bariéry. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2972-8.

Vestník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej Republiky. In: . Slovenská republika: Ministerstvo Zdravotníctva SR, 2006, ročník 54, Osobitné vydanie. [cit. 2017-05-01]

Dostupné z:
http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:UCX5yoN8Sd8J:www.health.gov.sk/Zdroje%3F/Sources/dokumenty/vestniky_mz_sr/2007/vestnik-2006-08-31.pdf+&cd=2&hl=cs&ct=clnk&gl=cz&client=firefox-b

vyhláška číslo 55/2011 Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Vyhláška č. 86/2016 Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky

Zákon č. 219/2014 Z. z. o sociálnej práci a o podmienkach na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny

Zákon č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti

Zákon č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Zákon 448/2008 Z.z. o sociálnych službách

Zákon č. 640/2008 Z.z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotných službách a podmínkách jejich poskytovaní

Zákon č.48/1997 Sb. O veřejném zdravotním pojištění

Zákon č. 96/2004 Sb. O nelekárskych zdravotných povolaniach

Zákon 447/2008 Z.z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon 108/2006 Zákon o sociálních službách

Zákon 329/2011 Sb Zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením

Sekundárna literatúra

BURGI, Š., E. PRIBIŠOVÁ a S. ŽÁK. Etické aspekty hospicovej starostlivosti. In: LACA, S., P. DANCÁK a P. LACA. Spolupráca pomáhajúcich profesií v paliatívnej a hospicovej starostlivosti. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2011, s. 40-. ISBN 978-80-8132-016-3.

HUDÁKOVÁ Z. Koncepcia hospicovej a paliatívnej starostlivosti na Slovensku In :LACA, S., DANCÁK, P. a LACA, P. Spolupráca pomáhajúcich profesií v paliatívnej a

hospicovej starostlivosti. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2011, s. 134. ISBN 978-808132-016-3.

<https://www.vssvalzbety.sk/userfiles/Zbornik-Spoluprcapomhajcichprofesi.pdf>

KOPŘIVOVÁ, Jana. V hospici naplňujeme představy lidí o důstojném umírání . Sociální práce/Sociálna práca. 2010, 10(2), 4- 8. ISSN 1213-6204.

KRELLOVA, K. Paliatívna a hospicová starostlivosť vsystéme sociálnych a zdravotných služieb na Slovensku av Európe In: MARÁŠKOVÁ, Ivana. Politiky a paradigmatá sociální práce:: Co jsme zdědili a co s tím uděláme?. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2011, s. 140, ISBN 978 - 80 - 7318 - 994 - 5.

http://www.prohuman.sk/files/Politiky_a_paradigmata_soci%C3%A1lni_prace_2010.pdf

KRIŽANOVÁ K., a A. ŠKRIPEKOVÁ. Paliatívna medicína a starostlivosť na Slovensku. Paliatívna medicína a liečba bolesti. 2015, 8(2 (e), 48-49.

KUFFOVÁ, J. spolupráca pomáhajúcich profesií v paliatívnej a hospicovej starostlivosti In:LACA, S., DANCÁK, P. a LACA, P. Spolupráca pomáhajúcich profesií v paliatívnej a hospicovej starostlivosti. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2011, s. 134. ISBN 978-80-8132-016-3.

LACA, S., DANCÁK, P. a LACA, P. Spolupráca pomáhajúcich profesií v paliatívnej a hospicovej starostlivosti. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2011, s. 134. ISBN 978-80-8132-016-3.

MÁTEL, A., M. SCHAVEL, P. MÜHLPACHR a T. ROMAN. Aplikovaná etika v sociálnej práci a ďalších pomáhajúcich profesiách. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, 2010. ISBN 978-80-89271-89-4.

MICHEL, R. Úloha sociálneho pracovníka v hospicovej starostlivosti In :LACA, S., DANCÁK, P. a LACA, P. Spolupráca pomáhajúcich profesií v paliatívnej a hospicovej starostlivosti. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2011, s. 134. ISBN 978-80-8132-016-3.

<https://www.vssvalzbety.sk/userfiles/Zbornik-Spoluprcapomhajcichprofesi.pdf>

MICHEL, R., Z. KORBOVÁ a M. PRONĚKOVÁ. Hospicová sociálna práca. In: HANOBIK, F., J. KRAJČI, J. GURSKÝ, M. PRONĚKOVÁ, R. MICHEL, Z. KORBOVÁ a G- MALINKOVÁ. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie: Quo vadis hospic... Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2012, s. 302-319. ISBN 978-80-8132-068-2.

MICHEL, Radoslav a Ján HOLONIČ. Náplň a hlavné úlohy hospicovej a paliatívnej starostlivosti a sociálne služby. In: HANOBIK, František, Radoslav MICHEL a Martina PRONĚKOVÁ. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie: Pacient v Hospici. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2016, s. 222-232. ISBN 978- 80- 8132- 155 -9.

STANKOVÁ, A. a K. ADAMICOVÁ. Opodstatnenosť práce sociálneho pracovníka pri hospicovej starostlivosti. In: ADAMICOVÁ, K., Ž. FETISOVOVÁ a A. MAŽGÚTOVÁ. Hospicová starostlivosť v postmodernej spoločnosti: Zborník vedeckých a odborných príspevkov z 5. bienále ospicovej starostlivosti 2014. Martin: Hospice, o.z. Martin, Hospice- Edu, o.z.Martin, 2014, s. 86-106. ISBN 978-80-971834-4-8.

VRANSKOVÁ, E., M. GAŽIOVÁ a Z. ONDRUŠOVÁ. Sociálna práca v zdravotníctve. Zdravotníctvo a sociálna práca. 2008, 3(3-4), 52-53. ISSN 1336-9326.

Slovníky

MATOUŠEK, Oldřich. Slovník sociální práce. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.

Elektronické zdroje

Brífink po jednaní zástupcov ministerstva zdravotníctví s poskytovateli zdravotních služeb k problematice hospicové péče, 6.1.2017. [cit. 2017-05-01]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ivysilani/10101491767-studio-ct24/217411058290106>

GABRIELOVA, Jana. Faktory ovplyvňujúce medziodborovú spoluprácu v rámci zdravotno-sociálnej starostlivosti. Prohuman [online]. 2017 [cit. 2017-05-01]. ISSN ISSN 1338-1415. Dostupné z: <http://www.prohuman.sk/socialna-praca/factory-ovplyvnujuce-medziodborovu-spolupracu-v-ramci-zdravotno-socialnej-starostlivosti>

HETTEŠ, Miloslav. Nová definícia sociálnej práce. Prohuman [online]. 2015 [cit. 2017-05-01]. ISSN 1338-1415. Dostupné z: <http://www.prohuman.sk/socialna-praca/nova-definicia-socialnej-prace>

KOLLÁRČIKOVÁ, J. Prieniky etiky v sociálnej práci, zdravotníctve a v ošetrovatelstve u vybraných skupín dospelých občanov a seniorov. Prohuman [online]. 2010 [cit. 2017-05-01]. ISSN 1338-1415. Dostupné z: <http://www.prohuman.sk/socialna-praca/prieniky-etiky-v-socialnej-praci-zdravotnictve-a-v-oseetrovatelstve-u-vybranych-skupin-dospelych-obcanov>

MILLER, Wayne Ambrose a Rachelle ASCHROFT. Challenges Faced by Social Workers as Members of Interprofessional Collaborative Health Care Teams. Health & Social Work [online]. 2016, 41(2) [cit. 2017-05-01]. DOI: <https://doi.org/10.1093/hsw/hlw006>. ISSN 1545-6854. Dostupné z: <https://academic.oup.com/hsw/article-lookup/doi/10.1093/hsw/hlw006>

MOJTOVÁ, Martina a Katarína KRELLOVÁ. Zdravotno-sociálna verzus sociálno-zdravotná starostlivosť o zomierajúceho klienta. Prohuman [online]. 2010 [cit. 2017-05-01]. ISSN 1338-1415. Dostupné z: <http://www.prohuman.sk/socialna-praca/zdravotno-socialna-verzus-socialno-zdravotna-starostlivosť-o-zomierajuceho-klienta>

MOJTOVÁ, M., A. MÁTEL a K. SEDLÁROVÁ. Aktuálne etické dilemy v paliatívnej starostlivosti. Prohuman [online]. 2013 [cit. 2017-05-01]. ISSN 1338-1415. Dostupné z: <http://www.prohuman.sk/zdravotnictvo/aktualne-eticke-dilemy-v-paliativnej-starostlivosti>

OŠKEROVÁ, Veronika. Legislatívne zakotvenie hospicovej a paliatívnej starostlivosti v ČR a SR a niekoľko poznámok k úprave v Nemecku a Rakúsku. Časopis zdravotníckeho práva a bioetiky [online]. 2015, 5(3), 79-100 [cit. 2017-05-01]. ISSN 1804-8137. Dostupné z: <http://www.ilaw.cas.cz/medlawjournal/index.php/medlawjournal/article/view/101/99>

Zoznam Príloh

Príloha č. 1: Otázky do rozhovoru

Príloha č. 2: Transkripcia telefonického rozhovoru s respondentkou

Príloha č. 3: Informovaný súhlas

Príloha č. 1: Otázky do rozhovoru

Otázky do rozhovoru

Otázky do rozhovoru, ktorý bol na tému Systém paliatívnej starostlivosti na Slovensku a komparácia vybraných aspektov s Českou republikou.

Som študentkou 2. ročníka Mgr. v odbore sociálni a charitatívni práce na Husitskej teologickej fakulte Univerzity Karlovej v Prahe. Dovoľujem si Vás požiadať o vyplnenie tohto dotazníka, ktorý je súčasťou mojej diplomovej práce. Dotazník sa týka prieskumu zameraného na Systém paliatívnej starostlivosti na Slovensku a možnosti sociálnej práce v paliatívnej starostlivosti. Dotazník v mojej práci bude použitý ako ilustratívny rozhovor. Váš názor je pre mňa dôležitý, preto prosím o vyplnenie tohto rozhovoru.

Za ochotu a čas pri vyplnení dotazníka Vám vopred ďakujem.

Bc. Adriána Hrušková

1. V Českej republike prebieha niekoľko novelizácií zákonov, ktoré upravujú paliatívnu starostlivosť (nová klasifikácia v rámci sociálnych a zdravotných služieb, nové financovanie paliatívnej starostlivosti). Prebiehajú podobné zmeny aj na Slovensku?
2. Môžete konkrétnejšie popísať a zhodnotiť, ako je paliatívna starostlivosť upravená v rámci zákonov o sociálnych a zdravotných službách na Slovensku a ako je financovaná?
3. Napadá Vás ešte, aké opatrenia by na Slovensku pomohli kvalitnejšej paliatívnej starostlivosti?
4. Čo sa na Slovensku v tejto oblasti podarilo, vzhľadom k minulosti?
5. Aké úlohy a kompetencie má vo Vašom zariadení sociálny pracovník? (Napríklad: prípadová práca, práca s rodinou, základné alebo odborné poradenstvo, individuálne plánovanie, krízová pomoc, vedenie dokumentácie, zabezpečovanie záležitostí spojených s pohrebom či závetom a podobne)?
6. Aké sú podľa vás rozdiely v práci sociálneho pracovníka oproti asistentovi sociálnej práce?
7. S akými problémami sa sociálni pracovníci vo Vašom zariadení stretávajú?
8. S akými problémami sa stretávajú Vy ako vedúca organizácie?

9. Myslíte, že je na Slovensku poskytovaná vysoká kvalita zdravotníckej starostlivosti pre pacientov v terminálnom štádiu?
10. Myslíte, že by pomohlo zlepšiť situáciu, keby bol na Slovensku ustanovený zákon o sociálnych pracovníkoch v zdravotníckom zariadení podobne ako je v Českej republike?
11. Prebieha vo Vašej organizácii medziodborová spolupráca a ako konkrétne?
12. Je podľa Vás dôležité venovať pozornosť spirituálnej a sociálnej stránke klientov?

Príloha č.2: Transkripčia telefonického rozhovoru s respondentkou

Rozhovor na tému: Systém paliatívnej starostlivosti na Slovensku a komparácia vybraných aspektov s Českou republikou

Som študentkou 2. Ročníka Mgr. v odbore sociálni a charitatívni práce na Husitskej teologickej fakulte Univerzity Karlovej v Prahe. Dovoľujem si Vás požiadať o vyplnenie tohto dotazníka, ktorý je súčasťou mojej diplomovej práce. Dotazník sa týka prieskumu zameraného na Systém paliatívnej starostlivosti na Slovensku a možnosti sociálnej práce v paliatívnej starostlivosti. Dotazník v mojej práci bude použitý ako ilustratívny rozhovor. Váš názor je pre mňa dôležitý preto prosím o vyplnenie tohto rozhovoru.

Za ochotu a čas pri vyplnení dotazníka Vám vopred ďakujem.

Bc. Adriána Hrušková

- 1. V Českej republike prebieha niekoľko novelizácií zákonov, ktoré upravujú paliatívnu starostlivosť (nová klasifikácia v rámci sociálnych a zdravotných služieb, nové financovanie paliatívnej starostlivosti). Prebiehajú podobné zmeny aj na Slovensku?**

Je snaha vytvoriť koncepciu paliatívnej starostlivosti, ktorej potreby sa dovoľávajú prevádzkovatelia hospicov. Dožadujú sa zmien v legislatíve. Prebieha snaha niekoľko rokov o stratégiu Long Term Care (LTC) na Slovensku čo je dlhodobá starostlivosť. Súčasťou koncepcie je aj paliatívna starostlivosť. Momentálne pracuje pracovná skupina pod Ministerstvom ku koncepcii dlhodobej starostlivosti, v rámci nej pôsobia aj pod vedením ministerskej sestry Ministerstva zdravotníctva.

- 2. Môžete konkrétnejšie popísať a zhodnotiť, ako je paliatívna starostlivosť upravená v rámci zákonov o sociálnych a zdravotných službách na Slovensku a ako je financovaná?**

V zákonoch o zdravotnej starostlivosti na Slovensku sú definované hospice a mobilné hospice. Paliatívna starostlivosť je podfinancovaná, ďalší problém nastáva, ak človek, ktorý príde do hospicu tam žije dlhšie ako pár mesiacov. Poskytovatelia ju vnímajú ako podfinancovanú. Nie je definovaná samostatne ale v rámci zákona o zdravotníctve v rámci hospicov a mobilných hospicov (ADOS) .

- 3. Napadá Vás ešte, aké opatrenia by na Slovensku pomohli kvalitnejšej paliatívnej starostlivosti?**

Je to séria opatrení napr. v zákonoch doriešiť paliatívnu starostlivosť, potreba paliatívnej starostlivosti aj v iných zariadeniach ako sú hospice a mobilné hospice, nakoľko ľudia umierajú aj v zariadeniach sociálnych služieb a iných zdravotníckych zariadeniach. Paliatívnu starostlivosť treba dostať všade tam, kde pacient umiera. Aj do sociálnych služieb. Z časti to môže riešiť privolanie personálu mobilného hospicu, nie je to však postačujúce v prípade ak sa v centre nachádza človek ktorý potrebuje 24 hod. starostlivosť. Omnoho praktickejšie by bolo aby v zariadení soc. služieb bol personál, vrátane jeho primeraného počtu, ktorý je pripravený poskytovať paliatívnu starostlivosť – potrebná je séria opatrení

4. Čo sa na Slovensku v tejto oblasti podarilo, vzhľadom k minulosti?

Pracovná skupina, ktorá je vytvorená pre stratégiu dlhodobej starostlivosti pracuje na pokroku v tejto oblasti.

5. Aké úlohy a kompetencie má vo Vašom zariadení sociálny pracovník? (Napríklad: prípadová práca, práca s rodinou, základné alebo odborné poradenstvo, individuálne plánovanie, krízová pomoc, vedenie dokumentácie, zabezpečovanie záležitostí spojených s pohrebom či závetom a podobne)?

V našom mobilnom hospici nepôsobí sociálny pracovník a v súčasnosti nemáme klientov. V ošetrovateľskom centre však vo svojej práci uplatňuje komplexný program sociálnej a duchovnej starostlivosti, vrátane well-beingu, animoterapie, muzikoterapie, aktivít ako cvičenia, tanec, BINGO atď.

6. Aké sú podľa vás rozdiely v práci sociálneho pracovníka oproti asistentovi sociálnej práce?

Asistent soc. pracovníka u nás nie je, avšak myslím si, že asistent by mal pravdepodobne pracovať pod vedením sociálneho pracovníka, mal by mu pomáhať.

7. S akými problémami sa sociálni pracovníci vo Vašom zariadení potýkajú?

Sociálni pracovníci sa stretávajú s veľkým problémom, ktorý je zamestnávať ľudí, ktorí nie sú tak orientovaní, nechce sa im vykonávať aktivity a zároveň uspokojovať potreby ľudí, ktorí sú nepokojní. Riešiť ako uspokojiť potreby týchto ľudí, napr. klientov ktorí sú príliš orientovaní, rozmaznaní alebo aj egocentrickí pacienti. Keďže niekedy nie je v silách ani možnostiach sociálneho pracovníka naplniť všetky potreby. Klienti si niekedy žiadajú aj veci, ktoré by napríklad doma nepožadovali.

8. S akými problémami sa potýkate Vy ako vedúca organizácie?

Je to škála problémov, najmä však personalistika, motivácia ľudí, aby si zachovali ľudský prístup ku klientom, udržať záujem o prácu potom je to udržanie financovania služieb a centra, splniť požiadavky príbuzných a všetko zladit' do fungujúceho celku.

9. Myslíte, že je na Slovensku poskytovaná vysoká kvalita zdravotníckej starostlivosti pre pacientov v terminálnom štádiu?

Myslím že je vysoká kvalita poskytovaná iba v hospicioch, na iných pracoviskách iba sporadicky. Rozhodne je to téma, ktorá si zaslúži pozornosť.

10. Myslíte že by pomohlo zlepšiť situáciu, keby bol na Slovensku ustanovený zákon o sociálnych pracovníkoch v zdravotníckom zariadení podobne ako je v Českej republike?

Bolo by lepšie vytvoriť vlastnú legislatívu. Zmeny sú potrebné, mala by to byť legislatívna úprava o starostlivosti o zdraví pacientov. Nemusí byť ustanovený zákon, ten nie je dobre flexibilný a ťažko sa mení, ale vhodná je právna úprava, ktorá by vyžadovala pôsobenie sociálneho pracovníka v zdravotníckom zariadení, vhodná by bola skôr vyhláška ako zákon.

11. Prebieha vo Vašej organizácii medziodborová spolupráca a ako konkrétne?

V našom centre prebieha príkladná spolupráca, spolupracujú zdravotníci, sociálni pracovníci, kňazi a podobne teda tím ľudí so vzdelaním.

12. Je podľa Vás dôležité venovať pozornosť spirituálnej a sociálnej stránke klientov?

Rozhodne áno, ak by nebola, môže to spôsobiť disharmóniu. Starostlivosť o človeka zahŕňa aj starostlivosť o sociálnu a psychickú stránku.

INFORMOVANÝ SÚHLAS

Informovaný súhlas týkajúci sa diplomovej práce na tému: „Systém paliatívnej starostlivosti na Slovensku a komparácia vybraných aspektov s Českou republikou“.

Žiadam Vás o súhlas so zverejnením prepísaného telefonického rozhovoru po Vašej korekcii. Rozhovor bude anonymný. Tieto údaje budú použité za účelom informačného rozhovoru v diplomovej práci ktorého cieľom je prieskum zameraný na zmapovanie vybraných aspektov a teda systému paliatívnej starostlivosti na Slovensku, na slepé miesta poskytovania sociálnej práce v paliatívnej starostlivosti a na rolu sociálneho pracovníka v jednotlivých zariadeniach a komparovať tieto aspekty s Českou republikou.

Náležitá pozornosť je venovaná etickým otázkam. Dôraz je kladený na:

- (1) anonymitu respondenta
- (2) Po prepísaní rozhovoru dôjde k autorizácii textu – budete mať možnosť vyjadriť sa k uvedeným údajom a upraviť ich.
- (3) Ako respondentka máte právo kedykoľvek odstúpiť od prieskumnej aktivity.
- (4) Tento rozhovor nebude použitý nikde inde okrem diplomovej práce

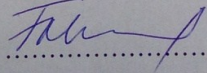
Ďakujem za pozornosť venovanú týmto informáciám a žiadam Vás týmto o poskytnutie súhlasu s Vašou účasťou vo výskume.

Bc. Adriána Hrušková

Podpis:

.....

Podľa Zákona č. 122/2013 Z. z. Zákon o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov udeľujem súhlas s účasťou v uvedenom prieskumnom projekte a s poskytnutím prieskumného materiálu.

V HUMENNOM dňa 26.04.2017 Podpis: 

Summary

In the first part of this work I defined methods and structure of research. In the second chapter I defined some main notion which is important. Next this work contains Historical significance of paliative care. As an important aspect of this work, I was describe Social work and Paliative care as definition in legislative of Slovak and Czech republic. In the third chapture is defined System of paliative care on Slovakia and it conteins Health care, Social services and Care about spiritual dimension of human being. In fourth chapture I was described role of social worker in Medical equipment, in Hospice, in Nursing house, role of social worker against asistent of social work and role of social worker in home paliative care. In fifth capture I was described problems of social work in paliative care in Slovak republic. There was described trubles of Social workers and troubles of System of paliative care in Slovak republic and blind speses in providnig social services in paliative care. All described aspects was compared with aspects in Czech republic. Research was oriented to find out what is the troubles of Social system in Slovak republic and blind spaces of social services provided in paliative care and compare it with Czech republic. The result of research can not be generalize, I tis rather an overview of basic information which was ilustrated by interview.