

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Martina Sahajová

*Case management v sociální práci na geriatrických
odděleních*

Bakalářská práce

vedoucí práce: Mgr. Iva Linhartová

2016

Čestné prohlášení:

„Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité
informační zdroje uvedla v seznamu použitých zdrojů.“

V Olomouci 16.3.2016

.....

Martina Sahajová

Poděkování

Děkuji své rodině a svým blízkým za podporu a Mgr. Ivě Linhartové za odborné vedení, ochotu a cenné rady při zpracování mé bakalářské práce.

Obsah

Úvod.....	6
1 Úvod do case managementu.....	8
1.1 Historický vývoj case managementu	8
1.2 Typy case managementu	10
1.3 Case management v sociální práci	11
1.3.1 Zásady case managementu.....	12
1.3.2 Případová konference	13
1.3.3 Podpůrné síť.....	14
1.3.4 Multidisciplinární tým	15
1.4 Case manager	15
2 Seznámení s geriatrickým oborem	17
2.1 Vymezení pojmu geriatric.....	17
2.1.1 Členění geriatrické péče.....	18
2.1.1.1 Geriatrická nemocniční oddělení	19
2.2 Geriatrický pacient	20
2.2.1 Geriatrická křehkost.....	20
2.3 Změny a významné mezníky v geriatrici od roku 1990	22
3 Sociální práce se seniory ve zdravotnictví	24
3.1 Sociální práce na geriatrických odděleních.....	24
3.2 Klasifikace potřeb seniorů.....	25
3.2.1 Fyziologické potřeby	27
3.2.2 Potřeba bezpečí	28
3.2.3 Sociální potřeby	28
3.2.4 Seberealizační potřeby	29
3.2.5 Potřeba autonomie	29
3.2.6 Spirituální potřeby	30
3.3 Překážky v životě seniorů	30
3.4 Působnost sociálního pracovníka ve zdravotnictví	31
3.4.1 Služby následné péče	34

3.5	Možnosti a limity využití case managementu při práci se starými lidmi.....	35
4	Metodologie výzkumu.....	38
4.1	Cíl a předmět výzkumu	38
4.2	Kvalitativní výzkum.....	38
4.3	Metoda výběru a sběru dat	39
4.4	Popis výzkumného souboru	40
5	Empirická část	43
5.1	Analýza dat.....	43
5.2	Interpretace výzkumu rozhovorů se sociálními pracovníky na geriatrických odděleních v nemocnicích.....	44
6	Diskuze	55
6.1	Diskuze nad výsledky	55
6.1.1	Obecná východiska case managementu.....	55
6.1.2	Zúčastněné osoby v case managementu	56
6.1.3	Edukace v case managementu	56
6.2	Náměty pro další bádání.....	57
	Závěr	59
	Seznam použitých zdrojů:.....	60

Úvod

Seniory považují dlouhodobě za velmi zranitelnou skupinu osob, která se ve svém životě často setkává s diskriminací a je vystavena mnohým bariérám v přístupu ke zdrojům. Není neobvyklé, že se záměrně omezuje jejich spoluúčast na životě ve společnosti a s ohledem na prognózy demografického vývoje je velmi pravděpodobné, že se této cílové skupině bude v budoucnu nejen z hlediska sociální práce věnovat nejvíce pozornosti. Proto jsem si pro svou bakalářskou práci vybrala téma sociální práce se seniory. Při vzpomínce na své prarodiče, kteří na sklonku svého života trávili mnoho času v nemocnicích, jsem si vybavila obrovské úsilí, které má rodina vynaložila při zajišťování různých podpůrných služeb a potřeb, zejména v oblasti kompenzačních pomůcek a jiných specializovaných zdravotnických pomůcek. Často však tato snaha přišla nazmar, protože spolupráce s úřady, domovy pro seniory a lékaři byla tak nesynchronizovaná, že nepřinášela žádné řešení.

Odborných publikací, článků a periodik zabývajících se sociální problematikou seniorů je mnoho. Autoři často poukazují na mnohé bariéry, překážky, zprětrhané rodinné vztahy, ztrátu mezigenerační solidarity aj. Málokdy se však setkávám s publikacemi, které by poukazovaly na sociální práci ve zdravotnictví a činnosti, kterými se sociální pracovníci dnes a denně zabývají.

Při výběru tématu bakalářské práce jsem se snažila nalézt možnosti kooperace s jinými subjekty, které by přinášely ucelenou podporu i péči o klienta v nemocnicích. Zaměřila jsem se na geriatrické pacienty, protože z celé skupiny osob vyššího věku je považují za nejvíce ohrožené. Při pročítání odborné literatury jsem objevila pojem case management a koncept této metody mě oslovil natolik, že jsem se ve své závěrečné práci rozhodla způsob této práce více rozebrat. Velmi mne upoutal příklad dobré praxe ze Spojených států amerických, kde sociální pracovníci pracují danou metodou běžně a dlouhodobě a při využívání metody case managementu se jim daří snižovat náklady na péči o klienty v nemocnicích.

Předmět výzkumu je zaměřen na využívání metody case managementu ve zdravotnictví na geriatrici. Výzkumná otázka zní, zda a jakým způsobem využívají sociální pracovníci case management v sociální práci na geriatrických odděleních ve zdravotnických zařízeních.

Práce je rozdělena na šest kapitol. V první představuji metodu case managementu, její historický vývoj, nejčastější typy, činnost a osobnost case managera. Druhá kapitola se zabývá geriatrickým oborem. Vymezuji v ní pojmy geriatrický pacient, geriatrická křehkost a charakterizuji geriatrická nemocniční oddělení. Třetí kapitola se zaměřuje na potřeby a překážky v životě seniorů. Dále poukazuji na činnost sociálního pracovníka ve zdravotnictví a na to, jaké nástroje a služby je schopen pacientům zajistit. Třetí kapitolu uzavírám zhodnocením možností či limitů využití case managementu v sociální práci se seniory. Čtvrtá kapitola práce se zaměřuje na popis výzkumu, výzkumného souboru a výběru metod získání dat. Pátá kapitola je věnovaná empirické části, tedy samotné interpretaci a analýze definovaných výzkumných otázek. Bakalářskou práci zakončuji šestou kapitolou, ve které diskutuji nad zjištěnými jevy a poukazuji nad možnostmi námětů pro další bádání.

1 Úvod do case managementu

Case management, nebo také případové vedení v sociální práci, je chápán jako metoda i nástroj. V angloamerické literatuře se tento pojem používá více než 25 let a stále častěji se nahrazuje termínem asertivní komunitní přístup nebo léčba. Tyto termíny se začínají používat proto, že lépe vystihují podstatu služeb určených klientovi (Křička, 2006, s. 170).

Pemová, Ptáček (2012, s. 39) uvádí, že case management je možné do českého jazyka přeložit jako vedení případů, které vyjadřuje expertní přístup v sociální práci nebo zdravotních službách. Při využití metody case managementu klíčový sociální pracovník koordinuje služby poskytované klientům a aktivně je zapojuje do všech fází celého pomáhajícího procesu. Poskytování služeb se odvíjí od vydefinovaných potřeb klienta, které pomáhají realizovat intervenční plán. Tedy to, co a jak je potřeba změnit a jaké zdroje k tomu mohou být využity.

Podle Szotákové (2014, s. 62) se označení case management v současnosti využívá v tak široké škále významů, že nelze nabídnout definici, která by měla uspokojivý český ekvivalent a byla platná pro všechny. Návrhy překladů a vymezení tohoto pojmu nedosáhly shody ani v České republice ani ve světě.

Nepustil (2011, s. 76) uvádí, že se pro charakteristiku case managementu nejvíce používá definice Národní asociace sociálních pracovníků: „*Case management v sociální práci je metoda poskytování služeb, jejíž pomocí odborný sociální pracovník zajišťuje potřeby klienta a jeho rodiny (tam kde je to vhodné) a organizuje, koordinuje, monitoruje, hodnotí a prosazuje sadu služeb různého typu, která je šitá na míru specifickým potřebám klienta*“.

1.1 Historický vývoj case managementu

Počátek vzniku case managementu v sociální práci se datuje do sedmdesátých let dvacátého století v USA ve spojitosti s antipsychiatrickým hnutím a deinstitucionalizací sociální péče, zejména v oblasti péče o duševně nemocné. S velkým nárůstem příjemců sociálních a zdravotnických služeb začala vzrůstat poptávka po pracovnících, kteří budou schopni pomáhat klientům zajišťovat a koordinovat služby. Tyto požadavky jsou vlastně základním principem case managementu. Nový způsob práce a poskytování

pomoci se rozvíjel po celém světě a postupně se utvářely mnohé modely a varianty case managementu (Nepustil, 2011, s. 74-80).

Podle Rose, Moora (1995) se case management nejvíce vyvíjí v osmdesátých letech dvacátého století, kdy se objevilo velké množství klientů s komplexními potřebami služeb z různých zdrojů. Case management tímto také odrážel změnu v sociální politice se snahou přesunout priority z poskytování služeb z institucionální na komunitní bázi. V devadesátých letech se rozvíjí case management především ve Velké Británii. Směřoval však spíše na větší efektivitu v oblasti finanční úspory. Nové pojetí také reagovalo na nedostatek pracovních sil v sociálních službách, které by klienti mohli využít. Další aspekt vývoje se odrážel od nedostatku kontroly kvality poskytovaných služeb a s tím související neexistence sdílené odpovědnosti. I přes všechny zmíněné aspekty je za hlavní impuls rozvoje case managementu v sociálních službách považován moment, kdy se systém financování sociálních služeb ukázal jako deficitní. Hlavní myšlenkou tohoto pojetí bylo dostat odpovědnost za péči co nejbližší klientovi, jeho rodině a pečovatelům. Proto se role case managera vyznačovala svou odpovědností za plánování strategií a financování. Systém case managementu začíná vytvářet tržní situaci rozdělením státního zdravotnictví na část nakupující sociální služby pro klienty ve spádové oblasti a část, která poskytuje služby na základě uzavřené smlouvy. Case manager zde musí koordinovat využívání finančních prostředků. Je zde tedy patrný rozdíl oproti americkému modelu, ve kterém case manager na základě navázaného vztahu s klientem, pomáhá při zajištění návaznosti péče a koordinuje služby. Britské pojetí se orientuje více na model tržních mechanismů (Nepustil, Szotáková, 2013, s. 14).

V České republice se o case managementu začalo mluvit až ve druhé polovině devadesátých let. Dle Stuchlíka (2002) nejvíce pozornosti vyvolal case management u psychiatrů a psychologů, a to z toho důvodu, že vzdělávání v sociální práci bylo v té době pouze v začátcích. Postupně se však tato metoda integrovala i do české sociální práce, kde na sebe vzala podobu koordinované péče v rámci případu, kde vzniká klíčový vztah mezi pracovníkem a klientem. Musil (2012a) tvrdí, že organizace, které v České republice podle tohoto konceptu pracují, usilují o úsporu vynaložených nemateriálních prostředků a námahy, zefektivnění průchodu službami, zlepšení návaznosti služeb a zkrácení doby, ve které klient spolupracuje s pomáhajícími organizacemi. Spolupracující subjekty se podílejí na řešení případů společně. Oblastí, ve které se u nás case managementu daří nejvíce, je oblast duševního zdraví. Stuchlík

(2002) uvádí, že od roku 1995 se v České republice za holandské podpory vytváří s využitím case managementu projekty regionální komunitní péče o dlouhodobě duševně nemocné. V posledních letech se však u nás case management velmi rychle rozvíjí v oblasti péče o rodinu a dítě. Za průkopníky v této oblasti jsou považovány zejména neziskové organizace. Case management se také hodně využívá při práci s klienty užívajícími drogy. Setkává se s pozitivními účinky zejména ve zvýšení léčebné účasti a delším setrváním v ní. Komplexní léčba při užívání návykových látek často vyžaduje přechod na jinou úroveň péče a právě case management tento přechod umožňuje (Nepustil, Szotáková, 2013, s. 17-18).

1.2 Typy case managementu

Mezi nejpoužívanější typy case managementu řadíme Brokerský model, Intenzivní case management, Asertivní komunitní léčbu a Klinický model.

- Brokerský model koordinuje služby v dané oblasti a jeden pracovník má na starost mnoho klientů, často čtyřicet a více. Úspěšnost se zde odvíjí od kvality a množství dostupných služeb v regionu. V tomto modelu pracuje case manager převážně v kanceláři a nemá možnost navazovat s klientem bližší vztah. Case manager zde působí spíše jako makléř nebo aranžér služeb, který pomáhá překonávat nedostatek informací, nekoordinované služby a zkrácené finanční pobídky v systému dlouhodobé péče. Case manager brokerského modelu zpravidla nenese finanční odpovědnost za klienta, zaměřuje se jen na plánování, posuzování a monitorování. Právě z tohoto důvodu není jistá kvalita služby, ani to, zda služba bude klientovi prospěšná.
- Intenzivní case management – case manager poskytuje služby odborného poradenství, nácviku dovedností aj. Každý klient má svého case managera, se kterým tráví mnoho volného času, což pro case managera obnáší být kdykoli k dispozici nebo zajistit a zprostředkovat jinou osobu, která bude k dispozici i o víkendech a ve večerních hodinách. Case manager pracuje zejména v komunitě a snaží se pomoci klientovi usadit se ve stabilních společenských strukturách. Tento model je oproti brokerskému modelu více osobní a provází klienta skrze doporučené zdroje celým procesem vývoje.

- Asertivní komunitní léčba se zaměřuje na práci v multidisciplinárním týmu a případy jsou celým týmem sdíleny. Asertivní komunitní léčba by měla navazovat kontakty s klienty v jejich přirozeném prostředí, zaměřit se na praktické problémy každodenního života, týmový přístup a sdílení případů a dlouhodobý závazek ke klientům. Tento model je direktivní a intenzivní, měl by mít jasně strukturovaný program, vysokou frekvenci kontaktů a týmovou zodpovědnost za návaznost a efektivitu služeb. Model je charakteristický úzkým spojením terapeutických, rehabilitačních a sociálních potřeb.
- Klinický model je kombinace psychoterapie a case managementu. Služby zaměřené na klienta zahrnují poskytování terapie, učení specifickým technikám a rodinnou terapii (Nepustil, Szotáková, 2013, s. 15-17).

1.3 Case management v sociální práci

O metodě case managementu v sociální práci se v českých odborných publikacích dočítáme mnohem méně než v zahraničních. Přesto se u nás začíná stávat nezbytnou součástí profesionálního přístupu sociálních pracovníků. Tato koordinovaná péče se opírá o názory více osob v klientově prostředí a je využívána hlavně těmi, kteří si uvědomují, že v okolí klienta je více angažovaných lidí se snahou pomoci řešit jeho problémy. Cíl case managementu se tedy zaměřuje na vytvoření podpůrné sítě, ve které je nezbytné vyhledávat a oslovovat všechny osoby, které mají o klienta skutečný zájem. Podstatou je to, že jeden z pracovníků si uvědomí, jak velký přínos znamená zapojení více osob do procesu podpory klienta a začne s těmito osobami spolupracovat. Z pracovníka se stává case manager nebo také koordinátor případu (Solařová, 2013, s. 6).

Podle Mahrové, Venglářové (2008, str. 21) case management zahrnuje časově omezené plánování pomoci rodinám nebo i jednotlivcům v celkových problémových situacích. Ve vážnějších nebo komplikovanějších případech se složité situace mohou jen velmi zřídka uspokojit nabídkou jednoho pracoviště. Proto je žádáno plánování a realizování pomoci zapojením více druhů služeb a nabídek poskytovaných sociálními pracovníky státních i nestátních subjektů. Case management je dnes chápán jako odklon od terapeuticky zaměřeného poradenství. Jeho součástí je navázání kontaktu s klientem, zhodnocení stavu, zprostředkování služby, ukončení práce a následné vyhodnocení.

Case management v sociální práci můžeme rozlišit na individuální a týmový. V individuálním se jedná více o terénní práci, ve které sociální pracovník vede sám klientův případ a zodpovídá za vhodnost vybraných a zvolených postupů. Společně s klientem volí kdy a jaká služba nebo instituce vstoupí do řešení klientovy zakázky. V týmovém rozlišujeme vnitřní a vnější case management:

- vnitřní case management je spolupráce týmu pracovníků organizace, kdy se na řešení situace klienta podílí několik služeb jedné organizace
- vnější tým case managementu je charakteristický subjekty, které se podílí na řešení problému klienta s různou mírou zapojení. Rozlišujeme pasivní a aktivní tým. V pasivním týmu o sobě pracovníci vědí, snaží se společně usilovat o řešení situace klienta, sdílejí informace o již uskutečněných krocích, jejich služby se ale nepřekrývají a scházejí se jen velmi zřídka nebo vůbec, případně spolu komunikují mailem a telefonem. V aktivním týmu jsou pravidelné schůzky nutností a klient je často jejich součástí. Výhodou je, že navrhované postupy a řešení jsou přímo konzultovány s klientem a ten pak volí, zda navrhovaný postup využije nebo ne.

U obou uvedených případů je však nutné zvolit a stanovit klíčového pracovníka nebo také case managera, který klientův případ a proces poskytování služeb koordinuje (Hrubeš, 2016 [on-line]).

1.3.1 Zásady case managementu

Při využívání metody case managementu v sociální práci je vhodné držet se určitých zásad. Stuchlík (2001, s. 17) v oblasti duševního zdraví poukazuje na šest konkrétních oblastí. Mezi ně řadí zaměření se na zdravé stránky klienta více než na psychologii. Určení diagnózy velmi zefektivňuje komunikaci mezi odborníky, ale velmi málo nám toho může říct o individuální zkušenosti klienta, jeho trápeních a směřování do budoucna. Diagnóza také může klienta stigmatizovat a bránit blízkým zapojit se do terapeutického procesu. Další zásada klade důraz na partnerský vztah mezi managerem a klientem, který je důležitější než přesný plán intervencí. Jen tak mohou intervence odpovídat klientovým skutečným potřebám. Vztah se ještě více posiluje, pokud case manager přímo poskytuje nějakou službu, například práci s rodinou, poradenství nebo trénink dovedností. Třetí zásada se snaží vytvářet intervence na základě klientova

rozhodnutí. Je nutné brát v potaz přání a volbu klienta vždy, když je to možné. Mohou se ale vyskytnout situace, ve kterých může být klient nebezpečný sobě nebo okolí. Pak je nutné, aby case manager učinil rozhodnutí, která jsou sice v zájmu klienta nebo společnosti, ale mohou být v rozporu s jeho přáním. Ve čtvrté zásadě je kladen důraz na asertivitu intervencí. Case manager musí mít vždy přehled o klientově skutečné situaci. Spolehnout se, že klient vyhledá pomoc, když se jeho stav zhorší, je neodůvodněné. Je nutné sjednávat schůzky nejen v místech a zařízeních, kde klient tráví nejvíce času, ale i jinde - například doma. Pokud se klient nedostavuje na schůzky, není to důvodem pro ukončení péče, ale je třeba klienta vyhledat. Pátá zásada si uvědomuje změny, které u klienta mohou nastat, a je tedy nutné v tom klienty podporovat. Case manager by měl umět stavět na klientových zachovaných schopnostech a posilovat klientovu víru ve změny k lepšímu a také by měl být odhodlán o tyto změny usilovat. V šesté zásadě je nutné využívat nejen tradiční služby, ale zejména zdroje komunity společenství, ve které klient žije - knihovny, kavárny, kluby aj.

1.3.2 Případová konference

Nástrojem aktivního case managementu je případová konference. Tímto pojmem označujeme schůzku minimálně tří stran za určitým účelem, která je řízena nezávislým moderátorem (facilitátorem). Moderátor musí být nezaujatá osoba, která není zainteresovaná v přímé práci s klientem. V případové konferenci musí být všechny strany předem seznámeny s kauzou klienta a účastníci předem obdrží kazuistiku klienta v písemné podobě. Ta obsahuje popis aktuální situace a podstatné okolnosti, týkající se klientovy situace. Průběh případové konference zahrnuje úvodní slovo k cíli konference, představení rolí jednotlivých subjektů, mapování aktuálních potřeb klienta, mapování aktuálního stavu z pohledu jednotlivých subjektů, možná řešení a návrhy konkrétních kroků, diskuze a hledání shody a výstupní plán postupu. V konečném bodu případové konference se kromě plánu postupu také rozdělují úkoly a stanovují cíle, které musí být vyhodnotitelné (Hrubeš, 2016 [on-line]).

Případová konference je vhodná při různorodých situacích v životě klienta i jeho rodiny. Velmi účinné je využívat ji jako preventivní nástroj, ale i tehdy, pokud je nutné s klientem navázat spolupráci a nalézt impulz a motivaci pro společný cíl. Případová konference se realizuje tehdy, když se v případě klienta nebo jeho rodiny vyskytuje více problémů, ve kterých se jen velmi těžko orientujeme. Konference se může uspořádat i

v případě, že práce s klientem dospěla do mrtvého bodu, nebo když je potřeba rodinu i klienta více aktivizovat. Je vhodné využívat tento nástroj, pokud se blíží významné rozhodnutí a je potřeba koordinovat a sladit více lidí v klientově okolí. Uspořádat případovou konferenci je žádané jedná-li se o zvlášť komplikovaný případ, kdy je klientův problém řešen na různých úrovních. V nich přichází pomoc z různých zdrojů a každý zdroj řeší problém ze svého úhlu pohledu. Pokud byly vyčerpány všechny známé možnosti podpory i nabídky služeb, získáme případovou konferencí další náměty (Solařová, 2013, s. 11-12).

Případová konference je velmi přínosná pro klienta, kterému může pomoci k větší motivaci, povzbuzení, důvěře ve změnu v nelehké životní situaci, a také pro navázání pocitu bezpečí a vytvoření prostoru, ve kterém se klient nemusí bát otevřeně hovořit o svých problémech. Pozitivní využití případové konference můžeme zaznamenat i u blízkého okolí klienta. Vytváří se tím prostor k výměně informací, vyjasnění očekávání jednotlivých účastníků, kreativní hledání nových možností a také ověření správnosti předchozích rozhodnutí a intervencí. Mezi rizika plynoucí z případové konference patří zejména špatná příprava a provedení v praxi. Těmto rizikům lze úspěšně předcházet zapojením profesionálního facilitátora (Solařová, 2013, s. 12-13).

1.3.3 Podpůrné sítě

Vytváření podpůrných sítí v case managementu v sociální práci je velmi důležité. Síť je formální i neformální spojení lidí a organizací, která vytváří souhrn vztahů a umožňuje vzájemnou komunikaci a spolupráci. Subjekty v ní mohou sdílet své zkušenosti, znalosti a úsilí o dosažení společných cílů. Při vytváření podpůrných sítí využíváme a ovlivňujeme vztahy mezi jednotlivými subjekty. Síťování je považováno za jednu z forem koordinace a je využitelné jak při přímé práci s klienty, tak i při navazování spolupráce mezi poskytovateli služeb a dalšími subjekty. Při práci se sítěmi se nezabýváme jednotlivými aktéry, ale soustředíme se na spojení a vztahy mezi subjekty, ve kterých nás zajímá jejich intenzita, frekvence a kvalita. V síti mohou mít subjekty mnoho kontaktů, jiní mohou být izolováni a bez spojení, proto jsou na sobě jednotliví aktéři v různé míře závislí. Velkou výhodou sítí je to, že mohou vést ke vzniku alternativních řešení, vytvářejí se v nich nové myšlenky a přispívají

k udržitelným změnám. Udržitelnost změn je garantována tím, že se na ní podílí všichni zainteresovaní a je také všemi subjekty akceptována (Gojová, 2007, s. 143 – 149).

1.3.4 Multidisciplinární tým

Dle Solheima (2007) představuje multidisciplinární tým víceoborové zastoupení jednotlivých členů se specifickými rolemi. Ne vždy však tyto týmy sdílejí jednotnou shodu v plánu intervencí a nejsou dostatečně kooperující (Kuzníková, 2011, s. 25).

Podstatou multidisciplinární práce je zejména provázanost, protože pro účinný způsob pomoci je součinnost odborníků nezbytná. Multidisciplinární práce se snaží využívat více zdrojů pomoci a tím podporuje větší efektivitu. V rámci organizace je spolupráce ovlivněna více aspekty a zvyklostmi. Kromě ochoty spolupracovat je nutné důvěřovat jiným odborníkům a respektovat jejich pohled na péči. Důvěru k týmu by mělo mít i vedení organizace, protože podporuje soudržnost týmu a investuje do ní. V multidisciplinární práci je také nezbytně nutné pravidelně vyhodnocovat kvalitu péče. Pro fungující tým je nutné zapojení rodinných příslušníků a klientů samotných. Jen tak může být zaručen shodný postup, který se snaží podporovat a využívat schopnosti klienta (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 63-64).

1.4 Case manager

Case manager je v sociální práci velmi významnou osobou. Mezi jeho úkoly patří odhalovat potřebné služby v klientově případě, sestavit a vybudovat požadovaný tým, přesně posoudit diagnostiku dané situace a integrovat do intervence potřeby klienta. Case manager je také zodpovědný za dohled nad plněním plánu, monitorování změn a zajištění průběžného hodnocení, zda je plán správně zaveden a udržován. Přístup case managera k případu klienta se odvíjí od kooperace zúčastněných stran, dané politiky a také z dostupnosti zdrojů (Turner, 2005, s. 53).

V pozici case managera se může zároveň promítnout více rolí - terapeut, poradce, i osoba, která klienty vyhledává a kontaktuje, působí jako zprostředkovatel dalších služeb, hájí zájmy klienta a také pro klienta služby nakupuje. Case manager provádí klienta celým procesem péče. Snaží se odhalit silné stránky klienta a na základě toho mu pomáhá volit vhodné aktivity. Dle aktuální potřeby navrhuje úpravy služeb na straně

poskytovatelů tak, aby služba reálně a funkčně odpovídala potřebám a možnostem klienta. Snaží se klientovi pomáhat nacházet řešení obtížně zvládnutelných situací a převádí mimořádné situace na standardní, které dále vybízí k běžnému řešení (Křička, 2006, s. 171).

Case manager neplní jen předem definované role, ale aby byl schopen všechny úkony koordinovat, musí disponovat i atributy rozvinuté emoční inteligence. Je žádoucí, aby byl odevzdán své roli. Jedině tak je schopen přežít stresy a frustrací naplněné dny. Se schopností kriticky myslet a sebevzdělávat se v nových přístupech se case managerovi daří předvídat potřeby a problémy klienta. Za přímo nezbytné se považuje schopnost spolupráce a diplomacie, kterou case manager může taktně přivést všechny členy k podpoře zájmů klienta. Dalšími osobními předpoklady při práci s klientem by měla být kreativita a asertivita. Kreativita je vyžadována proto, že case manager se často pohybuje mezi různými lidmi a pracuje s klienty v různém stavu. Kdyby se manager nebyl schopen přizpůsobit neustále se měnícím situacím, case management by nebyl optimální. Asertivita umožňuje managerovi být spíše proaktivní než reaktivní a bez zdravého asertivního přístupu by case manager jen těžko mohl být úspěšným advokátem klientů (Škrlovi, 2003, s. 218-219).

2 Seznámení s geriatrickým oborem

Stárnutí populace je problém, který se týká celého světa. Tento jev se stal fenoménem, se kterým se musí potýkat nejen systémy sociálních služeb, ale i zdravotní péče a laická veřejnost. Problematika stárnutí zasahuje do chodu celé společnosti včetně politiků na centrální, regionální a místní úrovni. Ti jsou stále častěji stavěni před výzvy plynoucí ze stárnutí populace. Je tedy žádoucí, aby všichni profesionálové z oblasti sociálních služeb, příslušníci pečujících povolání, duchovní pracovníci, a také již zmínění politici, byli se všemi zdravotními a sociálními aspekty, vyplývajícími z vyššího věku, velmi dobře obeznámeni (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2007, s. 12).

2.1 Vymezení pojmu geriatric

Geriatric je lékařská disciplína, která se zabývá medicínskými aspekty stárnutí a stáří. Podle Topinkové (2005, s. 3) je tento samostatný lékařský obor v České republice od roku 1982 a dnešní moderní geriatric má intervenčně-preventivní charakter. Topinková dále uvádí, že se geriatric kromě specifických metod zdravotní péče také odlišuje potřebou koordinované týmové péče a akceptováním zdravotně-sociální povahy onemocnění v seniu. V centru pozornosti geriatric stojí nemoci, jejich etologie a také patogeneze. Zároveň s tím se zohledňují sociální, psychologické a biologické specifčnosti vyplývající z vyššího věku (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 7-8).

Geriatric se zaměřuje na prevenci, diagnostiku, léčbu a rehabilitaci chorobných stavů u osob vyššího věku a na jejich sociální důsledky. Je charakteristická respektováním specifík vysokého věku, funkčního profilu staršího člověka, schopnosti vykonávat běžné činnosti a samotnou existencí. V geriatricii se můžeme setkat i s pojmem sociální geriatric. Toto označení se zabývá problematikou jednotlivce, která je většinou nástavbovým problémem geriatrického pacienta. Z označení je jasné, že odlišení zdravotních a sociálních intervencí poskytovaných seniorům není možné. Naopak je velmi žádoucí jejich vzájemná kompatibilita ve smyslu zachování holistického přístupu k člověku (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 7-8).

Velmi významným úkolem geriatric je formování zdraví, především funkčního zdraví a s tím související definice norem ve stáří. Za zakladatele geriatric je považován

I. L. Nascher (1863 – 1944), který je autorem první samostatné publikace „Geriatrics“ z roku 1914. V užším smyslu můžeme geriatrii chápat jako specializovaný klinický obor, který vychází z vnitřního lékařství a má přesahy do dalších oborů, zejména do psychiatrie, rehabilitace, neurologie a ošetrovatelství. Z hlediska oborových kompetencí by se měla geriatrie ujímat seniorů, jejichž zdravotní problémy přesahují praktické možnosti všeobecného praktického lékaře, nevyžadující v danou chvíli specializované služby daného oboru (kardiologie, intenzivní péče). Tito pacienti/klienti se dnes bez geriatrických služeb ocitají na území nikoho a jsou nebezpečně marginalizováni na meziorbovém pomezí a bez náležité péče putují mezi pracovišti různých oborů (Čevela, Kalvach, Čevelová, 2012, s. 65-66).

2.1.1 Členění geriatrické péče

Geriatrickou péči dělíme na lůžkovou, semimurální, ambulantní péči a komunitní služby pro seniory.

- Lůžková péče se dělí na geriatrická nemocniční oddělení, geriatrická postakutní oddělení a zdravotně sociální péči ošetrovatelského typu.
- Semimurální péče zahrnuje oddělení denních hospitalizací (je zřizováno u geriatrických oddělení, využívá se v případě vyšetření nebo terapie, kdy není nutná hospitalizace) a zdravotně sociální denní centra, která slouží klientům se specifickými zdravotními potřebami a sníženou soběstačností.
- Ambulantní péče – v geriatrických ambulancích se navazuje na činnost na lůžkovém geriatrickém oddělení. Jedná se zejména o aktivity léčebně preventivní, konziliární, organizačně metodické a poradenské služby
- Komunitní péče o seniory znamená koordinaci zdravotnických a sociálních služeb ve spolupráci s praktickým lékařem a geriatrickou ambulancí (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2007, s. 51-52).

Pro potřeby této práce se budu dále podrobněji zabývat jen geriatrickými nemocničními odděleními.

2.1.1.1 Geriatrická nemocniční oddělení

Podle Means (1985) se geriatrická nemocniční oddělení poprvé objevila ve 40. letech 20. století ve Velké Británii. Byla to reakce na skutečnost, že mnoha geriatrickým pacientům byla při zhoršení zdravotního stavu a ztrátě soběstačnosti poskytována jen bazální ošetrovatelská péče v chudobincích bez zhodnocení funkčního potenciálu a bez pokusu o kauzální léčbu, rehabilitaci a obnovu soběstačnosti. O vytvoření prvních geriatrických oddělení diagnosticko-rehabilitačních se zasloužila M. Warenová, která tímto krokem zvýšila účelnost péče a tím umožnila propuštění některých pacientů zpět do domácího prostředí (Kalvach, Zadák, Jiráček, Zavázalová, Suchrada a kol., 2004, s. 477-480).

Podle Goodwin (1994) nastal rozvoj oddělení tohoto typu zejména v USA po roce 1975 v souvislosti s projektem GRECC (Geriatric Research Education and Clinic Centres). Byla to reakce na demografický vývoj se stárnutím populace a s prodlužováním života. Dalším důvodem byl nárůst spotřeby nemocničních služeb seniory při současné rizikovosti hospitalizací pro tuto věkovou skupinu. V praxi to vypadalo tak, že náklady na seniorské hospitalizace rostly, ale jejich účinnost měla spíše klesající tendenci. Z USA a Velké Británie se geriatrická nemocniční oddělení tohoto nového typu postupně rozšiřovala i do ostatních zemí jako například do Kanady, Francie, Skandinávie, Japonska aj. Činnost oddělení byla podpořena výukovým Mezinárodním gerontologickým institutem OSN na Maltě. Později se začala geriatrická nemocniční oddělení dále dělit na akutní geriatrická nemocniční oddělení, nemocniční oddělení pro komplexní geriatrické hodnocení, rehabilitačně geriatrická oddělení, ošetrovatelská geriatrická oddělení a úzce specializovaná nemocniční oddělení. (Kalvach, a kol., 2004, s. 477-480).

Kalvach (2011, s. 253-254) uvádí, že geriatrická nemocniční oddělení nejsou jen nástrojem věkové segregace. Nejsou vyčleněna pro všechny seniory vyššího věku, ale jsou určena křehkým geriatrickým pacientům s atypickou symptomatologií vysoce ohroženým geriatrickými komplikacemi a profitujícími ze specifického geriatrického režimu. Akutní geriatrická nemocniční oddělení v ČR potvrzují, že pobyt na těchto odděleních je levnější, kratší a častěji vede zpět k propuštění do domácího prostředí bez nutnosti přeložení pacienta na LDN (léčebna dlouhodobě nemocných).

Spektrum pacientů na nemocničních geriatrických odděleních odpovídá průniku vnitřního lékařství (neurologie, psychiatrie, rehabilitace), proto mají pracoviště úzkou

návaznost na konziliární služby. Je žádoucí, aby jejich umístění bylo uvnitř nemocničního pracoviště, kdy jakákoli detašovanost je nepřípustná. Velmi běžná a častá je spolupráce s ostatními nemocničními odděleními, s odděleními následné péče, s praktickými lékaři a s domácí ošetrovatelskou péčí (Topinková, 2007 [on-line]).

Podle Holmerové (2014, s. 18) se geriatrická oddělení zpravidla zřizují v nemocnicích okresního a vyššího typu. Relace je minimálně 0,2 lůžka na 1000 obyvatel spádového území.

2.2 Geriatrický pacient

Cílovou skupinou geriatricie jsou specifičtí geriatrictí pacienti, jejich pojetí je však nejednoznačné a dosud neustálené. V širším slova smyslu jde o staršího nemocného člověka určitého věku, obvykle nad 75 let, nicméně se zlepšováním zdravotního a funkčního stavu seniorů se tato hranice stále častěji posouvá až na 80 let. Za nejnižší věk, který opravňuje pacienty k zařazení do geriatrických programů a geriatrických úhrad v rámci zdravotního pojištění se obvykle považuje věk 65 let. V užším slova smyslu se za geriatrického pacienta považuje osoba, která s věkem vykazuje závažný pokles potencionálu zdraví, zejména v oblasti adaptability, zdatnosti a odolnosti. Pokles zdraví pacientů vede ke specifickým zdravotním problémům, k deficitům funkčního zdraví, k modifikaci průběhu a manifestaci chorob, k potřebě uzpůsobovat služby, režimy a přístupy, které je v souvislosti se zdravotní péčí činí znevýhodněné, rizikové a zranitelné. Míra poklesu potencionálního zdraví a geriatrická zranitelnost, která také bývá označována jako geriatrická křehkost, jsou vodítkem k pochopení geriatrického pacienta a rozvoji geriatrické medicíny. Z výše uvedeného tedy vyplývá, že klíčový není jen věk, ale i povaha zdravotních problémů (Kalvach a kol., 2011, s. 255).

2.2.1 Geriatrická křehkost

V souvislosti s popisem cílové skupiny pacientů musíme zmínit pojem geriatrická křehkost. Je to jedna z nejčastějších příčin disability a potřeby podpůrných služeb LTC (long term care – koncept dlouhodobé péče) ve stáří. Toto závažné geriatrické téma souvisí s chápáním specifčnosti geriatrických pacientů a následné povahy geriatrických intervencí. Kalvach (2011, s. 361) definuje geriatrickou křehkost jako: „*multikauzálně*

navozený stav organismu, věkově podmíněná deteriorace funkční a morfologická s typickým souborem projevů a příznaků, je to kontinuum zdravotního a funkčního stavu, který je opakem vitality“. Kalvach dále uvádí, že zásadní pro ujasnění fenoménu křehkosti bylo její hodnocení v rámci Cardiovascular Health Study v devadesátých letech 20. století. V tomto výzkumu Linda P. Freiová se svými spolupracovníky formulovala základní požadavky aktuálního somatického konceptu. Ten uvádí, že geriatrická křehkost zahrnuje přítomnost alespoň tří z pěti základních znaků. Mezi ně se zařazuje úbytek hmotnosti alespoň o 4,5 kg za posledních 12 měsíců, velká vyčerpanost, svalová slabost, pomalá chůze a velmi slabá úroveň pohybové aktivity (Kalvach a kol., 2011, s. 360-361).

Při rozvoji geriatrické křehkosti se uplatňují faktory genetické dispozice a exprese, nežádoucí účinky léků, multimorbidita - především chronická onemocnění, důsledky nedostatečné pohybové aktivity, apatie, ztráta motivace, deprese a vnější fyzikální i sociální vlivy včetně stresorů a bariér. Tyto faktory se navzájem prolínají a podmiňují a rozvíjí se tzv. spirála chátrání, která vede ke ztrátě soběstačnosti a často také k upoutání na lůžko (Kalvach a kol., 2011, s. 361-362).

Výše uvedený koncept dlouhodobé péče (LTC – long-term-care) je charakteristický svým odklonem od biomedicínského modelu péče o nemocného. Je zde kladen důraz na respekt sociálních důsledků chronického onemocnění a zdravotního postižení. Zdravotní stav klientů natolik ovlivňuje jejich životní situaci, že schopnost zabezpečit si své životní potřeby vlastními silami je omezena, nebo není možná vůbec. Dlouhodobou péči lze charakterizovat jako souhrn zdravotnických, sociálních i dalších služeb se sníženou soběstačností. Velkou výhodou konceptu dlouhodobé péče je, že respektuje potřeby dlouhodobě nemocného klienta a vytváří plynulou návaznost různých typů služeb dle měnícího se zdravotního stavu a sociální situace klienta. Koncept LTC propojuje služby v komunitě, tedy v místě přirozeného sociálního prostředí klienta, ve kterém by měla být podpora snadno dostupná, a její jednotlivé díly by na sebe měly přirozeně navazovat. Důležitou roli zde hraje lékař, sestra domácí péče, komunitní sestra, komunitní sociální pracovník a také sdílení péče mezi rodinou a službami. V podpoře a péči o dlouhodobě nemocné jsou důležití i neformální pečovatelé, což jsou zejména příbuzní nebo přátelé (Janečková, 2013, s. 372 -373).

Při práci s klienty na geriatricii se využívá Komplexní geriatrické hodnocení (CGA – comprehensive geriatric assessment). Hodnocení pomáhá při definování rizik a potřeb klientů, nutných pro výběr vhodných zdravotních a sociálních služeb. Tento intervenční

přístup se prosazoval již ve 30. letech 20. století (M. Warrenová). Cílem bylo dostáhnout v ústavní péči při dlouhodobém pobytu klienta funkční posouzení a následnou rehabilitační intervenci. V oblasti zájmů hodnocení je zejména životní situace, priority a rozhodnutí pacienta. Pozornost se také zaměřuje na kvalitu života, tělesné a duševní zdraví a sociální souvislosti. Při komplexním geriatrickém hodnocení se využívá klinické vyšetření, posouzení fyzické výkonnosti a duševního stavu, soběstačnosti, objektivní šetření v místě bydliště - zaměření se na sociální vztahy a také úroveň bydlení (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2007, s. 68-69).

2.3 Změny a významné mezníky v geriatрии od roku 1990

Od vzniku prvního klinického pracoviště Kliniky gerontologické a metabolické v Hradci Králové v roce 1990 pod vedením prof. Z. Zadáka postupně vznikaly i další kliniky. V roce 1999 byla založena Klinika geriatрии, ošetrovatelství a rodinného lékařství Lékařské fakulty Masarykovy univerzity a fakultní nemocnice v Brně. V roce 2001 vznikla Geriatrická klinika I. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Postupně vznikaly další gerontologická centra, ve Zlíně, Pardubicích, Ostravě (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2007, s. 17).

V oblasti vzdělávání jsou pořádány ve spolupráci s Českou gerontologickou a geriatrickou společností kongresy – Pražské gerontologické dny, Brněnsko-bratislavské sympóziu a Brněnský geriatrický den, Zlínský gerontologický kongres, Gerontologické dny Ostrava, Gerontologický kongres v Hradci Králové a Gerontologický kongres v Karlových Varech. Jsou také pořádána setkání pracovníků v geriatрии, zejména dny České gerontologické a geriatrické společnosti v Praze. Z mezinárodních aktivit byl významný IV. Mezinárodní kongres Společnosti geriatrické medicíny Evropské unie, který se konal v Ženevě v srpnu 2006. Česká gerontologická a geriatrická společnost České lékařské společnosti je členem Společnosti geriatrické medicíny Evropské unie od roku 2003. Společné cíle do budoucna jsou v rozvoji geriatrické medicíny v členských zemích EU, v dostupnosti specializovaných geriatrických služeb, organizace vzdělávacích akcí, pořádání odborných konferencí, vypracování závazných postupů pro preventivní a léčebnou strategii u nejčastějších geriatrických syndromů a symptomů a také podpora mezioborové spolupráce. Dalším významným mezníkem byl rok 2005, ve kterém se uskutečnil Světový gerontologický kongres v Rio de Janeiru v Brazílii a v roce 2007 Evropský gerontologický kongres

v Sankt Petěrburgu, kterého se účastnili i čeští gerontologové a geriatři. Pro rozvoj geriatrie jsou nezbytné i některé dokumenty, které ovlivňují uplatňování péče v praxi. Mezi tyto dokumenty patří zejména Koncepce oboru geriatrie z roku 2001. Pro rok 2006 bylo důležité ustanovení Rady vlády pro otázky seniorů (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2007, s. 18-19).

Dalším velmi významným dokumentem v problematice geriatrie je Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017. Základem je zajištění ochrany lidských práv seniorů a jejich dodržování. Snahou je vytvořit ucelený přístup k řešení problematiky stárnutí populace, zlepšovat mediální obraz seniorů a přispívat k rozvoji mezigeneračních vztahů. Národní akční plán se také zaměřuje na prevenci, zodpovědný přístup populace ke svému zdraví a zvýšení podpory aktivního života seniorů. Výše uvedené kroky jsou významným předpokladem pro zvládnání problémů spojených se stárnutím populace v budoucnu (Příprava na stárnutí v České republice, 2015 : [on-line]).

Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013-2017 se snaží vytvořit rozsáhlou nabídku provázaných sociálně-zdravotních služeb včetně zapojení pečovatелů. Tyto služby by měly být schopny reagovat na specifické potřeby seniorů s omezenou soběstačností. Je žádoucí, aby v oblasti profesionální péče docházelo k propojení zdravotnických, sociálních a dalších služeb poskytovaných v domácím prostředí. Pozornost proto musí být věnovaná rozvoji specializované geriatrické péče včetně komplexní diagnostiky. Do péče o seniory by měli být zapojeni rodinní příslušníci. Podpora neformálních pečujících je účelná investice v rámci dlouhodobé péče o seniory s cílem snižovat náklady zdravotního a sociálního systému a snížení zdravotních komplikací (Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017, 2014:[on-line]).

3 Sociální práce se seniory ve zdravotnictví

Pokud zmiňujeme pojem sociální práce, je nutné si uvést i její definici. Matoušek (2001, s. 10) sociální práci vymezuje jako: „*společenskovědní disciplínu i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů*“.

Sociální práce se staršími lidmi je potřebná až tehdy, pokud se objeví nějaké mimořádné situace způsobené sociálními nebo zdravotními faktory. Věk sám o sobě není důvodem zvýšené potřeby péče. Pomoc seniorům by tedy měla být adresována k co nejvíce ohroženým starým lidem jako například dlouhodobě nemocným, křehkým, zmateným, trpícím demencí nebo propuštěným z nemocnice. Sociální práce se tedy soustředí v oblasti péče o ty seniory, jejichž zdravotní stav je spojen s poklesem soběstačnosti a poklesem funkčních schopností. Z tohoto důvodu by zdravotní i sociální péče měla být poskytována souběžně a nemělo by docházet k jejich dělení. Základem pro úspěšnou spolupráci se starým člověkem je schopnost vytvořit vztah založený na důvěře, pocitu bezpečí, jistoty a rozpoznání potřeb (Janečková, 2005, s. 163-164).

Sociální práce ve zdravotnických zařízeních je hodně různorodá a charakteristická svou snahou pomoci pacientovi a jeho rodině překonat nebo zmírnit negativní důsledky nemoci. Jak medicína, tak i sociální práce, pohlíží na člověka z holistického pohledu, tedy z fyziologické, psychické, sociální i duchovní dimenze lidského zdraví i nemoci. Kuzníková (2011, s. 18) k tomu dodává, že: „*úkolem sociální práce je využít vlivu psychosociální sféry na nemoc k lepší adaptaci, překonání obtíží, motivaci k léčbě a spolupráci a konečně ke kvalitnějšímu životu*“. Autorka také klade důraz na komplexní péči o klienta s posláním oboru sociální práce a s posláním daného zdravotnického zařízení (Kuzníková a kol., 2011, s. 18-19).

3.1 Sociální práce na geriatrických odděleních

Sociální práce má v geriatrii velký význam. Nemoc často nutí pacienty k velkým životním změnám a sociální pracovníci svojí odbornou pomocí doplňují lékařskou a ošetrovatelskou péči o pacienty. Základem sociální práce na geriatrii je sociální anamnéza, ze které vycházejí návrhy, jak problémy spolu s pacientem a jeho rodinou řešit. Nemoc totiž nemění život jen pacientům, ale také rodinným příslušníkům. Náhlé změny v životě pacientů a jejich rodinných příslušníků s sebou přináší různé otázky a

poradenství je jednou z možností, jak na individuální situaci pacienta a jeho rodiny reagovat. Pozorované starosti se následně konkretizují a společně se hledají řešení. Sociální pracovníci jsou na geriatrici také důležitými sociálně-právními poradci a to z důvodu neustále se měnících zákonů. Velmi rychlá proměna sociálního zákonodárství a mnohé sociální výkony a jejich poskytovatelé velmi ztěžují orientaci v celém systému. Sociální služba může pomoci pacientům i rodinným příslušníkům vysvětlit jejich práva, radit a poskytovat informace v oblasti výkonů vyplývajících ze zákonů, které se týkají závažné invalidity, práva na sociální pomoc nebo rady ve věcech soudně regulovaného opatrovnictví (Schuler, Oster, 2010, s. 273-274).

Sociální práce na geriatrickém pracovišti by měla být založena na principech interprofesionální spolupráce. Koordinace a návaznost služeb jsou nezbytnými podmínkami k tomu, aby geriatrická péče odpovídala potřebám pacientů a docházelo při ní k efektivnímu využívání zdrojů. Činnost sociálních pracovníků na geriatrickém pracovišti se zaměřuje na sběr informací od pacienta, jeho rodinných příslušníků i od profesionálů. Získané informace se využívají ke zpracování plánu potřebné péče po propuštění. Je žádoucí, aby byl sociální pracovník součástí týmu vedle lékaře, zdravotní sestry, fyzioterapeuta, klinického farmaceuta a také psychologa. Interprofesionální tým, se snaží zjistit všechny potřeby pacienta tak, aby následný rehabilitační proces proběhl co nejefektivněji a směřoval pacienta k návratu do původního domácího prostředí ve všech případech, kdy to bude možné (Peškeová, 2013 [on-line]).

3.2 Klasifikace potřeb seniorů

Problematika potřeb zaujímá v situaci nemocného významné místo. Pichaud, Thareauová (1998, s. 36) potřeby definují: „*Potřebou se nerozumí pouze něco, co člověku chybí, ale také a hlavně to, k čemu směřuje. Potřeba je projevem bytostného přání*“. Při jejich rozpoznávání je třeba si uvědomit, že mají svou specifickou podobu, jsou stále složitější, komplexnější, pramení z biologických, psychologických a společenských determinant. Specifické podoby potřeb u klientů na geriatrici jsou závislé od charakteru nemoci, na samotném pacientovi i na sociálních poměrech, ve kterých žije. Bártlová, Prokopová (1976) dělí potřeby v době nemoci na potřeby, které se nemocí nemění, potřeby, které se nemocí modifikovaly, a potřeby, které nemocí vznikly. Do první kategorie spadají zejména fyziologické potřeby, pocit bezpečí, výživa, tekutiny a odpočinek. Druhá kategorie potřeb je ovlivněna onemocněním

samotným, jeho závažností aj. Zásadní je zaměřit pozornost na sociální potřeby jako vytváření kulturního prostředí, které by v péči usilovalo o dosažení standardu, na který je klient ve svém životě zvyklý (estetika zdravotního prostředí, úroveň ošetrovatelské péče, kulturní nároky) a potřeby sociálních styků. Potřeby, které nemocí vznikly, jsou svým pokrýváním součástí léčebného procesu. Pro klienta to znamená vytvoření nového vztahu k určitému předmětu jako objektu vnějšího prostředí nebo k sobě samému. Je to dáno změnou materiálních i společenských podmínek života, postupnými změnami osobnosti člověka, zkušeností aj (Bártlová, 2005, s. 90-94).

Rozsypalová, Staňková a kol. (1996, s. 98 -99) rozlišují potřeby na základní životní potřeby a na vyšší potřeby. Uspokojení vyšších potřeb vytváří v životě každého člověka hodnotovou orientaci, která je vyjádřena přáními, ideály, přesvědčením. Autorky také uvádí, že potřeby člověka se týkají tří základních stránek života, proto se dále dělí na:

- Potřeby biologické – teplo, potřeba dýchání, příjmu potravy, potřeba nemít bolest
- Potřeby psychické – zde je vyjádřena zejména potřeba jistoty, bezpečí a uplatnění se nebo také seberealizování se
- Potřeby sociální – vyjadřují touhu být milován, být druhým vážen a potřebu nebýt sám

Rozsypalová, Staňková a kol. (1996, s. 98-99) poukazují na skutečnost, že pokrytí těchto potřeb v přiměřené míře se považuje za normální a jedinec nestrádá. Škála potřeb je však velmi individuální, je ovlivněna obecnými faktory (pohlaví, věk, tělesné dispozice), individuálními osobnostními faktory (rodinný stav, ekonomická úroveň, vzdělání) a společenskými faktory, které mohou být například vyjádřeny celkovým životním standardem.

Pokud se zabýváme problematikou potřeb, není možné opomenout jejich dělení dle slavného humanistického psychologa A. H. Maslowa, který je rozlišil na dva druhy. Do první skupiny zařadil ty, které se vztahují k pocíťování nedostatku něčeho pro život důležitého. Je to například hlad, spánek, odpočinek aj. Pokud se tyto potřeby uspokojí, jejich ukojení již není naléhavé. Maslow vidí druhou skupinu potřeb zcela odlišně. Tyto potřeby vycházejí z volní iniciativy člověka, z potřeb poznávání, jejich tvorby i estetického cítění. V jejich projevu je zásadní rozdíl oproti první skupině, to znamená, že pokud se jedinci podaří něco udělat, tato potřeba se s uspokojením zesiluje. Člověk

se pak v dané aktivitě snaží pokračovat se stále větším nasazením. Maslow také upozorňoval na to, že v průběhu života člověka vstupují do popředí různé druhy potřeb. Pokud se v rané době života uspokojí základní biologické a fyziologické potřeby ustupují do pozadí. V pozdější době se však mohou objevit potřeby zralejší (vyšší). Z toho důvodu sestavil Maslow pyramidu potřeb, ve které jsou tyto seřazeny od nejnižších po nejvyšší. V základu této pyramidy stojí biologické a fyziologické potřeby. Následuje potřeba jistoty, bezpečí, ochrany, péče a pomoci. Na třetím stupni jsou umístěny potřeby přátelských vztahů, lidské sounáležitosti a lásky. Ve čtvrtém stupni je zařazena potřeba úcty posilující naše „já“ a zvyšující naši sociální hodnotu. Na posledním (nejvyšším) stupni stojí potřeba seberealizace, nebo také sebeaktualizace (Kalvach a kol., 2011, s. 32).

3.2.1 Fyziologické potřeby

Podle Pichauda, Thareauová (1996, s. 37) jsou fyziologické potřeby zcela zásadní. Jejich neuspokojení se odráží na celkovém stavu a zdraví. Je v nich zahrnutá výživa, vylučování, dýchání, spánek a odpočinek, pohyb, hygiena, správná teplota, zdraví, tišení bolesti, smích i pláč a fyzický kontakt. Autoři také uvádí, že tyto potřeby jsou zcela přirozené a k jejich uspokojení potřebujeme nejvíce času. Pokud nejsou alespoň částečně uspokojeny, není možné přistoupit k dalším stupňům potřeb.

Mlýnková (2001, s. 48) v oblasti fyziologických potřeb u seniorů poukazuje na nutnost přípravy kvalitního a chutného jídla. To proto, že se u starších lidí mění chuť v důsledku ubývání chuťových pohárků. Je zde také zvýrazněna potřeba vyprazdňování, se kterým mají senioři potíže. Vedle zácpy se ve vyšším věku také zcela běžně objevuje inkontinence moči. Senioři v oblasti fyziologických potřeb také potřebují více odpočinku a spánku. Spánek je polyfázický - to znamená, že se objevuje ve více fázích, nejen v noci. Senioři tak mají potřebu spánku i během dne např. po obědě. Velmi důležitá potřeba je být bez bolesti, mít zajištěné teplo a pohodlí. Některé fyziologické potřeby však ustupují do pozadí, například příjem tekutin, neboť senioři mají snížený pocit žízně. Ustupují i sexuální potřeby, úprava zevnějšku aj. Nicméně je zásadní vědomí, že rozsah potřeb a jejich uspokojování se odvíjí od aktivity jedince, proto nemusí mít každý senior výše vyjmenované obtíže.

3.2.2 Potřeba bezpečí

Pichaud, Thareauová (1998, s. 37-38) potřebu bezpečí chápou jako zásadní pro každého člověka a rozlišují ji na potřebu ekonomického zabezpečení, potřebu fyzického bezpečí a potřebu psychického bezpečí. Potřeba ekonomického zabezpečení se vyznačuje vědomím, že má senior dostatečné množství prostředků na živobytí. Pokud tato potřeba není uspokojena, může docházet k pocitům úzkosti, strachu z budoucna. Strach z nedostatku peněz je u osob vyššího věku velmi silný, odráží se v něm negativní zkušenosti z minulosti (válečná období, ve kterém si lidé museli strádat jídlo, dělat zásoby aj.) Potřeba fyzického bezpečí se odvíjí od zhoršené pohybové schopnosti seniorů. Pocit bezpečí v této rovině může být zabezpečen kompenzačními pomůckami nebo prostřednictvím pomoci pečující osoby. Potřeba psychického bezpečí znamená navození pocitu jistoty, zbavení se strachu a pocitů zmatenosti (mohou pomoci časové orientační body dne např. jídlo, pořady v televizi aj.

3.2.3 Sociální potřeby

Oblast sociálních potřeb je pro seniory neméně důležitá a představuje zejména sociální kontakty. Starší lidé potřebují kontakty se svým okolím, ale zároveň potřebují své vlastní soukromí, aby nebyli vystavováni nadměrnému množství podnětů, které pro ně mohou být zatěžující. Lidé ve vyšším věku upřednostňují kontakty se známými lidmi, zejména rodinou nebo těmi, kteří jsou jim blízcí svou náležitostí ke stejné sociální skupině. V ní se jim dostává porozumění jejich steskům a potřebám. S postupujícím věkem však sociálních kontaktů ubývá a starý člověk se může cítit osamělý nebo dokonce izolovaný. Prázdnota spolu s izolací patří k nejčastějším zátěžím stáří (Hauke, 2014, s. 11-12).

Pichaud, Thareauová (1996, s. 39) k sociálním potřebám zařazují i potřebu informovanosti, vyjádřit se a být vyslechnut. Mít informace o světě, ve kterém člověk žije, nebo mít zprávy o blízkých lidech jsou pro starého člověka velmi důležité. Bez informací je starý člověk odtržen od kontaktu s vnějším světem a velmi obtížně pak nové zprávy získává. V některých případech však sami rodinní příslušníci nebo blízké okolí úmyslně seniora od informací odtrhují, protože se rozhodnou zamlčet smutnou událost pod záminkou ochrany před nepříjemnostmi. Za neopomenutelnou potřebu

v této oblasti je považována potřeba lásky. Mít někoho rád a přijímat cit od druhého udržuje u staršího člověka smysl života.

3.2.4 Seberealizační potřeby

Smysl seberealizace může ve vyšším věku postupně klesat s ohledem na aktuální situaci seniora. Starší člověk může cítit pocit bezvýznamnosti své role a to může vést až k rezignaci, pocitům méněcennosti nebo k užívání aktivnějších obranných strategií. Senioři se snaží pocit ztráty vlastní hodnoty kompenzovat jinými aktivitami nebo zdůrazňováním minulých výkonů. Je to jedna z příčin, proč staří lidé často hovoří o svých dřívějších kvalitách. Potřeba seberealizace je tak uspokojována alespoň symbolicky prostřednictvím vlastních vzpomínek. Dříve dosažené úspěchy jsou pro seniora nezpochybnitelné a nemění na tom nic ani fakt, že současné kompetence staršího člověka mohou být o hodně horší. Seberealizace také velmi úzce souvisí s potřebou autonomie, to znamená udržení si určité svobody rozhodování o sobě, svém životě a samostatném jednání (Vágnerová, 2007, s. 346).

3.2.5 Potřeba autonomie

Autonomie je nejen potřeba, ale je také považována za významnou životní hodnotu, která dostává ve stáří zcela jiný rozměr důsledkem určité závislosti seniora na svém okolí. Nicméně autonomie a závislost na pomoci druhých se zcela nevyklučují. Sýkorová (2007) uvádí, že autonomie z pohledu samotných seniorů znamená zejména fyzickou soběstačnost, proto má v životě starého člověka zdraví zásadní význam. Důležitou hodnotu přikládá starší člověk samostatnosti v názorech, rozhodování a jednání. Autonomie pro člověka také představuje svobodu od určitých povinností a nežádoucích sociálních kontaktů (Dvořáčková, 2012, s. 47).

Pichaud, Thareauová (1996, s. 41) považují za součást autonomie potřebu uznání, vážnosti a pocit užitečnosti. Užitečnost pro staršího člověka znamená zejména potřebu někomu nebo něčemu sloužit. Autoři také shrnují, že senioři potřebují v životě uspokojovat všechny potřeby, jako každý jiný člověk. Nejde jen o zabezpečení fyziologických potřeb, ale také uspokojení potřeb psychologického rázu. Všechny lidské potřeby tvoří jeden celek, který propojuje jak fyzickou, psychickou, tak i sociální stránku potřeb a jsou od sebe navzájem neoddělitelné.

Kutnohorská, Cichá, Goldmann (2011, s. 27) v oblasti autonomie u nemocného klienta kladou důraz na individualizaci léčby a ošetřování tak, aby byly respektovány pacientovy zvyky, hygienické a stravovací návyky, smyslové, pohybové a mentální schopnosti.

3.2.6 Spirituální potřeby

V pojetí holistického přístupu ke klientovi však kromě fyzické, psychické a sociální stránky seniora musíme zmínit i pojetí duchovní (spirituální). Duchovní potřeby mohou být chápány různě, protože vnímání toho, co duchovní dimenze představuje, může být u každého člověka jiné. Jedno ze základního pojetí spirituality odkazuje na dimenzi, kterou lze považovat za hnací sílu v životě jedince a která dává všem aspektům života smysl a v jejím středu sídlí naděje. Jisté životní události mohou rovnováhu duchovní dimenze narušit natolik, že může dojít ke stavu duchovní nouze. Ta se projevuje zejména ztrátou smyslu života, touhy žít či něco tvořit. Takový stav velmi silně ovlivňuje pacientovy emoce a fyzický stav. Po vzniku duchovní nouze by v pomáhajícím procesu mělo být usilováno o duchovní obnovu, která se snaží o mobilizování vnitřních sil k boji v nežádoucích situacích. Jen pomáhající osoba, která skutečně chápe vzájemnou závislost jedné lidské dimenze na druhé, může pomoci pacientovi nacházet odpovědi na otázky o smyslu života a toho, co ho potkalo (Škrlovi, 2003, s. 432-434).

3.3 Překážky v životě seniorů

Sociální fungování seniorů není zaměřené jen uspokojení potřeb, ale také na faktory možného ohrožení starých lidí, ve kterých je nutné se orientovat. Zvyšování počtu starých lidí může vést až k narušení mezigenerační solidarity a s tím souvisejícím projevům věkové diskriminace tzv. ageismu, včetně sociálního vyloučení a věkové segregace. Ve vnímání a přístupu k seniorům se velmi odráží role médií a veřejného mínění. Toto pojetí může vytvářet stereotypy a negativní představy o postproduktivním nepotřebném starším člověku. V roce 1991 vyhlásilo Valné shromáždění OSN v kontextu prvního Světového shromáždění o stárnutí (Víděň 1986) pět základních priorit přístupu k seniorům. Patří k nim zabezpečení, autonomie, důstojnost,

participace a seberealizace. V oblasti zabezpečení se myslí zejména zajištění základních životních potřeb, zdravotní péče, přístřeší, hygieny, vody a potravy. Princip autonomie klade důraz na podporu samostatného života v přirozeném sociálním prostředí. V oblasti důstojnosti se apeluje na neponižování seniorů a podpora zachování sebeúcty. Participace se snaží zaměřit pozornost na mezigenerační solidaritu a sociální včlenění. Seberealizací se seniorům pomáhá k osobnímu rozvoji a smysluplné existenci (Kalvach a kol., 2011, s. 81-82).

Kalvach a kol. (2011, s. 81) vyčleňují faktory, které vedou k největší ohroženosti starých lidí. Jsou to:

- involunční znevýhodnění s úbytkem sil a poklesem zdraví vedoucí až ke zpomalení tempa nebo ztrátě soběstačnosti.
- multimorbidita, což je přítomnost většího počtu chorob u jedince
- zvýšený výskyt komplikací chorob a s tím spojená zhoršená prognóza
- ovdovění, ztráta společenské prestiže a osamělost
- zhoršené podmínky pro participaci a seberealizaci a možné sociální vyloučení
- hromadění ztrát – zejména ekonomických, sociálních, zdravotních, rodinných
- narušení autonomie, svébytnosti a odjímání kompetencí
- zneužívání nebo nevhodné jednání se staršími lidmi
- neznalost nových technologií
- věková diskriminace, despekt ke stáří jako k marnému období bez smyslu a významu
- rezignace, apatie, ztráta osobní identity a smyslu života
- chudoba

3.4 Působnost sociálního pracovníka ve zdravotnictví

Sociální pracovník ve zdravotnictví je legislativně ukotven v zákoně 108/2006 Sb., o sociálních službách a také v zákoně 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povolání. Tento je dále upraven vyhláškou 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (Kuzníková a kol., 2011, s. 19, 54).

Role sociálního pracovníka ve zdravotnictví je velmi náročná. Prolíná se v ní zastupování majoritní společnosti (státu), obhajování klienta, dozorování v oblasti

občanských práv klienta a vazby profesionální povinnosti dodržovat zákonná ustanovení a normy. Při vyjmenování těchto rolí je zřejmé, jak významná je etika jednání sociálního pracovníka ve zdravotnictví. Zejména proto, aby byla zachována křehkost vztahu stát - sociální pracovník - klient. V jednání se velmi výrazně odráží osobnostní rysy sociálního pracovníka, jako například empatie, schopnost vzbuzovat důvěru, dělat samostatná rozhodnutí, akceptovat klienta a respektovat jeho důstojnost. V etickém jednání se také odráží etická dilemata a následná etická rozhodnutí, uvést můžeme zejména to, do jaké míry poskytovat pomoc lidem, kteří nespolupracují, nebo těm, kteří této snaze sociálního pracovníka kladou závažné překážky (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011, s. 86-88).

Ramer (2006) pro řešení etických dilemat doporučuje následující postup. První krok je rozpoznání etických problémů, včetně hodnot a povinností sociální práce, ocitajících se v konfliktu. Dále poukázání na identifikaci jednotlivých subjektů, kterých se budou etická rozhodnutí týkat. Následný krok se ubírá k identifikaci realizovatelných směrů konání a přínosů a rizik pro všechny účastníky. Všechny tyto kroky mohou být prozkoumány s ohledem na etický kodex, platnou legislativu, osobní hodnoty, konzultace s kolegy a příslušnými odborníky. Konečné rozhodnutí by se poté mělo dokumentovat a všechny kroky také monitorovat a zpětně vyhodnocovat (Kutnohorská a kol., 2011, s. 88).

Praktická činnost sociálního pracovníka ve zdravotnictví by měla vycházet ze sociální anamnézy. Po ní by měly být voleny takové kroky a postupy, které se v situaci klienta jeví jako nejvhodnější k řešení. Chloupková (2013, s. 73-74) uvádí, že by se v sociálním šetření mělo zejména zjistit s kým a v jakém prostředí klient žije, zda využívá nějakou sociální službu, jestli má rodinu, která se o něho stará, v případě, že ano, tak jak často, popis stavu klienta v době sociálního šetření, jakým způsobem pohlíží na vlastní situaci a také otestovat soběstačnost. Možností intervencí, které mohou být v kompetenci sociálních pracovníků působících ve zdravotnictví, je mnoho. Můžeme vyjmenovat zejména psychosociální podporu, edukaci, poradenství a komunikaci. V oblasti psychosociální podpory je významná obhajoba potřeb klientů vůči zdravotnické organizaci, rodině, úřadům, komunitě aj. Velmi důležitá je i pomoc při řešení finanční a existenční situace klienta. Sociální pracovník také podporuje širší vztahy klienta a snaží se odhalovat nedostatky v oblasti emocí a prožívání klienta, včetně krizové pomoci. Zásadní v oblasti psychosociální podpory je však vytvoření společného plánu, který by zahrnoval následnou kontinuální práci s klientem. V rovině

edukační je snaha poskytnout pacientům i rodině dostatečné informace, které mají vést k porozumění nemoci, psychosociálním důsledkům nemoci a léčbě. Je nutné také vzdělávat rodinné příslušníky v oblasti zdravotně sociální péče a možné nabídky služeb, dále v otázkách legislativy, zejména nárokovosti finančních dávek. Sociální pracovník také edukačně působí v rámci interdisciplinárního týmu, ošetrujícího personálu a při vyjasnění rolí při psychosociální péči o klienty. Oblast poradenství je zastoupena poskytováním informací o možných postupech řešení nepříznivých situací a vydefinovaných problémů. Neméně důležitá úloha sociálního pracovníka je při vedení rozhovoru jak s klientem, tak i jeho blízkým sociálním okolím. Komunikace je velmi důležitá i s profesním týmem, praktickými lékaři, zdravotními pojišťovnami, policií, orgány státní správy a samosprávy. Všechny tyto kroky a úkony se následně vyhodnocují a posuzuje se, zda byla intervence efektivní (Kuzníková a kol., 2011, s. 50-52).

Sociální pracovník také zprostředkovává informace o možnosti získání příspěvku na péči, který je zásadní při zabezpečování péče o seniory v domácím prostředí. Je určen těm osobám, které jsou z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu závislé na pomoci jiné osoby. Jedná se zejména o oblasti běžné denní péče o vlastní osobu a v soběstačnosti. (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 156, 158).

Kuzníková (2011, s. 51) uvádí, že sociální pracovník také poskytuje poradenství při zajišťování rehabilitačních a kompenzačních pomůcek klientům s těžkým zdravotním a smyslovým postižením.

Získávání informací od geriatrického pacienta, které pomáhají sestavit možný plán pomoci, se odvíjí od vhodně zvolené formy komunikace. V ní je kladen důraz na respektování identity pacienta a oslovení jménem nebo odpovídajícím titulem. Nevyžádaná familiární oslovení mohou být pro klienta ponižující, je také žádoucí se vyhýbat zdětinšťování starého člověka. U geriatrického pacienta je nutné zohlednit princip zpomalení a ochranu seniora před časovým stresem. Složitější informace se doporučuje raději několikrát zopakovat nebo je napsat na papír. Je také nezbytné taktně ověřit komunikační bariéry, například poruchu zraku a sluchu a tomu přizpůsobit komunikaci. K usnadnění komunikace by se měl sociální pracovník soustředit na udržení očního kontaktu s klientem. Bez ověření nedoslýchavosti není žádoucí zesilovat hlas ani nepřekřikovat hlučné prostředí, ale snažit se hluk odstranit. Při ústavním ošetřování by měla komunikace cíleně směřovat k podpoře a udržení soběstačnosti (Kuzníková a kol., 2011, s. 206-207).

3.4.1 Služby následné péče

Intervencí v sociální práci pro seniory je ve zdravotnictví mnoho. Největší pozornost je zaměřena především na návratnou péči. Pokud je stav pacienta z lékařského hlediska stabilizován a akutní medicína již nemůže v dané fázi více přispět ke zlepšení jeho zdraví, je nutné zajistit klientovi dostatek potřebné zdravotní péče, vhodného prostředí a sociální podporu, aby byl zajištěn proces rekonvalescence, návrat do přirozeného sociálního prostředí nebo přechod do jiné instituce. Při návratné péči je sociální pracovník velmi důležitým členem geriatrického týmu, který se podílí na zhodnocení zdravotního a funkčního stavu pacienta. Zhodnocení probíhá formou geriatrické konference nebo komplexního geriatrického hodnocení a pozornost je zaměřena ke vztahu, k podmínkám a zdrojům v přirozeném sociálním prostředí klienta (Janečková, 2005, s. 165).

Následné služby pro seniory, které sociální pracovník může zajistit, se odvíjejí od celkového stavu klienta. Jedna z forem pomoci je zprostředkování kontaktu v zařízeních sociální sféry, zejména v pobytových službách. Nejběžnější jsou domovy pro seniory, které poskytují komplexní péči o seniory se sníženou soběstačností. Existují i domovy se zvláštním režimem, které se soustředí na kvalifikovanou péči o seniory trpící demencí, Alzheimerovou chorobou nebo jinými psychiatrickými onemocněními ve stabilizovaném stádiu. Další možností je zprostředkování kontaktu v hospici nebo zajištění mobilního hospice, který realizuje příjezd personálu kdykoli během dne i noci a spolupracuje jak s klientem, tak i jeho blízkými. Hospice nabízejí kromě psychologické i zdravotní péče také duchovní útěchu (Kde hledat sociální službu na míru: průvodce nabídkou péče o seniory, 2013 : [on-line]).

Pro osoby vyššího věku existují i služby ambulantního typu, zejména pečovatelská služba. Její činnost spočívá především v pomoci s obstaráváním domácnosti a donáškou jídla. Problémem pečovatelské služby v ČR je, že se zaměřuje na jednotlivé jednoduché úkony, ale chybí zde snaha o komplexní hodnocení klientovy situace a plánování péče. Další možností je zajištění agentury domácí péče, které mohou kombinovat sociální i zdravotní péči o staré lidi. Tím by byla zabezpečena komplexní péče. Většina agentur domácí péče se však z nedostatku finančních zdrojů soustředí jen na ošetřovatelskou péči. Jinou alternativou je zprostředkování služeb denních center pro seniory, které poskytují různé druhy aktivizačních programů. Centra jsou také schopna zajistit rozvoz a dovoz klientů, což pro pečující rodinu i pro uživatele služby znamená

velkou úlevu. Dále je možné zajistit služby úlevové péče, která zabezpečuje asistenty docházející do obydlí starého člověka. Tito asistenti starého člověka několik hodin denně hlídají nebo se o něj starají v nějakém zařízení po určitou část dne. Služby úlevové péče zajišťují převážně neziskové organizace (Matoušek, 2007, s. 91).

Seniorům může být zajištěn kontakt se svépomocnými skupinami pro rodiny pečující o seniory, které významně snižují pečovatelskou zátěž člena rodiny. Nestátní neziskové organizace také organizují mezigenerační programy, které spočívají ve spolupráci mezi organizacemi (např. mezi domovem důchodců a mateřskou nebo základní školou). Smyslem je zachování kontaktu seniora s dítětem nebo skupinou dětí. Seniorům může být zajištěna osobní asistence, která je svou činností velmi podobná pečovatelské službě, ale je rozšířena o doprovázení klienta na úřady, cesty aj. Dále je možné zajišťovat specializované poradenské služby, například nemocným s demencí a jejich rodinám (Matoušek a kol., 2007, s. 92).

3.5 Možnosti a limity využití case managementu při práci se starými lidmi

Matoušek (2007 s. 177) uvádí, že v našich podmínkách je putování starých lidí mezi domovem pro seniory, nemocnicí běžného typu a léčebnou dlouhodobě nemocných běžným příkladem. Jako možnou prevenci pro tuto roztržičnost je možné využití modelu řízené péče, ve které se koordinuje péče z jednoho místa a nejlépe jedním klíčovým pracovníkem. Ten by měl mít dostatečné pravomoci a respekt u kolegů a organizací, s nimiž spolupracuje.

Důvodů pro využití case managementu je více. Jedním ze zásadních je zajištění komplexních a kontinuálních služeb. Kontinuita péče se zaměřuje na zajištění koordinace aktivit péče za hranice jedné části péče nebo jednoho ošetření. Koordinace péče je žádoucí při výběru správných zdrojů k uspokojení potřeb pacienta a jeho rodiny. Zajištění kontinuální péče může také zlepšit kvalitu péče. Zásadní úloha case managementu je eliminovat nepotřebnou péči a snížit hospitalizační dobu. Je kladen důraz na výstupy, to znamená na to, co pacientovi skutečně pomáhá, tím se také může omezit spektrum služeb a výkonů. Case management také může zlepšovat vztahy mezi členy multidisciplinárního týmu (Škrlovi, 2003, s. 185-186).

Kříčka (2006 s. 170-171) uvádí, že v komunitní péči se neustále ověřuje přiměřenost služeb, které jsou klientovi nabízeny. Pro co největší efektivitu je nezbytné

zajistit provázanost nabízených služeb a potřeb klienta. K tomu, aby byl tento koncept naplněn, musí být nejdříve vytvořen přehled o schopnostech klienta, dále vydefinovaný plán péče, ve kterém jsou uvedeny reálné cíle, jakým způsobem se tento plán bude realizovat a kdo do něj bude zapojen. Zaznamenávání dosaženého nebo nedosaženého by mělo být neustále monitorováno a vyhodnocováno.

Existují však i bariéry, které mohou řízenou péči limitovat. Patří zde zejména nedostatečná schopnost manažera případů, pracovní přetížení, díky kterému mohou unikát důležité detaily. Velkým problémem může být i pacientův absolutní nezájem o spolupráci s léčebným týmem nebo problémy s členy rodiny. Neshody však mohou nastat i v multidisciplinárním týmu, ve kterém nemusí být pochopeny principy managementu ze strany léčebného a ošetrovatelského týmu. Pokud se k tomu přidá i substandardní přístup ve zdravotnickém zařízení, jako například nevhodný přístup k pacientům a nezájem o rodinu, je to jeden z důvodů proč ke splnění výstupů nemůže dojít (Škrlovi, 2003, s. 220).

Kříčka (2006 s. 171) poukazuje na problémové postavení case manažera kvůli nemalému vlivu, který v komplexu komunitních služeb může mít. Vliv case managementu totiž spočívá i ve snižování nákladů, případně jejich udržení ve stanovených mezích. Takový vliv někdy velmi těžce akceptují různé druhy služeb, ve kterých dochází ke střetu potřeb spolupráce s autonomními tendencemi jednotlivých poskytovatelů.

Na problematiku část case managementu poukazuje také Lindovská (2012 s. 108-109). V článku časopisu Sociální práce se zabývá především problematikou bezdomovectví, ale zdůrazňuje také nutnost rozvoje široké škály navzájem spolupracujících služeb, které jsou schopny reagovat na potřeby klientů celostně. Za podstatné považuje multidisciplinární a mezirezortní spolupráci, ale poukazuje i na problematiku spolupráci jednotlivých sociálních služeb, která může narážet na nedostatek času při rozvoji vzájemné komunikace. Další bariéru shledává v oblasti legislativy, ve které uvádí zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách. Zákon nepočítá s nutností propojit systém služeb a staví tak jednotlivé sociální služby pracující s klientem do samostatné pozice. Autorka také poukazuje na způsob financování služeb při uspokojování potřeb klientů, které se často pohybují na pomezí sociálních a zdravotnických služeb. Jako příklad zde uvádí potřeby klientů s duální diagnózou, kdy řešení problematiky závislosti a duševního onemocnění v sobě nese prvky pomoci z oblasti zdravotní i sociální, proto je pro klienta řešícího více problémů

multidisciplinární spolupráce nezbytná. Problémem však může být nedostatečný počet profesionálů, kteří by se zabývali danou problematikou v týmu ostatních dobrovolníků. Autorka však na závěr dodává, že i přes dané problémy s utvářením sítí služeb by se sociální práce měla věnovat jejich rozvoji a to také se soukromými subjekty a institucemi a vyhledávat další formy síťování, které dále rozšíří možnosti práce sociálních služeb.

4 Metodologie výzkumu

Ve výzkumné části mé bakalářské práce popisuji zvolenou výzkumnou metodu, výběr respondentů, jejich charakteristiku a také cíl mého výzkumu.

4.1 Cíl a předmět výzkumu

Cíl výzkumu byl zaměřen na zjištění četnosti využívání metody case managementu sociálními pracovníky působícími v nemocnicích. Dále mě zajímalo, jaké nedostatky a přednosti sociální pracovníci shledávají při takovém způsobu práce s geriatrickým klientem. Důležitým pro mě také bylo, zda sociální pracovníci chápou obsah této metody správně.

Výzkumná otázka mé práce zní: Zda a jakým způsobem využívají sociální pracovníci case management v sociální práci na geriatrických odděleních ve zdravotnických zařízeních.

4.2 Kvalitativní výzkum

Pro mou bakalářskou práci jsem zvolila kvalitativní výzkum, protože mi umožňuje blíže nahlédnout na konkrétní činnosti jednotlivých sociálních pracovníků v nemocnicích. Kvalitativní přístup mi také pomáhá odhalit odlišné pracovní postupy a osobní angažovanost sociálních pracovníků na geriatrických odděleních.

Strauss, Corbin (1999, s. 10) chápou kvalitativní výzkum jako: *„výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace.“*

Miovský (2006, s. 17) popisuje kvalitativní výzkum jako: *„přístup, který pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů naši vnitřní i vnější reality využívá kvalitativních metod.“*

K volbě kvalitativního výzkumu mne vedlo více důvodů. Jedním z nich je přesvědčení badatele založené na jeho zkušenosti s výzkumem, dále to může být samotná podstata zkoumaného problému. Kvalitativní výzkum je také vhodný pro odhalení podstaty něčích zkušeností s určitým jevem. Metody v kvalitativním výzkumu mohou být velmi užitečné při porozumění jevů, o kterých mnoho nevíme. Tyto

jmenované metody využíváme při získávání názorů o jevech, které již známe, nebo o nich něco víme. Kvalitativní výzkum nám může pomoci při zjištění detailních informací o daném jevu, se kterými by si kvantitativní výzkum nebyl schopen poradit (Strauss, Corbin 1999: 11).

4.3 Metoda výběru a sběru dat

Pro získání informací od sociálních pracovníků v nemocnicích jsem využila metodu polostrukturovaného rozhovoru, který jsem zaznamenávala na diktafon.

Při využití metody polostrukturovaného rozhovoru si vytváříme schéma, které je pro tazatele závazné. Schéma specifikuje okruhy otázek, na které se respondenta budeme ptát, označujeme to jako jádro interview, tedy minimum otázek, které má tazatel za povinnost probrat. V polostrukturovaném rozhovoru je možné zaměňovat pořadí otázek a dle potřeby je na sebe navazovat tak, jak potřebujeme. Polostrukturovaný rozhovor také poskytuje prostor pro upřesnění a vysvětlení odpovědi účastníka, tím získáme možnost pochopit, jak respondent danou věc myslí a to, zda jsme vše správně pochopili a interpretovali. Při tom můžeme využívat doplňující otázky a tím téma propracovávat do hloubky, což je nezbytné pro předem definovaný cíl výzkumu. Polostrukturovaný rozhovor je téměř ideálním nástrojem pro oblasti aplikace většiny výzkumných plánů v oblasti kvalitativního přístupu (Miovský 2006: 159-161).

Jádro interview jsem vytvořila sestavením 13 otázek. Větší množství předem připravených otázek jsem volila proto, že informací o sociální práci se seniory v nemocnicích je velké množství a při rozhovorech s profesionálními sociálními pracovníky s dlouholetou praxí jsem si nemohla dovolit žádnou z vydefinovaných oblastí vynechat. Druhým důvodem byl fakt, že jsem do některých nemocnic, které jsem pro svůj výzkum oslovila, musela předpřipravený okruh otázek nejdříve zaslat.

Otázky jsem si rozdělila do tří okruhů.

Okruh č. 1. – obecná východiska Case managementu

1. Znáte pojem case management (neboli případové vedení), jak byste jej definovali?
2. Jak, při jakých příležitostech a jak často využíváte case management ve své praxi?

3. Koho oslovujete při realizaci case managementu?

Okruh č. 2. zúčastněné osoby v case managementu

4. Zapojujete i osoby z přirozeného sociálního prostředí klienta?

5. Jakou oblast case managementu považujete za nejdůležitější?

6. Jaká oblast case managementu je pro vás nejvíce limitující při práci s klientem/odborníky?

7. Uvítali byste větší zapojení odborníků, případně z jakých oborů?

8. Uvítali byste větší zapojení veřejnosti při využívání case managementu?

9. Konzultujete case management uvnitř pracovního týmu na geriatrici?

Okruh č. 3. edukace v case managementu

10. Vzděláváte se v oblasti case managementu? Jakým způsobem?

11. Jak sami hodnotíte metodu case managementu?

12. Jak vyhodnocujete výsledky intervencí v case managementu?

13. Jaké zdroje vám při realizaci case managementu pomáhají?

4.4 Popis výzkumného souboru

Pro cíl mého výzkumu bylo nezbytné zajistit si rozhovory se sociálními pracovníky působícími na geriatrických odděleních. Protože tato specializovaná oddělení nejsou zastoupena ve všech nemocnicích, zvolila jsem metodu záměrného výběru přes instituce.

Podle Miovského (2006, s. 138) je metoda záměrného výběru přes instituce metodou, ve které vybíráme dle určitého typu služeb nebo činností instituce, určené pro cílovou skupinu, která nás výzkumně zajímá. Miovský dále uvádí, že je záměrný výběr přes instituce z hlediska času i nákladů pro výzkumníka efektivní.

Pro získání respondentů pro svůj výzkum jsem volila instituce (nemocnice), ve kterých jsou geriatrická oddělení. Informace o institucích jsem získala z internetových stránek České gerontologické a geriatrické společnosti. Stránky obsahují seznam geriatrických oddělení v České republice. Zaměřila jsem se na nemocnice sídlící na Moravě a respondenti, které jsem pro svůj výzkum použila, jsou sociální pracovníci na geriatrických odděleních v nemocnici ve Zlínském, Olomouckém a Moravskoslezském kraji.

Celkový počet respondentů, které se mi podařilo pro výzkum získat, je 5. Zastoupení sociálních pracovníků na geriatrických odděleních není početné, z tohoto důvodu jsem se rozhodla nezveřejňovat konkrétní nemocnice, abych přímo neodhalila identitu jednotlivých sociálních pracovníků. Tímto krokem jsem se snažila dodržet etická pravidla kvalitativního výzkumu jako ochranu osob účastnících se výzkumné činnosti.

Důvěryhodnost výzkumníka je jedním z nejdůležitějších etických aspektů výzkumu. Pro kvalitu kontaktu je důvěra výzkumníka u účastníků zásadní. Nejde jen o zvýšení motivace k výzkumu, ale jedná se především o podporu motivace účastníků k tomu, aby poskytovali přesné a validní informace. Etická pravidla chránící účastníky výzkumu jsou neméně podstatnou součástí rozhovoru. Základ tvoří obecné pravidlo, že výzkum může být proveden jen s osobami, které nám k tomu udělily souhlas. Z daného souhlasu musí být patrné, že účastník rozhovoru rozumí povaze, důsledkům, rizikům, výhodám a nevýhodám, které plynou z účasti v rozhovoru. Účast na rozhovoru je dobrovolná a účastník má právo od rozhovoru kdykoli odstoupit. Výzkumník by měl při jakékoli výzkumné činnosti zajistit, aby získaná data od respondentů byla využita jen k účelu vztahujícímu se k definovaným cílům výzkumu. Ochrana soukromí a osobních údajů účastníků by měla být zpracována tak, aby nedocházelo k většímu narušení soukromí, než je pro zdárný průběh výzkumu nezbytně nutné (Miovský, 2006: 279-283).

Respondenti¹

1. Libuše	57 let	žena	Olomoucký kraj
2. Kristýna	32 let	žena	Moravskoslezský kraj
3. Bohdana	46 let	žena	Moravskoslezský kraj
4. Hana	55 let	žena	Zlínský kraj
5. Helena	58 let	žena	Zlínský kraj

¹ Respondenti souhlasí se zveřejněním jména a osobních údajů v předkládané bakalářské práci.

5 Empirická část

V empirické části bakalářské práce se zaměřuji na interpretaci zjištěných dat, které mi poskytli sociální pracovníci působící na geriatrických odděleních nemocnic. Zjištěné jevy a jejich popis analyzuji rozborem jednotlivých otázek. Ke každému jevu také přikládám příklady odpovědí jednotlivých sociálních pracovníků.

5.1 Analýza dat

Pro interpretaci zjištěných jevů uvádím, jak jsem analyzovala data. Zvolila jsem metodu otevřeného kódování. Podle Strausse, Corbina (1999, s. 39) je kódování postup, jehož pomocí jsou jednotlivé údaje rozebrány a konceptualizovány a následně jsou opětovně složeny novými způsoby. Strauss, Corbin (1999, s. 43) otevřené kódování charakterizují jako: „*část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů*“. Během otevřeného kódování jsou získané údaje rozebrány na jednotlivé části a po následném prostudování jsou zjišťovány rozdíly nebo naopak podobnosti, a také jsou kladeny otázky o jevech údají reprezentovaných (Strauss, Corbin, 1999, s. 39-43).

Významové jednotky jsou složeny z jednotlivých pojmů, které nám označují jednotlivé události - například pocity, soudy aj. Kategorie je soubor pojmů, které se vytváří vzájemným porovnáváním a tříděním významových jednotek. Následně se snažíme zjistit, zda pojmy v nich obsažené náležejí jinému podobnému jevu, nebo naopak jinému jevu nenáležejí a jsou samostatným odlišitelným celkem. Tímto způsobem se údaje seskupují do pojmu, který nazýváme kategorie. Proces, který dílčí pojmy seskupuje, se nazývá kategorizace. Při rozvíjení jednotlivých kategorií pracujeme s jejími vlastnostmi, které jsou následně rozloženy na jednotlivé dimenze. Celý proces kódování se tak snaží podněcovat objevování kategorií a jejich vlastností a dimenzí, na kterých se tyto vlastnosti nacházejí. To vše nám umožňuje popisovat vztahy mezi jednotlivými kategoriemi a podkategoriemi. Každé kategorii přísluší dimenzionální profil a uspořádáním několika dimenzionálních profilů vzniká vzorec - pravidelnost (Miovský, 2006, s. 228-229).

5.2 Interpretace výzkumu rozhovorů se sociálními pracovníky na geriatrických odděleních v nemocnicích

Interpretaci jednotlivých otázek se sociálními pracovníky jsem pro přehlednost rozdělila do samostatných částí.

Výzkumná otázka č. 1: „Znáte pojem case management (neboli případové vedení), jak byste jej definovali?“

Analýza odpovědí na výzkumnou otázku: v první otázce, která měla uvést rozhovor zaměřený na porozumění dotazované metody při výkonu sociální práce ve zdravotnictví, čtyři z pěti respondentek neznaly ani nikdy neslyšely anglický pojem case management. Pouze jedna respondentka uvedla, že označení case management zná již delší dobu. Tato respondentka je nejmladší z celé skupiny dotazovaných. Všechny respondentky po uvedení českého ekvivalentu případové vedení byly schopny tuto metodu definovat.

Respondentka Libuše ji označila jako *„komplexní a koordinovanou péči, ve které má klient více potřeb a je nutné je všechny respektovat a zorganizovat“*.

Respondentka Kristýna metodu case managementu popsala krátce jako: *„celkovou péči o pacienta“*.

Respondentka Bohdana ji chápe jako: *“péči o pacienta v týmu odborníků a pracovníků“*.

Respondentka Hana metodu popsala jako: *„koordinovanou péči o klienta, ve které se snažím pro klienta vychystat následnou péči a zajistit pro něj i jeho rodinu potřebné služby nebo předat informace o možnostech zapůjčení nebo získání kompenzačních pomůcek“*.

Respondentka Helena případové vedení definovala: *„zajištění více služeb a spolupráce s více lidmi a ne jen se zaměstnanci v nemocnici“*.

Výzkumná otázka č. 2: Jak, při jakých příležitostech a jak často využíváte case management ve své praxi?

Analýza odpovědí na výzkumnou otázku: otázka, která spadá do okruhu obecných východisek case managementu, měla za cíl odhalit četnost a pravidelnost využívání

metody případového vedení. Odpověď respondentek také měla poukázat na příležitosti, ve kterých sociální pracovníce při práci s geriatrickým pacientem po metodě case managementu sahají nejčastěji. Respondentky při odpovědi na výzkumnou otázku číslo dvě dosáhly shody a všechny souhrnně uvedly, že metodu využívají denně, pravidelně a také dlouhodobě. Respondentky také upřesnily, že jejich praktická činnost při výkonu sociální práce v nemocnicích se každodenně setkává s novými pacienty a to je také jeden z důvodů, proč je metoda využívána pravidelně a opakovaně.

Respondentka Libuše konstatuje: *„jako sociální pracovníce na geriatrici je případové vedení můj denní chleba, je to prakticky při práci s každým geriatrickým pacientem“*.

Respondentka Hana uvedla: *„případové vedení využívám denně. Jsem jediná sociální pracovníce na celou nemocnici a potřebuji i spolupráci jiných lidí, zejména rodiny a sociálních služeb. Bez nich není možné se o klienta postarat. Já teoreticky mohu klienta propustit z nemocnice i bez zajištění další péče, ale morálně to udělat nemohu. Na pacientech mi záleží a pan primář smýšlí stejně. Snaží se nás všechny motivovat k tomu, abychom přistupovali ke klientům s úctou, a celý tým pracovníků vede tímto směrem“*.

Výzkumná otázka č. 3: Koho oslovujete při realizaci case managementu?

Analýza odpovědí na výzkumnou otázku: otázka číslo tři otevírá okruh otázek zaměřených na účast a zapojení osob do případového vedení. Okruh těchto otázek měl poukázat na spolupracující subjekty v případě geriatrických pacientů. V oblasti zúčastněných osob jsem také chtěla odhalit, kdo je v péči o klienta nejvíce angažovaný a motivovaný, případně odhalit, zda existují subjekty, které jsou v pomáhajícím vztahu pro seniora bariérou či limitem. Ve výzkumné otázce čtyři respondentky dosáhly shodné odpovědi, jedna respondentka však uvedla odlišnou odpověď. Čtyři respondentky oslovují zejména lékařský a ošetrující tým na geriatrici, následně rodinu a dle potřeb všechny ostatní. Jen jedna respondentka uvedla, že nejdříve osloví samotného klienta a teprve poté zapojuje jiné osoby. Respondentka s odlišnou odpovědí se snaží nejdříve zjistit přání a potřeby klienta bez intervencí druhých lidí.

Respondentka Libuše vymezuje: *„zaměstnance nemocnice a rodinu. Ze zaměstnanců jsou to zejména lékaři, sestry, staniční sestry a také pan primář na*

geriatrii. Dále oslovuji všechny, kteří se podílí na následné péči“. Zde respondentka uvedla terénní sociální pracovníce, domovy pro seniory a různé poskytovatele sociálních služeb.

Respondentka Helena uvedla: *oslovuji nejdříve klienta, ale tomu předchází to, jak si ho zhodnotím. Jak se hýbe, jak je schopen komunikovat a co má asi zajištěné. Potom vedu s klientem rozhovor a zeptám se nejdříve, co by si přál a co by chtěl. Problém je, že se často setkávám s klienty, kterým zdravotní stav životní situaci změnil den ze dne, a oni stále doufají a chtějí, aby se vrátil jejich předešlý život. To ale bohužel někdy nejde, proto si po vyhodnocení a konzultaci s lékařem zmapuji, co by asi klient potřeboval a na základě toho oslovuji příslušné služby a rodinu“.*

Výzkumná otázka č. 4: Zapojujete i osoby z přirozeného sociálního prostředí klienta?

Analýza odpovědí na výzkumnou otázku: následující otázka přinesla u všech respondentek shodu. Nevíce se z přirozeného sociálního prostředí zapojuje rodina. Všechny dotazované respondentky také poukázaly na klesající angažovanost blízkých rodinných příslušníků v péči o seniora. Respondentky také poukázaly na to, že rodina se ve většině případů spoléhá na navrhovaná řešení sociálních pracovníků v nemocnicích a projevuje jen velmi malou angažovanost a samostatnost přinést funkční řešení. Z výzkumu jsem také zjistila, že rodinní příslušníci často vnímají sociální pracovníky jako osoby, které mají o geriatrického pacienta povinnost se postarat, protože je to jejich práce. Jednotlivé respondentky uvedly následující:

Respondentka Libuše konstatuje: *Zapojuji nejméně rodinu, ta spolupracuje více či méně skoro vždy. Je to také v jejich zájmu s námi spolupracovat. Někdy je možné spolupracovat i se sousedy, ale je to více nereálné než reálné. Je to taková pohádka, protože zájem o klienta je od cizích lidí spíše krátkodobý a dočasný a není možné s ním stoprocentně počítat“.*

Respondentka Hana souhlasí a dodává: *„zapojuji zejména rodinu, ale někdy blízká rodina nejeví zájem, nebo se stává, že jsou daleko nebo někde v zahraničí. Potom se může oslovit k zapojení i širší rodina. Poslední dobou pozoruji, že se hodně zapojují vnuci a zejména vnučky seniorů, které jsou s malými dětmi na mateřské. Pokud je rodina dlouhodobě mimo, je možné oslovit a zapojit i sousedy, ale spíše jsou už*

dlouhodobě zvyklí seniorům pomáhat. Také mám dobrou zkušenost s dobrovolníky, ale snažím se je využívat zejména u seniorů, kteří jsou osamělí a nikoho nemají. U nás v nemocnici si ale dobrovolníky pravidelně kontroluji“.

Respondentka Helena také uvádí: *Ano, rodinu zapojuji naprosto vždy, poslední dobou ale zájem rodiny o seniora není moc velký, proto někdy musí suplovat sousedi, přátelé, ale také příslušný úřad, který by se o osamělého seniora měl postarat“.*

Výzkumná otázka č. 5: Jakou oblast case managementu považujete za nejdůležitější?

Analýza odpovědí na výzkumnou otázku: v této výzkumné otázce odpovídaly respondentky nejednotně. Tři z pěti respondentek poukázaly na důležitost v oblasti motivace a vlastní angažovanosti. Právě tyto klíčové vlastnosti považují oslovené sociální pracovníce při realizaci péče a uspokojování potřeb za nejdůležitější. Jedna respondentka jako nejdůležitější oblast případového vedení chápe získání informací, které jsou hlavním nástrojem dalšího postupu a realizací intervencí. Další respondentka poukázala na nutnost komunikace mezi jednotlivými subjekty v pomáhajícím vztahu.

Respondentka Libuše rozvádí fakt: *„nejdůležitější je samotné získání informací tak, aby byly validní. Pokud má klient více než 85 let a řekne mi, že stále bydlí s rodiči, tak je to velmi těžká situace. Důležité je také to, kdo má být informovaný, někdy je to obtížné. Mělo by to být uvedeno v pacientově kartě, ale pokud není, tak kvůli tomu občas spolupracujeme s policií ČR, která nám může požadovanou osobu najít. Také to, abychom mohli s klientem pracovat, tak k tomu musí dát klient souhlas – to je informovaný souhlas. Je to vlastně zápis s pacientem. Před tím ale předchází sociální porada - to znamená, že nás například osloví staniční sestra, lékař a jiní. Nebo si nás může vyžádat přímo pacient. Pokud ale nedá souhlas, bohužel se nedá nic udělat a po doléčení je bez naší sociální pomoci propuštěn domů“.*

Respondentky Bohdana a Kristýna dodávají: *nejdůležitější je vůbec vlastní zájem klienta a také důležitá spolupráce s lékaři“.*

Respondentka Helena ještě uvádí, že je to: *zájem a motivace lidí všeobecně, ne jen rodiny, ale i služeb, právě úřadů, prostě pokud není klient a okolí motivované a zapojené, velmi těžce se pak problémy klienta řeší“.*

Výzkumná otázka č. 6: Jaká oblast case managementu je pro vás při práci s klientem/odborníky nejvíce limitující?

Analýza odpovědí na výzkumnou otázku: v následující otázce nebylo dosaženo shody a ze všech vydefinovaných otázek jsem se setkala s nejrozsáhlejšími odpověďmi celého výzkumu. Dvě respondentky uvedly, že je pro ně nejvíce limitující práce s úřady, jiná respondentka uvedla neochotu klienta a jeho rodiny na spolupráci. Pro další dotázanou sociální pracovníci byla největší bariéra nemožnost opakovaně problém klienta vyřešit. Poslední respondentka uvedla limitů mnohem více a nekonkretizovala jen jeden. Ve své odpovědi poukázala na velmi praktické bariéry při sociální práci na geriatrických odděleních. Zmínila zejména špatnou finanční situaci klientů, kdy vzniklé exekuce mohou zabránit jejich umístění do domovů pro seniory. Respondentka také poukázala na neochotu některých pojišťoven proplácet pobyt seniora v nemocnici, pokud je hospitalizován déle než 48 dní. Poslední respondentka také poukázala na nepřijímání stáří ve společnosti a negativní mediální obraz seniorů. S ohledem na velmi užitečné informace této respondentky jsem se rozhodla uveřejnit celou její odpověď.

Respondentka Hana shrnuje: *„nejvíce limitující může být samotná práce s klientem, který chce něco jiného než rodina. A ano, musí se vyslechnout přání klienta, ale když vidím, že opravdu není možné zajistit péči v domácím prostředí, je to velmi limitující a musím hledat jiné možnosti než to, co si přeje klient. Dále bych chtěla poukázat na samotnou společnost, která všeobecně nepřijímá stáří. Může to znít velmi obecně, ale ta neinformovanost společnosti o tom, co je vlastně geriatrická křehkost a co je s tím spojené je velmi limitující. Velmi tomu pomáhají média, která klamně informují o některých jevech u seniorů – například, že senioři v nemocnici hladoví. Ale už nikoho nezajímá, že doma jí velmi špatnou stravu a také to, že jak člověk stárne, tělo už není schopno tak dobře potravu zpracovat, proto se u nás soustředíme i na to, abychom byli schopni pacienty nutričně spravit. K tomu jsou velmi vhodné nutriční pitíčka, které jsou ale velmi drahé. Proto najít takové, které by byly schopny pokrýt denní výživu pacienta a ještě byly cenově dostupné, je nelehký úkol. Dalším velkým limitem je finanční situace seniorů, zejména exekuce. To totiž brání přijetí seniora do domova pro seniory – někdy lze i udělat výjimky, ale je to neuvěřitelně časově náročné. Další limit vidím v pojišťovnách, které mají své stanovené doby na proplácení délky pobytu pacienta v nemocnici – obvykle 48 dní. Poté se ptají, proč je pacient déle hospitalizovaný. Už se nám stalo i to, že nám pojišťovna pacientův delší pobyt*

neproplatila. Ale oni nechápou, že klienta není možné hned propustit, některým trvá léčba déle. Ale kvůli sociální situaci není možné klienta v nemocnici déle držet, bohužel, tam se musí hledat jiná řešení“.

Respondentka Libuše připomíná skutečnost: *„limitující je zejména práce s úřady. Ne, že by nechtěli spolupracovat, ale jsou schopni nám poskytnout informaci jen na základě písemné žádosti. Například, pokud potřebujeme vědět, zda pobírá klient příspěvek na péči a nejsme schopni to od klienta zjistit. S klientem musíme pracovat rychle, v nemocnici nejsou žádné prodlevy a než se vyřídí žádost s úřadem, může to trvat i několik týdnů“.*

Výzkumná otázka č. 7: Uvítali byste větší zapojení odborníků, případně z jakých oborů?

Analýza odpovědí na výzkumnou otázku: v této otázce tři respondentky dosáhly shody. Uvedly, že o větší zapojení odborníků neusilují a jsou s dosavadní spoluprací naprosto spokojeny. Celý tým, se kterým spolupracují, je podle jejich odpovědí kooperující a také dostatečný. Není tedy potřeba usilovat o zapojení odborníků z jiných oborů. Jedna respondentka uvedla, že by ráda zapojila odborníky z ekonomické oblasti, aby si byli schopni uvědomit, že provázaná a kontinuální péče je daleko levnější a pro stát a společnost výhodnější než jedna intervence, ukončení a přesunutí na jinou sociální službu. Poslední respondentka by si přála zapojení více úředníků z obcí a městských částí, zejména terénních úředníků, kteří by v domácnostech seniorů prováděli depistáž a informace o životní situaci klienta předávali dále.

Respondentka Bohdana tvrdí: *„zapojení více odborníků není potřeba. Jsem spokojená s lidmi, se kterými v současnosti spolupracuji“.*

Respondentka Kristýna uvádí: *„více odborníků není potřeba, spíš bych uvítala jejich větší zájem o věc“.*

Výzkumná otázka č. 8: Uvítali byste větší zapojení veřejnosti při využívání case managementu?

Analýza odpovědí na výzkumnou otázku: v následující otázce se mezi respondentkami dosáhlo shodné odpovědi. Všechny respondentky uvedly, že by uvítaly větší zapojení veřejnosti. Na doplňující otázku koho a jakým způsobem však nebylo

konkrétně odpovězeno. I v tomto směru bylo dosaženo shody, protože oslovené sociální pracovníce nevěděly, jak přesně by širší okolí zapojily. Nedostala jsem odpověď ani na možné činnosti, které by veřejnost vykonávala, ani jaké konkrétní osoby by měly být angažované či oslovené. V odpovědích také často zaznívalo, že zapojení jiných lidí než rodiny je velmi nereálné. Jedna respondentka v souvislosti se zapojením veřejnosti poukázala na své zklamání s komunitním plánováním, které je podle ní spíše byrokratický úkon než praktické řešení problémů. Další skutečností, které jsem si u odpovědi na otázku dobrovolného zapojení veřejnosti všimla, byl u všech sociálních pracovníc skeptický až ironický tón hlasu.

Respondentka Libuše rozvádí fakt: *„zapojení společnosti by bylo jistě prospěšnější, ale je to zcela nereálné. Taková pomoc by byla víceméně dočasná a nelze se na ni spolehnout. Můžeme zapojit sousedy, aby klientovi pomáhali, ale jak říkám, za chvíli je to přestane bavit, mají své životy a nelze se na to spoléhat, prostě spolupracujeme nejvíce s rodinou“.*

Respondentka Helena považuje zapojení veřejnosti za prospěšné, zároveň uvádí: *„nevím jak moc je to reálné. Mě například velmi zklamalo komunitní plánování. My jsme byly před lety na schůzkách komunitního plánování a já jsem si řekla, konečně je něco takového. Ale když se na to dívám po letech, tak se jen tabulkově vyhodnotí něco a stejně se řešení moc nerealizují – alespoň z mého pohledu“.*

Výzkumná otázka č. 9: Konzultujete case management uvnitř pracovního týmu na geriatrici?

Analýza odpovědí na výzkumnou otázku: Všechny respondentky v této výzkumné otázce dosáhly shody, dostala jsem téměř stejné odpovědi. Sociální pracovníce uvedly, že každý případ klienta se pravidelně konzultuje se sestrami, lékaři a primářem. Jedna respondentka také uvedla, že často konzultuje případ klienta s fyzioterapeuty, zejména kvůli podávání žádosti o získání kompenzačních pomůcek.

Respondentka Helena uvádí: *„případové vedení konzultujeme vždy. Máme pravidelně vizitu, porady, komunikujeme s fyzioterapeuty, kteří jsou schopni doporučit vhodnou kompenzační pomůcku. Zde je ale problém, že ne vždy na ni senior dosáhne. Celý ten proces je komplikovaný a hodně byrokratický. Například polohovací lůžka se podaří získat opravdu málokomu“.*

Respondentka Kristýna upřesňuje: „*ano, konzultujeme vždy s každým členem týmu, ne vždy je to ale snadné*“.

Respondentka Libuše konstatuje: „*samozřejmě, konzultujeme vždy pravidelně, se sestrami, lékaři. Pan primář se vždy ptá, co bude s pacientem dále. Primáře také doprovázíme při vizitě, kde s klientem všichni komunikujeme*“.

Výzkumná otázka č. 10: Vzděláváte se v oblasti case managementu? Jakým způsobem?

Analýza odpovědí na výzkumnou otázku: Otázka číslo deset otevírá třetí okruh otázek zaměřených na edukaci v case managementu. Cílem v této oblasti je odhalit, jak jsou sociální pracovníci angažovaní při vzdělávání, dále jak jsou schopni své intervence vyhodnocovat, zda tuto metodu v sociální práci považují za užitečnou. V otázce vzdělávání v oblasti case managementu respondentky dosáhly shody. Všechny respondentky uvedly, že mají povinnost se ze zákona vzdělávat, při konkretizaci otázky zaměřené na samostatnou metodu case managementu, jsem sice dostala shodné, ale spíše rozpačité odpovědi. Zde si dovoluji pochybovat, zda se všechny respondentky skutečně v oblasti koordinace případů pravidelně vzdělávají. Jedna respondentka doplnila, že vedení případů je více o zkušenostech než o nových informacích a další poukázala na nedostatečné možnosti vzdělávání v této oblasti. Dvě respondentky se shodly na problémové oblasti vzdělání s ohledem na nedostatečné finance.

Respondentka Kristýna vymezuje: „*vzdělávám se pravidelně, ale nejvíc mě omezuje doba konání, vzdálenost semináře a také jsou pro mě velký problém finance*“.

Respondentka Libuše uvádí: „*my se musíme ze zákona pravidelně vzdělávat, ale postupy v případovém vedení jsou spíše o zkušenostech*“.

Respondentka Bohdana konstatuje: „*ano, vzdělávám se, je-li ta možnost, ale omezuje mě vzdělávací nabídka a také finance*“.

Výzkumná otázka č. 11: Jak hodnotíte metodu case managementu?

Analýza odpovědí na výzkumnou otázku: V této výzkumné otázce všechny respondentky dosáhly shody. Metodu case managementu všechny sociální pracovníce hodnotily pozitivně. Souhrnně také uvedly, že jsou zvyklé tak pracovat delší dobu a shledávají ji výhodnou nejen pro klienta, ale i pro širší okolí. Jedna respondentka

vyzdvihla výhody této metody z finančního hlediska, kdy se výrazně snižují náklady celé organizace.

Respondentka Libuše k hodnocení metody case managementu dodala: *„hodnotím ji pozitivně, pracuji tak stále, nevím, jak jinak by práce na geriatricii vypadala“*.

Respondentka Bohdana uvádí: *„jsem zvyklá tak pracovat denně a dlouhodobě, je to jen přínosné, pokud při práci s klientem nestojí nějak závažné překážky“*.

Respondentka Hana upřesňuje: *„je to velmi užitečné, jak pro pacienta, tak i pro rodinu. Také z ekonomického hlediska, prostě pro všechny a ano jsem tak zvyklá pracovat“*.

Výzkumná otázka číslo 12: Jak vyhodnocujete výsledky intervencí v case managementu?

Analýza odpovědí na výzkumnou otázku: v této otázce všechny respondentky dosáhly shody. Sociální pracovníce uvedly, že jednotlivé intervence zaznamenávají do karty pacienta, ale shodně také dodávají, že vyhodnocení o úspěšnosti či neúspěšnosti provádí jen tehdy, pokud se pacient do nemocnice vrátí. Na základě zápisu v kartě pacienta tak mohou vidět, zda vydefinované pokusy o řešení klientových problémů byly úspěšné či nikoli. Na základě nově vyhodnocených informací hledají alternativy řešení sociální situace geriatrického pacienta.

Respondentka Helena uvádí: *„děláme si o klientech zápisy. Proto víme, když se vrátí, co třeba pomáhá a co ne“*.

Respondentka Bohdana shrnuje: *„snažím se vše zaznamenat a na pravidelných schůzkách informovat ostatní“*.

Respondentka Kristýna dodává: *„vše zaznamenávám, také se o klientech bavím s lékaři a hodně probíráme situaci klienta s kolegyněmi. Tím také vyhodnocujeme, zda rozhodnutí o řešení problémů byly dobře zvolené“*.

Respondentka Libuše konstatuje: *„ano, vše zaznamenávám do karty pacienta. Pacienti se k nám často vrací a my můžeme vidět, co jsme pro něj už udělali a na čem dále stavět. Od čeho se máme odrazit“*.

Výzkumná otázka č. 13: Jaké zdroje vám při realizaci case managementu pomáhají?

Analýza odpovědí na výzkumnou otázku: Na tuto výzkumnou otázku všechny respondentky odpověděly shodně. Sociální pracovnice uvedly, že největší zdroj pro ně představuje tým spolupracovníků, který poskytuje nezbytné zkušenosti a rady při řešení problémů. Při rozhovoru jsem otázku ještě dále rozvedla o oblast databáze kontaktů, a zda je v nemocnici konzultační místnost pro realizaci schůzek. V oblasti databáze kontaktů respondentky také dospěly ke shodné odpovědi, kdy souhrnně poukázaly na již vytvořenou síť kontaktů a ověřených institucí, které často využívají. Respondentky k tomu dodaly, že celou databázi si musely vytvořit samy. Na otázku konzultační místnosti však respondentky odpovídaly nejednotně. Samostatnou místnost pro rozhovory mají jen dvě z pěti respondentek. Zbylé tři respondentky používají jako konzultační místnost svou kancelář. Respondentky, které uvedly, že nedisponují samostatnou místností, také shodně uvedly, že kancelář shledávají jako rušivou, protože rozhovory jsou neustále přerušovány telefonními hovory. V rozšiřujících otázkách dvě respondentky zmínily duchovní potřeby, které na geriatrických odděleních zajišťují. Shodně je hodnotí velmi pozitivně, protože duchovní si s pacienty mohou povídat déle, což sociální pracovníci při počtu pacientů na odděleních nejsou schopni zrealizovat.

Respondentka Libuše uvádí: *„nejvíce mi pomáhá komunikace s týmem sociálních pracovnic. My máme každá své oddělení, ale společně a často se radíme a já jsem za to velmi ráda. Je to dáno tím, jaké máme vedení. Vím, že i lékaři si naší práce velmi váží, protože bez nás by se velmi těžce o pacienta po sociální stránce pracovalo. Ano, konzultační místnost máme, nebylo by ani žádoucí, abychom se s nimi potkávali někde v rušivém prostředí“.*

Respondentka Helena konstatuje: *„máme databázi kontaktů, které jsme si ale vytvořily samy. Máme také seznamy, které poskytujeme rodinným příslušníkům – například domovy důchodců, dovážky obědů aj. Je to pro ně ulehčení, protože služby, které jsou uvedeny na internetu, jsou velmi nepřehledné. Tak už víme, co za ty roky doporučujeme, protože s tím máme dlouhodobou zkušenost. Nový zdroj, který k nám přišel asi před rokem, je nabídka duchovních služeb. Je to hodně pozitivní, protože klient si může s duchovním v klidu povykládat, což my v tom velkém počtu pacientů nejsme schopni zajistit. Můžeme pro pacienta zajistit duchovního dle jeho vyznání“.*

Respondentka Hana k duchovním potřebám dodává: „ano, také klademe důraz na duchovní dimenzi klienta. Máme svého kněze, který přichází jednou za týden, každý den za pacienty chodí jáhen. V nemocnici děláme i křty, máme také pravidelné bohoslužby“.

6 Diskuze

Cílem předkládané bakalářské práce je zjistit, zda a jakým způsobem využívají sociální pracovníci metodu case managementu na geriatrických odděleních. Obecně se dá tvrdit, že sociální pracovníci na geriatrických odděleních využívají ve většině případů metody case managementu, lze však diskutovat nad určitými specifiky.

6.1 Diskuze nad výsledky

Pro přehlednost práce bylo zachováno členění otázek na tři hlavní okruhy. První okruh se zaměřuje na obecná východiska case managementu, ve druhém okruhu je pojednáno o zúčastněných osobách v případovém vedení a diskuze je zakončena možnostmi edukace a vyhodnocování metody case managementu.

6.1.1 Obecná východiska case managementu

Analýzou polostrukturovaných rozhovorů byla zjištěna zajímavá terminologická skutečnost. Čtyři oslovené sociální pracovnice se s pojmem case managementu ve své celoživotní praxi nikdy nesetkaly. Tato skutečnost je poměrně překvapující, protože při studiu podkladů pro bakalářskou práci jsem si povšimla, že téměř všichni čeští autoři čerpají právě ze zahraničních zdrojů, kde je označení case management klíčovým pojmem při získávání nových informací. V odborné literatuře jsem se nesetkala s doslovným překladem případového vedení, proto si po proběhlém výzkumu nejsem zcela jista, jak sociální pracovnice získávají nové poznatky o rozvoji dané metody. Pouze nejmladší sociální pracovnice ze sledovaného vzorku anglický ekvivalent znala. To přisuzuji lepším jazykovým kompetencím a přístupem k zahraničním článkům v průběhu jejího studia. Předpokládám, že by česká sociální práce neměla trvat na doslovných překladech některých definic, a měla by vyvíjet snahu více integrovat zahraniční pojmy. Obecně by tento krok znamenal usnadnění začlenění nových trendů v oblasti pracovních postupů sociálních pracovníků. Plnou shodu lze spatřit při denním využívání metody při práci s klienty v nemocnicích, tato skutečnost mne příjemně překvapila. Bližší vysvětlení kompetencí sociálních pracovníků podhalilo jejich vytíženost a zvyšující se počet geriatrických pacientů v nemocnici. Jedna sociální

pracovnice poukázala na fakt, že jinak než s vedením případů ve zdravotnictví není schopna pracovat. Po provedeném výzkumu lze tedy konstatovat, že metoda case managementu je velmi efektivní a pro sociální práci do budoucna nezbytnou. Sociální pracovnice koordinaci případu jedním sociálním pracovníkem a zapojením více zúčastněných osob do řešení případu klienta považovaly za mnohem účinnější než překládání geriatrického pacienta do různých druhů sociálních služeb. Realizace case managementu je však specifická v každém zařízení. Většina sociálních pracovnic zapojuje nejdříve profesionální tým na geriatrii a až poté pacienta. Pouze jedna sociální pracovnice všechny oslovené osoby zapojí až po bližším seznámení s klientem. Po zjištění těchto údajů si nejsem jistá, jaký postup by měl být zvolen. Domnívám se, že velkou roli hraje sebranost týmu a také navyklé pracovní postupy.

6.1.2 Zúčastněné osoby v case managementu

Analýza odpovědí ve sledované oblasti patřila k nejrozsáhlejší. Sociální pracovnice shodně poukazovaly na nutnost spolupráce rodiny a provázanost v pracovním týmu. Tento fakt byl také uváděn jako nejdůležitější součást celého pracovního postupu a zároveň největším limitem při výkonu sociální práce na geriatrii. Zajímavý byl skeptický postoj sociálních pracovnic při zmínce o dobrovolném zapojení veřejnosti při realizaci case managementu. Motivace společnosti v dobrovolném a solidárním zapojení při řešení problémů by mohla být zajímavým tématem pro další výzkum v této oblasti. Osobně mne překvapil výrok jedné respondentky ohledně velmi špatné informovanosti společnosti o geriatrické křehkosti. Ze statistických údajů, které poukazují na stárnutí populace, je pro mě zarážející, jaké deficitní informace se o problematice stáří a geriatrických symptomech ve společnosti vyskytují. Poukázala bych zde také na možnost aktivizovat zapojení veřejnosti s ohledem na finanční úsporu. Uspořené prostředky by následně mohly být investovány zpět do zdravotnictví a přispívat k rozvoji sociální práce, případně být využity na zlepšení materiálních podmínek sociálních pracovníků ve zdravotnictví viz. chybějící konzultační místnosti.

6.1.3 Edukace v case managementu

Poslední okruh otázek uzavíral a sumarizoval rozhovor s respondenty, a byl proto zaměřený na evaluaci, praktické zdroje pomoci a vzdělávání v oblasti case

managementu. Překvapivě pouze jedna sociální pracovnice skutečně poukázala na ochotu a vlastní zájem o vzdělávání. Tato respondentka byla také jako jediná schopna identifikovat anglický ekvivalent koordinované péče o klienta. Z výzkumu vyplynulo, že sociální pracovnice nejevily větší angažovanost pracovat na svém profesním rozvoji. Poměrně alarmujícím bylo i zjištění, že si většina sociálních pracovníků své intervence nevyhodnocuje a zpětně se k nim vrací až při opakované hospitalizaci pacienta. Zde bych pootevřela diskuzi nad možnou zpětnou evaluací intervencí. Domnívám se, že koordinace s jinými subjekty, například terénními sociálními pracovníky, nebo domovy pro seniory zcela nefunguje. Tato skutečnost byla potvrzena i odpověďmi respondentek. Přesto sociální pracovnice shodně hodnotily koordinaci případů jako pozitivní a užitečnou. V oblasti zdrojů bylo zajímavé, jak respondentky pozitivně vnímají integraci duchovních služeb do zdravotnictví. Všechny oslovené vyzdvihly duchovní dimenzi - zejména prostor pro hlubší rozhovor s klientem. Sociální pracovnice jsou v ohledu zprostředkování duchovní pomoci velmi angažované, protože duchovní služba supluje čas, který by musely klientovi poskytnout samy. Bohužel však shodně dodávají, že to není v jejich časových možnostech.

6.2 Náměty pro další bádání

Při zpracování své bakalářské práce jsem se zabývala také tím, zda je o problematice case managementu v sociální práci na geriatricii zpracovaná jiná studie. V České republice jsem se při studiu odborné literatury nesečkala s obdobným výzkumem, a proto na dané téma nemohu provést vhodnou komparaci. Při studiu cizojazyčné literatury jsem našla podobnou americkou studii, která se zabývá dopady programů case managementu na využívání zdrojů zdravotní péče. Studie také poukazuje na spokojenost pacientů, kvalitu života a efektivnosti vynaložených nákladů spojených s touto metodou. Citovaná studie autorů Jeffrey A. Fergusona a Morrise Weinbergera byla publikována v únoru 1998 v *Journal of General Internal Medicine* pod názvem „Case management programs in primary care“.

V průběhu výzkumu jsem narazila také na určité překážky a limity. Jedná se zejména o skutečnost, kdy počet sociálních pracovníků zaměstnaných na geriatrických odděleních v nemocnicích je velmi nízký. Další slabinou byla velmi malá zpětná vazba. I když jsem oslovila každou nemocnici na Moravě, ochota poskytnout rozhovor k mému výzkumu byla velmi malá. Vzorky z Moravskoslezského kraje jsem získala až po

urgenci mých známých. Jako poslední slabinu uvádím ne zcela etický přístup některých velkých fakultních nemocnic. Mám na mysli to, že rozhovor se sociální pracovníci byl podmíněn finančním úplatou. V tomto ohledu jsem měla etické dilema, zda na to přistoupit či nikoli, ale při nízkém počtu získaných respondentů jsem nakonec s podmínkami souhlasila. Bohužel, daná nemocnice nakonec nedovolila rozhovor uskutečnit, z čehož jsem byla v rozpacích.

Návrhy pro další bádání bych orientovala do oblasti koordinace péče. Myslím si, že je žádoucí zabývat se tím, jak jsou ochotny státní instituce spolupracovat na řešení problémů občanů. Možnosti zlepšení bych viděla i v širší nabídce vzdělávání, kterému by měla předcházet studie směřovaná na zjištění problematických oblastí case managementu. S ohledem na demografický vývoj bych také poukázala na nutnost zaměstnávání většího počtu sociálních pracovníků na geriatrii. V neposlední řadě bych se chtěla zaměřit na větší osvětu veřejnosti i médií v oblasti geriatry a křehkých geriatrických pacientů.

Závěr

Ve své výzkumné bakalářské práci jsem se zaměřila na praktické činnosti sociální práce ve zdravotnictví. Snažila jsem se odhalit, zda je mnou vybraná metoda case managementu využívána a zastoupena i v sociální práci na geriatrici. Zaměřila jsem se i na nedostatky a hodnocení metody vedení případů. Závěrem mohu shrnout, že všechny sociální pracovnice, které jsem oslovila, tuto metodu skutečně ve své praxi realizují. Při výzkumu a jeho následném vyhodnocení jsem zaznamenala využívání koordinování případů sociálními pracovníky se zapojením multidisciplinárního týmu. Ze získaných dat jsem také vyhodnotila velkou efektivitu způsobu práce s využitím case managementu. Odhalila jsem skutečnost velkého přetížení sociálních pracovníků a jejich nedostatečné zastoupení v českém zdravotnictví. I když to nebyl cíl ani směr mého výzkumu, tento jev by si jistě zasloužil podrobnější bádání a analýzu. Výzkum však také poukázal na problémovou oblast vzdělávání při využívání konkrétní metody case managementu. I tato oblast by si zasloužila vlastní podrobnější výzkum.

Mohu také konstatovat, že mě rozhovory se sociálními pracovníky velmi obohatily a dostalo se mi mnoho cenných rad, zkušeností a příkladů z dobré praxe, které se v odborných publikacích jen obtížně hledají. Proto si myslím, že má bakalářská práce může být velmi přínosná pro studenty humanitních oborů se zaměřením na sociální práci. Zpětně také hodnotím, že získávání respondentů pro rozhovor bylo nejobtížnější částí celého výzkumu.

Realizace metody případového vedení je dle zjištěných výsledků prospěšná pro všechny zúčastněné. Řízení a plánování nástrojů a služeb pro geriatrického pacienta je mnohem efektivnější, když je koordinuje jen jedna kvalifikovaná osoba, než když se plán intervencí tříští mezi více subjektů. Velmi bych si přála, aby se o tomto způsobu práce více diskutovalo a také více publikovalo. Uvítala bych i větší zapojení státních institucí a poskytovatelů sociálních služeb. Myslím si také, že metoda case managementu vytváří velký prostor pro realizaci dobrovolnictví. Pro budoucnost sociální práce se seniory považuji koordinovanou péči naprosto nezbytnou i z hlediska finančních nákladů. V case managementu ale také spatřuji jeden velký nedostatek a to, že je založen na osobní angažovanosti všech zúčastněných osob. Dokázat neustále motivovat členy multidisciplinárního týmu podporovat zájmy cizích lidí je pro case managera nelehký úkol. Z tohoto důvodu si myslím, že by měl být kompetentní case manager vyvráto osobností s dlouholetou zkušeností v praxi.

Seznam použitých zdrojů:

- Bártlová, S. (2005). *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing
- Čevela, R., Kalvach, Z., Čeledová, L. (2012). *Sociální gerontologie*. Praha: Grada Publishing
- Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů. V domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing
- Gojová, A. (2007). *Sítě a síťování*. In: Janoušková, K. 2007. *Metodické a koordinační dovednosti v sociálních službách*. Ostrava: Ostravská Univerzita v Ostravě
- Hauke, M. (2014). *Zvládání problémových situací se seniory nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada Publishing
- Holmerová, I. a kol. (2014). *Dlouhodobá péče. Geriatrické aspekty a kvalita*. Praha: Grada Publishing
- Holmerová, I., Jurašková, B., Zikmundová, K. a kol. (2007). *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: EV public relations
- Hrozenská, M., Dvořáčková, D. (2013). *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing
- Hrubeš, J. (2016). *Case management v sociálních službách [on-line]*. Dostupné 8.2.2016 z <http://www.socialni-zaclenovani.cz/case-management-v-socialnich-sluzbach>
- Chloupková, S. (2013). *Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z*. Praha: Grada Publishing
- Janečková, H. (2005). *Sociální práce se starými lidmi*. In: Matoušek, O., Koláčková, J., Kodymová, P. (eds.). 2005. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál
- Janečková, H. (2013). *Vysoké stáří*. In: Matoušek O. a kol. 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál
- Kalvach, Z., Čeledová, L., Holmerová, I., Jiráček, R., Zavázalová, H., Wija, P. a kol. (2011). *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada Publishing

- Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R., Závazalová, H., Suchrada, P., a kol. (2004). *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing
- Kříčka, J. (2006). *Komunitní péče*. In: Marková, E., Venglářová, M., Babiaková, M., a kol. 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing
- Kutnohorská, J., Cichá, M., Goldmann, R. (2011). *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing
- Kuzníková, I. a kol. (2011). *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing
- Lindovská, E. (2012). *Síťování jako součást práce s lidmi bez domova*. Sociální práce/Sociální práce 1/12: 102-111
- Mahrová, G., Venglářová, M. a kol. (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing.
- Matoušek, O. a kol. (2007). *Sociální služby*. Praha: Portál
- Matoušek, O., a kol. (2001). *Základy sociální práce*. Praha: Portál
- Mioviský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing
- Mlýnková, J. (2011). *Péče o staré občany. Učebnice pro sociální činnost*. Praha: Grada Publishing
- MPSV. (2013). *Kde hledat sociální službu na míru: průvodce nabídkou péče o seniory [on-line]*. Dostupné 28.2.2016 z <http://www.mpsv.cz/cs/14910>
- MPSV. (2014). *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 - 2017[on-line]*. Dostupné 19.2.2016 z http://www.mpsv.cz/files/clanky/20851/NAP_311214.pdf
- MPSV. (2015). *Příprava na stárnutí v České republice[on-line]*. Dostupné 19.2.2016 z <http://www.mpsv.cz/cs/2856>
- Nepustil, P. (2011). *Případové vedení / case management ve světle postmoderního kolaborativního přístupu*. Sociální práce / Sociální práce, 1/11: 74-80
- Nepustil, P., Szotáková, M., a kol. (2013). *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek: metodická příručka*. Praha: Úřad vlády České republiky

- Pemová, T., Ptáček, R. (2012). *Sociálně-právní ochrana dětí pro praxi*. Praha: Grada Publishing
- Peškeová, M. (2013). *Sociální práce na geriatrickém pracovišti [on-line]*. Dostupné 18.2.2016 z <http://www.cello-ilc.cz/wp-content/uploads/2013/11/soc-na-ger.pdf>
- Pichaud, C., Thareauová, A. (1998). *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál
- Rozsypalová, M., Staňková, M., a kol. (1996). *Ošetřovatelství I/1 pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium
- Shuler, M., Oster, P. (2010). *Geritarie od A do Z pro sestry*. Praha: Grada Publishing
- Solařová, H. (2013). *Case management aneb případové konference v praxi*. Pardubice: Benepal
- Strauss, A., Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu, postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert
- Stuchlík, J. (2001). *Asertivní komunitní léčba a case management*. Praha: Focus
- Szotáková, M. (2014). *Case management: aktivní zapojení klienta i pracovníka do spolupráce*. Sociální práce/ Sociálna práca, 3/14: 61-80
- Škrlovi, P. a M. (2003). *Kreativní ošetřovatelský management*. Praha: Advent-Orion
- Topinková, E. (2005). *Geriatie pro praxi*. Praha: Galén
- Topinková, E. (2007). *Co je a není geriatie [on-line]*. Dostupné 18.2.2016 z <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/co-je-a-co-neni-geriatie-310099>
- Turner, F. J. (2005). *Encyclopedia of Canadian social work*. Waterloo: Wilfrid Laurier University Press
- Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum