

TÉMA 7

Etika v poskytování zdravotní a sociální péče-

Obsah přednášky

Student se seznámí s pojmy:

péče o handicapované osoby, diferencovaná péče, práva, deklarace, Deklarace lidských práv a svobod, Práva pacientů, Kodex zdravotních sester, sociálních pracovníků, vzdělávání, asociace, rodina, rodinní pečující, podpora společnosti, respitní péče, reminiscenční terapie, trénink paměti, komunikace neverbální, demografické stárnutí, ageismus, zdravotní stav starých lidí, sociální a zdravotní péče, dostupnost a kvalita péče, solidarita, spravedlnost ve zdraví, v péči o seniory.

Obsah:

- I. PRÁVA PACIENTŮ**
- II. PÉČE O ZNEVÝHODNĚNÉ OSOBY**
- III. MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE PORUCH, DISABILIT A HANDICAPŮ (ICIDH)**
- IV. POMOC PEČUJÍCÍM RODINÁM**
- V. PRIMÁRNÍ PÉČE – LINIE PRVNÍHO KONTAKTU, PRAKTICKÝ LÉKAŘ**
- VI. DIFERENCOVANÁ PÉČE**
- VII. SOCIÁLNÍ PRÁCE, ETICKÝ KODEX SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ, SOCIÁLNÍ SLUŽBY**

I. PRÁVA PACIENTŮ

(definitivní verze je u nás platná od roku 1992, deklaruje přání nemocných):

1. Pacient má právo na **ohleduplnou odbornou** zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo **znát jméno lékaře** a zdravotnických pracovníků, kteří jej ošetřují. Má právo denně se stýkat s rodinou.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby **mohl rozhodnout**, zda souhlasí s diagnostickým a terapeutickým postupem. Má právo na informace o svém zdravotním stavu.
4. Pacient má právo **odmítnout léčbu**, musí být současně informován o zdravotních důsledcích tohoto rozhodnutí.
5. Pacient má právo na **maximální ohledy** na soukromí a stud.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou **důvěrné**.
7. Pacient má právo očekávat, že mu bude poskytována **péče podle povahy** onemocnění.
8. Pacient má právo na to, že jeho léčba bude vedena s **přiměřenou kontinuitou**.
9. Pacient má právo na podrobné a srozumitelné **vysvětlení** v případě, že se lékař rozhodl pro nestandardní postup.
10. Pacient **v závěru života** má právo na citlivou péči. Je nutno respektovat jeho přání, pokud není v rozporu se zákonem.

II. PÉČE O ZNEVÝHODNĚNÉ OSOBY

- **Raná intervence** / Early Intervention/ 0-3 roky - včasná pomoc, podpora, účelný zásah do života dětí se zdravotním postižením a jejich rodin s cílem pozitivního

ovlivnění důsledků postižení, soustava programů poskytovaných ohroženým dětem, se zdravotním handicapem a jejich rodinám. Význam minimalizace projevů postižení ve vývoji dítěte a rozšíření možností dítěte k zapojení do normálních činností raného dětství, zabránění vývoje dalších sekundárních problémů a poskytnutí předpokladů sociální integrace rodině a dítěti i společnosti. Provádí střediska rané péče, SPC, stacionáře, integrační centra, výchova probíhá v rodině, zaměřuje se na edukaci a kompenzaci funkce a optimální sociální vazby s metodickým vedením rodiny, začíná od diagnostikování postižení. Formy: návštěvy speciálního pedagoga v rodině, rehabilitační pobyty, ambulantní péče, odborné semináře

- **Stacionáře - denní či týdenní zařízení**, stacionáře s výchovně vzdělávacím programem: používají se zde individuální výchovně vzdělávací plány, zahrnující kombinaci reedukačních a kompenzačních metod vzhledem k potřebám dítěte, provádí se zde odborná rehabilitační, psychologická, logopedická péče, mají vlastní systém a organizaci práce, stacionáře s pracovní terapií
- **Chráněné dílny** - model dílny s jednoduchou výrobní činností, která je při určitém zvýhodnění ekonomicky soběstačná, hendikepovaní jsou v pracovním poměru, mají mzdu. Nejsou zatím dostatečně legislativně ošetřeny.
- **Chráněné bydlení** je samostatné bydlení hendikepovaných občanů, které je řešeno s ohledem na jejich schopnosti a možnosti sebeobsluhy a samostatného rozhodování o věcech všedního života, využívá funkce osobních asistentů

III. MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE PORUCH, DISABILIT A HANDICAPŮ (ICIDH)

Tato příručka klasifikace týkající se následků nemocí (včetně poranění a poruch) byla publikována SZO v angličtině v roce 1980. Později byla přeložena do více než tuctu jazyků. ICIDH obsahuje tři oddělené klasifikace, z nichž každá se vztahuje k rozdílnému následku nemoci.

Poruchy (impairments) (I kód) se týkají ztráty nebo abnormality psychických, psychosociálních nebo anatomických struktur nebo funkcí.

Reprezentují v zásadě poruchy na úrovni orgánu.

Základní struktura I kódu je tvořena dvěma místy před a jedním místem za desetinnou tečkou. V některých oddílech se používá čtyřmístný kód. K této klasifikaci existuje abecední seznam.

Disability (D kód) odrážejí následky poškození ve smyslu jakéhokoli omezení nebo ztráty schopnosti vykonávat nějakou činnost způsobem nebo v rozsahu, považovaném pro lidskou bytost za normální.

Disability tak představují poruchy na úrovni jedince. Základní struktura kódu disability sestává ze dvou míst s volbou doplňkového místa po desetinné tečce. Pro tuto klasifikaci neexistuje abecední seznam.

Handicapy (H kód) jsou nevýhody pro daného jedince, které vyplývají z nějakého poškození nebo neschopnosti, které omezují nebo zabraňují splnění úlohy, která je (v závislosti na věku, pohlaví, sociálních a kulturních

faktorech) pro tohoto jedince normální. Handicapy tak odrážejí neshodu mezi výkonem a očekáváním jedince nebo skupiny, jíž je členem. Klasifikace handicapů má sedm dimenzí. Šest klíčových dimenzí bylo označeno jako "role přežití" a jedna dimenze "jiné handicapy" je určena pro problémy, které nejsou zahrnuty do role přežití. Jednomístná stupnice je použita pro každou dimenzi. Tato klasifikace není klasifikací jednotlivců. **Je klasifikací okolností, které staví lidi s neschopnostmi do relativní nevýhody k srovnatelným osobám, jsou-li posuzováni z hlediska**

norem společnosti. Pro tuto klasifikaci neexistuje abecední seznam.

Cílem Akčního plánu Rady Evropy pro osoby se zdravotním postižením 2006–2015 je převést záměry

Rady Evropy v oblasti lidských práv, nediskriminace, rovných příležitostí, plnoprávného občanství a

účasti osob se zdravotním postižením do evropského rámce politiky v oblasti zdravotního postižení na

příští desetiletí. Vytvoření pružného obecného rámce, který lze **přizpůsobit specifickým podmínkám** jednotlivých zemí. **Základní principy**, kterými se řídí Akční plán, tvoří:

- nediskriminace,
- rovnost příležitostí,
- plnoprávné zapojení všech osob se zdravotním postižením do společnosti,
- respekt k rozdílu a přijetí zdravotního postižení jako prvku rozmanitosti mezi lidmi,
- důstojnost a nezávislost jednotlivce, včetně samostatnosti v rozhodování,
- rovnost žen a mužů ,
- účast osob se zdravotním postižením na všech rozhodnutích, která ovlivňují jejich životy na individuální i celospolečenské úrovni, prostřednictvím jejich reprezentativních organizací.

IV. POMOC PEČUJÍCÍM RODINÁM

Rodiny pečující o nesoběstačné osoby mají kromě finančního příspěvku také možnost využít stále se rozvíjejícího spektra sociálních služeb poskytovaných komunitou, neziskovými organizacemi i dobrovolníky.

1. Agentury domácí péče (Home Care)
2. Pečovatelská služba
3. Denní, týdenní stacionáře, speciální stacionáře pro nemocné s Alzheimerovou chorobou
4. Respitní péče (doma, v zařízení)
5. Dobrovolnictví, vzájemná pomoc, sousedská výpomoc, pomoc v rámci komunity
6. Svépomocné skupiny a neziskové organizace
7. Čaje o páté , sdružení, kluby apod.

RESPITNÍ PÉČE – vysvětlení -respice anglicky – uvolnit, ulehčit, dát úlevu, poskytnout oddech, úlevu, pauzu pečující osobě ve formě ústavní, v domácím prostředí. U nás se tyto formy péče rozvíjejí, ve světě jsou velmi využívány.

Cíl - poskytnout čas rodinným, domácím pečovatelům pro oddech, regeneraci sil, zajištění potřebných záležitostí, apod. Slouží jako prevence vyhoření domácích pečovatelských, kteří často pečují bez oddechu a nároku na dovolenou.

V. PRIMÁRNÍ PÉČE – LINIE PRVNÍHO KONTAKTU, PRAKTICKÝ LÉKAŘ

Komunitní péče a její organizace jsou v přednášce MUDr. Kotrby, přístupné na moodlu. Další informace lze čerpat z internetu (webové stránky města Plzně) a doporučené literatury.

Zde se zmíníme hlavně o problematice primární zdravotní péče. Ta tvoří základ zdravotní péče a měla by být dostupná podle WHO všem občanům bez rozdílu. Základem je praktický lékař pro dospělé a pro děti a dorost. Praktický lékař pro dospělé je označován jako **geriatr první linie**, nebo prvního kontaktu, protože starší pacienti tvoří hlavní klientelu. Předpokladem kvalitní primární péče je **vztah důvěry** mezi praktickým lékařem a pacientem, znalost pacientova prostředí, spolupráce s rodinou. V České republice je jedna z nejvyšších návštěvností praktických lékařů . I po zavedení kapitační platby není výjimkou denní návštěvnost v ordinaci praktického lékaře 50 pacientů.

Praktických lékařů je nedostatek V současné době je průměrný věk praktických lékařů 52 let a čtyři sta jich už je nad 60 let . Podle Sdružení praktických lékařů ČR připadá na jednoho praktického lékaře 1800 pacientů, ale toto číslo se bude stále zvyšovat. Protože není dostatek mladých lékařů ve specializační přípravě, důvody jsou hlavně v problémech organizace přípravy a jejím finančním zajištění. Ministerstvo zdravotnictví už situaci začalo řešit. Ministerstvo chce, aby i v ordinacích praktických lékařů se tito mladí lékaři už vzdělávali a tak se celý proces výchovy budoucího praktického lékaře urychlil. Ještě výraznější problém je se stárnutím stomatologů a nedostatečným počtem absolventů a studentů zubního lékařství. Zde se průměrný věk blíží šedesátce. Tato situace v přípravě mladých odborníků přináší problémy se zajištěním kvalitní a dostupné primární péče.

PRIMÁRNÍ (ZDRAVOTNÍ) PÉČE

Je definovaná jako **koordinovaná komplexní zdravotně-sociální péče** poskytovaná zejména zdravotníky jak na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem, tak na základě **dlouhodobě kontinuálního přístupu** k jednotlivci.

Je souborem činností souvisejících s **podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením, rehabilitací a ošetřováním**.

Tyto činnosti jsou poskytovány **co nejbližše sociálnímu prostředí pacienta** a respektují jeho **bio-psycho-sociální potřeby**.

Primární zdravotní péče v České republice je poskytována těmito službami :

1. **praktičtí lékaři pro dospělé**
2. **praktičtí lékaři pro děti a dorost**
3. **agentury (komplexní) domácí péče**
4. **ambulantní gynekologové**
5. **stomatologové**
6. **lékařská služba první pomoci – LSPP**
7. **lékárny**

Všeobecné lékařství (ve světě je většinou jako rodinné lékařství , u nás není specializační příprava v rodinném lékařství, některé fakulty mají výukový předmět rodinné lékařství v pregraduální přípravě).

•je základním oborem, který zajišťuje **léčebně preventivní péči** o dospělou populaci, případně též o děti a dorost.

•je **otevřeno všem kategoriím problémů**, které souvisejí se zdravím, se zřetelem na sociálně ekonomické faktory a prostředí ve kterém člověk žije a pracuje. Je také **nejbližše pacientům** ve smyslu místní, časové, ekonomické i kulturní dostupnosti.

•v sobě zahrnuje základní poznatky a praxi různých lékařských oborů.

Uplatňuje se v **činnostech preventivních, diagnostických, léčebných, rehabilitačních i posudkových**.

Všeobecné/rodinné lékařství- Charakteristiky podle WHO Conference on European Health Care Reforms, Ljubljana 1996

- Všeobecnost a dostupnost**
- kontinuita a komplexnost**
- koordinovanost a spolupráce**
- orientace na rodinu , na komunitu**

Praktický lékař se v praxi setkává se všemi problémy celé populace, bez ohledu na věk, původ, sociální postavení, rasu nebo víru nebo charakter zdravotních problémů.

Musí být lehce a dostatečně rychle dostupný a přístup nesmí být limitován geografickými, kulturními, administrativními nebo finančními bariérami.

Všeobecné lékařství je primárně orientované na člověka spíše než na jeho nemoc. Je založeno na dlouhodobém vztahu mezi pacientem a jeho lékařem, který pokrývá nejen epizodu jeho nemoci, ale významnou část jeho života.

In hospital patients come and go, diseases stay.

In general practice diseases come and go, patients stay.

Dr. Seifert – všeobecný lékař, odborník ve všeobecném lékařství (většina informací v této části o primární péči vychází z jeho přednášek a publikací) uvádí tento anglický citát, bohužel nemám zdroj autora, ale i tak je možno jej velmi volně interpretovat – v nemocnici se zaměřují na nemoc, po vyléčení pacient odchází, praktický lékař na pacienta, i po vyléčení nemoci pacient je stále v péči lékaře.

SPECIFIKA VZTAHU PRAKTICKÝ LÉKAŘ A PACIENT:

Humánní a etické aspekty vztahu lékař-pacient zahrnuje do svého klinického rozhodovacího procesu. Praktický lékař je lékařem prvního kontaktu pacienta se zdravotními službami. Poskytování zdravotních služeb je výrazně ovlivňováno tím, co pacienti prezentují lékaři prvního kontaktu.

Praktický lékař je pro své pacienty rádcem a koordinátorem ve využívání specializovaných zdravotních a sociálních služeb.

Praktičtí lékaři spolupracují s ostatními poskytovateli lékařských, zdravotních a sociálních služeb, znají a respektují jejich kompetence.

Praktický lékař vnímá zdravotní problémy člověka v kontextu jeho rodinných, sociálních a kulturních vztahů a prostředí, v kterém žije a pracuje.

Problémy pacienta by měly být vnímány v kontextu života jeho komunity.

Praktický lékař by si měl být vědom zdravotních potřeb populace, žijící v dané komunitě a měl by spolupracovat s ostatními profesionály z oblasti zdravotní, sociální i laické k podpoře pozitivního působení na zdraví.

To be a good GP you must pass through your life. The best GP is (nearly) dead GP.

Bohužel opět nemám jméno autora, ale je známo, že staří praktici jsou nejzkušenější a pokud lékař prodělá některé choroby a zdravotní problémy, vnímá potom pacientovi problémy více empaticky a porozuměním.

KRIZOVÉ SITUACE V KOMUNITĚ Z POHLEDU PRAKTICKÉHO LÉKAŘE dle Dr. Seiferta:

- úraz nebo akutní onemocnění u osamělého
- úraz nebo akutní onemocnění schopného ze dvou partnerů
- ztráta schopného partnera nebo osoby pečující
- návrat z hospitalizace pacienta závislého na zdravotních a sociálních službách.
- zamčený byt pacienta závislého na zdrav.soc. službách
- závislý, ale služby odmítající pacient
- duševně nemocný pacient, neohrožující sebe ani okolí
- pacient závislý na drogách
- neadekvátní naléhání rodiny na institucionální péči
- neadekvátní trvání rodiny na domácí péči

Rizikové skupiny v komunitě

- hendikepovaní
- alkoholici, drogově závislí
- pacienti v obtížné osobní situaci
- nezaměstnaní , jiná etnika
- mentálně nemocní,chronicky nemocní
- staří, osamocení , umírající

3 TYPY LÉKAŘŮ V BUDOUCNU:

- Praktický lékař pro dospělé
- Praktický lékař pro děti a dorost
- Rodinný lékař

Uplatnění rodinného lékaře bude podmíněno geograficky, demograficky a ekonomicky.
Podmínka : vznik specializace rodinný lékař

VI. DIFERENCOVANÁ PÉČE

Definice:

hlavním kritériem poskytování zdravotní péče ve všech zdravotnických zařízeních je **zdravotní stav pacienta**, nikoliv jeho věk, sociální stav, etnická příslušnost, sociální postavení, platební schopnost nebo jiná kritéria

Diferencovaná péče zahrnuje :

1. resuscitační péči – selhání jedné nebo více vitálních funkcí
2. intenzivní péče – hrozící selhání životních funkcí
3. standardní péče – akutní onemocnění bez selhávání životních funkcí
4. dlouhodobá péče o dlouhodobě nemocné
 - s předpokladem vyléčení
 - terminální stavy
5. základní péče – ambulantní nebo lůžková péče z důvodů zajištění odborných vyšetření
6. symptomatická, paliativní

VII. SOCIÁLNÍ PRÁCE, ETICKÝ KODEX SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ, SOCIÁLNÍ SLUŽBY

V období stáří a také v dětství je neoddělitelně spojena problematika zdravotní se sociálním zázemím, zejména rodinou. Největšími spotřebiteli sociálních služeb a sociální péče jsou logicky osoby vyššího věku. V poslední době je věnována pozornost vzdělávání pracovníků v sociálních službách a vytváření spektra služeb „šitých na míru „ potřebách seniorů v dané komunitě. Prvořadou úlohu v péči o osoby vyššího věku plní zejména rodina, ve spektru služeb lze dnes najít možnosti, jak rodině v péči pomoci a některé činnosti jí usnadnit. Rodinám jistě velmi pomohl Nový zákon umožňující financovat potřebnou péči o nesoběstačné osoby. Viz dále.

Legislativa: Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a k zákon č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách

Zákon definuje **nepříznivou sociální situaci** jako oslabení nebo ztrátu schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob

života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením. Z výše uvedeného vyplývá, že důvody nepříznivé sociální situace mohou být u každého člověka rozdílné a nemůže tedy existovat univerzální šablona, podle které by se dalo usuzovat, zda je člověk v nepříznivé sociální situaci či nikoliv.

Zdravotní postižení je definováno pro účely tohoto zákona jako tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit člověka závislým na pomoci jiné osoby. Znamená to, že mohou nastat případy, kdy je člověk očividně zdravotně postižený, ale dopady tohoto postižení nejsou tak závažné, aby se neobešel bez pomoci někoho jiného.

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav je ten, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok a současně omezuje duševní, smyslové nebo fyzické schopnosti tak, že má vliv na schopnost pečovat o sebe a být soběstačným. Důležité je, že tento stav nemusí být hodnocen až po uplynutí jednoho roku. Současná lékařská věda dokáže ve většině případů velice přesně odhadnout trvání a vývoj zdravotního stavu.

Sociální začlenění je nový pojem, se kterým pracují všechny státy EU v rámci svých sociálních politik a společné politiky EU. Jde o pojmenování procesu, který je složen z mnoha vztahů a intervencí, v jejichž rámci hrají sociální služby významnou roli. Základním principem je posilování osobních kompetencí, schopností a dovedností člověka (či skupin lidí) tak, aby mohl využívat běžné společenské zdroje, tj. přístup ke vzdělání, zaměstnání, kulturnímu a společenskému životu.

Sociálním vyloučením se naopak rozumí, že v životě člověka existují překážky komplikující nebo zcela zamezující, aby žil způsobem, který je ve společnosti považován za běžný.

Příspěvek na péči bude náležet těm lidem, kteří jsou především z důvodu nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiné osoby, a to v oblasti běžné denní péče o vlastní osobu a v soběstačnosti.

Péči o vlastní osobu se rozumí především takové denní úkony, které se týkají zajištění či přijímání stravy, osobní hygieny, oblékání a pohybu.

Soběstačností se rozumí úkony, které umožňují účastnit se sociálního života, tj. např. schopnost komunikovat, nakládat s penězi či předměty osobní potřeby, obstarat si osobní záležitosti, uvařit si, vyprat a uklidit.

Příspěvek náleží osobě, o kterou má být pečováno, nikoliv osobě, která péči zajišťuje.

Příspěvek na péči nemůže být přiznán dítěti, které je mladší než jeden rok.

Schopnost zvládnout péči o vlastní osobu a být soběstačný je u každého člověka různá, proto zákon rozeznává čtyři stupně závislosti na pomoci jiné osoby, a to od mírné závislosti až po závislost úplnou.

Těmto stupňům následně odpovídá také výše příspěvku v korunách.

Výše příspěvku na péči je stanovena ve čtyřech stupních odpovídajících stupni závislosti osoby a dále

jsou rozdílně stanoveny výše příspěvku pro děti do 18ti let a pro dospělé.

Výše příspěvku pro osoby do 18 let věku činí za kalendářní měsíc

- a) 3 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- b) 5 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- c) 9 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- d) 11 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

Výše příspěvku pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc

- a) 2 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- b) 4 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- c) 8 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),

d) 11 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

Vyšší částka příspěvku na péči pro děti je dána zejména tím, že děti nemají obvykle svůj vlastní příjem (mzda, plat, důchod či jiné příjmy) a současně má motivovat rodiny k tomu, aby děti zůstávaly v domácí péči.

Výše příspěvku na péči je v zákoně stanovena v pevných nominálních hodnotách, ale zákon také ukládá vládě, aby v případě, že dojde ke zvýšení indexu spotřebitelských cen v oblasti sociální péče alespoň o 5%, nominální hodnoty příspěvku zvýšila.

Zdroj: http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky_odpovedi_22-rev2.pdf

SOCIÁLNÍ PRÁCE

Definice:

Sociální práce podporuje sociální změnu, řešení problémů v mezilidských vztazích a posílení a osvobození lidí za účelem naplnění jejich osobního blaha. Užívá teorii lidského chování a sociálních systémů, sociální práce zasahuje tam, kde se lidé dostávají do kontaktu se svým prostředím. Pro sociální práci jsou klíčové principy lidských práv a společenské spravedlnosti. Sociální práce vzešla z humanistických a demokratických idejí a její hodnoty jsou založeny na **úctě v rovnost, hodnotu a důstojnost všech lidí**. Lidská práva a společenská spravedlnost slouží jako motivace a zdůvodnění činnosti sociální práce. V **solidaritě se znevýhodněnými** se sociální práce snaží zmírňovat chudobu a osvobozovat zranitelné a ponížené lidi za účelem posílení jejich společenského zapojení. Hodnoty sociální práce jsou součástí národních a mezinárodních etických kodexů.

Sociální práce se zaměřuje na **společenské bariéry, nerovnosti a nespravedlnosti**. Reaguje na krize a akutní situace stejně jako na každodenní osobní a společenské problémy.

Poznámka: Tato mezinárodní definice sociální práce nahrazuje původní, přijatou v roce 1982. Rozumí se, že sociální práce v 21. století je dynamická a neustále se vyvíjí, a proto by žádná definice neměla být považována za vyčerpávající. (znění této definice bylo pro tyto účely zkráceno) . Přijato Generální shromážděním Mezinárodní federace sociálních pracovníků v Montréalu, Kanada, červen 2000.

V praxi se sociální pracovníci řídí Etickým kodexem .

ETICKÝ KODEX SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČESKÉ REPUBLIKY

Sociální práce je založena na hodnotách demokracie a lidských práv. Sociální pracovníci proto dbají na dodržování lidských práv u skupin i jednotlivců, tak jak jsou vyjádřeny v Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě o právech dítěte.

Etické zásady-

Sociální práce je založena na hodnotách demokracie a lidských práv. Sociální pracovníci proto dbají na dodržování lidských práv u skupin i jednotlivců, tak jak jsou vyjádřeny v Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě o právech dítěte.

Sociální pracovník respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu, či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti.

Sociální pracovník respektuje právo každého jedince na seberealizaci v míře, aby současně nedocházelo k omezení takového práva druhých osob.

Sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, skupinám, komunitám a dobrovolným společenským organizacím svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi při jejich rozvoji a při řešení konfliktů jednotlivců se společností a jejich následků.

Sociální pracovník musí dávat přednost své profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy. Služby, které poskytuje, musí být na nejvyšší odborné úrovni.

Dále jsou podrobně specifikována pravidla etického chování sociálního pracovníka. Zde neuvádíme, podrobný zdroj – internet.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, definuje a dělí služby tak, jak jsou poskytovatelé zvyklí od roku 2001.

Sociální služba, říká zákon, je činnost nebo soubor činností, jimiž se zajišťuje pomoc osobám v nepříznivé sociální situaci. Rozsah a forma pomoci musí zachovávat lidskou důstojnost, musí působit na osoby aktivně a motivovat je k činnostem, které neprodłużují nebo nezhoršují jejich nepříznivou sociální situaci, a musí zabraňovat jejich sociálnímu vyloučení.

Zákon rozeznává zejména tato zařízení sociálních služeb: centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy pro osoby s chronickou duševní nemocí nebo se závislostí na návykových látkách, chráněné bydlení, azylové domy, domy na půl cesty, zařízení pro krizovou pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, terapeutické komunity, sociální poradny.

SOCIÁLNÍ SLUŽBY -jsou buď pobytové, ambulantní, nebo terénní.

Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.

Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování.

Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.

Sociální služba je soustava vybraných **základních činností**: např. pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu; pomoc při zajištění chodu domácnosti; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; poradenství; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při prosazování práv a zájmů a další.

Sociální služby se dělí na služby sociální péče, služby sociální prevence a sociální poradenství.

Služby sociální péče napomáhají osobám se stabilizovaným zdravotním stavem zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim zapojení do běžného života společnosti, a v případech.

Mezi služby sociální péče patří:

- osobní asistence , pečovatelská služba
- tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby
- podpora samostatného bydlení
- odlehčovací služby, centra denních služeb
- denní stacionáře, týdenní stacionáře
- domovy pro osoby se zdravotním postižením
- domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem
- chráněné bydlení
- sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče .

Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou jím ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky, způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.

Služby sociální prevence jsou:

- raná péče , telefonická krizová pomoc ,tlumočnické služby

- azylové domy , domy na půl cesty
- kontaktní centra , krizová pomoc
- nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež
- noclehárny , služby následné péče
- sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi
- sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením
- sociálně terapeutické dílny,
- terapeutické komunity
- terénní programy , sociální rehabilitace

Doporučená literatura:

- 1.
2. Haškovcová, H.: Manuálek sociální gerontologie. IPDV PZ Brno, 2002, 72s.
3. Matoušek, O.a kol. : Sociální práce v praxi .Portál. 2005,352s.
4. Mátl,O., Jabůrková , M.. : Kvalita péče o seniory .Galén.2007,104s.
5. Seifert, B. A kol.: Všeobecné praktické lékařství.Galén.Karolinum. 2005, 292s.
6. Topinková, E.: Jak správně a včas diagnostikovat demenci.UCB Pharma, Praha 1999.86s.
7. Venglářová, M.: Problematické situace v péči o seniory.Grada 96s.
8. Vepřek, J. A kol: Zpráva o léčení českého zdravotnictví. Grada .2002 , 232s. Weber, P. a kol.:Minimum z klinické gerontologie.IPDV PZ Brno, 2000,151s
9. Zavázalová, H.. a kol.: Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. Karolinum. 2001,97s.
10. Zavázalová, H.a kol.: Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví.154s. Karolinum.2002
11. Péče o nemocné. Z angl. PRÍRODA 1993.,170s.
12. Podpora zdraví – poznatky a praxe. Institut zdravotní politiky a ekonomiky (IZPE).2003. 96s.
13. Katalog poskytovatelů sociálních služeb na území města Plzně
14. Průvodce procesem komunitního plánování sociálních služeb .MPSV 2004
15. Komunitní plánování – věc veřejná. MPSV . 2002