

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra sociální práce

Diplomová práce

Bc. Magdalena Veverková

Role sociálního pracovníka v nemocnici

The role of social worker in hospital

Praha 2017

Vedoucí práce: prof. JUDr. Igor Tomeš, CSc.

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala doc. Prof. JUDr. Igorovi Tomešovi, CSc. za ochotu, trpělivost, cenné rady a odborné vedení mé diplomové práce. Také bych ráda poděkovala zdravotně sociálním pracovníkům i vedoucím sociálních oddělení ve fakultních nemocnicích v Praze, kteří se všichni ochotně zúčastnili výzkumu. V neposlední řadě patří můj dík i mé rodině a přátelům, kteří mě plně podporovali po celou dobu studia.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracoval(a) samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

V Praze, dne 8. srpna 2017

.....
Magdalena Veverková

OBSAH

Úvod	6
I TEORETICKÁ ČÁST	7
1 Vymezení základních pojmů	7
1.1 Role sociálního pracovníka	7
1.2 Nemocnice	9
2 Profese zdravotně-sociálního pracovníka v České republice	11
2.1 Historie sociální práce ve zdravotnictví	11
2.2 Právní ukotvení profese zdravotně-sociálního pracovníka	11
2.2.1 Zákon č. 96/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů	13
2.2.2 Vyhláška 55/2011 Sb.	15
2.2.3 Vyhláška č. 39/2005 Sb., ve znění vyhlášky č. 129/2010 Sb.	15
2.2.4 Vyhláška č. 99/2012 Sb.	17
2.2.5 Vyhláška 423/2004 Sb.	18
2.3 Získání kvalifikace pro výkon zdravotně-sociálního pracovníka	19
2.4 Kompetence a činnosti zdravotně-sociálního pracovníka	21
2.5 Role zdravotně-sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu	25
2.6 Financování zdravotně-sociálního pracovníka	26
2.7 Sdružující organizace	30
3 Hegerovy reformy	31
4 Cílová skupina senioři	34
4.1 Zdravotní stav seniora	34
4.2 Sociální práce v nemocnici při péči o seniory	35
4.3 Systém služeb při péči o seniory v ČR	38
4.3.1 Zdravotní služby	38
4.3.2 Sociální služby	40
4.3.3 Dobrovolnické programy	42
II VÝZKUMNÁ ČÁST	43
1 Cíle práce a výzkumné otázky	43
2 Popis stavu fakultních nemocnic v Praze	45
2.1 Všeobecná fakultní nemocnice	45
2.2 Fakultní nemocnice v Motole	46
2.3 Fakultní nemocnice Královské vinohrady	47
2.4 Ústřední vojenská nemocnice	48
2.5 Shrnutí	48
3 Metodika výzkumu	50

3.1	Výběr výzkumného souboru	51
3.2	Průběh výzkumu.....	52
3.3	Zpracování získaných dat a jejich vyhodnocení.....	52
4	Výsledky výzkumu a interpretace dat	53
4.4	Charakteristika výzkumného souboru – dotazník	53
4.5	Interpretace dat získaných z rozhovorů.....	58
4.5.1	<i>Pracovní náplň</i>	59
4.5.2	<i>Právní úprava sociální práce v nemocnici v kontextu práce se seniory</i>	78
4.5.3	<i>Fungování v rámci multidisciplinárního týmu</i>	82
4.5.4	<i>Postavení v rámci nemocnice</i>	98
5	Diskuze.....	103
5.1	DC1: Náplň práce zdravotně-sociálního pracovníka při péči o seniory v nemocnici	104
5.2	DC2: Vliv legislativy spojené s výkonem sociální práce v nemocnici	109
5.3	DC3: Fungování sociálních pracovníků v rámci multidisciplinárního týmu	112
5.4	DC4: Postavení v rámci nemocnice	114
	Závěr	1166
	Seznam použité literatury.....	1188
	Seznam ilustrací a tabulek.....	1266
	Seznam zkratk	1277

Úvod

Ve své současné praxi jsem se doposud setkávala a setkávám s neznalostí existence či náplně profese sociálního pracovníka ve zdravotnictví ať už v laické či odborné veřejnosti. Tuto pracovní pozici na pomezí zdravotnictví a sociální péče je v podstatě nezařaditelná a těžko uchopitelná v podmínkách, kde se zákonem striktně oddělují zdravotní a sociální služby a zároveň se zákonem specifikují výjimky pro povolání, která nelze zařadit pevně do jedné či druhé skupiny. Máme tedy sociální pracovníci ve zdravotních službách a zdravotní sestru v sociálních službách. Zdravotně-sociální pracovníci se vydělují nad sféru zdravotní i sociální, z tohoto pohledu jsou jedineční. Zároveň patří i nepatří do rezortu Ministerstva zdravotnictví a Ministerstvem práce a sociálních věcí. Na první pohled by se mohlo zdát, že zdravotně-sociálního pracovníka může dělat kdokoliv se vzděláním ze středních vyššího odborných či vysokých škol se sociálním zaměřením. Skutečnost, že tomu tak zdaleka není, překvapuje nejednoho nově přijatého sociálního pracovníka na pracovní pozici zdravotně-sociálního pracovníka. Z dosavadní rešerše odborné literatury vyplývá, že kvalitně zpracované literatury odborníky z praxe na téma sociální práce v nemocnici ukazující její praktické uplatnění a realitu, je v našem prostředí poskrovnu. Samotné sociální pracovnice či sociální pracovníci se dozvídají, co konkrétně toto povolání obnáší mnohdy až během pracovního procesu či na praxích. Studenti, kteří mají ve studijních osnovách výuku o sociální práci ve zdravotnictví, se dozvídají informace v lepším případě z přednášek sociálních pracovníků z praxe. Přitom sociální práce v nemocnici u nás funguje oficiálně při nemocnicích již od dob první republiky. Rozhodla jsem se tedy zpracovat na téma zpracovat svou diplomovou práci, neboť je mi tato práce v současnosti blízká a chci přinést pokud možno ucelené poznatky z teorie i praxe zdravotně-sociálních pracovníků v České republice s ohledem na to, jak vše funguje ve skutečnosti. V teoretické části jsou uvedené základní informace o profesi sociálního pracovníka: historie, legislativa, financování a role v multidisciplinárním týmu. Dále jsou popsány zdravotní a sociální služby v kontextu mé cílové skupiny – seniorů. V praktické části jsou zpracovány polostrukturované rozhovory se sociálními pracovníci ve zdravotnictví ve 4 pražských fakultních nemocnicích na téma role sociálního pracovníka v nemocnici.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Vymezení základních pojmů

1.1 Role sociálního pracovníka

Ústřední prvek této diplomové práce reprezentuje pojem role. Pro potřeby této diplomové práce se v rámci role zaměřuji na náplň práce sociálních pracovníků. Každý člověk v rámci společnosti vykonává několik rolí, jež se utváří životní zkušeností, etnickou příslušností, sociálním původem, vzděláním a interakcí s vnějším okolím (Kutnohorská, Cichá a Goldman, 2011, s. 97). Profesionální role představuje roli získanou. Souvisí s tzv. profesionální socializací, kdy si dospělý jedinec rozvíjí nová pravidla a příslušné vzorce chování pro výkon svého povolání. (Mlčák, 2005) Pomáhající profesionál je pasován do role, jíž jsou dána konkrétní pravidla a s níž se pojí určitá očekávání (Géringová, 2011, s. 36).

Sociální pracovník činí v rámci své práce zásahy do soukromí klientů nacházejících se v choulostivých situacích. Tudíž mezi nezbytnosti patří jasně stanovená pravidla, jakým způsobem tak může oprávněně činit. Existuje řada přístupů implementovaných či přímo vytvořených v rámci teorií sociální práce. Osobně se nejvíce přikláním k verzi Musila (2008, s. 64-68) dle mého názoru jednoduchou a dobře aplikovatelnou pro praxi. Ten rozděluje role sociálního pracovníka do tří kategorií, aniž by vyloučil možnost jejich prolnutí či vyzdvihoval jednu kategorii nad jiné. Mezi role sociálního pracovníka řadí roli: administrátora, profesionála a člověka. Role administrátora - úředníka v sobě skrývá předpoklady, že sociální pracovník se řídí předem jasně definovaným postupem a operuje s ustáleným souborem žádostí a rozhodnutí, jejichž existence a obsah je předepsán příslušnými normativními akty – nejčastěji sociální legislativou a k ní přidruženými předpisy. V rámci „profesionálního“ přístupu je sociální pracovník vnímán jako specialista, který cíleně pracuje na komplexním posouzení klientovy situace, která mu (jedinci nebo skupině) brání zvládat jeho interakce se sociálním prostředím. Od sociálního pracovníka-profesionála se očekává samostatnost při výkonu práce a zároveň zprostředkování spolupráce jiných pomáhajících oborů a organizací při řešení rozmanitých potíží konkrétních klientů. Humanistické pojetí role sociálního pracovníka předpokládá, že sociální pracovník by měl být především člověkem. Za ústřední prvek kvalifikace sociálního pracovníka se považuje jeho nezištnost dobročinnost, vcítění se a ochota využít svou kvalifikaci ve prospěch uplatňování těchto hodnot.

Žádoucí pojetí role sociálního pracovníka lze chápat jako očekávané prvky role sociálního pracovníka, jejichž naplňování v praxi dle autorů teorie mělo umožnit, aby sociální pracovníci byli schopni podporovat přínosy sociálních intervencí pro klienty zlepšováním jejich

schopnosti zvládat nerovnováhy v interakcích mezi nimi a jejich sociálním prostředím. Termínem „žitá role sociálního pracovníka“ můžeme označit prvky role sociálního pracovníka, které sociální pracovníci vykonávají, resp. uplatňují ve své každodenní praxi (Musil, Bareš a Havlíková, 2011, s. 16). Existující rozdíl mezi ideálem a skutečností vyvolává napětí, které sociální pracovníci vyrovnávají pomocí racionalizací, předsudků či mýtů. Jestliže se jednání v praxi pod vlivem proměnlivých pracovních podmínek liší od ideálů, pokouší sociální pracovníci své vzory jednání pozměnit tak, aby z jejich pohledu mohli vnímat své praktické činnosti jako oprávněné (Musil, Nečasová, 2008).

Sociální pracovník v nemocnici sehrává podstatnou roli v pomoci akutně nemocným pacientům i pacientům s chronickým onemocněním. V akutní fázi onemocnění především na počátku hospitalizace může poskytnout základní poradenství. U chronicky nemocných jedinců jde mnohdy pomoc a péče včetně poradenství již více do hloubky a zaměřuje se na vyhledávání vnitřních i vnějších zdrojů podpory těchto osob s cílem dosažení co největší kvality jejich života (Kuzníková, 2011, s. 57). Sociální pracovníky ve zdravotnictví charakterizuje role prostředníků mezi společností a pacientem vyžadujícím z určitých důvodů pomoc (Kutnohorská, Cichá a Goldman, 2011, s. 72). Lze konstatovat, že nejde pouze o roli prostředníka mezi společností a pacientem, ale také mezi nemocnicí a pacientem. Sociální pracovník v nemocnici také sehrává nezastupitelnou roli manažera a koordinátora v multidisciplinární spolupráci. Vně organizace a na jemu přidělených odděleních či klinikách pomáhá koordinovat činnost týmu. Spolupracuje i s profesemi působícími mimo nemocnici (Kuzníková, 2011, s. 25). Nejčastěji v souvislosti s problematikou seniorů s městskými úřady, Českou správou sociálního zabezpečení, Úřadem práce, Policií ČR, pojišťovnami, praktickými lékaři a organizacemi poskytujícími zdravotní a sociální služby.

V případě, kdy se konkrétní role vzájemně vylučují či pokud nastane rozpor mezi rolí, chováním a očekáváním nositelů role vůči očekávání ostatních jedinců, dochází ke konfliktu rolí (Navrátil, 2001, s. 88). Sociální práci lze označit jako „role-job“, tedy zaměstnání nesoucí s sebou více rolí, které má konkrétně definované pracovní činnosti zakotvené v právech a povinnostech určených zákony, zaměstnavatelskými organizacemi a profesním kodexem (Banks, 2012, s. 163).¹ Sociální pracovníci na sebe berou povinnosti k profesi i zaměstnavateli, někdy tyto povinnosti mohou být v rozporu a sociální pracovník musí dát jedné z nich přednost, měl by to ale vždy být schopen obhájit (Nečasová, 2001, s. 83).

¹ vlastní překlad, veškerá využívaná cizojazyčná literatura byla přeložena autorkou práce

1.2 Nemocnice

Nemocnice tvoří důležitou součást v poskytování zdravotní péče. Nemocnice jsou důležité pro zdravotnické systémy z mnoha důvodů. Z rozpočtu na zdravotní péči v bývalých zemích východního bloku v končí v nemocnicích až 70 procent. Nemocnice taktéž disponují zaměstnanci, kteří jsou profesními kapacitami v různých oborech, a to nemusí jít pouze o lékaře. Technologický a farmaceutický pokrok může v případě dobrého vedení nemocnic přispět k lepšímu zdravotnímu stavu populace daného státu. Nemocnici lze definovat jako zařízení poskytující zdravotní péči sestávající z lůžkové péče, při níž pacient čerpá celodenní ošetrovatelskou péči, je léčen lékaři a je v péči dalších odborníků např. fyzioterapeutů, psychologů apod. Toto specifikuje pouze úzce podstatu. Nemocnice také může poskytovat v širším kontextu akutní péči, rehabilitační péči, dlouhodobou péči či péči po hospitalizaci (McKee a Healy, 2002, s. 3-5). Nelze opomenout i to, že má řada nemocnic i své ambulance a pohotovost, kde jsou pacienti pouze krátkodobě ošetřeni bez pobytu na lůžkách.

Nemocnice a jejich členění není nijak unifikováno, závisí na konkrétním kritériu. Gladkij (2003, s. 51) dělí nemocnice takto:

- 1) Podle průměrné délky ošetrovací doby:
 - a) nemocnice pro akutní péči – do 30 dnů;
 - b) nemocnice pro dlouhodobě nemocné – průměrná doba delší než 30 dnů.
- 2) Podle typu vlastnictví:
 - a) nemocnice ve vlastnictví státu;
 - b) veřejné nemocnice ve vlastnictví krajů, měst a obcí;
 - c) soukromé nemocnice neziskového charakteru ve vlastnictví církví;
 - d) soukromé nemocnice typu akciových společností a jiných.
- 3) Podle převažujícího druhu péče:
 - a) nemocnice všeobecné;
 - b) nemocnice specializované.

Poskytování zdravotních služeb je v českých podmínkách upraveno zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů. Termín nemocnice není v naší legislativě specifikován. Zákon rozebírá jednotlivé druhy zdravotních služeb a blíže popisuje fakultní nemocnice.

V této diplomové práci bych se ráda zaměřila na činnost sociálních pracovníků ve fakultních nemocnicích. Fakultní nemocnice reprezentují specifický typ zdravotnického

zařízení. Dle zákona č. 372/2011 Sb. se jedná o státní příspěvkovou organizaci zřizovanou ministerstvem. Fakultní nemocnice kromě zdravotní služby provádí výzkumnou nebo vývojovou činnost. Na odborných pracovištích se uskutečňuje klinická a praktická výuka v akreditovaných studijních programech všeobecné lékařství, zubní lékařství a farmacie a v akreditovaných studijních programech a vzdělávacích programech nelékařských zdravotnických oborů a související výzkumná a vývojová činnost. Společná pracoviště fakultní nemocnice a lékařské fakulty vysoké školy jsou kliniky a ústavy. Společná pracoviště zřizuje, mění a ruší ředitel fakultní nemocnice po dohodě s děkanem lékařské fakulty. V čele kliniky a v čele ústavu je přednosta, kterého jmenuje nebo odvolává ředitel fakultní nemocnice po dohodě s děkanem lékařské fakulty (§111, Zákon č. 372/2011Sb., ve znění pozdějších předpisů). Veřejná nezisková ústavní zdravotnická zařízení dříve upravoval zákon č. 245/2006 Sb., o veřejných neziskových zdravotnických zařízeních a o změně některých zákonů, ve znění nálezu Ústavního soudu vyhlášeného pod č. 483/2006 Sb. Tento právní předpis zavedl do českého právního řádu institut veřejné neziskové organizace zabývající se plněním veřejného zájmu v oblasti poskytování zdravotní péče (Tomší, 2008, s. 19). Tento právní předpis byl zrušen a ustanovení o fakultních nemocnicích nyní lze nalézt pouze v zákoně o zdravotních službách. Tato zařízení reprezentují právnické osoby, jež jsou zřizovány s cílem poskytovat lůžkovou zdravotní péči. Fakultní nemocnice představují příspěvkové organizace, jejichž rozpočet se řídí pravidly danými zákonem č. 218/2000 Sb., Zákon o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů. Činnost fakultních nemocnic je financována ze státního rozpočtu. Příspěvkové organizace naopak provádějí odvody do státního rozpočtu. Tato zařízení hospodaří s veřejnými prostředky a veřejným majetkem pod veřejnou kontrolou. Stávající fakultní nemocnice poskytují vysoce specializovanou zdravotní péči a realizují výzkumnou a vývojovou činnost.

V současnosti se projednává přijetí Zákona o univerzitních nemocnicích, jehož účinnost je navrhována od 1. 1. 2018.² Ten by měl přinést větší samostatnost univerzitních nemocnic. Nicméně také vyvolává obavy z privatizace těchto nemocnic a obavy, že se přijme další zákonná norma, která stejně současnou problematiku hospodaření těchto nemocnic nevyřeší (Fiala, 2017). Otazné je také to, zda tento zákon bude přijat vzhledem k blížícím se volbám.

² *Vládní návrh zákona o univerzitních nemocnicích a o změně některých zákonů (zákon o univerzitních nemocnicích)* [online]. Praha: Parlamentní listy, 2017 [cit. 2017-05-11]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=7&CT=1054&CT1=0>

2 Profese zdravotně-sociálního pracovníka v České republice

Profese zdravotně-sociálního pracovníka v našich podmínkách není doposud příliš známou doménou ani pro studenty sociální práce, pokud se o ni sami nezajímají. Přesto není žádnou novinkou a má svou dlouholetou tradici. Sociální pracovníci ve zdravotnictví vykonávají mimořádně odborné činnosti se zásadním celospolečenským dopadem. Jejich práce se neobejde bez standardů výkonu sociální práce, vytvoření mechanismů podpůrných (supervize, konzultace, další vzdělávání) i kontrolních (metodické vedení). Je nezbytné, aby sociální pracovníci při výkonu své profese dbali na dodržování lidských práv pacientů, které ohrožuje sociální vyloučení a jsou i jinak zranitelní (Marková, 2009).

2.1 Historie sociální práce ve zdravotnictví

Zrod profesionální sociální práce lze v českých zemích spojovat se vznikem první republiky. Zdravotně-sociální pracovnice byly prvními pracovnicemi, které zformovaly profesní organizaci sociální práce u nás (Kuzníková, 2011, s. 15). Sociální pracovnice se při nemocnicích objevovaly již během první republiky, kdy se jejich práce stala nedílnou součástí organizace zdravotní péče v tehdejší Československu. Některé sociální pracovnice byly speciálně školeny při nemocničních školách právě pro sociální práci v nemocnicích. Fungovaly a pracovaly tedy v nemocnicích ještě dříve, než byla ve větších nemocnicích založena první sociální oddělení. Počet pracovnic ale neumožňoval, aby se věnovaly čistě jen této pracovní aktivitě. Často do nemocnic docházely a měly další úvazky v jiných organizacích či zdravotně-sociálních službách (Kodymová, 2013, s. 105). Nicméně existovaly již tehdy snahy o zřízení sociálních oddělení při nemocnicích. Kupříkladu sociální oddělení při Všeobecné fakultní nemocnici v Praze vzniklo na základě pokynu Ministerstva veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy z roku 1938 (Burdunová in Novotná, 1997, s. 16).

2.2 Právní ukotvení profese zdravotně-sociálního pracovníka

Tato podkapitola je věnována právní úpravě profese zdravotně-sociálního pracovníka. Složitě to bylo s právním ukotvením profese zdravotně-sociálního pracovníka za první republiky i po druhé světové válce. Kvalifikaci sociálních pracovnic nepředepisoval ani zákon o poradenské péči z roku 1947, hovořil jen o lékaři a jiných odborně školených silách. Profese byla součástí směrnic. Zákon č. 170/1950 Sb. poprvé upravil výkon zdravotnických povolání, který vešel v platnost v roce 1951. Profese sociálního pracovníka však nebyla převzata do soustavy zdravotnických povolání mezi střední zdravotnický personál (Prošková, 2015, s. 178).

To neznamená, že by zdravotně-sociální pracovníci vymizeli ze zdravotní sféry. Otázkou zůstává, kdo a za jakých okolností byl oprávněn vykonávat ve zdravotnickém zařízení tento post. Z dobových právních dokumentů vyplývají zajímavá fakta. V roce 1960 vzniklo Středisko pro další vzdělávání středního zdravotnického personálu v Brně. (Věstník Ministerstva zdravotnictví, roč. 8, 1960, částka 14-15, s. 149-150) Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 44/1966 Sb. upravovala mimo jiné také pomaturitní studium středního zdravotnického personálu. V příloze této vyhlášky najdeme obory, ve kterých se mohli tito pracovníci vzdělávat. Zdravotní sestry, dětské sestry a ženské sestry získaly po absolvování kurzu Střediskem pro další vzdělávání středního zdravotnického personálu oprávnění vykonávat sociální službu, tedy poskytovat sociální péči a pomoc pacientům v nemocnici.

Ačkoli má samotné povolání své kořeny již před vznikem první republiky, své oficiální právní úpravy v rámci zdravotnického práva se dočkala poměrně nedávno. Když se podíváme do minulosti. Byla profese ukotvena pouze ve směrnicích Ministerstva zdravotnictví. Poslední verzi směrnice upravující profesi zdravotně-sociálního pracovníka (tehdy byl post nazýván zkráceně sestra pro sociální službu) nalezneme v roce 1986. Jednalo se o směrnici č. 10/1986. V § 8 této směrnice nalezneme nadpis „*Zdravotní sestra se specializací v úseku práce sociální služba*“. Nepřekvapí, že tento název evokoval představu, že sociální pracovníci v případě potřeby mohou plně zastoupit řadové zdravotní sestry při personálním nedostatku na odděleních. Podobná očekávání a neznalost nebyly výjimkou, jak jsem se dozvěděla od sociálních pracovníků pracujících na uvedeném postu v té době, byť se jednalo o absolventky sociálně-právních škol nikoliv o zdravotní sestry. Mezi úkony, které dle citované směrnice měli pracovníci provádět, patřilo mimo jiné: provádění sociální služby u nemocných; objektivizování rozboru sociální situace podle potřeby návštěvní službou v rodinách, na pracovištích, národních výborech; zpracovávání sociálního záznamu (součástí zdravotní dokumentace pacienta) jako písemné zprávy o sociální situaci pacienta ve vztahu k jeho onemocnění, sestavení plánu sociální terapie, rozsahu a druh a potřeba sociálních intervencí; poskytování odborného poradenství z oblasti sociálního zabezpečení, pracovněprávních vztahů, rodinného práva a při řešení dalších otázek týkajících se záležitostí nemocného; sledování škodlivých vlivů nepříznivě působících na udržení životní rovnováhy nemocného a podílení se na jejich odstraňování; napomáhání k reintegraci nemocných do společenského prostředí a získávání pacientů a jejich rodin k aktivní účasti na tomto procesu; uskutečňování

sociální péče ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky, v úzké spolupráci s národními výbory, školskými zařízeními, se závody, společenskými organizacemi atd.

Od té doby uplynulo téměř dalších 20 let, než se změnila právní úprava a podařilo se profesi sociálních pracovníků ve zdravotnictví dostat do zákona pod vlivem vstupu České republiky do Evropské unie. Stalo se tak samozřejmě spolu s dalšími nelékařskými profesemi, u nichž byla situace stejná. Profese zdravotně-sociálního pracovníka stojí na pomezí regulace zdravotní a sociální péče. Představuje unikum českých podmínek, kde se striktně dělí, co patří do sociální oblasti a co už do zdravotní a tvoří jakýsi kompromis. Jednak ji specifikuje zákon o nelékařských zdravotnických povoláních, a částečně také zákon o sociálních službách. Nicméně níže uvedený zákon zařadil sociální pracovníky v nemocnici mezi zdravotnická povolání, což znamená mimo jiné i to, že k výkonu sociální práce v nemocnici se zařazením bez odborného dohledu je třeba mít i zdravotní vzdělání. Nese to s sebou výhody i úskalí. Mezi nesporné klady profese zdravotně-sociálního pracovníka patří právo nahlížet do zdravotnické dokumentace a pracovat s ní. K nevýhodám lze řadit nutnost mít zdravotnické vzdělání či placený kurz pro výkon práce bez odborného dohledu – tedy alespoň oficiálně.

2.2.1 Zákon č. 96/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů

Základní právní předpis, kterým se řídí profese zdravotně-sociálního pracovníka, představuje Zákon o nelékařských zdravotnických pracovnících. Ten upravuje podmínky pro získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotních služeb. Vedle všeobecné sestry, zdravotnického laboranta, ergoterapeuta, radiologického asistenta, porodní asistentky či nutriční terapeutky apod. zde lze nalézt v § 10 odbornou způsobilost k výkonu zdravotně-sociálního pracovníka. Souvisí to zejména s nutným vzděláním, které musí daný pracovník splňovat, pokud chce pracovat bez odborného dohledu.

Do tohoto vzdělávání patří absolvování:

- a) akreditovaného bakalářského či magisterského zdravotnického studijního oboru se sociálním zaměřením
- b) tříletého studia oborů sociálního zaměření na vyšších odborných školách nebo vysokých školách a akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotně-sociální pracovník, nebo
- c) specializačního studia oboru zdravotně-sociální péče po obdržené odborné způsobilosti všeobecné sestry podle § 5.

V případě, že se rozhodne povolání zdravotně-sociálního pracovníka osoba, která absolvovala sociální vzdělání středoškolského nebo vysokoškolského stupně, je dle tohoto zákona její pracovní činnost upravena dle Hlavy III. V takovém případě se jedná o výkon povolání jiného odborného pracovníka. Činnosti vykonávané v rámci zdravotní péče by měl dle tohoto zákona vykonávat jiný odborný pracovník pouze pod odborným dohledem či přímým vedením v souladu s prováděcím předpisem. Nicméně, vzhledem k nedostatečnému personálnímu vybavení často dochází k tomu, že jiní odborní pracovníci vykonávají svou činnost samostatně stejně jako kterýkoliv jejich kolega či kolegyně pracující bez odborného dohledu s tím rozdílem, že tabulkový plat je výrazně nižší, jak je uvedeno v další kapitole této diplomové práce.

Tento zákon také upravuje v Hlavě VI v § 66-69 podmínky získání osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu. Majitel osvědčení získává i oprávnění k vedení praktického vyučování ve studijních oborech a v akreditovaných kvalifikačních kurzech, ve specializačním vzdělávání a v certifikovaných kurzech. Ministerstvo zdravotnictví rozhoduje o vydání osvědčení zdravotnickému pracovníkovi na základě jeho písemné žádosti, pokud splnil podmínky pro výkon povolání bez odborného dohledu stanovené tímto zákonem. O toto osvědčení je nutné si požádat do 18 měsíců ode dne získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání v příslušném oboru. U žadatelů žádajících po uplynutí 18 měsíců musí doložit kromě dokladů o získané způsobilosti také doklad, že vykonávali povolání minimálně jeden rok či dva roky v rozsahu minimálně jedné pětiny týdenní pracovní doby z období posledních 10 let. Dále musí doložit získání 40 kreditů z celoživotního vzdělávání, nebo doklad o složení zkoušky ověřující způsobilost k výkonu příslušného povolání bez odborného dohledu. Osvědčení se vydává na období 10 let. O prodloužení osvědčení o dalších 10 let lze požádat nejpozději 60 kalendářních dnů před skončením jeho platnosti s tím, že pracovník musí opět doložit získání 40 kreditů v rámci celoživotního vzdělávání nebo doklad o složení zkoušky ověřující způsobilost pro výkon povolání bez odborného dohledu.

V novele zákona³, která by měla vejít v platnost během roku 2017, se nenavrhuje pro zdravotně-sociální pracovníky výraznějších změn. V oblasti vzdělávání je zdůrazněno, že pozice má být zejména určena pro absolventy sociálních škol vyšších odborných a vysokých dle požadavků § 110 odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb., kteří si akreditovaným zdravotním kurzem rozšíří způsobilost pro vykonávání své profese i ve zdravotnictví. Nově má do kompetencí

³ *Vládní návrh zákona, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb. (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů* [online]. Praha: Parlamentní listy, 2016 [cit. 2016-09-11]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/doc/00/12/75/00127576.pdf>

zdravotně-sociálního pracovníka patřit i paliativní péče. To neznamená, že bychom doposud jako sociální pracovníci opomíjeli tuto oblast, naopak na řadě oddělení, kde pracujeme s nevyлéčitelně nemocnými pacienty nejen s onkologickým onemocněním. Zapojujeme se do nově vznikajících paliativních týmů v rámci našich nemocnic apod.

2.2.2 Vyhláška 55/2011 Sb.

Tato vyhláška upravuje činnosti nelékařských zdravotnických pracovníků. Všeobecně pro zdravotnické pracovníky s příznanou způsobilostí vykonávat činnost bez odborného dohledu platí § 3 odst. 1. Zde jsou uvedeny základní činnosti, které musí vykonávat každý zdravotnický pracovník. To znamená: dodržovat zákony a standardy v souvislosti s poskytováním zdravotní péče, dodržovat hygienicko-epidemiologické předpisy v souladu s ochranou veřejného zdraví, vést zdravotnickou dokumentaci a další dokumentaci vyplývající z dalších právních předpisů, poskytování informací pacientovi v souladu se svou odbornou způsobilostí, podílet se na praktické výuce v souvislosti se získáváním odborné způsobilosti k výkonu zdravotnických povolání.

K činnostem zdravotně-sociálního pracovníka bez odborného dohledu se přímo vztahuje § 9. Podle něj vykonává zdravotně-sociální pracovník především tyto úkony: sociální prevenci a depistáž u pacientů či jejich blízkých s potenciálním rizikem vzniku nepříznivé sociální situace v důsledku nemoci; provádění sociálního šetření a posuzování životní situace v souvislosti s nemocí nebo s jejími důsledky (k objektivizaci může využívat návštěvní služby ve spolupráci s orgány veřejné správy – např. odbor péče o dítě, městský nebo obecní úřad); sestavování plánu psychosociální intervence včetně rozsahu, druhu a potřeby sociálních opatření prováděných v rámci multidisciplinárního týmu; sociálně-právní poradenství ve vztahu k onemocnění a jeho důsledkům; integraci do společnosti u pacientů vyžadujících takovou pomoc z důvodu nedostatku fyzických, psychických, sociálních schopností či narušených sociálních vztahů; příprava a zajištění rekondičních pobytů; organizaci propuštění pacientů včetně zajištění další péče a služeb; u zemřelých zajišťovat specializované sociální poradenství a u osamělých osob zajistit záležitosti spojené s úmrtím.

K úkonům, jež smí provádět jiný odborný pracovník se vzděláním v sociální oblasti na základě své způsobilosti a dle určení zdravotnického pracovníka se specializací v tomto úseku, se řadí především (dle § 51): posouzení životní situace pacienta, sociálně-právní poradenství, provádění sociálních opatření nebo psychosociálních intervencí do životní situace pacienta ve spolupráci s ostatními zdravotnickými pracovníky.

2.2.3 Vyhláška č. 39/2005 Sb., ve znění vyhlášky č. 129/2010 Sb.

Tato vyhláška upravuje minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. Podmínkou pro získání způsobilosti profese zdravotně-sociálního pracovníka je absolvování akreditovaného studijního programu či kurzu nebo akreditovaného vzdělávacího programu a vzdělávacího kurzu, jehož standardní doba studia činí nejméně 3 roky, z toho praktické vyučování tvoří nejméně 1000 hodin.

Studijní programy poskytují znalosti a dovednosti, které umožní vykonávat činnosti stanovené vyhláškou 55/2011 Sb. Dále obsahují:

- a) znalosti a dovednosti v etice zdravotnického povolání v oboru;
- b) v administrativních činnostech ve zdravotnictví, zejména ve vedení dokumentace týkající se oboru, včetně elektronické podoby této dokumentace;
- c) v organizaci a řízení zdravotní péče;
- d) v základech podpory a ochrany veřejného zdraví, včetně prevence v tzv. nemocničních nákaz;
- e) v první pomoci a zajišťování zdravotní péče v mimořádných a krizových situacích;
- f) v právních souvislostech poskytování zdravotní péče v oboru.

Dále se programy specificky zaměřují v oboru zdravotně-sociální práce na teoretickou výuku poskytující znalosti v:

- a) oborech, které tvoří základ potřebný pro sociální péči (filozofie, etika, psychologie, sociologie, základy speciální pedagogiky, sociální politika, právo pro sociální pracovníky);
- b) sociální péči (metody a techniky sociálního výzkumu, teorie a metody sociální práce), problematice sociálních institucí, rizikových skupin a menšin, sociálních aspektech zdraví a nemocech ve vztahu ke klinickým oborům;
- c) oborech souvisejících s poskytováním zdravotní péče (základy anatomie, fyziologie a patologie, lékařských klinických oborů vnitřního lékařství, chirurgie, psychiatrie, pediatrie a geriatric, ošetrovatelství, v komunitní péči, v základech informatiky, statistiky a metodologie vědeckého výzkumu);

V oblasti praktického vyučování programy poskytují dovednosti a znalosti v metodách sociální práce ve vztahu k řešení složitých sociálních situací pacientů vzniklých v souvislosti s onemocněním nebo zdravotním postižením. Praktické vyučování probíhá formou stáží v

lůžkových zdravotnických zařízeních zajišťujících péči o děti a dospělé s interními, chirurgickými a duševními onemocněními, v lůžkových zdravotnických zařízeních následné péče, zařízeních paliativní péče, ústavních zařízeních sociální péče, ve stacionářích, v komunitní péči a na úřadech státní správy v oblasti sociální péče.

Vzdělávací program kurzu doplňuje vzdělání získané absolvováním akreditovaného studijního programu nebo akreditovaného vzdělávacího programu tak, aby obsahově splňoval požadavky popsané výše.

2.2.4 Vyhláška č. 99/2012 Sb.

Uvedená vyhláška upravuje požadované počty zaměstnanců specializovaných na určitý druh práce v určitém typu zdravotní služby, ať se jedná o služby terénní, ambulantní či lůžkové. Požadavky na zabezpečení pozice zdravotně-sociálního pracovníka či sociálního pracovníka dle této vyhlášky jsou dle mého názoru minimalistické a zcela neodpovídající opravdové potřebě těchto pracovníků na jednotlivých odděleních v rámci nemocnic. Obzvláště pokud bychom přihlíželi k jednomu z požadavků na činnosti zdravotně-sociálního pracovníka – tedy depistáži na jemu přidělených klinikách. Otázkou zůstává, podle jakých parametrů a předpokladů byla vyhláška sestavována. Specificky se totiž zmíněná vyhláška zabývá pozicí zdravotně-sociálního pracovníka jen v určitých případech a také zcela vyjímá zdravotnická zařízení zřizovaná Vězeňskou službou České republiky. Pozice zdravotně-sociálního pracovníka či sociálního pracovníka figuruje v rámci následné lůžkové péče a dlouhodobé lůžkové péče, kde má být zabezpečena zdravotně-sociálním pracovníkem nebo jiným odborným pracovníkem - sociálním pracovníkem v úvazku 0,2 ve zdravotnickém zařízení s počtem lůžek do 30 a v úvazku 0,5 ve zdravotnickém zařízení s počtem lůžek nad 30. Dále se post zmiňuje v rámci oboru geriatrické, kde by měl mít zaměstnanec pracovat na 0,1 úvazku. V případě oboru návykových nemocí a psychiatrie má pozice zdravotně-sociálního pracovníka zastávat pracovník také s 0,1 úvazku. U lázeňské a rehabilitační péče je výslovně sděleno, že se nevyžaduje péče zdravotně-sociálního pracovníka či sociálního pracovníka. U následné intenzivní péče a dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče má překvapivě být dostupnost zdravotně-sociálního pracovníka či sociálního pracovníka zabezpečena bez požadavku na rozsah úvazku. Naopak u paliativní péče se přítomnost sociálního pracovníka nevyžaduje. Největší úvazek pak dle této vyhlášky náleží zdravotně-sociálnímu pracovníkovi nebo sociálnímu pracovníkovi v dětském domově do 3 let, kde je staveno 1,0 úvazku. O dalších odděleních tzv. akutní medicíny, kde mnohdy působí sociální pracovníci velmi aktivně, zde není ani zmínka. Například nelze pominout nutnost přítomnosti sociálního pracovníka na

klinikách dětský či dospělých. Kupříkladu onkologičtí pacienti, pacienti s interními chorobami, pacienti po úrazech, po amputacích končetin, trpící různými onemocněními či následky úrazu mozku, i s poškozením míchy by se bez intervencí sociálního pracovníka a jím poskytnutého sociálního poradenství opravdu velmi těžko obešli. Problém českých nemocnic tkví však v tom, že tam není ani dostatečné personální obsazení pomocným zdravotnickým personálem, sestrami či lékaři. Naopak dochází k omezování chodu oddělení a některá jsou dokonce uzavírána. Proto nelze očekávat hladké prosazování přítomnosti a kapacitní navýšení počtu sociálních pracovníků legislativní cestou.

2.2.5 Vyhláška 423/2004 Sb.

Daná vyhláška upravuje kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků. Specifikuje, že kredit je bodové ohodnocení celoživotního vzdělávání. Jsou zde dále vysvětleny pojmy: inovační kurz, odborná stáž, seminář, školící akce, odborná konference, mezinárodní kongres, publikační činnost, pedagogická činnost, vědecko-výzkumná činnost, poster, e-learningový kurz, poster, metodika, registrační období. Vyhláška v § 3 stanovuje konkrétně, za které vzdělávací akce a v jakém kreditním rozsahu se mohou udílet kredity, které nelékařští zdravotničtí pracovníci nutně potřebují k tomu, aby si udrželi své oprávnění k výkonu povolání bez odborného dohledu. Za absolvování studijních programů zdravotnického zaměření na vysoké či vyšší odborné škole po získané odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, pomaturitního specializačního studia, speciální přípravy nebo dlouhodobého tematického kurzu náleží za každý ukončený semestr studia nebo za každých 6 měsíců studia 25 kreditů. Za jednu akci celoživotního vzdělávání typu inovačního kurzu či školící akce patří účastníkovi minimálně 4 kredity za každý započatý den a maximálně 12 kreditů. Totéž platí i u kongresů na národní úrovni. V případě mezinárodního kongresu má účastník získat minimálně 5 kreditů za 1 započatý den a maximálně pak 15 kreditů. Za odborný článek patří autorovi 15 kreditů a za spoluautorství 10 kreditů. Autorovi náleží za odbornou publikaci či vědecko-výzkumnou činnost 25 kreditů, spoluautorovi pak 20 kreditů. Podstatnou součástí této vyhlášky je také způsob evidence forem celoživotního vzdělávání. To provádí pořadatel záznamem do průkazu odbornosti nebo vydáním potvrzení. V praxi se setkáváme s vydáváním osvědčení o absolvování kurzu s počtem kreditů, které musí být schváleny profesní

organizací. Například Česká asociace sester, o níž je pojednáno níže, má kreditní komisi, které se posílají žádosti o zařazení vzdělávací akce do celoživotního vzdělávání.⁴

2.3 Získání kvalifikace pro výkon zdravotně-sociálního pracovníka

Odbornou způsobilost k výkonu profese zdravotně-sociálního pracovníka získávají absolventi akreditovaného zdravotnického bakalářského nebo magisterského studijního oboru sociálního zaměření nebo „nezdravotnického“ nejméně tříletého studia v oborech sociálního zaměření na vyšších odborných školách nebo na vysokých školách doplněného akreditovaným kvalifikačním kurzem zdravotně-sociální pracovník. Způsobilost k výkonu tohoto povolání mají rovněž všeobecné sestry po absolvování dřívější pomaturitní specializační přípravy v oboru zdravotně-sociální péče. Osoby, které získaly způsobilost zdravotně-sociálního pracovníka nebo sociálního pracovníka – jiného odborného pracovníka dle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních, mají přímo ze zákona dānu způsobilost sociálního pracovníka v oblasti sociálních služeb, tedy bez nutnosti doplnění dalšího vzdělávání, a to i v případě, že dosáhly pouze vzdělání středoškolské úrovně (Brůha a Prošková, 2011, s. 227-228).

Zákon nestanovuje, které studijní obory je možno pokládat za „nezdravotnické“ obory sociálního zaměření. Stejně jako u oborů zdravotnického zaměření, k nimž dává souhlasné stanovisko Ministerstvo zdravotnictví, musí od roku 2008 vysoké školy obdržet souhlasné stanovisko odpovědného orgānu. Tím je v tomto případě Ministerstvo práce a sociálních věcí. Požadavky, jež musí splňovat obor sociálního zaměření, lze nalézt na stránkách Akreditační komise Ministerstva školství, mlādeže a tělovýchovy. Taktěž Asociace vzdělavatelů v sociální práci vydala jako své doporučení Minimální standardy vzdělávání sociálních pracovníků. Ani jeden z těchto dokumentů však nepředstavuje závazný předpis (Brůha a Prošková, 2011, s. 227, Kuzníková, 2011, s. 27). Vysoké školy, které chtějí nabízet obory, po jejichž absolvováním mají studenti způsobilost k výkonu zdravotně-sociálního pracovníka přímo (tedy bez nutnosti návazného absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu), musí splnit požadavky vyhlāšky Ministerstva zdravotnictví o minimálních požadavcích na nelékařské obory. Pokud chtějí, aby jejich obor umožňoval získání způsobilosti k výkonu tohoto zdravotnického povolání i povolání sociálního pracovníka ve smyslu zákona o sociálních službách, musí splnit i zmíněné požadavky Akreditační komise Ministerstva školství, mlādeže a tělovýchovy pro sociální práci

⁴ *Kreditní komise*. Česká asociace sester, c1996-2017 [online]. [cit. 2016-04-14]. Dostupné z: <http://www.cna.cz/prezidium/komise-pri-prezidiu/kreditni-komise>

a získat souhlasné stanovisko Ministerstva práce a sociálních věcí. Obdržení způsobilosti zdravotně-sociálního pracovníka přímo absolvováním zdravotnického oboru lze až od července roku 2008 (Brůha a Prošková, 2011, s. 226-227). Škol, jež by měly akreditovaný obor zdravotně-sociálního pracovníka, není mnoho. Spíše jich ubývá. Souhlasné stanovisko od Ministerstva zdravotnictví k oboru zdravotně-sociální pracovník mají tyto školy: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně (prezenční i kombinované bakalářské studium), Univerzita Pardubice (prezenční bakalářské studium), Ostravská univerzita v Ostravě (prezenční bakalářské studium, na něž navazuje magisterské studium neopравňující absolventy k výkonu zdravotnického povolání s novou způsobilostí), Pražská vysoká škola psychosociálních studií, s. r. o. (prezenční bakalářské studium s akreditací prodlouženou pouze do října 2017 k dostudování současných studentů), Vysoká škola polytechnická Jihlava (prezenční i kombinované bakalářské studium).⁵ Z uvedených informací vyplývá, že nemáme v našich podmínkách doposud magisterský studijní obor, který by se vztahoval přímo k výkonu zdravotně-sociálního pracovníka. K získání osvědčení stačí bakalářský titul. Naše instituce proto nejeví zájem a nevidí smysl v tom akreditovat magisterské obory. Byť osobně vím, že se kupříkladu na Univerzitě Pardubice o navazujícím magisterském oboru pro absolventy zdravotně-sociálního pracovníka uvažovalo.

Pokud pracovník nezíská způsobilost studiem na vysoké škole, čeká ho po studiu na vyšší odborné škole či vysoké škole sociálního zaměření akreditovaný kurz zdravotně-sociálního pracovníka. Tento kurz lze absolvovat ve 2 organizacích v České republice, které získaly akreditaci ministerstva zdravotnictví. Doposud byl tento kurz výhradně doménou Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, které kurz na tuto pracovní pozici provozuje již od dob jeho vzniku v 60. letech. V současnosti má tento kurz akreditovaný od července 2016 i Vyšší odborná škola ekonomická, sociální a zdravotnická, Obchodní akademie, Střední pedagogická škola a Střední zdravotnická škola, Most, příspěvková organizace.⁶ Oba kurzy mají celkem 160 hodin (80 hodin teorie a 80 hodin praxe), slouží sociálním pracovníkům s titulem diplomovaný specialista či bakalář. Mezi vyučované předměty vyučované v rámci tohoto kurzu patří: Veřejné zdravotnictví a základy zdravotnické legislativy, Vnitřní lékařství, Chirurgické obory, Pediatrie, Neurologie, Psychiatrie, Základy ošetrovatelství, Odborná praxe. V Národním centru ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů stojí kurz 6600,- Kč

⁵ Stanovisko MZ pro VŠ: aktualizace k 23. 9. 2016 [online]. [cit. 2016-10-18]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Soubor.ashx?souborID=28127&typ=application/vnd.openxmlformats-officedocument.spreadsheetml.sheet&nazev=Stanoviska MZ pro VŠ z 23 9 2016.xlsx>

⁶ Seznam udělených prodloužených akreditací: aktualizace k 28. 6. 2016. [cit. 2017-08-18]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Soubor.ashx?souborID=28127&typ=application/vnd.openxmlformats-officedocument.spreadsheetml.sheet&nazev=Stanoviska MZ pro VŠ z 23 9 2016.xlsx>

bez DPH. Zároveň je třeba počítat s platbou za praxi absolvovanou v akreditovaných zařízeních, která se pohybuje mezi 3000-3500,- Kč. Mezi akreditovaná zařízení se řadí Fakultní nemocnice Motol, Fakultní nemocnice Brno nebo Fakultní nemocnice Olomouc (Malinková, 2016, s. 80). V případě Mostu cena tohoto kurzu činí 5000,- Kč, platba za praxe není specifikována. Praxi lze absolvovat v rámci Krajské ústecké nemocnice a Nemocnice Most.⁷ Tento kurz je završen závěrečnou zkouškou, skládající se z odpovědi na teoretické otázky a v případě sociálních pracovníků praktické části sestávající z přednesu zpracované kazuistiky. (§ 6, vyhláška č. 189/2009 Sb., o zkouškách podle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů).

2.4 Kompetence a činnosti zdravotně-sociálního pracovníka

Systém sociálního zabezpečení se neustále proměňuje. Je povinností zdravotně-sociálního pracovníka na tyto změny umět pružně reagovat a permanentně prokazovat svou potřebnost v systému, kde poskytují obdobné služby jiné subjekty. Zdravotně-sociální pracovník se musí chovat proaktivně na všech úrovních praxe. To znamená, že musí jednat takovým způsobem, aby vystupoval jako profesionál a zaujímal pozitivní přístup ke své práci na jakémkoliv oddělení a v jakémkoliv zařízení poskytující zdravotní služby bez ohledu na to, na jaký druh péče se zařízení či oddělení specializuje. Zdravotně-sociální pracovník by měl také umět rozpoznat pacientovy potřeby a pracovat s nimi, s podstatným dovětkem, že je nezbytné vnímat pacienta v kontextu jeho sociální sítě a osob v ní zahrnutých. Role zdravotně-sociálního pracovníka nekončí pouze u poskytování péče a služeb pacientovi. Pracovník by měl umět zorganizovat a zplnomocnit pacienta či jeho širší sociální systém a poskytovatele služby. Sociální pracovník nemocnici musí umět rovněž reagovat na potřeby služby, měl by také spolupracovat s kolegy a odborníky. To napomáhá integraci holistického přístupu do tradičního medicínského pohledu na pacienta. Pracovník by měl taktéž učit a zplnomocňovat pacienty a jejich blízké osoby. Zdravotně-sociální pracovník má vyhledávat a aplikovat nové přístupy při řešení pacientovy situace. Zdravotně-sociální pracovník by měl zplnomocňovat sebe i klienty k práci na sobě, vzdělávání se a hledání způsobů přispívajících k sociální změně (Dziegielewska, 2013, s. 11-13).

Sociální pracovníci v nemocnici do repertoáru svých kompetencí musí zahrnovat širokou škálu znalostí z různých oborů sociální práce s různými cílovými skupinami, z různých dalších

⁷ Akreditovaný kurz: *Zdravotně-sociální pracovník*, 2016 [online]. [cit. 2017-06-18]. Dostupné z: http://www.vos-sosmost.cz/kurzy/letak_zspracovnik.pdf

oborů lidské činnosti. Kromě práva a jeho různých oborů i psychologie a krizové intervence atd. Nejde jen o to znát onemocnění, jeho projevy a důsledky v životě pacientů. Musí počítat také s jejich různě komplikovanými životními situacemi, k nimž se často pouze přidalo onemocnění k dovršení již tak velmi problematické situace. Nestací pouze znát principy pro práci s osobami se zdravotním postižením, seniory a jejich rodinami, pokud bychom měli vztáhnout problematiku k tématu této diplomové práce.

Sociální pracovníci si musí umět poradit kupříkladu se situací:

- Akutně vzniklé neschopnosti člověka rozhodovat o sobě v krátkodobém i dlouhodobém časovém horizontu;
- Kolapsu jediné pečující osoby (nově v roli pacienta akutně hospitalizovaného v nemocnici)
- Lidí v krizi (včetně rodin umírajících pacientů);
- Obětí domácího násilí;
- Zanedbaných, zneužívaných a týraných seniorů;
- Bezdomovců či lidí s nestandardním způsobem života (pobývání v marigotce, v kanceláři, zahradním domku, autě, stanu apod.);
- Lidí akutně bez finančních prostředků či v dluhové pasti,
- Osob trpících návykovými nemocemi (zejména závislostmi na legálních i nelegálních drogách) v pokročilém stádiu
- Cizinců s pojištěním i bez pojištění, legálně i nelegálně pobývajícím u nás, hospitalizovaných Čechů dlouhodobě pobývajících v jiných státech EU i mimo ni;
- Žadatelů o azyl, u nichž není jasné, zda budou moci v České republice zůstat a zároveň nemohou pobývat v přijímacích střediscích z důvodu zdravotního stavu;
- Vězňů, jimž byl přerušen výkon trestu z důvodu onemocnění, apod.;

Tyto výše jmenované situace se samozřejmě mohou prolínat, a také velice často krkolomně prolínají v individuálních situacích konkrétních pacientů.

Svým komplexním přístupem, schopností spojovat hlediska různých disciplín a koordinovat činnosti jednotlivých účastníků může výrazně přispět k zabezpečení kvalitní péče o nemocného člověka i k jeho aktivizaci, a stejně tak i k využití všech zdrojů navazujících na dosavadní život nemocného člověka. V prvé řadě se seznamuje se zdravotním stavem i současnou sociální situací pacienta, zjišťuje jeho anamnézu z rozhovoru s pacientem, jeho rodinou a multidisciplinárním týmem. Na základě tohoto rozhovoru se stanoví společný cíl a dojde k návrhu řešení problémové situace. Sociální pracovník sestavuje plán sociální pomoci.

Důležitou pozici zastává sociální pracovník v rámci plánování odchodu pacienta ze zdravotnického zařízení. Sociální pracovník by měl identifikovat sociální rizika spjatá s propuštěním pacienta. Jeho úkol spočívá v zjišťování přirozených zdrojů pomoci a přirozené sociální sítě. Důležité je také, aby zmapoval situaci v místě bydliště pacienta z hlediska bariér architektonických, hygienických i z hlediska dostupnosti potenciálně potřebných služeb a možnosti jejich koordinace (Godová, 2007, s. 35). Nutno však podotknout, že není v silách zdravotně-sociálního pracovníka mapovat přirozené sociální prostředí pacienta a dostupné sociální a zdravotní služby vlastními silami. Důvod nespočívá pouze v neochotě tohoto pracovníka seznámit se s prostředím pacienta osobně. Pracovník v nemocnici nemá při dobře nastavené spolupráci s odděleními a přílivu nových potřebných pacientů šanci podnikat u každého pacienta návštěvu terénu. Navíc často nepochází pacient pouze z blízkého okolí nemocnice, kde je hospitalizován. Podle specializace a profilace oddělení může takové oddělení být jediné pro spád jednoho kraje, Čech, Moravy, Slezska, případně celé České republiky. Navíc nemá tento sociální pracovník kompetence k tomu, aby pronikl do obydlí svých pacientů jako jiní kolegové (např. sociální pracovníci v rámci kontroly příspěvku na péči) Proto tento pracovník nutně potřebuje spolupráci terénních pracovníků v místě bydliště pacienta, s důrazem na to, že se nemusí jednat pouze o sociální pracovníky, ale i kupříkladu terénní zdravotní sestry apod.

U sociální práce v nemocnici se musí odlišit specifika práce na odděleních tzv. akutní medicíny od práce na odděleních tzv. chronické medicíny (Hermanová, 2007, s. 7). V prvním případě sociální pracovník přichází na popud lékaře, staniční či ošetřující sestry v situaci, kdy během hospitalizace nastal akutní problém u pacienta, který je nutné do propuštění vyřešit či alespoň začít jeho řešení. V řadě větších nemocnic je také zaveden systém žádanek o tzv. sociální konzilium, které zadávají ošetřující lékaři. Rozhodnutí, zda problém vyžaduje intervenci ze strany sociálního pracovníka, závisí tedy zcela na personálu daného oddělení, a zejména pak na lékaři. V druhém případě (při dlouhodobých pobytech) často dostávají do péče sociální pracovníci vesměs všechny pacienty. Jde o to zajistit pacienty z dlouhodobého hlediska. Často jsou centrem pozornosti na těchto odděleních pacienti, kteří nemají přirozené prostředí, kam by se mohli vrátit. Příčinou může být zejména ztráta soběstačnosti, kdy pro pacienty není možné setrvat v jejich dosavadním bydlišti z důvodu architektonických bariér, nedostupnosti služeb či jejich nedostatečnosti vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta. Velice podstatným faktorem reprezentuje vůbec samotná existence přirozeného prostředí. Častými dlouhodobými klienty zdravotnických zařízení, které se nedaří umístit mimo ně, jsou lidé, kteří

nemají vůbec kam jít a nejsou „akceptovatelní“ pro „standardní“ služby českého systému. Tyto služby bohužel často musí plnit řadu regulí, které jim ani nedovolují takového „nestandardního klienta“ přijmout. Řada z nich však cíleně hledá výmluvu, proč nesplňuje daný člověk jejich cílovou skupinu. Místo, abychom nacházeli efektivní způsoby usnadňující životní situaci našich klientů, bojujeme s neochotou institucí a překážkami na jejich straně.

Velký problém pro fungování pracovní pozice zdravotně-sociálního pracovníka představuje absence spolupráce Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí. Často se objevují otázky, zda by sociální péče měla být poskytována v rámci zdravotnických zařízení, zda by tato péče neměla být doménou sociálních oddělení při obecních a městských úřadech (Sklenářová in Novotná, 1997, s. 10).

Profese pomáhající v oblasti zdravotnictví, sociálních služeb či školství reprezentují jedny z profesí nejvíce ohrožených stresem a syndromem vyhoření, protože kontakt s ostatními lidmi hraje ústřední roli. Současná situace nejen v odvětví sociální práce jako pomáhající profese je charakterizována snižováním počtu zaměstnanců, většími požadavky na ně. Pracovníci nemají jistotu udržení si zaměstnání ani adekvátního finančního ohodnocení. Ve zdravotnictví, které i v našich českých podmínkách změnilo postavení pacientů a pasovalo je do role zákazníků s možností spolurozhodovat o jim poskytovaných zdravotních službách a řešit případnou nespokojenost s nimi stížností, nejsou výjimkou nejen stížnosti na poskytnutou zdravotní péči, ale ani trestní oznámení na pracovníky (lékaře, i další zdravotníky). Stoupá dle mého názoru i stres ze zodpovědnosti, která je jednoznačně kladena na stranu poskytovatele a jeho zaměstnanců. Často není ten největší problém řešit situaci bezdomovce bez finančních prostředků. Velkým oříškem může naopak být řešení stížnosti na první pohled absurdní, zapříčiněné kupříkladu vystresováním pacienta i rodiny z náhle vzniklé nepříznivé situace (nepříznivá prognóza) a hledáním viníka. Proto se domnívám, že v tak náročném prostředí plném stresu z konfliktů by mělo být samozřejmostí poskytnout svým zaměstnancům prostor tyto věci ventilovat a sdílet se svými kolegy.

Problematika syndromu vyhoření u zaměstnanců se stala poslední desetiletí velkým tématem (Kadushin a Harkness, 2014, s. 24-25). Supervizi lze vnímat jako jeden z důležitých nástrojů syndromu vyhoření.

2.5 Role zdravotně-sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu

Péče o člověka by měla být záležitostí týmu, který by měl poskytovat komplexní o člověka. Mezi členy zdravotnických týmů bývají nejčastěji zastoupeni lékaři, zdravotní sestry a pomocný zdravotnický personál. V menším měřítku se dle zaměření oddělení vyskytují fyzioterapeuti, ergoterapeuti, logopedi. Ještě méně jsou pak v základním týmu včlenění psychologové či sociální pracovníci, případně duchovní. Akutně i chronicky nemocní lidé, senioři i děti mají problémy z oblasti zdravotní, sociální, finanční, bytové aj. Proto očividně nestačí poskytovat péči jednostranně zaměřenou pouze na léčbu onemocnění či zmírnění jeho postupu. Neexistuje jedna disciplína, která by zvládla reagovat na všechny potřeby pacienta. Proto je nutné mít multidisciplinární týmy ve zdravotnictví – tedy týmy odborníků, v nichž se jednotlivci specializují v určité oboru (Berkman, D'Ambruso, 2006, s. 765-766).

Zdravotnické zařízení reprezentuje systém, který je jistým způsobem uspořádán. Charakterizuje ho hierarchické uspořádání, jasně vymezené pozice a role, víc méně nepropustné hranice mezi pacienty a lékaři. Sociální pracovník tvoří často první spojku mezi těmito dvěma světy: světy pacientů i jejich rodin a světy lékařů a dalšího zdravotnického personálu. Mnohdy také sehrává roli mediátora při řešení konfliktů mezi zdravotnickým personálem a pacientem a jeho rodinou. Není náhodou, že bývají kromě toho jmenováni do funkce nemocničních ombudsmanů.

Každá vážnější nemoc ohrožuje kvalitu pacientova života. Mění pacientův psychický stav, jeho reakce mohou být emotivnější. Stoupá jeho závislost na okolí, zdravotnické pracovníky nevyjímaje. Vážné onemocnění lze řadit do kategorie situačního stresu. Lékaři často musí sdělovat nepříznivé informace pacientům a jejich blízkým. S pacientem a jeho blízkými kromě lékaře úzce spolupracují zdravotní sestry i sociální pracovníci. Předpokladem této spolupráce bývá jednoznačně společný dialog (Godová, 2007, s. 34-48).

Sociální pracovníci jsou součástí mnoha multidisciplinárních týmů. U zdravotně-sociálních pracovníků tvoří jejich primární tým zdravotnický personál jejich přidělených klinik či oddělení. V první řadě se spolupráce sociálních pracovníků odvíjí od komunikace s ošetřujícím lékařem pacienta. Ten bývá ve většině zdravotnických zařízení první kompetentní osobou, která informuje sociálního pracovníka o přítomnosti pacienta a jeho potřebě sociálních intervencí, neboť ve většině nemocnic není dostatečný prostor na to, aby sociální pracovník prováděl denně depistáž na každém svém oddělení. Pravdou ale je, že každé zdravotnické zařízení je jiné, a tak se můžeme setkat i s takovým přístupem, že sociální pracovnice či

pracovník provádí v zařízení či na konkrétním oddělení příjmy veškerých pacientů, a pak opravdu depistáží naráží na sociální problémy svých pacientů.

V multidisciplinárním týmu nejde ale jen o lékaře. V řadě případů je klíčová spolupráce s ostatními nelékařskými zdravotnickými pracovníky od vrchních sester, staničních sester, řadových sester po pomocný zdravotnický personál, který ví kupříkladu o pacientově soběstačnosti mnoho užitečných informací. Mnohdy je stěžejní právě interakce zdravotních sester se sociálními pracovníky. Zdravotní sestry při sběru informací o nemocném také hodnotí sociální situaci nemocného během pobytu ve zdravotnickém zařízení. Hodnotí především soběstačnost pacienta při péči o vlastní osobu. K těmto činnostem se řadí: stravování, dodržování pitného režimu, výkon fyziologických potřeb, pohyblivost, hygiena, orientace a schopnost dodržování léčebného režimu. Mezi její úkoly patří také sběr dat z oblasti sociální anamnézy nemocného (rodinné, sociální pozadí, bydlení, zaměstnání, finanční situace atd.) (Dolista, 2010, s. 175). Na specializovaných odděleních narážíme také častěji na fyzioterapeuty, logopedy, psychology, psychiatry jako přirozené členy s mnohdy dílčí úlohou při plánování a realizaci péče o pacienty. Fyzioterapeuti, pokud dlouhodobě pracují s pacienty, mohou přinášet informace o vývoji pohybových schopností pacienta, mohou doporučovat vhodné pomůcky ke kompenzaci pohybových problémů pacientů a tím napomáhají také velmi práci sociálních pracovníků s těmito pacienty, neboť se tak umožní pacientům kompenzovat jejich pohybový handicap. Nedílnou součástí specializovaných týmů je taktéž ergoterapeut, jenž pomáhá pacientům, aby se o sebe naučili znovu pečovat, případně jim umožňuje najít řešení úprav bydlení a využití kompenzačních pomůcek k tomu, aby byli v rámci svého domácího prostředí zcela či minimálně závislí na pomoci druhé osoby. Psycholog taktéž neodmyslitelně patří na řadě oddělení ke spolupracovníkům sociálního pracovníka, ať už se jedná o podpůrné rozhovory s pacienty v těžké zdravotní i sociální situaci či hodnocení úrovně kognitivních funkcí pacientů, u nichž se vlivem onemocnění či úrazu tyto funkce proměnily a mohou vést k jeho odkázanosti na druhé, neschopnosti rozhodovat informovaně o svých záležitostech, případně nutnosti mít opatrovníka. V případě poskytování péče nemocným lidem je nutné reagovat na jejich potřeby, které nesouvisí pouze s jejich zdravotním stavem.

Spolupráce však není vždy samozřejmostí. V mnoha případech je pak sociálním pracovníkem těžce vybojována a úzce souvisí s jeho vybudovaným postavením na konkrétním oddělení. Kooperace a trávení pracovní doby rozhovorem se sociálním pracovníkem ke konzultaci zdravotní i sociální situace jednotlivých pacientů je vnímána řadou zdravotnických pracovníků jako práce navíc, na kterou není vždy čas a není to ani prioritou oddělení. Názory i

pohledy se mohou lišit i v tom, jak by měla být péče pro konkrétního pacienta plánována. Na obranu zdravotnických pracovníků lze uvést, že ve státních organizacích je nedostačující personální vybavení. Lékaři jsou nesprávně tlačeni vedením a ovlivňováni tíživou ekonomickou situací jejich organizace k činění rozhodnutí, mohou sice pomoci nemocnici, nikoliv však pacientovu jako takovému (Sklenářová in Novotná, 1997, s. 14).

Využívání sociálních služeb ve zdravotnictví má své bariéry (Hermanová, 2007, s. 5). Votava (2005) uvádí, že sociální pracovníci jsou hodnotnou součástí zdravotnických týmů, nicméně nejsou hrazeni ze zdravotního pojištění. To se také odráží v jejich prvotním postavení v nemocnici, jež usiluje o tvorbu zisku a plateb ze zdravotního pojištění. Na rozdíl od pracovníků, jejichž hodnocení reprezentují platby za výkon a délku hospitalizace, jsou činnosti sociálních pracovníků vnímány leckdy jako služba pacientům nad rámec standardní zdravotní péče. Tato péče nemusí být vždy doceněna a vnímána jako esenciální pro chod nemocnice. Někteří zdravotníci mohou vnímat toto povolání v rámci jejich teritoria dokonce za ohrožující, neboť „nebýt přítomnosti sociálních pracovníků, možná by dostávali za svou práci, která je pro nemocnici daleko potřebnější a důležitější, daleko více peněz“. Horší variantu pak samozřejmě představuje despekt k tomuto povolání ze strany managementu zdravotnického zařízení. Vedení nemocnic jako takové samo nevidí důvod, aby post sociálního pracovníka v zařízení vůbec existoval samostatně. V řadě případů narážíme na kolegy či kolegyně se sociálním vzděláním, kteří povolání sociálního pracovníka vykonávají na částečný úvazek za „odměnu“ k dalším pracovním pozicím (např. sanitář, zdravotní sestra, sekretářka, příjem pacientů, pokladní, manažer chodu oddělení pro plánování odchodu pacientů), nebo dochází do nemocnice v určité dny na stanovené úřední hodiny. Z toho vyplývá, že na sociální práci jako takovou jim nezbyvá mnoho času, což se odráží v kvalitě poskytovaných sociálních intervencí. Z výše uvedeného vyplývá, že náplň práce sociálních pracovníků není jednotná. V každém zdravotnickém zařízení má svá specifika. Kontrast můžeme vnímat mezi velkými a malými zdravotnickými zařízeními. Zatímco v prvním případě jsou většinou v rámci velkého zdravotnického komplexu přítomna sociální oddělení s vedoucím sociálním pracovníkem, v druhém případě bývají zdravotně-sociální pracovníci podřízeni vedoucím zdravotnickým pracovníkům, kteří nemají zkušenost s touto profesí a často nerozumí zcela jejich kompetencím a nejsou mnohdy ani ochotni snažit se porozumět a profesi sociálního pracovníka posouvat a rozvíjet.

Týmovou spoluprací ve většině zdravotnických zařízení nelze považovat za uspokojivou a vážně často díky nedostatečné sociální erudici lékařů. Naopak, ze strany sociálních pracovníků může mnohdy chybět prezentace jejich práce či nedostatečné nasazení pro potřeby klientů (Hermanová, 2007, s. 5). Proto je nezbytné dbát na důsledné vykazování činností sociálních pracovníků a suverénní předkládání těchto výkazů managementu nemocnice, aby byla podložena opodstatněnost přítomnosti sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení. Za klíčovou vlastnost kvalitní sociální péče ve zdravotnictví považují zviditelňování a reprezentace sociálních oddělení i jednotlivých sociálních pracovníků příslušících ke zdravotnickému zařízení uvnitř tohoto zařízení a navenek k široké i odborné veřejnosti. Zásadní by mělo být představování činnosti sociálního pracovníka novým členům zdravotnických týmů, zejména lékařům. V některých nemocnicích narážíme na to, že nově přijímaní lékaři a další zdravotnický personál kromě školení bezpečnosti práci absolvují mimo jiné také školení o činnosti sociálních pracovníků v jejich zdravotnickém zařízení (například ve Fakultní nemocnici Hradec Králové a nově také Fakultní nemocnice v Motole). To lze jen kvitovat, protože jsou tak již na začátku nastaveny možnosti a předpoklady spolupráce s novými kolegy.

Práce sociálního pracovníka sice nevede k zisku. Může ale na jedné straně umožnit snadnější budoucí život lehce i vážně nemocných seniorů a na druhé straně přispět k ušetření nákladů a financí zdravotnického zařízení. Tato skutečnost čím dál tím více začíná být evidentní nejen vedení oddělení či vedení celého zdravotnických zařízení, na nichž sociální pracovníci působí.

2.6 Financování zdravotně-sociálního pracovníka

Zdravotně-sociální pracovníci se vyskytují především ve veřejných zdravotnických zařízeních. Proto pracují zejména s platy.

Povolání zdravotně-sociálního pracovníka (sociálního pracovníka se zdravotnickým vzděláním) je obsaženo ve vládním nařízení č. 220/2010 Sb., o katalogu prací ve veřejných službách a správě pod kódem 2.19.18. Profese zdravotně-sociálního pracovníka se pohybuje mezi 8. - 11. platovou třídou. K platovým třídám se vztahují také platové tarify, zdravotně-sociální pracovník je zařazen do tabulek podle přílohy č. 2 vládního nařízení č. 564/2006 Sb. Platy se pohybují od 13360,- Kč do 25 650,- Kč měsíčně na základě počtu let praxe a zařazení do příslušné platové třídy.

Podle toho, do jaké platové třídy je zaměstnanec zařazen, jsou mu přisouzeny jednotlivé body, jaké činnosti může vykonávat:

- a) 8. platová třída – posouzení životní situace pacienta nebo klienta sociální péče a sledování a vyhodnocování potřeb pacienta (klienta sociální péče) na základě údajů ve zdravotnické dokumentaci prováděné pod odborným dohledem;
- b) 9. platová třída – provádění zdravotně sociálních činností bez odborného dohledu, kupříkladu psychosociální intervence dle osobních potřeb pacienta či klienta sociální péče, řešení sociálně právních otázek pacienta (klienta sociální péče), provedení sociálního šetření v terénu, výkon odborných prací při vedení terapeutických komunit zejména v psychiatrických léčebnách;
- c) 10. platová třída – 1) výkon složitých zdravotně sociálních činností bez odborného dohledu, např. posuzování životní situace pacienta v souvislosti s onemocněním či jeho důsledky na základě informací získaných ze zdravotnické dokumentace a poznatků z lékařských a sesterských vizit; uskutečnění rehabilitačních, resocializačních a rekondičních pobytů pacientů nebo klientů sociální péče s návazností na jejich zdravotní stav a sociální podmínky; poskytnutí zdravotních podmínek a pomůcek pro pacienty (klienty), příprava pacientů pro ústavní péči a pro zařízení sociální intervence (LDN, DD, DS), provádění sociálně právního poradenství ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům za využití poradenství ve vztaznosti k onemocnění či k jeho důsledkům za použití anamnestických dat ze zdravotnické dokumentace, lékařských a sesterských vizit; 2) zajišťování sociálních potřeb u obzvláště těžce nemocných a postižených osob v domácím ošetřování bez odborného dohledu, například po cévních mozkových příhodách, po úrazech, při připojení na dýchacích přístrojích, při apalických syndromech;
- d) 11. platová třída – 1) výkon nejnáročnější zdravotně sociální činností bez odborného dohledu, například hodnocení biopsychosociálního stavu pacienta (klienta) a na jeho podkladě s využitím dat ze zdravotnické dokumentace plánování následné péče, plánování kritérií pro umístění pacienta na zdravotně-sociální lůžko. Vytváření nových standardů a metod zdravotně sociální péče ve zdravotnických zařízeních zahrnujících kontroly jejich uplatňování; 2) metodické usměrňování a sladění zdravotně sociální péče v dané územní působnosti; tvorba prostoru pro implementaci výsledků výzkumu v rámci oboru. (Tamt., s. 340-341)

2.7 Sdružující organizace

Mezi sdružující organizace zdravotně-sociálních pracovníků se řadí Společnost sociálních pracovníků a Česká asociace sester (Hrabošová in Novotná, 1997, s. 39).

ČAS tvoří profesní odbornou organizaci, která vznikla v roce 2001 za účelem sdružení sester a jiných odborných pracovníků majících vztah ke zdravotnictví. (Národní institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví a Česká asociace sester, 2001, s. 57) Jedná se o dobrovolnou samosprávnou organizaci zdravotnických sdružování osob vykonávajících nelékařská zdravotnická povolání a osoby se na tato povolání připravující, prosazování řešení profesních, ekonomických a právních otázek, všestranná participace na řešení otázek preventivní, léčebné, ošetrovatelské, diagnostické a následné zdravotní a sociální péče, podpora vědeckovýzkumné činnosti. Mezi činnosti České asociace sester patří podílení se na tvorbě zdravotní politiky státu v kooperaci se všemi institucemi, které mají tuto oblast ve své kompetenci. Dále Česká asociace sester vytváří a vydává dokumenty (informační brožury, odborné publikace či standardy), pořádá odborná setkání (přednášky, semináře, kurzy, kongresy, symposia, konference) na regionální, celostátní i mezinárodní úrovni.⁸

Společnost sociálních pracovníků ČR, z. s. představuje dobrovolnou odbornou organizaci. Její členové se aktivně podílejí na rozvoji sociální práce, přispívají ke zvyšování odborné úrovně profese a rozvíjejí její praxi. Má celorepublikovou působnost. Sídlí v Praze. Společnost sociálních pracovníků navázala na činnost Organizace sociálních pracovníků, která vznikla v roce 1922 a jejíž činnost byla mezi roky 1948 -1989 omezena. Společnost se může členit na sekce na územním principu a s ohledem na řešení odborných témat a otázek. Obhájí profesní zájmy a podmínky pro profilaci sociálních pracovníků nezávisle na jejich příslušnosti k rezortu (zdravotnickému, sociálnímu či školskému) a předkládá odpovědným orgánům návrhy, stanoviska či odborné posudky v problematice sociální práce a její celospolečenské evaluace ve všech odvětvích péče o člověka a podílí se na jejich řešení.⁹

⁸ Stanovy České asociace sester, o. s., c1996-2017 [online]. [cit. 2017-06-19]. Dostupné z: http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/stanovy_2011-e3bcb.pdf

⁹ Stanovy Společnosti sociálních pracovníků ČR, z. s., 2016 [online]. [cit. 2017-06-26]. Dostupné z: http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/stanovy_ssp_cr_20161.pdf

3 Hegerovy reformy

Reforma českého zdravotnictví je, byla a bude stále diskutovaným tématem. Od 90. let odborná veřejnost usiluje o změnu ve financování i o reformu institucí. Na rozdíl od většiny zemí Evropské unie, reforma zdravotnictví nezapočala z důvodu finanční krize. Byla již součástí vládního programu nové vlády v roce 2006. Měla vést ke stabilizaci veřejných rozpočtů. Na postu ministra zdravotnictví se nacházel Tomáš Julínek (Angelovská a Dobiášová, 2014, s. 14). Julínek rozdělil návrh reformy zdravotnictví do tří fází, které měly být uskutečněny během dvou volebních období. První krok představovala stabilizační fáze (v roce 2006), následovala reforma institucí a reforma financování (Bryndová, 2007). Schválena byla pouze novela zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, kterou byly zavedeny regulační poplatky. Tyto poplatky platili jednotně všichni pacienti kromě osob v hmotné nouzi, osob v ochranné léčbě či osob v karanténě a dětí v dětských domov a výchovných ústavech. Zpočátku se také platilo za všechny druhy zdravotnických služeb. Platilo se 30 korun za ambulantní návštěvu lékaře a za recept na léky, dále 60 korun za jeden den hospitalizace a 90 korun za návštěvu pohotovosti.

Roku 2010 navázala pravicová vláda Petra Nečase pod vedením tehdejšího ministra zdravotnictví Leoše Hegera na předešlé reformní počiny. Reformu lze také rozdělit do tří fází. Heger měl politickou podporu a dařilo se mu prosadit reformní kroky. Poměrně rychle a razantně byly přijímány nové zákony s reformou spojené (Angelovská a Dobiášová, 2014, s. 15). V první fázi došlo k podstatným změnám formou zavedení nadstandardní péče, a mimo jiné i zvýšení poplatku za pobyt v nemocnici na 100,- Kč. Ve druhé fázi reformy roku 2011 Parlament České republiky schválil s účinností od 1. dubna 2012 všech pět ústředních zákonů reformy: zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, zákon č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách, zákon č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě, zákon č. 375/2011 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o zdravotních službách, zákona o specifických zdravotních službách a zákona o zdravotnické záchranné službě a zákon č. 369/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (Angelovská a Dobiášová, 2014, s. 15).

V České republice vyvolalo období tzv. „Hegerových reform“ vášnivě diskuze zejména kvůli zavedení poplatků za poskytování zdravotní péče. Co už patří k méně známým faktům, je snaha o prosazení reformy legislativy nelékařských zdravotnických povolání, kam patří, jak již bylo zmíněno i povolání zdravotně-sociálního pracovníka či jiného odborného pracovníka (sociálního pracovníka bez zdravotnického vzdělání).

Reforma směřovala ke zrušení odborného dohledu. Poté už nemělo být vyžadováno získání osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu. Tvůrci reformy od toho očekávali minimalizaci administrativní zátěže. Výkon povolání pod odborným vedením by byl nezbytný jen v případě specializační přípravy, u absolventů (v době na zapracování) či po přerušení výkonu povolání na dobu delší než 5 let. Registrace nelékařských zdravotnických pracovníků měla probíhat bez vazby na výkon povolání bez odborného dohledu. První registrace se měla uskutečnit na podkladě získání odborné způsobilosti a poté měla být obnovována při splnění podmínky výkonu povolání a celoživotního vzdělávání. Mělo dojít ke zjednodušení kontrolního systému a úpravě celého registru. Taktéž se součástí reformy stala realizace již zmiňované vyhlášky o minimálním personálním zabezpečení zdravotních služeb. V rámci reformy bylo v plánu rovněž odstranění duplicitního vzdělávání se stejnými výstupními činnostmi u oborů na vyšších odborných školách a u bakalářských oborů na vysokých školách. V oblasti celoživotního vzdělávání mělo dojít k úpravě povinnosti každého zdravotnického pracovníka za jeho plnění a měla se převést odpovědnost na zaměstnance, zaměstnavatele i odborné společnosti, což by vedlo ke zrušení kreditního systému. Cílem novely tohoto zákona měla být i úprava akreditace a činnosti akreditační komise. Větší počet komisí by sloužil k zabezpečení flexibilnějšího a přitom více individualizovaného systému. Co se týče specializačního vzdělávání, spíše se předpokládalo nejprve získání praxe v odbornosti, pak specializace v navazujících kombinovaných formách magisterských programů. Bezpochyby se plánovala také novelizace související legislativy (vyhláška o činnostech, katalog práce, vyhláška o minimálních požadavcích na vzdělávací programy). Tyto změny měly odpovídat na demografický vývoj populace a situace z praxe, která vyžaduje co nejvíce kompetentních pracovníků vykonávajících svou činnost bez odborného dohledu při zachování bezpečí a kvality péče. Všechny snahy měly za cíl dle ministra zjednodušení a zpřehlednění celé legislativy s účinností od 1.1.2013.¹⁰

Kromě prosazení personální vyhlášky a diskuzí o tom, že by se možná měl vytvořit nový zákon upravující získávání odborné způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání, se však většina bodů slibované tzv. „velké novely“ nepodařila prosadit do stanovené doby. Zákon 96/2004 Sb. by se měl opět pouze novelizovat i v roce 2017. Na základě návrhu zákona mělo dojít ke zrušení kreditního systému jako dokladu celoživotního vzdělávání a zrušení nutnosti registrace pro výkon povolání bez odborného dohledu. Novela by měla vejít

¹⁰ Ministerstvo zdravotnictví pracuje na další fázi reformy zdravotnictví, 2012 [online]. [cit. 2017-06-14]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-pracuje-na-dalsi-fazi-reformy-zdravotnictvi_6143_2501_1.html

v platnost od 1. 9. 2017.¹¹ Kritici zavedení personální vyhlášky konstatují, že byl nedostatek zdravotnických pracovníků pouze legalizován a tím pádem formálně uznán. Vyhláška v současné podobě nezohledňuje další normy, například ani zákoník práce (Koubová, 2015).

V platnost vešla opatření v rámci tzv. „malé novely“ zákona 96/2004 Sb. Došlo ke stanovení činností, které mohou nelékařští zdravotničtí pracovníci vykonávat bez osvědčení povolující výkon profese bez odborného dohled. Platnost osvědčení se prodloužila z 6 let na 10. Správní poplatek za vydání osvědčení se snížil z 500,-Kč na 100,- Kč. Nově se objevila možnost elektronického přístupu k informacím o akreditovaných vzdělávacích programech na vysokých školách. Ve věstnících a na stránkách Ministerstva zdravotnictví se nacházejí seznamy vysokých škol veřejných i soukromých obsahující název školy, název oboru, získanou způsobilost, dobu platnosti akreditace a datum vydání stanoviska ministerstvem.¹²

¹¹ *Plánovaná novela zákona 96/2004 Sb.: Revoluce ve sbírání kreditů!*, 2016 [online]. [cit. 2017-06-15]. Dostupné z: <https://www.osetrovatelstvi.info/novela-zakona-962004-sb-revoluce-ve-sbirani-kreditu/>

¹² *Malá novela zákona 96, 2011* [online]. [cit. 2016-06-15]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/en/Soubor.ashx?souborID=11188&typ=application/pdf&nazev=Mal%C3%A1%20novela%20z%C3%A1kona%2096.pdf>

4 Cílová skupina senioři

V dnešní době se poměrně začíná stírat pevná hranice, koho považujeme za seniora. Důležitý faktor také představuje samotný názor i pocit osoby, zda se cítí být seniorem či nikoliv. Na jedné straně můžeme narazit na osoby, které se cítí v 55 letech již jako staří a velmi nemocní, a jsou osoby, které naopak jsou v kupříkladu v 90 letech stále v kondici a jsou kupříkladu i z pohledu lékařů „biologicky mladší“.

V této práci využijeme základní členění s věkovými hranicemi dle Haškovcové (2010), která ho časově dělí takto:

- 60-74 let vyšší věk nebo rané stáří;
- 75-89 let stařecký věk neboli sénium, vlastní stáří;
- 90 let a výše dlouhověkost.

Toto vymezení, byť se zdá předdimenzované, nám pomáhá rozlišit problematické aspekty daných období. Zatímco v raném stáří nejčastěji bude řešit senior problém možností vyplnění volného času, pro staré seniory již bude zásadní problematika zdraví a soběstačnosti (Haškovcová, 2010, s. 21). Pro potřeby tohoto výzkumu bylo však z hlediska využití sociální péče praktičtější pracovat se skupinou 65 let a více.

4.1 Zdravotní stav seniora

Zdravotní stav reprezentuje jeden z faktorů kvality života jedinců v populaci, zahrnující vzájemně provázené složky duševní, fyzické i sociální pohody (Průša, 2010, s. 26).

Zdravotní stav má velký vliv na život seniora. S přibývajícím věkem se stává osoba více náchylná k nemocem. S věkem roste celkově prevalence nemocí a polymorbidita (kumulace většího počtu onemocnění u jedince). Nemoci ve stáří jsou vždy sociální událostí, která podstatně zasahuje do sociální situace seniora. U takto nemocného seniora se objevuje rostoucí potřeba opakovaných hospitalizací, systematické zdravotní a sociální péče (Veverková, 2013, s. 18, Jarošová, 2006, s. 34, Topinková, 2005, s. 5, Haškovcová, 2010, Malíková, 2011, s. 214, Mlýnková, 2011, s. 14, Topinková, 2006).

Mezi nejpodstatnější zdravotní rizika patří dle Topinkové (2005, s 6) a Webera (2006):

- Demence – Alzheimerova choroba;
- Deprese a sebevraždy;
- Pády a fraktury (např. fraktura krčku femuru, Collesova fraktura);
- Onkologická onemocnění (rakovina tlustého střeva, rakovina plic, rakovina prostaty, rakovina prsu apod.);

- Kardiovaskulární onemocnění (ateroskleróza, infarkt myokardu, ikty aj.);
- Respirační onemocnění (chronické záněty dýchacích cest);
- Metabolické změny (osteoporóza, diabetes mellitus atd.);
- Gastrointestinální onemocnění (např. dysfagie);
- Inkontinence.

Se zdravotním stavem má spojitost i pojem stařecká křehkost (anglicky frailty), kterou vystihuje pokles celkové výkonnosti a vytrvalosti jedince. Křehkost je přítomna i u relativně zdravých seniorů. U osob se stařeckou křehkostí roste riziko disability (omezení způsobené jeho nemocí) v základních denních činnostech. Pokud senior z důvodu svého zdravotního stavu a pokročilého věku ztratí schopnost zajistit si denní potřeby a postarat se o sebe, dochází k poklesu až k úplné ztrátě soběstačnosti. Soběstačnost se skládá ze čtyř základních složek – fyzické (zejména mobilita), psychické (především samostatnost), sociální (úroveň zapojení do společnosti, rodiny) a ekonomická (dostačující příjmy). Je nezbytné pochopit, že mnohdy seniorova neschopnost samostatně naplňovat jeho potřeby pramení z bariér v okolí. Tedy nikoliv z neschopnosti vnitřní (Veverková, 2013, s. 19, Jarošová, 2007).

4.2 Sociální práce v nemocnici při péči o seniory

Cílová skupina seniorů tvoří různorodou kategorii osob. Ty se do ní řadí z důvodu splnění určitého kritéria. Každá osoba je jiná, a proto narážíme na dámy i pány staršího věku, který je přes devadesát let a přesto by je nazvali lékaři „klinicky mladšími“, neboť netrpí závažnějšími interními chorobami ani nevyžadují pomoc druhé osoby při péči o sebe. Tito pacienti často nic nepotřebují kromě společnosti a případných kontaktů na místa, kde mohou střetávat vrstevníky, protože jejich přátel stejného věku ubývá. Často nemají třeba také rodinu, se kterou by sdíleli své životní zážitky. Ovšem oni zmínění pacienti netvoří hlavní cílovou skupinu sociálních pracovníků v nemocnici. Sociální pracovníci jsou většinou přizváni k řešení sociální situace seniorů, u nichž bude potenciálně potřeba řešit jiné problémy než je pomoc při organizaci volnočasových aktivit. Jde zejména o pacienty, kteří nemají potenciálně možnost si v situaci nemoci (akutní či chronické) pomocí vlastních zdrojů naplánovat péči po propuštění z nemocničních lůžek.

Sociální pracovníci v nemocnicích při práci se seniory řeší sociální situace spjaté s krátkodobou změnou zdravotního stavu (např. pomoc při zajištění návazné péče o pacienta po plánované operačním výkonu), ale i sociální situace vzniklé v kontextu nezvratného zdravotního poškození. V prvním případě jde o intervence, jež nemají mít dlouhodobější vliv.

Jde o nastavení dobré péče a pomoc při zprostředkování adekvátních služeb pro seniory, aby se co nejvíce předešlo negativním dopadům nemoci či přechodné nesoběstačnosti na jejich život. Sociální pracovník se pak stává manažerem návazné péče, a zajišťuje tedy služby v domácím prostředí či pobytové služby zejména zdravotnického charakteru. Nicméně v případě druhém, kdy dochází k nezvratné změně zdravotního stavu, je třeba seniorovi pomoci řešit jeho situaci ve spolupráci s jeho blízkými (pokud je má) opravdu velmi komplexně s určením všech předpokládaných rizik, které mohou nastat v případě toho, že některý faktor sociální situace senior, rodina či sociální pracovník podcení.

Velmi často pak řeší sociální pracovníci situace, které nastávají v souvislosti se změnou či ztrátou soběstačnosti seniora. Samozřejmě v kontextu posledního úseku života sem neodmyslitelně patří i péče o umírající seniory. Lékaři, kteří ovládají umění komunikovat, jsou nedocenitelní partneři při plánování návazné péče o velmi těžce nemocné či umírající pacienty. Ochota lékařů citlivě vysvětlit seniorovi i jeho rodině situaci a prognózu bez zbytečných „úhybných manévřů“, je pro pacienta s nevléčitelnou nemocí přínosnější než sebelepší screeningová vyšetření i terapie, která by měla probíhat stejně třeba pouze z důvodu oddálení sdělení pravdy o závažnosti onemocnění. Změny v soběstačnosti se dějí někdy náhle a nečekaně. Mnohdy se však seniorův horšící se zdravotní stav prohlubuje s přibývajícím časem bez povšimnutí. Nemocniční sociální pracovníci v obou případech naráží v první řadě obvykle na nepřipravenost seniorů i jejich rodin na tyto situace. Rodinní příslušníci ani senioři o těchto věcech často nechtějí spolu komunikovat. Stává se, že senioři potažmo jejich rodiny odkládají řešení těchto situací na dobu, až se někdy skutečně stanou. Bohužel, na druhou stranu, náš systém (především sociálních) služeb na toto neumí reagovat v ten moment, kdy dojde k rapidní změně v seniorově zdravotním stavu a senior i jeho rodina potřebují akutní vyřešení jejich situace. Senior i jeho rodina se pak ocitají často v bezvýchodné situaci. Na pobytové služby existují rozsáhlé poradníky. Kapacita pobytových ani terénních služeb neodpovídá aktuální poptávce a zároveň si starší osoba nemůže příliš vybírat a klást specifické požadavky, pakliže nemá finanční zabezpečení, aby mohla zaplatit často i více jak 30 000,- Kč měsíčně. V rozporu bývá přání seniora být doma s možnostmi rodiny, pro niž to často znamená volbu mezi dvěma možnostmi: starat se o seniora po nespecifikovatelný časový úsek a vyhovět svému blízkému, nebo zabezpečit sebe, pracovat a seniorovi zabezpečit péči v pobytovém zařízení. Nezřídka variantě péče v domácím prostředí stojí v cestě obavy z neznámého - neznalost problematiky, jak se dobře postarat o seniory (i umírající) či neznalost možností péče v domácím prostředí, která by pomohla ulehčit péči o nesoběstačné seniory. Často slyším od rodin pacientů, že si

rádi vezmou své blízké domů ve chvíli, kdy budou zase zvládat hygienu sami a budou je moci nechat samotné doma. Odvolávají se na pacientovu soběstačnost před hospitalizací v nemocnici. Ta už se ale nemusí navrátit do předchozího stavu a v případě terminálního stádia nemoci to ani nelze očekávat. V případě nesoběstačného seniora je pak častou odpovědí věta: „*My bychom to nezvládli.*“. Někdy se péče o seniory v domácím prostředí dá kombinovat za pomoci terénních či ambulantních služeb a rodiny. Avšak jsou rodiny, které ani toto nemají možnost skloubit, proto je i přes všechnu snahu vyhovět seniorovu přání nutné pomoci mu zajistit péči v pobytovém zařízení. Setkáváme se ovšem také se seniory, kteří nejsou schopni pro své onemocnění sdělit své přání. V tu chvíli se dostávám do rozporu, neboť se často nemám šanci dozvědět, jak by si přál zajistit péči senior, kdyby se mohl rozhodnout sám. Jsme tedy odkázáni na komunikaci s rodinou. Institut dříve vyslovených přání není v našich podmínkách v seniorské populaci ještě hojně využit. V dalším bodě narážím na obavy zdravotnického personálu, tedy zejména lékařů, z perzekucí rodinnými příslušníky, kteří mohou mít jiný názor na poskytování péče, než měli samotní senioři. Velmi opatrně se pak musí zhodnocovat i situace imobilních seniorů závislých na pomoci druhé osoby ve všech činnostech. Bohužel není výjimkou podezření na zanedbání péče či týrání ze strany pečující osoby. Pokud se setkám s pacientem, který byl přivezený do nemocnice podvyživený a špinavý a trpí pokročilým stádiem demence, zapojují se do řešení situace i složky Policie České republiky a sociální odbor městského úřadu. Někdy tyto jevy nejsou však na první pohled rozšířovatelné. Často jediným ukazatelem může být snaha rodiny o propuštění pacienta z nemocnice až příliš brzy bez ohledu na závažnost jeho stavu i doporučení lékaře, že je bezprostředně ohrožen život pacienta. Důvodem může být obava, aby nebyla pozastavena kupříkladu výplata příspěvku na péči, která tvoří hlavní zdroj obživy rodiny. Lékaři pak často vyhovují těmto požadavkům rychlého propouštění domů i z důvodu potřeby uvolnění nemocničních lůžek. Případně je někdy ukazatelem i řešení zvláštního příjemce důchodu ve chvíli, kdy se nachází pacient například v bezprostředním ohrožení života. Pokud je péče rodinou o takového seniora poskytována kvalitně, nevidím v tom problém, když je tato péče podpořena finančními prostředky seniora. Pokud ale dochází k zanedbání péče i přes možnost alespoň částečně doplatit pomocí příspěvku na péči nějakou službu navíc, je to alarmující.

Kapitolu samu pro sebe reprezentují osamělé starší osoby i bezdomovci ve věku nad 65 let. Obě zmíněné kategorie seniorů vyžadují zvýšenou pozornost sociálních pracovníků v nemocnicích, neboť u těchto pacientů nelze spoléhat na jejich sociální síť a na schopnost zajistit si péči samostatně za všech okolností (např. z lůžka v nemocnici). I když někdy mají

dobré přátele i sousedy, případně se jich ujímají aktivně sociální pracovníci obecních úřadů. Není výjimkou ale ani opačný trend, kdy se setkávám u sociálních pracovníků obcí s neochotou zapojit se do řešení sociální situace seniora, zejména pokud jde o seniora bez domova, který má trvalý pobyt kupříkladu v malé vesnici v malé obci a přechodně se zdržuje ve velkoměstě. Obce mnohdy s problematikou složitějších případů seniorů odkázaných na péči v nemocnici neumí pracovat.

Dle Matouška (2008, s. 55) patří mezi jedny z nejnáročnějších práce s klienty, kteří jsou v určitém zařízení nedobrovolně, s klienty velmi vážně postiženými (především mají-li kombinovaná postižení, vrozený velký deficit rozumových schopností, demenci) nebo s umírajícími, ať už v domácím prostředí, či v instituci (v nemocnici, v hospici, v domově důchodců), nebo s klienty, jejichž chování je velmi vzdáleno sociální normě (osoby trpící akutní psychózou) nebo se chovají agresivně, jsou k personálu hyperkritičtí nebo se snaží zneužívat sociální služby. S pacienty trpící různými kombinacemi přidružených zdravotních a sociálních problémů se setkávají sociální pracovníci v nemocnici denně. Senioři, kteří jsou chronicky či nevléčitelně nemocní tvoří dle mého názoru specifickou cílovou skupinu osob se zdravotním postižením.

V našich podmínkách zatím není sociální práce v nemocnici s touto cílovou skupinou specializovanou disciplínou. V zahraničí však nalezneme profilaci pro tuto oblast (např. v USA). Vzhledem k tomu, že lze předpokládat nárůst osob staršího věku, je na místě usilovat o specializaci pro péči o tyto osoby napříč zdravotními i sociální službami. Všudypřítomné stresory chudoby, přetrvávající ohrožení nemocí, finanční stres, stigma a izolace, jež ovlivňují zranitelné seniory, by neměly zůstat bez povšimnutí a profesionálové by na ně měli reagovat (Youdin, 2014, s. 17).

4.3 Systém služeb při péči o seniory v ČR

V naší zemi funguje systém služeb pro seniory ve dvou liniích. Na jedné straně tu máme sféru zdravotních služeb, které se starají o zdravotní stav seniora. Na druhé straně tu máme sociální sektor kladoucí si za cíl pomoc seniorovi v běžných denních činnostech, ať už formou terénní, ambulantní či pobytovou.

4.3.1 Zdravotní služby

Při poskytování zdravotní péče jsou důležité faktory na straně pacientů. U nás i v celé Evropě dochází k demografickým změnám – např. stárnutí populace. Mění se skladba nemocí – více kardiovaskulárních onemocnění, onemocnění plic. Objevují se na antibiotika rezistentní

infekce. Škodlivé návyky (kouření) přispívají k cerebrovaskulárním a nádorovým onemocněním. Mění se taktéž informovanost a očekávání široké veřejnosti, která má očekávání větší kvality zdravotních služeb a větší možnosti spolurozhodovat o léčbě. Velkých obměn se dostává také trendům v oblasti poskytování zdravotní péče. Klesá počet nemocnic a lůžek v nich. Dochází k deinstucionalizaci, zvyšování počtu přijatých pacientů v nemocnici a zkracuje se délka pobytu v nemocnici (Dolanský, 2008, s. 80-81). Tento systém však nepočítá například s problémy chronicky nemocných pacientů, kterých bohužel není v naší zemi málo (Řezníčková, 2015, s. 20). Pro tento systém jsou vítanějšími pacienti, kteří se rychle uzdraví.

Mezi první typ zdravotní služby se řadí domácí zdravotní péče. Český název domácí péče pochází z anglického termínu home care (domácí péče). Tato péče reprezentuje specifický typ zdravotní služby, jenž není primárně spojen s pomocí v domácnosti formou úklidu či donášky nákupu či obědů (Šamánková, 2006). Domácí zdravotní péče je zakotvena v českých podmínkách v §10 zákona 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Dále její poskytování řídí i zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Tento druh zdravotní péče se vyskytuje pod odborností 925. Nejde rozhodně o celodenní péči a většinou jde o otázku cca 30 minut péče v rámci návštěvy (tedy až na výjimky). Výkony domácí zdravotní péče lze vykázat v případě, že ji indikuje registrující praktický lékař pro dospělé nebo ošetřující lékař při propuštění z hospitalizace či lékař specializované ambulance při péči o osobu v terminálním stádiu onemocnění. Další informace viz Příloha A

Další typ reprezentuje ambulantní péče v podobě denních stacionářů. Na denní stacionáře nenacházíme pouze v rámci systému sociálních služeb. V případě zdravotních služeb se skrývají pod ambulantní zdravotní péči. Jedná se kupříkladu o stacionáře pro pacienty s konkrétními zdravotními potížemi. Lze se setkat se stacionáři pro onkologicky nemocné či stacionáři pro pacienty po cévních mozkových příhodách, dále jsou specializované stacionáře pro osoby závislé na návykových látkách.

U varianty lůžkové péče po ukončení hospitalizace seniorů na tzv. akutních lůžkách specializovaných na určité diagnózy vchází do centra zájmu především následná péče. Následná péče dle §9 Zákona č- 372/2011 Sb. o zdravotních službách slouží pacientům, u kterých byla určena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, ke zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče; dále pacientovi, který je částečně nebo úplně závislý na podpoře základních životních funkcí. Následná lůžková péče (léčebná, léčebně rehabilitační, ošetrovatelská a preventivní) se poskytuje v nemocnicích

následné péče a v odborných léčebných ústavech po stabilizaci akutního onemocnění pacientů za určitých podmínek. Mezi tato zařízení se v kontextu sociální práce se seniory řadí zejména tyto služby: rehabilitační oddělení či ústavy (ve smyslu fyzioterapie, ergoterapie, někdy i logopedie a psychoterapie apod.) a ošetrovatelská lůžka. Ošetrovatelská lůžka dříve jednotně dle zákona nesla název léčebny dlouhodobě nemocných, toto slovní spojení však zákon dnes nezná. To neznamená, že přestaly fungovat, jen se jmenují jinak. Kromě známého termínu léčeben pro dlouhodobě nemocné existují také názvy: lůžka následné péče, nemocnice následné péče. Více viz Příloha A.

Specifický druh zdravotní péče v kontextu českých podmínek tvoří paliativní péče a hospicová péče. Paliativní i hospicovou péči lze zahrnout pod terénní ambulantní i lůžkovou péči. Tyto formy se v ideálních podmínkách mohou kombinovat ku prospěchu nevyléčitelně nemocného klienta i jeho rodiny. Světová zdravotnická organizace charakterizuje paliativní medicínu jako aktivní, komplexní péči o pacienty s progredujícím onemocněním s malou nadějí na úplné uzdravení, kdy není úspěšná léčba a klade se maximální důraz má utlumení bolesti a dalších obtíží spojených s tímto onemocněním (Dolanský, 2008, s. 97). Hospic zabezpečuje péči o osoby v terminálním stádiu nemoci, které předchází smrti. Zaměřuje se také více na blízké okolí umírajícího člověka, poskytuje mu nejen zdravotní podporu v pomoci od bolesti, ale také sociální či duchovní oporu umírajícího (Tomeš a kol., 2015, s. 13). Hospice neměly do roku 2006 žádné právní ukotvení. V roce 2006 došlo k přidání § 22 do zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, kde je uvedena zvláštní lůžková péče. Více viz příloha A.

4.3.2 Sociální služby

Pro seniory u nás vzniká od 90. let propracovaná síť neinstytucionální a komunitní sociální péče v reakci na zvýšenou poptávku po této tzv. dlouhodobé péči. Avšak v globálu povědomí veřejnosti o službách z této či jiné oblasti obvykle končí představou o domovech pro seniory. Senioři samotní také často dávají přednost tomu, co je jim známé – tedy klasické formě péče v ústavních zařízeních. Ta pro ně nemusí být vždy jediným vhodným a vyhovujícím řešením. Sociální nebo zdravotničtí pracovníci, příslušní pracovníci obce či města by měli informovat seniory i jejich rodinné příslušníky o vhodných možnostech, které jim mohou v dané situaci pomoci ke zlepšení či zachování jejich kvality života (Veverková, 2013, s. 25, Jarošová, 2007). V této diplomové práci především zmiňuji služby sociální péče, které se v případě nemocných seniorů stávají frekventovaně využívanému typu sociálních služeb.

Prvním typem služby je sociální poradenství. To slouží k tomu, aby občanům poskytoval základní informace o možnosti řešení jejich nepříznivé sociální situace. Má plnit účel

preventivní, tedy pomáhat zabránit nepříznivým sociálním situacím a redukovat nepříznivé podmínky a prostředí. Má i charakter nápravný. Zaměřuje se na řešení náročné situace s důrazem na její zmírnění. Základní sociální poradenství je poskytováno všemi druhy služeb bez výjimky, a to bez úhrady. Existují také specializované poradny, které slouží určité cílové skupině. Některé tyto poradny se specializují na poradenství přímo pro seniory (Veverková, 2013, s. 25, Molek, 2009).

Pokud senior chce pobývat ve svém přirozeném prostředí, může si zajistit terénní služby. Terénní pracovníci přichází do přirozeného prostředí klientů. Mezi tyto služby se řadí pečovatelská služba, která obstarává starému člověku pomoc se základními potřebami péče o sebe a o domácnost jako: dovoz jídla, nákup či úklid domácnosti. Tyto služby také zprostředkovávají kontakt se společenským prostředím (jednání s úřady, doprovod, apod.). Mohou ale postrádat pracovníci orientující se v sociální problematice, která by poté řešila sociální situaci seniora. Další problematický okruh pro seniory představuje i fakt, že nelze většinou zajistit pečovatelskou a ošetrovatelskou péči současně (Veverková, 2013, s. 25, Haškovcová, 2010, Matoušek, 2007). Další terénní službu představuje i osobní asistence, která obdobně jako pečovatelská služba poskytuje starému člověku pomoc s běžnými denními činnostmi při chodu domácnosti i při obstarávání vlastních záležitostí. Oproti pečovatelské službě osobní asistence není časově omezena na všední dny. Váže se na potřeby uživatelů. Nevýhodou této služby je však může být její cena, která činí cca 130 Kč na pouhou hodinu (Veverková, 2013, s. 26, Část třetí, § 39, Zákon č. 108/2006 Sb. v platném znění). Bohužel tato služba není pro seniory příliš dostupná z hlediska finančního ani místního. Za zmínku jistě stojí i jiné sociální služby. Kupříkladu sociální rehabilitace, která seniorovi poskytuje pomoc při nábízení dovedností nutných k zvládnutí běžných denních činností, posiluje jeho samostatnost, soběstačnost i nezávislost. Další zajímavou službu pro cílovou skupinu starších osob představuje služba „Senior na telefonu“ provozující tísňovou péči. Jedná se o pravidelnou telefonickou kontrolu seniora žijícího ve své domácnosti, u nějž je vysoké riziko ohrožení zdraví i života (Veverková, 2013, s. 26, Haškovcová, 2010, Malíková, 2011, s. 45).

Další zařízení sociálních služeb pro seniory reprezentují denní centra či denní stacionáře, které skýtají pro rodiny možnost starat se o své staré členy a zároveň se věnovat bez omezení práci. Zejména je tato služba vhodná pro seniory, kteří nemohou zůstat doma sami kupříkladu z důvodu stařecké demence. O seniory je zde postaráno po celý den, dokud si je rodina opět nevyzvedne (Veverková, 2013, s. 26, Haškovcová, 2010, Mlýnková, 2011, § 45 Zákon 108/2006 v platném znění).

Asi nejznámější zařízení poskytující péči seniorům představuje domov pro seniory. Slouží seniorům, kteří nemohou žít sami ve vlastní domácnosti a vyžadují dlouhodobou komplexní péči. O staré lidi zde nepřetržitě pečuje zdravotnický personál, jsou jim zajištěny základní životní potřeby a během dne pro ně jsou pořádány různé zábavné i edukační programy (Matoušek, 2011, Mlýnková, 2011, s. 65). Týdenní stacionáře nabízejí ubytování během týdne. Seniorům jsou zde poskytovány aktivizační, sociálně terapeutické činnosti a další úkony celkové péče stejně jako v denních stacionářích. Avšak tyto týdenní stacionáře u nás fungují sporadicky (Malíková, 2011, s. 45, § 47 ZSS).

Stále více se dostává do popředí koncepce služeb akcentující pomoc rodině jako celku, nikoliv pouze seniorovi jako takovému. Senior, pokud není osamělý, funguje v kontextu svého rodinného zázemí a v závěru velmi záleží na rodinném systému, jaký typ péče bude uskutečnitelný při péči o seniory. Tzv. odlehčovací neboli respitní péče reprezentuje velice efektivní službu pomáhající nejen seniorovi, ale zejména jeho pečující rodině. Tato péče se poskytuje formou pobytovou, ambulantní i terénní. (Veverková, 2013, s. 27, Matoušek, 2007, Mlýnková, 2011, s. 66, § 46 Zákon 108/2006 Sb. v platném znění). Neopominutelný prvek péče o osoby seniorského věku reprezentuje i důkladná příprava pečujících osob na péči v domácím prostředí, která pomáhá zabránit krizovým situacím nevládnutým ze strany pečující rodiny. Existují bezplatné kurzy pro pečující rodiny, které se zaměřují na témata ošetrovatelské péče, zároveň však také poskytují edukaci v sociálně-právní oblasti, aby nedocházelo k znevýhodňování těchto osob, když už se rozhodnou pečovat na „plný úvazek“.

4.3.3 Dobrovolnické programy

V dnešní době, kdy se setkáváme s lidmi, kteří jsou v tíživé finanční situaci, roste potřeba lidí, kteří pomáhají potřebným nezištně. Obzvláště u seniorů narážíme na situace, kdy ani sebelepší péče v domácnosti klienta není pro něj z finančních důvodů dostupná vzhledem k rychle rostoucím cenám služeb běžné denní potřeby, pomalému růstu výše důchodu (např. v roce 2016 byl zvýšen důchod o 40 Kč měsíčně), nedostatečnému pokrytí financování služeb příspěvkem na péči, ale i vzhledem k osamělosti seniorů. Dále ani v lůžkových zdravotnických zařízeních či pobytových zdravotně-sociálních službách mnohdy není možné pro všechny klienty zajistit další podpůrnou péči „navíc“ kromě základních životních potřeb. Proto kvitují podporu dobrovolnické péče, která se mi jeví jako jedna z možných přijatelných alternativ k výše zmíněným službám.

II VÝZKUMNÁ ČÁST

Ve výzkumné části se zabývám rolí sociálního pracovníka v nemocnici při práci se seniory ve fakultních nemocnicích v Praze, a to konkrétně: pracovní náplní sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních, jejich pohledem na legislativu v souvislosti s jejich pracovní činností, vnímáním jejich spolupráce v rámci multidisciplinárních týmů v rámci jejich přidělených klinik, a také názorem sociálních pracovníků na jejich postavení v rámci zdravotnického zařízení. Domnívám se, že bylo poměrně velké množství absolventských prací zaměřeno na téma sociální práce s dětskými pacienty v nemocnici či obecně na sociální práci v nemocnici. Poměrně velkou skupinu klientely sociálních pracovníků a pracovníků v nemocnici však tvoří dospělí pacienti, z nichž poměrnou většinu skutečně tvoří pacienti seniorského věku. Proto si myslím, že této tematice je nutno se věnovat specifičtěji, neboť pokles soběstačnosti a změna zdravotního stavu bývá specifickou doménou této věkové skupiny obyvatelstva a bohužel se častěji stává nezvratitelnou než u mladších osob dospělého věku. Byť práce se staršími osobami mnohdy nebývá konkretizována a je řešena všeobecně v rámci balíčku péče o dospělé pacienty a mnou oslovené nemocnice si nevedou přehled o tom, kolik jejich dospělých pacientů tvoří senioři.

1 Cíle práce a výzkumné otázky

Hlavní cíl: Role sociálního pracovníka v nemocnici při práci s cílovou skupinou senioři na akutním lůžku i lůžku následné péče ve fakultních nemocnicích v Praze.

Dílčí cíle:

1. Zjistit, co je náplní práce zdravotně-sociálního pracovníka při péči o seniory s ohledem na odlišnosti či podobnosti v rámci oslovených nemocnic.
2. Zjistit, jak legislativa spojená sociální prací v nemocnici ovlivňuje výkon práce sociálních pracovníků s cílovou skupinou seniorů.
3. Zjistit, jak fungují sociální pracovníci v rámci multidisciplinárního týmu v nemocnici.
4. Zjistit, jak nahlízejí sociální pracovníci na své postavení v rámci celé nemocnice v globálu.

Hlavní výzkumná otázka: Jak nahlízejí na svou profesní roli sociální pracovníci v rámci nemocnice při péči o seniory?

Dílčí výzkumné otázky:

DC1:

1. Co je cílem práce sociálních pracovníků se seniory v rámci nemocnice?
2. Vnímají se sociální pracovníci spíše jako pomáhající, nebo administrativní pracovníci (manažeři překladů z nemocnice)?
3. Vnímají sociální pracovníci čas na svoji práci s pacienty jako dostatečný?

DC2:

1. Vědí sociální pracovníci v nemocnici o Hegerově reformě zdravotnictví a spojují si jí se svou profesí?
2. Naráží na legislativní překážky své profese při péči o seniory?
3. Pomáhá jim legislativa při práci se seniory v nemocnici?
4. Podílejí se sociální pracovníci aktivně na tvorbě a novelizaci zákonů v souvislosti s péčí o seniory?

DC3:

1. Jak probíhá spolupráce sociálních pracovníků a dalších členů týmu?
2. Vnímají sociální pracovníci, že ostatní zdravotnický personál (lékaři, sestry, fyzioterapeuti) zná dobře náplň jejich práce, nebo jsou na ně kladeny požadavky, které nejsou v jejich kompetencích?
3. Považují sociální pracovníci systém organizace jejich práce v nemocnici za vyhovující, nebo by uvítali změnu?

DC4:

1. Co od sociálních pracovníků dle jejich názoru očekává jejich zaměstnavatel?
2. Jak jsou za svou práci ohodnoceni?
3. Pociťují sociální pracovníci respekt k práci sociálních oddělení svých nemocnic ze strany vedení?

2 Popis stavu fakultních nemocnic v Praze

V České republice se vyskytuje celkem 10 fakultních nemocnic. Já se ve své diplomové práci zaměřuji na vybrané fakultní nemocnice v Praze. Nutno podotknout, že výrazné změny v počtu fakultních nemocnic v Praze nastaly v roce 2012, kdy ztratily statut fakultní nemocnice tato zařízení: Nemocnice Na Bulovce a Thomayerova nemocnice. V současnosti se mezi fakultní nemocnice v Praze řadí: Fakultní nemocnice v Motole, Všeobecná fakultní nemocnice, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Ústřední vojenská nemocnice.^{13 14}

Tabulka 1 Pražské fakultní nemocnice dle počtu lůžek a sociálních pracovníků

Nemocnice	Počet lůžek	Počet SP
FNM	2199	15
VFN	1490	8
FNKV	1113	10
ÚVN	674	7

2.1 Všeobecná fakultní nemocnice

Z pohledu sociální práce ve zdravotnictví zde nelze opominout fakt, že sociální oddělení se zde poprvé zformovalo již v roce 1938 (Burdunová in Novotná, 1997, s. 16). Lze tedy předpokládat, že se jedná o jedno z nejstarších sociálních oddělení při nemocnici v Praze. VFN tvoří 44 zdravotnických pracovišť (klinik, ústavů a samostatných oddělení), která jsou z organizačních a řídicích důvodů rozdělena do 3 oblastí: operační obor, neoperační obory, komplement. Celkový počet lůžek je 1490, z toho je cca 1350 lůžek vyhrazeno dospělým klinikám. V posledních letech došlo k výraznému snížení lůžek, ještě v roce 2011 měla nemocnice 1689 lůžek.

Pracuje zde celkem 8 sociálních pracovníků. Jedna sociální pracovníce se přímo věnuje práci se seniory na geriatrické klinice.¹⁵ Sociální péči seniorům napříč akutními lůžky poskytují všechny sociální pracovníce vyjma jedné, která má na starosti především veškerá dětská oddělení včetně porodnice. Všeobecně zde sociální pracovníci pracují výhradně s hospitalizovanými pacienty, pokud se na ně obrátí ambulantní pacient, jedná se o výjimečné

¹³ Thomayerova nemocnice a Bulovka už nebudou fakultní, 2011[online]. [cit. 2017-07-06]. Dostupné z: http://www.lidovky.cz/thomayerova-nemocnice-a-bulovka-uz-nebudou-fakultni-f9q-zpravy-domov.aspx?c=A110822_183833_In_domov_ogo

¹⁴ Seznam zdravotnických zařízení: Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb: veřejná část, c2010-2017 [online]. [cit. 2017-07-06]. Dostupné z: <https://eregpublicsecure.kszs.cz/Registr/NRPZS/ZdravotnickeZarizeni>

¹⁵ Všeobecná fakultní nemocnice: O nemocnici, c2012 [online]. [cit. 2017-07-24]. Dostupné z: <http://www.vfn.cz/o-nemocnici/o-vseobecne-fakultni-nemocnici-v-praze/>

situace, kdy odkazují na úřady či terénní služby. Ve VFN v roce 2016 měly sociální pracovníce v péči celkem 2 283 pacientů, což bylo o 48 pacientů méně než v předchozím roce. Z těchto pacientů bylo 2235 z dospělých klinik. U 1399 pacientů podána žádost k přijetí na lůžka následná péče – z tohoto počtu 78 pacientů bylo propuštěno domů, 40 zemřelo, zrušeny bylo 6 žádostí k přijetí.¹⁶ Od roku 2016 fungují v rámci VFN 2 paliativní týmy, jeden je všeobecně pro práci na klinikách v hlavním areálu nemocnice, druhý slouží pro detašované pracoviště na Strahově, kde pracuje konkrétně s pacienty dialyzačního střediska, jimž už tato péče byla ukončena. Součástí druhého týmu je i vedoucí sociálního oddělení VFN.

2.2 Fakultní nemocnice v Motole

V roce 1971 byla sloučena dětská a dospělá část a vznikla Fakultní nemocnice v Motole. V roce 1986 se otevřela léčebna dlouhodobě nemocných s počtem 390 lůžek. (Veselý a Hlaváčková, 1988) V současnosti FN Motol disponuje celkem 2199 lůžky, z toho 1624 lůžek slouží dospělým pacientům.¹⁷

Sociální oddělení vzniklo ve FN v Motole v 50. a 60. letech 20. století. Tehdy zde vykonávaly sociální službu dvě sociální pracovníce.¹⁸ V 80. letech ve FN Motol bylo osm sociálních pracovníků (270 lůžek na jednu pracovníci), v 90. letech potom 17 (100 lůžek na jednu pracovníci), (Sklenářová in Novotná, 1997, s. 10). V současnosti pracuje v této nemocnici celkem 15 sociálních pracovníků, z nichž 2 pracovníci pracují na půl úvazku, zbytek na úvazek celý. Z tohoto počtu se 4 pracovníce věnují zejména péči o seniory (Centrum následné péče). Se seniory na akutním lůžku pracují vyjma jedné kolegyně všichni sociální pracovníci. Sociální péče není většinou poskytována u klinik na ambulancích s výjimkou onkologické ambulance, kde se ukázalo jako efektivní s pacienty navázat kontakt ještě před potenciálně nezbytnou hospitalizací. Sociální oddělení FN Motol spolu s Centrem následné péče FN Motol usilovalo o získání grantu pro vznik a podporu rozvoje paliativního týmu pro dospělou část nemocnice, zatím neúspěšně. Pokračují snahy a jednání o získání finanční podpory cestou jiných zdrojů ať už grantu od MZ či soukromého subjektu.

V roce 2016 sociální pracovníci na akutních lůžkách měli v péči 3 516 dospělých pacientů, oproti roku 2015 se jedná o nárůst o 355 pacientů. Ze všech lůžkových oddělení bylo

¹⁶ E-mailová korespondence s Alenou Makarovou, vedoucí sociálního oddělení VFN [online], dne 13. 7. 2017

¹⁷ Výroční zpráva 2016 FN Motol, 2017 [online]. [cit. 2017-07-06]. Dostupné z:

http://www.fnmotol.cz/_sys_/FileStorage/download/2/1945/vyrocní_zprava_cz_2017d.pdf

¹⁸ Oddělení sociální FN Motol: Specializace, c2012 [online]. [cit. 2017-07-06]. Dostupné z:

<http://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/spolecna-pracoviste/oddeleni-socialni/specializace/>

propuštěno domů 712 pacientů se zajištěnou domácí zdravotní péčí, 69 pacientů pak s domácí hospicovou péčí. Na lůžka následné rehabilitační péče bylo přeloženo 631 pacientů, 21 pacientům byl zajištěn lůžkový hospic. Na ošetrovatelská lůžka v léčebnách dlouhodobě nemocných bylo přeloženo 1 181 pacientů. Sociální pracovníce v Centru následné péče měly v uplynulém roce v péči 1 396 pacientů. Z Centra následné péče bylo propuštěno 478 pacientů do domácí péče a 136 pacientů bylo přeloženo do pobytových zařízení poskytujících sociální služby. Šlo ve většině případů o domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem.¹⁹

2.3 Fakultní nemocnice Královské vinohrady

Lůžkový fond FNKV tvoří cca 1113 lůžek, z toho 1028 lůžek představuje dospělou část, některá pracoviště mají společný komplement pro dětskou i dospělou část. FNKV disponuje LDN čítající 60 lůžek.²⁰

Vzhledem k absenci statistiky sociálního oddělení a nedostupnosti výročních zpráv nemocnice od roku 2015, byla oslovena s prosbou získání požadovaných údajů vedoucí oddělení, která ochotně poskytla následující údaje. Sociální oddělení tvoří tým 10 sociálních pracovníků, vyjma jedné pracovníce pracují všechny pracovníce na plný úvazek. Sociální péče je poskytována zejména na lůžkových odděleních FNKV. U dospělých klinik jsem zaznamenala, že jedna pracovníce se věnuje ve výjimečných případech péči na ambulanci ortopedie. FNKV taktéž získala prostředky z grantu na vytvoření paliativního týmu v roce 2016, v němž je přítomna i sociální pracovníce poskytující sociální poradenství nevléčitelně nemocným pacientům a jejich rodinám při propuštění z nemocnice. V roce 2016 bylo pracovníci OZS poskytnuto odborné poradenství a zajištěna následná péče 4915 pacientům z akutních lůžek a ambulancí. Počet řešených pacientů vzrostl meziročně o 464 oproti roku 2015. V roce 2016 bylo celkem 1300 pacientů (odesláno 6522 žádostí) umístěno na lůžka následné péče, do rehabilitačních ústavů bylo propuštěno dohromady 766 pacientů. Z dospělých klinik měla nejvíce pacientů v ortopedicko-traumatologická klinika, jednalo se o 1192 pacientů. Statistika o pacientech propuštěných z nemocnice domů, eventuálně se zajištěnými terénními službami nebyla sledována.²¹

¹⁹ Tamt., s. 88

²⁰ *Výroční zpráva FNKV: 2014, 2014* [online]. [cit. 2017-07-24]. Dostupné z: http://www.fnkv.cz/soubory/838/vyrocní_zprava_fnkv_2014.pdf

²¹ *E-mailová korespondence s Blankou Radjenovičovou*, vedoucí sociálního oddělení FNKV [online], dne 25. 7. 2017

2.4 Ústřední vojenská nemocnice

ÚVN Praha slouží od roku 1994, kdy se stala příspěvkovou organizací MZ, též obyvatelům regionu Prahy 6 a v řadě podoborů i nadregionálně. ÚVN nemá dětská lůžka. Celkový lůžkový fond čítá 677 lůžek. Z počtu lůžek v nemocnici je 472 lůžek akutních. Oddělení následné ošetrovatelské péče čítá 42 lůžek, LDN má 26 lůžek, DIOP pak 14 lůžek, následná intenzivní péče 6 lůžek. Kromě zdravotních lůžek jsou zde i sociální služby: domov pro seniory, který disponuje 10 lůžky, domov se zvláštním režimem s 30 lůžky a domov péče o válečné veterány s 9 lůžky.²²

Sociální oddělení v ÚVN funguje již cca 30 let. V počátcích byla péče poskytována jednou sociální pracovnící. Tým zde tvoří 7 sociálních pracovníků, v blízké budoucnosti je plánováno kapacitní navýšení pracovních míst o jeden úvazek. Vzhledem k zaměření péče v této nemocnici je klíčovou cílovou skupinou právě ta seniorská. Díky systému screeningu rizik u seniorů, sociální šetření probíhá již od začátku hospitalizace. Co se týče ambulantních pacientů, probíhá sociální intervence v rámci urgentního příjmu. Od roku 2016 je v ÚVN díky grantu též přítomen paliativní tým, který poskytuje péči pacientům napříč všemi klinikami. Kromě zdravotních lůžek pracuje i jedna sociální pracovníce v rámci domova pro seniory, který vznikl z původního oddělení sociální péče v dubnu 2016, ten slouží především válečným veteránům. Oproti roku 2015 vzrostl v roce 2016 počet pacientů se šetřenými riziky na téměř 3500 za rok. Jednalo se o nárůst téměř o 1000 pacientů. Celkem 861 pacientů bylo propuštěno do domácí péče se zajištěním terénních služeb, 994 pacientům byla zajištěna následná lůžková péče a 319 pacientů bylo šetřeno na urgentním příjmu.²³

2.5 Shrnutí

Tabulka 2 Fakultní nemocnice dle počtu lůžek a pacientů v roce 2016

Nemocnice	Počet lůžek na 1 SP	Počet pac. za rok	Počet pac. na 1 SP
FNM	147	4912	327
VFN	186	2283	285
FNKV	111	4915	492
ÚVN	96	3493	499

Zdroj: vlastní výpočty

²² Historie ÚVN, 2013 [online]. [cit. 2017-07-26]. Dostupné z: https://www.uvn.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=448:historie-n&lang=cs&Itemid=653&showall=1&limitstart=

²³ Výroční zpráva ÚVN za rok 2016, 2017 [online]. [cit. 2017-07-26]. Dostupné z: https://www.uvn.cz/index.php?option=com_docman&view=document&alias=1545-vyrocní-zprava-2016&category_slug=vyrocní-zpravy&Itemid=1061&lang=cs

V této části bych ráda shrnula nejpodstatnější údaje ze statistik mnou zvolených fakultních nemocnic. Pokud bychom se měli zaměřit na to, kolik by mělo připadat orientačně lůžek v jednu chvíli na jednu sociální pracovníci či pracovníka, nejvíce lůžek (tedy 186) připadá na jednoho pracovníka ve VFN. Když se podíváme do minulosti, alespoň ve FN Motol bylo dříve sociálních pracovníků více, v jednu dobu zde bylo rozložení 100 pacientů na jednu sociální pracovníci. Nicméně dosud nikde není objektivně stanoveno, kolik sociálních pracovníků by mělo být v rámci akutních lůžek (vyjma psychiatrie a geriatric s 0,1 úvazkem) a počty sociálních pracovníků na lůžkách následné péče daných vyhláškou (0,2 na oddělení do 30 lůžek a 0,5 úvazku na oddělení nad 30 lůžek) nelze považovat za relevantní. Z těchto statistik je velmi patrné, že jsou rozdíly v počtu pacientů, kteří jsou v péči sociálních pracovníků těchto nemocnic. Ani tento počet sociálních pracovníků není dostačující, neboť neexistuje přímá úměra, že s velikostí nemocnice roste počet pacientů. Alespoň, pokud se podíváme na statistiky za předchozí rok 2016. Když se zaměříme na počet pacientů v péči sociálních oddělení pražských fakultních nemocnic, lze pozorovat, že výrazně menší nemocnice jako je FNKV měla dle jejich statistik téměř stejný počet pacientů, tj. 4915. Pokud se detailněji podíváme počty pacientů na jednoho sociálního pracovníka v předchozím roce, patrně nejvíce pacientů na jednoho sociálního pracovníka nalezneme v ÚVN. Zde průměrně na jednoho sociálního pracovníka připadalo 499 pacientů. Zde tento jev ale může být dán také zavedením systému screeningu rizik u pacientů, který samozřejmě objektivně navýšil počet pacientů s potřebou sociální péče. Je otázkou, pokud by se obdobou cestou vydaly i ostatní sociální oddělení nemocnic, kolik pacientů by ve skutečnosti opravdu bylo „sociálně potřebných“.

3 Metodika výzkumu

K realizaci výzkumné části byly zvoleny dvě kvalitativní výzkumné metody – dotazník a rozhovor. Metodu kvalitativního výzkumu jsem zvolila vzhledem k tématu této diplomové práce a cíli získat subjektivní pohled sociálních pracovníků ve zdravotnictví na svou roli při péči o pacienty seniorského věku. Jedinečnost kvalitativních přístupů netkví pouze v tom, že pracují s neměřitelnými jevy a snaží se porozumět zkoumanému fenoménu. Pokoušejí se jev zkoumat co možná nejkompaktněji a hledat propojení v kontextu jeho konkrétních aspektů (Reichel, 2009, s. 40).

Mezi výhody kvalitativního výzkumu dle Hendla (2016, s. 48) patří:

- Získání podrobného pohledu při zkoumání jedince skupiny, jevu či události;
- Zkoumání fenoménu v přirozeném prostředí;
- Možnost studovat procesy;
- Možnost navrhovat teorie;
- Dobrá reakce na místní situace a podmínky;
- Hledání lokální příčinné souvislosti;
- Pomoc při počáteční exploraci fenoménů.

K úskalím kvalitativního výzkumu lze zařadit to, že informace výtěžné výzkumem zpravidla nemusí být zobecnitelné a výsledky výzkumu mohou být více náchylné k ovlivnitelnosti postojem výzkumníka. (Tamt., s. 48)

Ke zpracování výzkumu byla využita metoda polostrukturovaného rozhovoru (Baum a Gojová, 2014, s. 65). Tento přístup představuje kompromis mezi „otevřeností“ a „strukturovaností“. Na jedné straně je možné pokládat otázky s otevřeným koncem, což vede k potenciální možnosti rozvést diskuzi na dané téma a zároveň získat výzkumný materiál umožňující porovnání více rozhovorů. (Shaw a Gould, 2001, s. 136) Pro rozhovory byl předem sestaven soubor 19 otázek, na které respondenti volně odpovídali. Tyto otázky souvisely se 4 tematickými okruhy stanovenými na základě výzkumných otázek: pracovní náplň při práci se seniory, legislativa při sociální práci se seniory v nemocnici, role v rámci multidisciplinárního týmu a postavení v rámci nemocnice. První okruh otázek obsahoval 8 podotázek. Druhý okruh a třetí okruh se skládal ze 4 otázek. Poslední okruh tvořily 3 otázky. Byly použity otázky, které se vztahovaly k běžným činnostem a chování sociálních pracovníků na jejich pracovišti (otázka č. 1, 2, 5, č. 12, č. 13) k názorům sociálních pracovníků (otázky č. 3, 14, 17, 18), jejich pocitům (otázka č. 6, 7, 8, 10, 11, 15, 16), vnímání (otázka č. 4, č. 17, č. 19) i ke znalostem (otázka č. 9,

částečně i otázky č. 10 a 11) Otázky byly pokládány mnohdy v různém pořadí v kontextu rozhovoru a byly kladeny doplňující otázky k ujasnění odpovědi (Hendl, 2016, s. 172).

Pro získání základních identifikačních údajů jsem využila metodu šetření formou dotazníku. Ten sloužil k získání základních informací o respondentech a k dokreslení kontextu proběhlých rozhovorů. Vždy byl respondentem vyplněn na místě po absolvování rozhovoru. Dotazník obsahoval otevřené otázky, na něž volně písemně odpovídali oslovení respondenti po absolvování rozhovoru. Jednalo se o dotazník vlastní tvorby s otevřenými otázkami, kterých bylo celkem 5. Zjišťovala jsem délku praxe v dané nemocnici, přidělené kliniky, dále vzdělání s důrazem na nutnost absolvovat kurz Zdravotně-sociálního pracovníka v Brně, a s kolika pacienty seniorského věku měsíčně pracují.

3.1 Výběr výzkumného souboru

Jako prostor k provádění výzkumu byly zvoleny fakultní nemocnice v Praze. Fakultní nemocnice dle mého názoru reprezentují instituce, kde se setkáváme se sociální prací v rámci nemocnice v celé šíři. Jsou zde jednak velmi specializovaná pracoviště, a také zde existuje širší podpůrná základna pro rozvoj sociální práce v rámci nemocnice, pracoviště při fakultních nemocnicích často slouží ke školení zdravotně-sociálních pracovníků. Tato zařízení by měla sloužit jako ukazatele kvality i slabých míst nejen při práci s různě nemocnými seniory. Vzhledem k možnosti zkoumat problematiku v poměrně velké šíři jsem tedy zvolila právě tyto nemocnice jako reprezentativní vzorek pro tuto diplomovou práci.

U kvalitativních výzkumů není zásadní ambicí výzkumníka reprezentativita a velký počet respondentů jako u kvantitativního druhu šetření. Jedná se standardně o nepravděpodobnostní výběr na základě úsudku či na základě dobrovolnosti (Reichel, 2009, s. 88). V mém případě se jednalo o kombinaci těchto dvou předchozích variant. Bylo vždy nejprve jednáno s vedoucími pracovníky sociálního oddělení všechny 4 fakultní nemocnice v Praze. Ty byly osloveny buď telefonicky či osobně s prosbou o umožnění rozhovoru se zaměstnanci na jejich pracovišti. Ve všech případech mi bylo vyhověno a odkázaly mě na jejich zaměstnankyně či zaměstnance, abych si sama domluvila libovolně rozhovor. Případně mi doporučily, na které pracovnice se spíše obracet, protože pracují přímo se seniorskou klientelou na specializovaném oddělení (např. geriatricke či LDN) či mi samy ochotně poskytly rozhovor. Celkem bylo jednáno se 14 sociálními pracovníky a pracovníky mnou zvolených nemocnic. Z tohoto počtu jsem zrealizovala celkem 12 rozhovorů. Dva sociální pracovníci neabsolvovali rozhovor z kapacitních (pracovních) důvodů mých i jejich.

3.2 Průběh výzkumu

Ve většině případů se rozhovor odehrával přímo v pracovní době pracovníků, neboť si jindy nemohli vyhradit čas, a tak se stalo v několika případech, že rozhovory narušila nějaká povinnost. V jednom případě narušovala rozhovor kolegyně sociální pracovnice, co jednala s dalšími kolegyněmi. Ostatní pracovnice měly buď vlastní kancelář, nebo právě nebyla kolegyně či kolega přítomen. Všechny rozhovory byly úspěšně dokončeny. Před započítáním rozhovoru byli respondenti seznámeni s tím, kdo jsem a informováni o tom, čeho se výzkum má týkat. Byli ujištěni, že bude zcela zachována jejich anonymita, ať už šlo o rozhovor či následné vyplnění dotazníku. V několika případech mě i samotní pracovníci žádali o naprostou anonymitu, neboť se občas v řadě odpovědí obávali eventuální konfrontace s bývalým či současným zaměstnavatelem – zejména vedoucím pracovníkem sociálního oddělení. Z důvodu zachování anonymity bylo každému respondentovi přiděleno číslo. Pro plynulost rozhovorů a zachycení veškerých informací z rozhovoru byly rozhovory nahrávány na diktafon a následně doslovně přepsány. Audiozáznam těchto rozhovorů je uložen u autorky diplomové práce, na vyžádání je možné jej dodat. Průměrně se čas jednoho rozhovoru pohyboval okolo 30 minut, nejdelší rozhovor trval 39 minut a nejkratší pak 13 minut. Výzkum probíhal v červenci 2017.

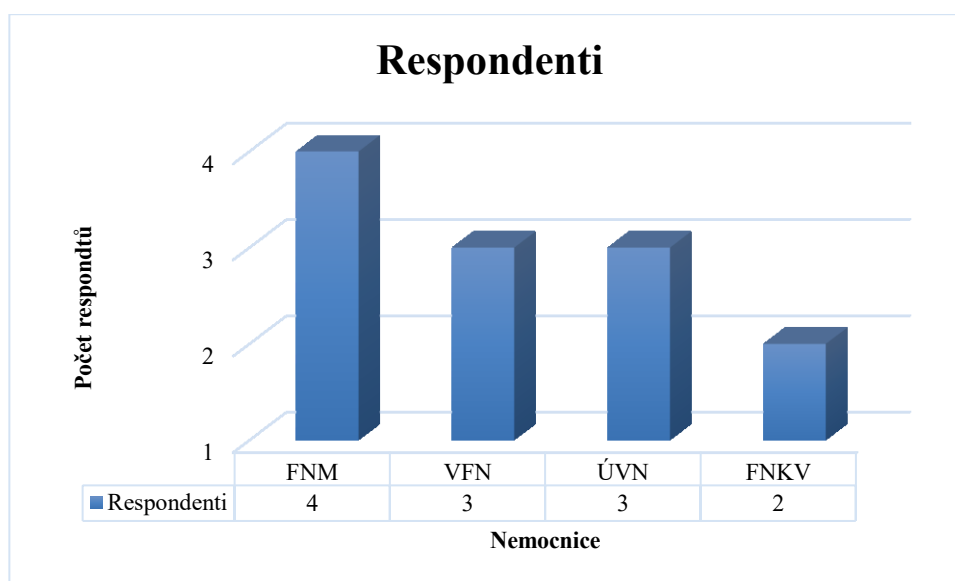
3.3 Zpracování získaných dat a jejich vyhodnocení

Ke zpracování výsledků získaných z výzkumného šetření jsem použila programů Microsoft Office 2010, z nichž byl využit Microsoft Word 2010 pro psaný text a program Microsoft Excel 2010, jenž posloužil ke zpracování grafů a tabulek, grafické zpracování ve formě grafů se týkalo zejména dotazníků se základními údaji o pracovnících.

Prvním nezbytným krokem analýzy kvalitativního výzkumu je přepis dat metodou transkripce, tedy přepis mluveného projevu do písemné podoby. V případě tohoto výzkumu se jednalo o doslovnou transkripci. Pro podrobné vyhodnocení představuje transkripce nezbytnou podmínku, umožňuje vytvářet seznamy a porovnávat jednotlivé úseky v textu (Hendl, 2016, s. 212). Rozhovory v textové podobě byly opakovaně pročitány. K opakujícím se tématům byly přiřazovány kódy. Kódování lze definovat jako „rozčleňování množin a souborů údajů na dílčí celky, segmenty a jejich následné pojmenování a třídění.“ Jde tedy o nacházení souhrnných označení k odlišení určitých aspektů či sledovaných analogií ve výrocih jednotlivých pracovníků. Kódování vycházelo ze stanovených dílčích cílů. Miovský (2006, s. 221) uvádí metodou „vytváření trsů“ dle Milese a Hubermana. Touto metodou byla data (výroky pracovníků na dané téma) tříděna do skupin na základě jejich podobnosti (překryvu).

4 Výsledky výzkumu a interpretace dat

4.4 Charakteristika výzkumného souboru – dotazník



Obrázek 1 Respondenti dle pracoviště

Rozhovory proběhly s 12 sociálními pracovníky mnou zvolených nemocnic. Obrázek č. 1 charakterizuje rozčlenění respondentů podle jejich pracovišť. Celkem 4 sociální pracovníce se zúčastnily výzkumu ve FN Motol, ve VFN a ÚVN, byly provedeny rozhovory shodně v obou případech se 3 sociálními pracovníky. Ve FNKV byly realizovány dva rozhovory sociálními pracovníci. Ačkoliv to nebyl sledovaný jev, jednalo se o 11 sociálních pracovníků a jednoho sociálního pracovníka.

Níže zpracovaná data byla získána v rámci dotazníků, které sociální pracovníci vyplňovali návazně na rozhovory. Tato data byla sbírána za účelem získání základních údajů o respondentech. Výsledky jsou zpracovány do tabulek či jednoduchých grafů a slouží k dokreslení kontextu situace skupiny respondentů v tomto výzkumu. Neslouží ke kvantifikaci ale spíše k zřehlednění odpovědí respondentů. Vzor dotazníku je v příloze B této diplomové práce, pořadí jednotlivých otázek není vždy dodržováno. Originály těchto dotazníků lze žádat u autorky této práce.

Tabulka 3 Počet odpracovaných let v nemocnici

Respondent č.	Počet let v nemocnici (roky a měsíce)
1	1,11
2	5
3	8
4	8,1
5	25
6	28
7	1
8	1,5
9	10
10	2
11	7,5
12	4

Vybraní respondenti udávali různou délku praxe v současné nemocnici. Dotazováni byli sociální pracovníci pracující v nemocnici 1 rok a více i sociální pracovníci, kteří pracovali přes 25 let v jedné nemocnici. Pět sociálních pracovníků uvedlo délku praxe v dané nemocnici mezi 1-5 lety, 5 pak mezi 5-10 lety, dvě sociální pracovnice pak pracovaly v dané nemocnici 25 a 28 let. V případě 2 sociálních pracovníků, kteří pracovali 1 rok, a více v jedné nemocnici se jednalo o dva zkušené sociální pracovníky, kteří pracovali v nemocnici již při svém předchozím zaměstnání, nicméně byli na nové pozici tuto krátkou dobu, což je třeba taktéž zohlednit.

Tabulka 4 Respondenti dle přidělených klinik a úvazku

Respondent č.	Oddělení	Úvazek
1	Interna, ortopedie	1
2	LDN	1
3	Spinální jednotka, metabolická jednotka, centrum léčby bolesti, neurologie	1
4	Oddělení urgentního příjmu dospělých	1
5	Geriatric	1
6	Centrum léčby bolesti, dialyzační odd., interna	1
7	Gynekologie, onkogynekologie, neurologie	1
8	DIOP, NIP, KARIM, OUPD	0,6
9	LDN, oční, paliativní tým	1
10	Popáleninové oddělení, interna, onkologie, kožní	1
11	Ortopedie, ORL, rehabilitace	1
12	Dermatologie + 7 lůžek LDN, domov pro seniory	1

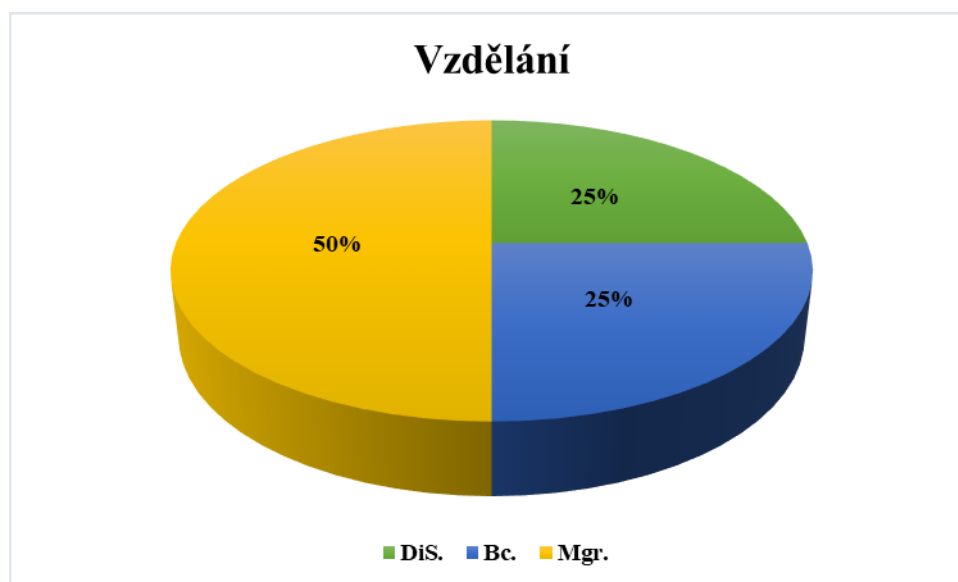
Na mnou oslovených klinikách bylo hlavním cílem oslovit sociální pracovníce a pracovníky na dospělých klinikách, kteří se setkávají či přímo výslovně pracují se seniorskou klientelou. Proto byly voleny záměrně některé pracovníce, které měly na starosti právě například geriatrii či LDN. Cíleně byly oslovovány také pracovníci mající na starosti lůžka akutní i následná. Na akutních lůžkách nepřekračuje mnohdy hospitalizace a práce s pacienty horizont týdne. U pracovníků, kteří vykonávali činnost sociálního pracovníka na těchto klinikách, se opakovaně objevovala tato oddělení: interna (3), ortopedie (2), neurologie (2), centrum léčby bolesti (2), kožní (2). Prostor v rozhovorech měly i sociální pracovníce, které měly na starosti onkologické pacienty, ať už na onkologii či na onkogynekologii. Dále zde byla zastoupena specializovaná oddělení. V případě seniorů šlo o geriatrii. Dalším specializovaným centrem byla kupříkladu spinální jednotka, která přijímá pacienty s poškozením míchy. Další specializovaná oddělení představovalo popáleninové oddělení či dialyzační oddělení. Dále zde byli také sociální pracovníci, kteří pracují na tzv. dlouhodobých lůžkách, kde může hospitalizace v závislosti na zdravotním stavu obnášet pobyt několik týdnů, měsíců a ve výjimečných případech i let. Mezi oddělení dlouhodobé péče lze zařadit LDN, DIOP, NIP. Záměrně bylo mou snahou hovořit se všemi sociálními pracovníci na LDN dané nemocnice, pokud tato nemocnice LDN disponovala. Toto se mi podařilo u 2 LDN z celkového počtu 3. Jedna sociální pracovníce kromě práce na akutním i lůžkách LDN vykonávala pozici sociální pracovníce v domově pro seniory v areálu nemocnice. Ačkoliv standardně příliš nejsou v péči sociálních pracovníků v nemocnicích pacienti na ambulancích, urgentní příjem dospělých tvoří výjimku u dvou zmíněných nemocnic. Jedná se o FNM a ÚVN, zde dochází v jednom případě sociální pracovníce přímo na urgentní příjem a řeší situaci pacientů na místě, zatímco v druhém případě jde zejména o pacienty kontaktované po opuštění OUPD telefonicky s nastaveným poradenstvím.

Většina respondentů pracovala na svých pracovištích na plný úvazek, jeden pracovník pracoval na 0,6 úvazku. Jedná se tedy o vybavení lůžek sociálními pracovníky nad rámec personální vyhlášky, sociální oddělení ve fakultních nemocnicích však mají dlouholetou tradici a udržují si relativně stabilní počet sociálních pracovníků. Tím, že jsou zde týmy v rámci sociálních oddělení, které přímo vedou sociální pracovníce, které dané problematice sociální práce ve zdravotnictví rozumí, lze konstatovat, že se tyto pracovníce a pracovníci věnují náplni práce sociálního pracovníka ve zdravotnictví a není pravidlem, že by tito pracovníci museli kupříkladu ještě dělat ošetřovatele či příjem pacientů apod.

Tabulka 5 Vzdělání respondentů

Respondent č.	Vzdělání	Obor SP	Další zaměření
1	Mgr.	ano	x
2	Bc.	ano	x
3	Mgr.	ano	x
4	Mgr.	ano	Zdravotní
5	DiS	ano	x
6	DiS	ano	x
7	Bc.	ano	Zdravotní
8	Mgr.	ano	Psychologie
9	Bc.	ano	Zdravotní
10	DiS	ano	x
11	Mgr.	ano	Komunikace
12	Mgr.	ano	x

U oslovených sociálních pracovníků bylo taktéž zjišťováno jejich nejvyšší dosažené vzdělání. Ve většině případů se jednalo o vzdělání se zaměřením na sociální práci, ve dvou případech byla k tomu studována psychologie a komunikace. Sociální práci měli vystudovanou všichni sociální pracovníci. Tři sociální pracovnice však sdělily, že původním vzděláním jsou zdravotní sestry. Dva sociální pracovníci udávali jiné vzdělání, a to konkrétně v jednom případě psychologii a v druhém případě se jednalo o kombinaci oboru sociální práce a komunikace.



Obrázek 2 Vzdělání respondentů

Polovina respondentů sdělila, že má vzdělání magisterské. Vyšší odbornou školu s titulem DiS. či vysokou školu s titulem Bc. absolvovali srovnatelně respondenti 3 (25 %) v obou případech.



Obrázek 3 Absolvování akreditovaného kurzu zdravotně-sociálního pracovníka

Dalším jevem sledovaným u respondentů byla nutnost absolvování akreditovaného kurzu zdravotně sociálního pracovníka. Většina dotazovaných, tedy 9 (75 %) odpověděla, že absolvovala kurz, ostatní 3 oslovené sociální pracovnice nemusely zmíněný kurz absolvovat vzhledem ke vzdělání zdravotnického zaměření. Nikdo neabsolvoval vzdělání v oboru zdravotně-sociálního pracovníka v rámci akreditovaného oboru vysoké školy. Dotazovaní sociální pracovníci absolvovali kurz zdravotně-sociálního pracovníka v Národním centru nelékařských zdravotnických oborů. Všichni respondenti tedy měli „status“ zdravotně-sociálního pracovníka, a mohli tedy vykonávat svou práci i oficiálně bez odborného dohledu a ohodnocenou příslušným tabulkovým tarifem.

Tabulka 6 Odhadovaný počet pacientů seniorského věku za měsíc

Respondent č.	Počet seniorů v péči za měsíc
1	30
2	90
3	30
4	1
5	75
6	35-40
7	3
8	30
9	200
10	30-40
11	50
12	52

V poslední otázce dotazníku měli pracovníci odhadnout počet seniorů, se kterými průměrně za měsíc pracují. Samozřejmě to, zda má jeden sociální pracovník více práce, než druhý nelze porovnávat číselně. Jednotlivá oddělení mají svá specifika, každý sociální pracovník má různá oddělení s různými specializacemi. Je třeba brát ohled na rozdíly v akutních a následných lůžkách. Liší se samozřejmě i přístup k pacientovi a požadavky zaměstnavatele, které musí sociální pracovník splňovat v rámci dané organizace. Je rozdíl v práci s pacientem, který leží několik měsíců na následné péči a musí se řešit jeho velmi složitá situace, a pacientem ležícím na operačním oddělení, u kterého se jedná nezdědkakdy o jednorázovou intervenci se zajištěním managementu domácí péče či urychleného překlada na ošetrovatelské lůžko apod. Také nelze opomenout, že pokud má pracovnice na řešení pacientovy situace čas pouze teď a tady například na urgentním příjmu, vydá jeden pacient za několik pacientů, které by standardně řešila pracovnice na akutním lůžku s alespoň minimální časovou dotací s ohledem na tlak na propuštění pacienta z nemocnice. Proto nelze zablývat sociální pracovníci, že na urgentním příjmu pracuje kupříkladu s jedním seniorem za měsíc či se 3. Poměrně často se objevovalo mezi odhadovanými počty seniorů číslo 30, ve 2 případech sociální pracovnice odhadovaly, že jde o počet mezi 30 či 35 až 40 pacienty měsíčně. V dalších případech dvakrát udávali sociální pracovníci cifru pohybující se okolo 50 (50 a 52), následoval odhad počtu čítající 75 pacientů. Další sociální pracovnice uvedla počet 90. Šokující počet pacientů uvedla zaměstnankyně ÚVN, která uvedla, že se zavedením systému screeningu rizik rapidně stoupl počet pacientů – zde uvádí 200 měsíčně. Plánují proto navýšení počtu pracovníků sociálního oddělení, chystají se navýšit o jeden pracovní úvazek. Sociální pracovnice udává, že když počet pacientů za měsíc klesne pod 50, připadá si jako „školačka za školou“.

4.5 Interpretace dat získaných z rozhovorů

Z osobní zkušenosti na mé pracovní pozici i ze stáží absolvovaných na sociálních odděleních těchto nemocnic za doby mého bakalářského studia mohu konstatovat, že sociální pracovníci pracují na dospělých klinikách ve většině případů s pacienty seniorského věku. Bohužel žádná konkrétní statistická informace o tom neexistuje. Byť výzkum byl dotazy v řadě případů přímo směřován na tuto populaci pacientů, mnozí sociální pracovníci tuto problematiku zobecňovali na tematiku sociální práce s dospělými jedinci, objevovaly se zde tedy i zmínky o pacientech mladšího věku.

4.5.1 Pracovní náplň

První tematický okruh se zaměřoval na pracovní náplň sociálních pracovníků při práci se seniory. Prostor byl věnován mechanismu získávání pacientů do péče, náplni práce sociálních pracovníků při práci se seniory, dále subjektivnímu vnímání své role v rámci péče o seniory. Pozornost byla věnována kladům i záporům této práce. Respondenti byli taktéž dotazováni na nejvíce stresující situaci při práci.

Otázka č. 1: Jak se Vám senioři dostávají do péče?

Tabulka 7 Způsob získávání pacientů do péče sociálních pracovníků

Otázka č. 1: Jak se Vám dostávají senioři do péče?	
Odpověď	Respondent č.
Konzilium - lékař, rodina, další pacient na pokoji	1
přijetím na oddělení	2
Konzilium - lékař, rodina, pacient	3
Telefonicky hlásí lékař, jediné oddělení statim, není třeba žádanka	4
Přijetím na oddělení	5
Lékař, sestra, rozpis docházek na odděleních, pacienti zapsaní v knize, telefonicky	6
lékař, rodina, pacient	7
konzilium - lékař, sestra - screening rizik, denní osobní kontakt s lékařem a dalším zdravotnickým personálem	8
konzilium, denní telefonický a osobní kontakt se zdravotnickým personálem, sestra - screening rizik	9
konzilium - lékař či sestra, rodina	10
konzilium – lékař, telefonicky lékař či sestra, další pacient na pokoji	11
přijetím na oddělení, kontakt se sestrou či s lékařem konzilium - lékař, depistáž	12

První otázka rozhovoru směřovala k systému předávání seniorů z jednotlivých nemocnic, potažmo klinik do péče sociálních pracovníků. Výše uvedená tabulka shrnuje odpovědi sociálních pracovníků. V podstatě lze vypočítat poměrně velké podobnosti.

Nejčastější první odpovědi sociálních pracovníků na tuto otázku bylo, že jim lékař (či v jeho zastoupení například staniční sestra) posílá žádost o tzv. „sociální konzilium“, tuto odpověď uvedlo celkem 7 respondentů (respondent č. 1, 8, 9, 10, 11, 12), v tomto případě se jednalo vždy o akutní lůžka. Tento systém vznikl ve FNM a využívají ho celkem 3 nemocnice ze 4 oslovených – FNM, ÚVN a FNKV. Ptala jsem se také sociálních pracovníků, zda musí

žádanky lékaři psát, zda je to pro ně povinnost či volba a kde to je ukotveno. Sociální pracovníce ve FN Motol, že konzilium doktoři mají psát, je to ukotveno ve směrnici, která upravuje sociální práci na jejich pracovišti, a trvají na něm. Oddělení jsou na tento systém navyklá. Respondent č. 3: *„Někdy mě lékař osloví přímo na oddělení a pak stejně pošlou žádanku vzápětí.“* Ve FNKV sdělily sociální pracovníce, že systém žádanek hojně využívají. Nicméně respondentka č. 10 vyjádřila nejistotu, zda je tento systém povinný pro lékaře: *„Myslela jsem si, že to povinný je, ale zjistila jsem, že na některých odděleních to prostě nepišou, takže záleží asi možná na domluvě, jo.“* Respondentka č. 11 upřesnila: *„...není to vůbec směrnice, je to pracovní postup zdravotně-sociální práce a tam se všechny tyhle varianty, jak jsem je vyjmenovala...“* Stejně jako v předchozích nemocnicích i v ÚVN je toto jedna z možných variant převzetí do péče, ale vzhledem k tomu, že se o pacientech dozvídají často již při příjmu díky screeningu rizik a denní docházce na přidělené kliniky, není to nejzásadnější cesta, jak se pacient stane klientem sociálního oddělení. Respondentka č. 9: *„...tenhle systém je hlavně právě postaven na aktivním vyhledávání, právě proto. Protože jsem to tak chtěla, aby nám vlastně prostě neuniknul nikdo, žádné senior s riziky především teda jo.“* Ve VFN systém konzilií nemají. Respondentka č. 6 konkretizuje: *„Žádankový systém nemáme, máme přesný datum, přesný rozpis: kdo, kdy, v jakou hodinu. To znamená: máme to připravený na klinikách, kde máme svoje kliniky a kde máme pacienty napsaný, kde nám je hlásej.“* Mezi další možnosti na akutním lůžku patřily samozřejmě osobní či telefonické kontakty s lékařským i nelékařským zdravotnickým personálem (respondent č. 4, 7, 8, 9, 12) či rodinou (respondent č. 1,3,10, případně pacientem samotným. Dvě respondentky (respondent č. 1 a 11) nezávisle na sobě vypovídaly, že při kontaktu s jedním pacientem je osloví pacient na stejném pokoji. Nicméně vždy stejně odkazují na lékaře, pokud se jedná o rozhodování věcí, na které má vliv zdravotní stav (např. plánování následné péče). Respondentka č. 11: *„...a někdy teda v takových těch více sociálních věcech jako je třeba doručení důchodu, tak třeba jsem u jednoho pacienta, osloví mě vedlejší pacient, jo“*

V případě lůžek následné péče shodně uváděly sociální pracovníce, že se jim ocitá pacient v péči ve chvíli, kdy přichází na dané oddělení. Respondentka č. 2 uvedla konkrétně: *„Žádný specifický systém není, protože pracujeme se všema pacientama. Jakmile přijde sem, tak je náš.“* Buď jim nahlásí pacienta při příjmu, nebo také v řadě případů pacienta přebírají do péče od jiných kolegů, kteří pracovali s pacientem již na akutních lůžkách dané nemocnice. O obdobném systému přebírání pacientů do péče informovala i respondentka č. 5. I když jde ve své podstatě o akutní lůžko s průměrnou hospitalizací 3 týdny přijímající často pacienty při

nedostatku lůžek následné péče, pracuje se všemi: „*Vlastně ti pacienti, co sem přijdou, jsou všichni potřební. Všichni, takže já si nevybírám, nebo nečekám, až lékař řekne: „Pani M, dávám Vám tady pani Novákovou do péče.“ Já automaticky si píšu všechny překlady.*“

Respondentka č. 9 uvedla, že aby jim neunikl jediný potřebný pacient, mají zaveden screening. Respondentka č. 12 „... *někdy vypočipim třeba zrovna z rozhovoru sestřičky s příbuznými, že by bylo potřeba, že by bylo vhodné, abych se s klientem a s rodinou zkontaktovala, tak i sama je vyhledávám depistáží.*“

Otázka č. 2: Co má být cílem Vaší práce se seniory?

Tabulka 8 Cíl práce sociálních pracovníků se seniory

Otázka č. 2: Co mám být cílem Vaší práce se seniory	
Odpověď	Respondent č.
Poradenství; NP; SS; HC	1
Pomoc a podpora v péči o pac. potřeby: poradenství/zajištění: věci související s domácností (složeny, důchod), přechod do DS	2
Zlepšit kvalitu života; ulehčení situace; zajištění služeb: v domácím prostředí; lůžková péče: NP, RHB, hospic; žádost o SD	3
Dozjištění zázemí k propuštění domů; zařízení NP (LDN); zajištění sociálních služeb (např. AD)	4
Návrat pacienta do domácího prostředí se službami; přesun pacienta k další NP (LDN, RHB)	5
Přechod domů s co nejmenší zátěží	6
Zlepšit kvalitu života, zaměřit se na nedostatky v sociální oblasti (pac.); PS a HC; DS; lůžková NP; poradenství	7
sociální poradenství, zajištění NP	8
Bezpečné propuštění: zjištění rizik; komplexní zmapování situace; zajištění terénních služeb (PS, HC, dobrovolníci); lůžkové NP(LDN, RHB, hospic)	9
Nejvhodnější řešení péče po ukončení hospitalizace pac.: HC, PS, poradenství, NP s RHB, hospic	10
Komplexní řešení pac. situace: řešení následné péče (nejčastěji RHB), lůžka NP, PS; podání žádost o SD; vystavení poukazu na pomůcku (u odd. RHB)	11
Zajištění bezpečného prostředí po propuštění: zajištění terénních služeb; lůžka NP (ošetřovatelská, RHB); poradenství, SS (odlehčovací služby, DS), spokojenost s pobytem, agenda související se SD	12

V této otázce jsem se zaměřila na názor sociálních pracovníků, k čemu má jejich činnost při práci se seniory směřovat. Někteří respondenti odpovídali názorem shrnujícím jejich

představu o tom, čeho mají či chtějí dosáhnout při péči o pacienty-seniory. Někteří poté více rozváděli jednotlivé činnosti, další se pak zaměřovali více na výčet konkrétních činností.

Dvě respondentky (č. 3 a 7) shodně shrnuly, že cílem jejich práce je zlepšení kvality života jejich pacientů. Respondentka č. 2 pak podobně jako předchozí 2 uvedla odpověď vycházející z jejího názoru: „*Provádím pomoc a podporu v péči o jejich potřeby.*“ Další dvě pracovnice (respondentka č. 9 a č. 12) ze stejné nemocnice (ÚVN) shodně uvedly, že jim jde o bezpečné propuštění seniora, což lze považovat také za projev vnitřní definice pro jejich práci. Respondentka č. 9 přímo uvedla: „*No cílem rozhodně (...) aby to propuštění bylo fakt bezpečný pro toho seniora, absolutně bezpečný.*“ Dvě sociální pracovnice uvedly, že jim jde zejména o to, aby přednostně jejich pacienti odcházeli domů. Respondentka č. 6 konkrétně sdělila: „*No tak cílem no určitě aby mohli jít domů (pozn.: senioři), nebo do svého přirozeného prostředí s co nejmenší zátěží, aby ... prostě byli funkční, aby zbytek života prostě si užili tak, jak by si zasloužili.*“ Nezávisle se téma možnosti propuštění pacientů seniorské věkové kategorie objevilo u respondenta č. 8, ten reflektuje zapojení rodinných příslušníků do péče, které může mít vliv na možnost propouštění pacientů domů: „*E, u těch starejch jako méně (pozn.: jde domů), (...) přece jenom ty rodiče se o svý děti spíš jako maj tendenci postarat. Když je to naopak, tak ty děti tu tendenci nemaj. (...)maj třeba malý děti, nebo je to jenom dcera samoživitelka.*“ Z tohoto je patrné že cíle práce sociálních pracovníků se musí přizpůsobovat také pacientovým možnostem v rámci jeho zázemí.

Dále více méně popisovaly sociální pracovnice konkrétní činnosti, které provádí. Respondentka č. 10 sdělila: „*Jo, tak jako cílem je vlastně najít pro ty pacienty nejvhodnější řešení péče po ukončení hospitalizace.*“

Činnosti sociálních pracovníků, kteří pracovali na akutních lůžkách, se příliš nelišily v základu. Respondent č. 8 uvedl výstižně, že cílem jeho práce je: „*Sociální poradenství a zajištění následný péče. Jako všude.*“ Tyto varianty se v různých obměnách postupně objevovaly téměř u všech dotazovaných sociálních pracovníků. Na akutních lůžkách poměrně často hovořily sociální pracovnice o zajištění následné lůžkové péče (respondent č. 1, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 12). Jednalo se zejména v konkrétních příkladech o LDN, rehabilitace či hospic. Šlo tedy o všechny služby spadající do rezortu zdravotnictví. Návazně také vypovídali sociální pracovnice, že zajišťují či zprostředkovávají služby terénní, kam řadily: home care, pečovatelskou službu. Respondentka č. 9 konkrétně uvedla ještě tyto služby: tísňová péče, pečovatelská služba, agentura domácí péče, dobrovolníci. Tím, že primárně poptává ve většině případů intervenci sociální pracovnice na akutních lůžkách oddělení samo v zastoupení lékaři

či např. staničními sestrami, může se představa cíle sociální pracovníce lišit od představ zdravotnického personálu na daném oddělení. Toto poměrně jasně reflektovala respondentka č. 1: „*Mým cílem je nejčastěji... primárně by to mělo být poradenství, nicméně v zájmu oddělení je abych seniorovi zajistila vlastně návaznou péči, která bude pokračovat tady u nás z nemocnice (...).*“ Poměrně často odpovídaly sociální pracovníce, že jejich činnost se odvíjí od zdravotního stavu pacienta, jeho sociální situace a jeho možností třeba připlatit péči, což se mnohdy může odrazit i pak na tlaku na sociální pracovníci a měnit cíl její intervence. Respondentka č. 5 uvedla: „*Anebo (...) pacient je k překlada, pak se zhorší, dostane antibiotika, doktor překlad odsune, to místo se ztratí, jo.*“ *Takže se to posouvá tou změnou zdravotního stavu.*“ Respondentka č. 9 kladla důraz na nutnost včasnosti intervence sociálního pracovníka u konkrétního pacienta: „*(...) včasná komunikace s klientem, včasná komunikace s rodinou, včasný zajištění všech služeb, ať teda terénních, podpůrných, anebo potom lůžkový následný, aby vlastně i byla možnost výběru pro klienta a jeho rodinu.*“

Na následných lůžkách už se méně vyskytovaly možnosti využití pobytových zdravotních služeb. To také souvisí s tím, že je problematické pacienty přesunout z jednoho lůžka následné péče na druhé, protože se jedná o jeden typ lůžkové péče. Dalším důležitým faktorem je, že pobyt na těchto lůžkách je vázán zdravotním stavem pacientů, takže standardně na těchto lůžkách pobývají po dobu nezbytnou k jejich zotavení. Výjimkou jsou jen rehabilitace či hospice, kde ale pacient musí splňovat kritéria přijetí a nemusí se dařit ho tam umístit. Z toho vyplývá, že pacienti odchází z těchto lůžek buď domů a cílem je opět zajištění terénních služeb, nebo jdou do sociální služby. Respondentka č. 12 uvedla: „*U klientů na lůžkách následné péče je to v podstatě stejné (jako na akutních lůžkách), protože to je lůžko zdravotnické, kdy ta hospitalizace je na dobu nezbytně nutnou s ohledem na zdravotní stav.*“ Respondentka č. 2 sdělila, že cíle její práce se odvíjí také od toho, jaké má senior zázemí, zda má rodinu. Pokud má rodinu, převládá z její strany spíše poradenství a podpora rodiny v zajišťování veškeré agendy související s běžnými životními situacemi (např. dosílka důchodu či zajištění pošty, zaplacení složenek) či se včasným zajištěním služeb a propuštěním pacienta z LDN (např. poradenství, jak požádat o domov pro seniory). Dodává ale: „*Když je ten člověk osamělý, děláme úplně všechno, protože kdo by jim to udělal, že jo. A těch je velká většina, nebo je jich hrozně moc těch osamělejších lidí bez kohokoliv, kdo by jim pomoh.*“

Dva respondenti se věnovali sociální práci na akutnímu příjmu dospělých ve dvou různých nemocnicích. Samozřejmě se velice často v obou případech jedná o osamělé seniory, kteří nikoho nemají a jsou třeba i bezdomovci. Zde je práce a její cíle trochu: *(...) prostě se to*

snažím na místě vyřešit, ale záleží na mnoha okolnostech – jestli funguje sociální odbor v místě bydliště, jak jsou na tom příbuzní, jestli jsou místa v nějakých dalších zařízeních nebo sociálních azylech pokud se jedná o seniory bezdomovce.“ V případě respondent č. 8 byla systém péče o pacienty na OUPD jiný: „(...) na emergency rozhodně (převládá) poradenství samotný, tam vůbec neřeším, jestli ten pacient jako někam jde, protože zpravidla je propuštěnej“

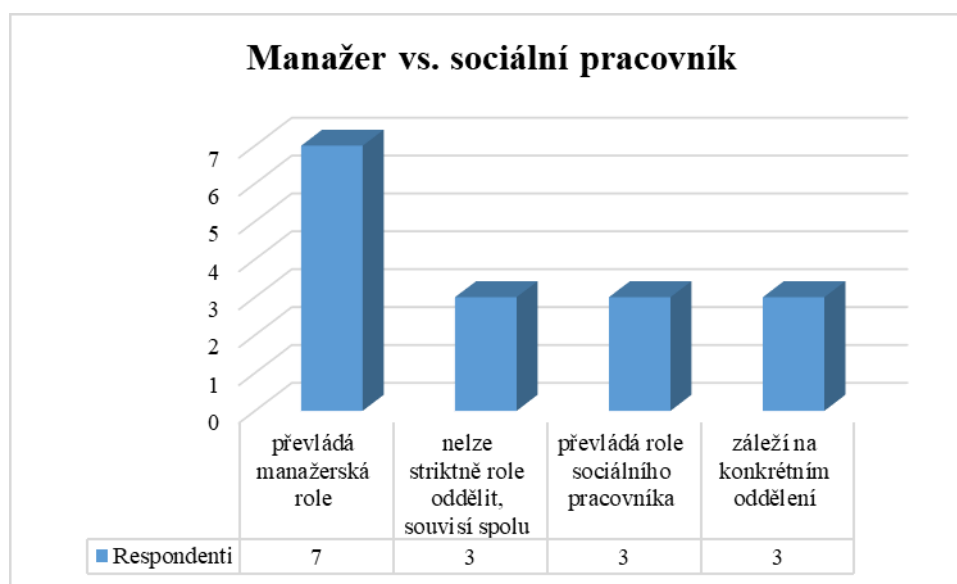
Napříč akutní i následnou péčí se 3 respondentky (č. 3, 11 a 12) dotýkají tématu zajištění sociálních dávek jako součásti jejich činnosti. Respondentka č. 11 k tomu sděluje: *„Když je to osoba bez přístřeší, tak i, no to spíš řeším já, ne že oni by mě oslovovali za účelem, ať zařídím dávky, ale jako k té mé práci to patří, to ale jako napadne mě, ne je (pozn.: zdravotnický personál).“* Kupodivu pouze jedna z těchto sociálních pracovníků pracovala na následné péči.

Otázka č. 3: Co v náplni Vaší práce dle Vašeho názoru převládá – manažerská role (management příchodů a odchodů pacientů z lůžek), nebo role sociálního pracovníka (pomoc seniorovi)?

Tabulka 9 Role manažera vs. role sociálního pracovníka

Otázka č. 3 : Co v náplni Vaší práce dle Vašeho názoru převládá: manažerská role, nebo role sociálního pracovníka?	
Odpověď	Respondent č.
převládá manažerská role	1, 2, 4, 6, 7, 10, 11
nelze striktně role oddělit, souvisí spolu	1, 5, 11
převládá role sociálního pracovníka	9, 12
záleží na konkrétním oddělení	3, 8, 10

Tato otázka byla zásadní pro zhodnocení postoje sociálních pracovníků ke své roli v nemocnici. Vychází z mé osobní zkušenosti při práci s pacienty v nemocnici na akutních lůžkách. Zajímalo mě, do jaké míry považují oslovení sociální pracovníci svoji činnost spojenou s překladem pacientů za záležitost administrativní a do jaké míry jako součást poradenského procesu zajištění adekvátních služeb pro hospitalizovaného pacienta.



Obrázek 4 Manažer vs. sociální pracovník

Odpovědi sociálních pracovníků se daly shrnout do 4 kategorií. Někteří respondenti se klonili k jedné ze dvou variant. Někteří nebyli tak jednoznační, proto jejich výroky lze zařadit hned do 2 kategorií. K převaze manažerské role se přiklánělo celkem 7 sociálních pracovníků z 12, 5 pracovníků z tohoto počtu poměrně vyhraněně. Respondentka č. 2 měla tento názor: „*Ten management to je jakoby dycky a tamto je nadstandard navíc. Jakoby ve finále.*“ To mi přišlo jako velice zajímavý fakt, vzhledem k tomu, že je to pracovnice, která nepracuje na lůžkách, kde jsou pacienti několik dní či pár týdnů. Respondentka č. 10 k tématu převládající role uvedla: „*Myslím si, že teda spíš management příchodů a odchodů (převládá). Na tu sociální práci jako vlastně není tady, bych řekla až tolik čas. Asi jak na jakých odděleních, no.*“ Podobný názor sdílí i respondentka č. 4: „*(...) když se mi podaří k tomu ještě přidat poradenství, tak ano, tak jsem ráda, ale v první řadě je to o sjednání toho dalšího prostě, (...).*“ Dvě (respondentka č. 1 a 11) sociální pracovnice zhodnotily, že v globálu spíše dělají management, nicméně se obě domnívají, že to nelze striktně oddělit od jejich práce pomáhajícího pracovníka. Management je součástí této práce. Respondentka č. 10 konkrétně uvedla: „*Když jde pacient domů, že jo, edukujeme ho o pečovatelských službách, o kompenzačních pomůckách, jo, takže to jde tak jako ruku v ruce, (...).*“ Respondentka č. 10 tedy vnímá i management související s tím, že pacient jde na jiná lůžka a poradenství s tím spojené jako součást sociální práce. Oproti tomu respondent č. 8 v rozhovoru téma toho, co má spadat do kompetence sociálního pracovníka toto již jako součást sociální práce v nemocnici nevnímá: „*Jedna věc je, jestli ty se baviš o nějakých sociálních věcech, ale vlastně LDN není sociální lůžko ve své podstatě, (...).*“

Variantu, že obě tyto role jsou součástí sociální práce v nemocnici v čisté názorové rovině bez dalších dovětek, zastává respondentka č. 5. Prvek role manažera tato respondentka vidí

jako součást své profesní role: „Protože za prvé zase lékaři a management na mě tlačí v tom, že pacient tu může být určitou dobu. Protože je tlak na to (pozn.: uvolnění lůžek).“

Rovněž se dá říci, že respondenti, kteří se spíše přikláněli k tomu, že se jedná o sociální práci jako takovou, vnímali poradenství spojené s překladem pacientů jako součást práce sociálního pracovníka. Respondentka č. 9 se vyjádřila následovně: „Takže rozhodně neexistuje: ‚Kam půdete? Kam dáme maminku?‘ (...). Vždycky nejdřív začnu s tím, jaký jsou možnosti v tom domácím prostředí a teprve pak, když (...) fakt to nejde, tak teprve řešíme tu péči lůžkovou, jo.“ Z uvedeného výroku je patrné, že tato sociální pracovnice vnímá svou roli jako sociální pracovnice, ne jako manažer. Jde jí o to, aby pacient získal co nejlepší péči, a k tomu je potřeba mít určité znalosti ze sféry zdravotnictví, které jdou za rámec regulí sociální práce. Obdobný názor má opět sociální pracovnice ze stejné nemocnice, respondentka č. 12: „na těch lůžkách následně a samozřejmě tady probíhá sociální práce čistá, myslím v tom, že to je ze všech těch oblastí. Je to i sociální poradenství (...). A na lůžkách následně péče, tam je to hodně, hodně podobné, (...) a tam to jádro práce vidím v pomoci nalezení východiska z té situace, ve které se ti klienti na té následné péči ocitli díky právě tomu zdravotnímu stavu změněnému a potažmo změněné míře soběstačnosti, tak najít pro ně optimální, optimální řešení s přesahem. (...) No a na těch akutních lůžkách, tak tam to je prostě to bezpečný propuštění jenom. Jako manažer, nemám ten pocit, vůbec (pozn.: že bych byla).“

Celkem 3 respondenti (konkrétně zejména respondenti č. 3 a 8) ve svých výpovědích shodně uváděli, že mají dojem, že je to na každém jejich oddělení trochu specifické. Respondentka hodnotila situaci na svých klinikách následovně: „Já bych řekla, že na neurologické klinice spíš ten management a na spinální jednotce hodně i tý sociální práce, protože tam maj pacienti jiný starosti než zajistit příchod odchod, ale zajišťují si tam další věci stran bydlení, financí, dávek, organizací atd.“ Z uvedeného je patrné, že každé oddělení vyžaduje trochu jiný styl práce, neboť také skladba pacientů a jejich pobyt na daném oddělení se různí. Taktéž respondent č. 8 vnímá, že je rozdíl v jednotlivých klinikách. Většinou se na jeho klinikách jedná o poradenství v rozsáhlé i méně rozsáhlejší podobě podle délky hospitalizace: „Na DIOP, na NIP zřídka kdy ty pacienti... jako jo, zajišťuju následnou péči, ale jako přeložit tyhle pacienty je problém. (...) Ale to poradenství pro ty rodiny je tam poměrně rozsáhlý. (...) Na tom DIOP dlouho a ještě třeba vlastně na tý psychiatrii je to jinak, tam většinou nejdou nikam, ale tam je velmi rozsáhlý poradenství.“

Otázka č. 4: Kolik máte dle Vašeho odhadu času na práci s jedním seniorem? Vnímáte ho jako dostatečný?

Tabulka 10 Čas na práci s jedním seniorem

Otázka č. 4: Kolik máte dle Vašeho odhadu času na práci s jedním seniorem? Vnímáte ho jako dostatečný?	
Odpověď	Respondent č.
Necelý týden na vyřešení situace; čas dostačuje většinou, u osamělých pacientů nikoliv	1
10 minut; nedostačující čas: hodně pacientů, hodně administrativy	2
Podle komplikovanosti pacientovy situace (půl hodinu každý pracovní den, půl hodinu jednorázově); nutnost vyhradit si času, kolik je třeba; jednání s rodinou; nedostačující čas při větším množství pacientů	3
Záleží na situaci; nutnost vyhradit si času, kolik je třeba na vyřešení situace (např. i půl dne); práce přes čas	4
Záleží na situaci (někdy 15 minut, 30 minut, někdy i 3 x denně); nutnost vyhradit si času, kolik je třeba, jednání s rodinou (30 minut)	5
20 minut; nedostačující čas	6
Podle komplikovanosti pacientovy situace (snaha řešit co nejdéle u komplikované); jednání s rodinou (např. 45 min.); nutnost si vyhradit času kolik je třeba	7
Větší tlak na akutních lůžkách, které nyní nemá, takže čas dostačuje	8
Záleží na situaci; dostačující čas, někdy by mohlo být času více na komunikaci se seniory; jednání s rodinou, hodně administrativy	9
Záleží na situaci (půl hodiny, 10 minut, v průměru 15-20 minut); pracovníkovy hranice; čas dostačující; jednání s rodinou; čas zabírá hledání NP	10
Záleží na situaci (20 minut, 3 minuty, průměrně 30 minut), dostatek času za předpokladu práce přes čas (cca 1 hodinu navíc), někdy nedostatek času na komunikaci s pac.	11
Čas dostačuje, pracovníkovy hranice, pacienti by chtěli na komunikaci více času (sociální kontakt)	12

U této otázky hodně respondentů (celkem 6) zhodnotilo, že čas je relativní podle situace konkrétního pacienta. Některé uváděly konkrétní časové dotace (někdy je potřeba jen 3 minuty, někdy i půl hodiny až 45 minut, denně, někdy i třeba 3x denně). Dvě sociální pracovníce z tohoto počtu pak zdůraznily, že záleží také na komplikovanosti pacientovy situace. Respondentka č. 7 hodnotila časovou dotaci takto: „*Tak ono záleží prostě, jak ta situace je komplikovaná, tak samozřejmě, když je komplikovaná, tak se jí snažíš věnovat co nejdýl, ale jako když jsou to ty akutní lůžka, tak vlastně se to dělá všechno docela hodně rychle.*“ Zároveň řada sociálních pracovníků vnímala, že na řešení pacientovy situace si musí vyčlenit čas

individuálně podle toho, jak si žádá pacientova situace. Respondentka č. 4 udává: *No, tím, že tu situaci za mě nikdo další nevyřeší, tak já si musím vyhradit toho času, kolik je potřeba, takže, stává se, že to řeším třeba půl dne jednoho pacienta. (...)stalo se mi, že sem taky kvůli pacientovi na urgentním příjmu odcházela v 6 večer domů.*“ V této odpovědi je znát také velká odpovědnost sociální pracovníce za kvalitně odvedenou práci, která zabere čas i si vyžádá práci přes čas. Navíc je zde náznak předávání odpovědnosti za pacientovu situaci, pokud sociální pracovníce nenalezne včas vhodné řešení. U respondentky č. 7 je podobná odpovědnost a odůvodnění nutnosti individuální časové dotace: *"No, nemůžeš udělat poloviční poradenství. Takže se snažíš dělat jako co nejpřesnější, takže jako ten se něk tam, něk se to tam prostě musí vecpat, no."* Celkem 5 sociálních pracovníc také zdůrazňuje, že čas není vyhrazen jen pro pacienty, ale i jejich rodiny. Respondentka č. 5 se konkrétně vyjadřuje: *„(...) já mluvím nejenom s pacientem, ale musím mluvit s rodinnými příslušníky, jo? (...) I na ty příbuzný, já si na ty příbuzný třeba vyčlením čas tu půl hodinu, ale někdo přijde a má takovejdlle seznam otázek.“* Respondentka č. 10 také udává, že s rodinami komunikuje na přání pacienta: *„(...) ty pacienti se chtějí poradit i s rodinou, takže pak jednáme s rodinou, a protože vlastně my nemůžeme překládat skoro tady na naší LDN, protože je hrozně malinká, tak vlastně máme problém s tím, než nám někdo pacienta vezmou, jo a taky jim to vysvětlit, protože tady nikdo vocad' nechce.“* I zde je vidět velká zodpovědnost sociální pracovníce, aby jednala ku spokojenosti pacienta a zároveň našla kompromis, protože pacient chce zůstat v tamější nemocnici, což není k lůžkovým kapacitám místní LDN možné.

Dále jsem se ptala, zda vnímají sociální pracovníci čas, který na práci s pacienty za dostačující. Pokud se pracovníci vyjadřovali konkrétně, uváděli, zda vnímají času hodně či málo. Pocit vyloženého nedostatku času vyjádřily pouze 2 sociální pracovníce. Respondentka č. 2 k tomu konkrétně udala následující: *„Protože těch lidí je tolika a právě, (...) že to je prostě strašný. (...) já řeším to, co zrovna ten den přinese, (...) ve 3 hodiny skončím úplně vyplivaná (...), bych ted' ještě potřebovala 3, 4 hodiny na to, (...) abych dodělala tu papírovou práci, kterou musím stejně odvíct.“* U této pracovníce se vyskytuje zmínka o administrativní zátěži a celkové únavě z pracovního vytížení. Administrativní zátěž obdobně zmiňují i respondentky č. 3 a 9. Respondentka č. 3 uvedla: *„Tak není tolik času, navíc je tím spojena samozřejmě administrativa a samotný vlastně zajištění té další péče.“*

Polovina z dotazovaných pracovníků vnímala čas jako většinou dostačující, opět zde existovaly ale určité nuance, které v určitých směrech běžně dostačující čas činily v určité situaci neodpovídající potřebě sociálních pracovníků. Respondentka č. 3 uvedla, že je

nedostatek času při velkém množství pacientů. Respondentka č. 1 uvedla zase, že nedostatek času vnímá u pacientů osamělých: „ (...) když mám třeba podezření, že to doma prostě nezvládá, tak v tom případě bych potřebovala víc času na to si s tím pacientem - s tím seniorem sednout, domluvit se, co bude přesně potřebovat, kdo - která služba by mu to mohla zajistit (...), na to tady není čas.“ Respondentka č. 11 vnímala čas na práci s pacientem primárně jako dostatečný, bylo to ale také dáno tím, že je ochotna zůstat v práci dle jejích slov hodinu přes čas: „ (...) abych potom se dostala k tomu řešení, (...) jako prostě nemám problém tady být o něco déle. Takže asi jako kdybych to takhle měla jako opravdu dělat, že odcházím na minutu přesně z práce, tak, asi bych ten pocit měla.“ Další dvě pracovnice (respondentka č. 10 a 12) v souvislosti s tématem času hovořily o osobních hranicích. Respondentka č. 10 uvedla: „Jako záleží, záleží, jak si to já jako nastavím většinou.“ Respondentka č. 12 upřesnila: „ (...) v tom domově není nikdy toho času dost, (...). A na těch akutních lůžkách je to stejné, protože tak čekají na návštěvu. Myslim si, že je potřeba si to, si to dobře nastavit a spravedlivě rozdělit.“

Téma většího prostoru pro komunikaci řešily 2 sociální pracovnice (respondentka č. 9 a 12). Neuváděly, že byl vyložený nedostatek času na komunikaci s pacientem, ale uvítaly by ho někdy více. Respondentka č. 9 k tomu konkrétně udává: „No, tak určitě ten pocit (pozn.: že je málo času) někdy mám, (...) většinou i dvakrát jdu za tím člověkem si s ním popovídat, abych mu všechno vysvětlila, (...) víckrát a pomalu, (...), protože ten je pro mě jako klíčovej, že jo samozřejmě a chci to respektovat, (...)“ Respondentka č. 12 zase udává potřebu sociálního kontaktu seniorů, a tím pádem potřebu více komunikace, než je někdy možnost poskytnout z její strany.

Otázka č. 5: Děláte něco nad rámec svých každodenních povinností?

Tabulka 11 Činnosti nad rámec kompetencí SP

Otázka č. 5: Děláte něco nad rámec svých každodenních povinností?	
Odpověď	Respondent č.
<i>Ano</i> : zájem pacienta řešit situaci a nestačí základní poradenství; příklad: zprostředkování kontaktu na další organizace; ne každý pacient má zájem	1
<i>Ano, ale minimálně</i> : osamělý pacient; příklad: zařizování věcí v terénu – návštěva bytu pacienta, nákup oblečení	2
<i>Ano</i> : ulehčení situace rodině v těžké situaci (závažný zdravotní stav pacienta); příklad: žádost o PnP, nebo žádost do DS	3
<i>Ano</i> : ulehčení propuštění pacienta, příklad - nevzpomene si, setrvání na odd. i přes možnost práce z kanceláře	4
<i>Ano</i> : ulehčení pacientovy situace; rodina problematice nerozumí, urychlení vyřešení situace, příklad: žádost do DS, PnP, poukaz na pomůcku (není oficiálně kompetence pracovníce)	5
<i>Ano</i> : rodina "nefunkční"; příklad: složenky, zvířata v domácnosti, žádosti o dávky	6
<i>Ano</i> : rodina "nefunkční"; žádost rodiny o pomoc; příklad: žádost do DS, telefonování na poštu	7
<i>Ano</i> : využití psychoterapeutického zaměření pracovníka; oproti jiným nemocnicím v popisu práce; příklad: podpůrné skupiny pro příbuzné hospitalizovaných pacientů či pro pacienty na psychiatrii	8
<i>Ano</i> : osobnostní nastavení pracovníce, lidskost, osamělý pacient, splnění přání; příklad: telefonování do institucí, zprostředkování kontaktu na dlouho neviděné blízké; pohlázení pejska	9
<i>Ano, ale minimálně</i> ; obavy z ohrožení pacienta, když překročí náplň své práce; příklad: nákup spotřebního zboží v rámci areálu nemocnice; oproti jiným nemocnicím: v popisu práce agenda vyzvedávání důchodů	10
<i>Ano</i> : konkrétní důvod neuveden; například: telefonování na úřady; oproti jiným nemocnicím v popisu práce: poukaz na pomůcku, agenda vyzvedávání důchodů	11
<i>Ano</i> : profit pacienta - splnění přání; příklad: přání pacienta jít na jinou LDN, když už je konkrétní domluvená, v DS: přinesení sádla	12

Tato otázka směřovala k tomu, zda subjektivně sociální pracovníci dělají něco nad rámec kompetencí, které mají v dané nemocnici dle metodického pokynu či směrnice vykonávat. Všechny 12 dotazovaných sociálních pracovníků se shodlo, že dělá věci nad rámec svých kompetencí. Dvě sociální pracovníce (respondentka č. 2 a č. 10) pak konstatovaly, že se to v jejich případě děje minimálně. Respondentka č. 10 vyjádřila obavy dělat některé činnosti nad rámec, aby například pacientovi neublížila: „*Musím říct, že se takovejhle věci trochu zdržuju. (...) protože se jako bojím, (...) Třeba ani nikdy nedávám napít nějakému pacientovi, když vidím, že je problémověj*“ V ostatních případech uváděly sociální pracovníce, že nemají

problém dělat něco nad rámec. Jako častý důvod bylo uváděno ulehčení situace pacientovi či jeho rodině. Pomoc pacientovi byla nabízena, když rodina byla na to „nefunkční“, nebo pokud rodina tíživou situací dle sociální pracovníce nezvládala, neuměla si poradit v dané situaci či požádala o pomoc navíc nad rámec povinnosti sociální pracovníce. Respondentka č. 6 uvedla: *„Protože rodina samozřejmě třeba nespolupracuje, platíme složenky, řešíme opakovaně zvířata, když nejsou seniori doma, řešíme přídatky na péči, když rodina odmítá cokoliv, jakmile rodina vidí jakkoliv zájem, tak mnohdy toho zneužívá.“* Respondentka č. 5 zase považovala toto za pomoc rodině v situaci, kdy se neorientuje v systému a toto může pomoci urychlit řešení: *„Takhle v některých situacích já ty pacienty vlastně zabezpečuju i kompenzačníma pomůckama, to by vlastně moje práce být neměla, (...).“* Respondentka č. 3 pomáhala dle svých slov ulehčit těžkou životní situaci tím, že za ně udělala určité administrativní kroky: *„Já se přiznám, někdy dělám za ty rodiny to, že za ně pošlu žádost o příspěvek na péči, (...) i žádost do domova pro seniory, protože to nezvládají celkově tu situaci.“* Respondentka č. 2 zase vidí jako zásadní pomoc osamělému pacientovi: *„Kolem těch, který nikoho nemaj, tak musíš udělat nad rámec pro ně nějakou službu, určitě. Supluji rodinu, která není,“* V případě respondentky č. 9 se jedná dle jejího názoru o její osobní nastavení, projev lidskosti: *„Nestýkali se třeba s nějakým příbuzným leta, jo a seniorovi se stejská a říká: ‚Já bych to asi měl na starý kolena...‘ Prostě se všemožně snažim, abych sehnala kontakt třeba, abych zajistila tu návštěvu (...) nebo zajištění pohlázení pejska.“*

Jak jsem již zmínila, jsou ale úkony, které jsou typické pro určité sociální oddělení v dané nemocnici, nebo se dějí na určitých klinikách. To ale nemají sociální pracovníce jako práci navíc, nýbrž jako běžnou součást jejich pracovních povinností. Na toto jsem narazila zejména ve FNKV. Bylo zjištěno, že sociální pracovníce jsou zde zplnomocněny vyzvedávat seniorům na poště důchod a že mají oprávnění ztotožnit pacienta v zastoupení Policie ČR. Respondentka č. 10 k tomu řekla: *„(...) tady vedle do podatelny nám je přivezou, vlastně paní a my je potom roznášíme, to se s kolegyněmi střídáme. (...) My jako můžeme, my máme dovolený, že můžeme jako tu identifikaci jako provádět samy.“* Další činnost nad rámec uváděla v rámci rozhovoru respondentka č. 11, zajišťovala na rehabilitační klinice poukazy na pomůcky. Respondent č. 8 uvedl, že se jedná o práci navíc mimo obor činnost sociální práce, má to tak ale smluvené se svou vedoucí, která ho přiměla vzhledem k jeho vzdělání k aktivitě navíc ve formě psychologické podpory pacientům a jejich blízkým: *„Vlastně nad rámec já vlastně dělám psychologickou podporu, protože ty lidi, který jsou fakt tady, a speciálně, když jsou tam mladý lidi, tak ty rodiny se fakt hroutěj.“*

Otázka č. 6: Co Vám usnadňuje fungování na Vaší pozici v rámci Vaší organizace?

Tabulka 12 Usnadnění práce v organizace

Otázka č. 6: Co Vám usnadňuje fungování na Vaší pozici v rámci Vaší organizace?	
Odpověď	Respondent č.
Spolupráce s lékaři a dalším zdravotnickým personálem (fungování multidisciplinárního týmu); spolupráce rodiny; motivace pacienta	1
Nastavený systém práce	2
Spolupráce s lékaři; spolupráce s ostatními kolegyněmi: vzájemné sdílení informací; technika: počítače, máme tiskárnu, kopírku, skener	3
Technika: služební telefon; spolupráce na přidělené klinice	4
Technika: počítač; mezilidské vztahy: lékaři a st. sestry	5
Dobré postavení v nemocnici: jednodušší prosazování smysluplných požadavků (vztahy s náměstkyní a ředitelkou); letitá zkušenost; zavedená spolupráce s klinikami; dobrý kolektiv: vzájemná podpora	6
Spolupráce s lékaři; spolupráce s ostatními kolegyněmi: vzájemné sdílení informací	7
Práce méně chaotická než bývalém zaměstnání; menší nemocnice a kliniky; osobní vztahy; dobrý plat	8
Nastavení systému práce; navázání spolupráce s neziskovkami; kolektiv	9
Systém konzilií; dobrá komunikace s lékaři a staničními sestrami; spolupráce s ostatními kolegyněmi - sdílení informací	10
Kolektiv: spolupráce s lékaři na přidělené klinice a se zařízeními; zkušenost, kam pacienta vezmou	11
Dobrá komunikace; jistota profesního přijetí; pocit přijetí v týmu	12

V této otázce jsem se zaměřovala na to, co zjednodušuje pracovníků jejich činnost na pracovišti. Velmi se ukázalo, že kromě technického zázemí (počítač, služební telefon, skener, tiskárna) jsou pro pracovníky v tomto směru důležité mezilidské vztahy na pracovišti, ať už se jedná o spolupráci se zdravotnickým personálem na pracovišti či zázemí v rámci vlastního týmu sociálních pracovníků. Důležitá se jevila také dobrá komunikace respondentkám č. 10 a 12. Respondentka č. 12 vyzdvihovala pocit přijetí do multidisciplinárního týmu: „jistota profesního přijetí a jistota toho, že jsem součástí toho týmu.“ Respondentka č. 6 uvedla, že jí práci usnadňuje také dobré postavení sociálního oddělení v nemocnici: „Určitě nám to usnadňuje to, si myslím, že máme velmi dobré postavení tady v nemocnici a že i náměstci, ředitelka jsou nám hodně nakloněni (...). Dále usnadňuje práci nastavení systému, tedy jak je práce na daném pracovišti koncipována. Respondentka č. 10 uvedla, že jí usnadňuje práci zavedený systém konzilií. Další dvě respondentky (respondentka č. 5, 6 a 11) shodně uváděly osobní zkušenosti.

Respondentka č. 5 uvedla: „ (...) za pětadvacet let už vim, co od koho mohu očekávat, s čím mohu počítat.“ Respondentka č. 11 zase kvitovala, že časem nabyla zkušenost ohledně umístování pacientů do následných zařízení: „ (...) už časem jako máte odhad jako, kam vám ho vezmou, kam vám ho nevezmou (pozn.: pacienta).“ Respondent č. 8 uvedl také, že mu pomáhá, že je za svou práci dobře zaplacen: „ A asi bych řekl, že se to, pokud jsou ty lidi jako líp zaplacený, tak taky. Protože jako, když maj aspoň na nájem, tak jako se rozhodně žije líp.“

Otázka č. 7: Co Vám Vaši práci ztěžuje?

Tabulka 13 Co ztěžuje sociálním pracovníkům práci

Otázka č. 7: Co Vám Vaši práci ztěžuje?	
Odpověď	Respondent č.
Nedostatek času; špatná spolupráce rodinou či zdravotnickým personálem; neflexibilita SS; nedostatečná kapacita LDN či RHB	1
Špatná komunikace mezi sociálními pracovníky	2
Nedostatek času a hodně pacientů; pozdní nahlášení pacienta	3
Nedostupnost služeb; nespolečná klinika; nerespekt k práci sociálního pracovníka (považován za neschopného)	4
Vážnou spolupráci s lékaři (vyplňování žádostí)	5
Špatná spolupráce rodinou či zdravotnickým personálem	6
Špatná spolupráce s pacientem, rodinou či zdravotnickým personálem	7
Systémová nepropojenost institucí (nemocnice, úřady); nevyhraněnost služeb (není jasné, kdo koho musí přijmout v zařízeních)	8
Systém: nepropojenost služeb; moc práce	9
Nedostatečná kapacita vlastní LDN; těžká komunikace s rodinou a pacientem	10
Technika: nedostupnost vybavení ve státní nemocnici; nedostupnost lékařů na operačním oddělení; špatná komunikace lékařů s pacienty	11
Nespolečná oddělení; špatná komunikace (oddělení nepomůže, pacient propuštěn jindy apod.)	12

V této otázce jsem se zaměřila naopak na to, co práci sociálním pracovníkům na jejich pracovišti ztěžuje. Pět sociálních pracovníků vnímalo, že práci ztěžuje špatná spolupráce, zejména tedy se zdravotnickým personálem na odděleních. Respondentka č. 4 k tomu dodala, že jí práci ztěžuje: „ (...) tlak ze strany těch, těch zdravotníků, jo, kteří chtějí vidět ten výsledek, ale... ale jako už nechtějí slyšet, že musíme nejdřív udělat toto, abychom mohli udělat toto, (...) když něco nevyjde, je to vnímané jako neschopnost toho sociálního pracovníka, přitom jde o prostě věci, který neovlivníme (...).“ Z uvedeného výroku sociální pracovníce lze vnímat i pocit despektu k práci sociálního pracovníce, když se nepodaří pacienta zabezpečit podle představ oddělení. Respondentka č. 11 k tomuto tématu vyjádřila názor, že jí práci ztěžují špatné komunikační dovednosti lékařů: „ No a taky jsou to prostě chirurgové a moc s těma lidma neumí mluvit.“ Respondentka č. 3 udala, že někdy jí komplikuje zajištění péče o pacienta, když je jí

nahlášen do péče pozdě: „A samozřejmě časová tíseň, kdy mi nahlásí třeba pacienta z neurologie, že ho třeba druhý den pouští a já řeším ještě další pacienty a není na něj tolik prostoru, kolik bych třeba ráda mu dala.“ Jedna respondentka se přímo vyjádřila, že jí komplikuje práci nastavení komunikace s jejími kolegyněmi sociálními pracovníci v rámci oddělení: „No tak je to docela zavedený (pozn. systém) pokud pošta nezůstává dole u holek (pozn.: kolegyň v přízemí), tak to nás trošku brzdí v práci.(...) To mě vadí jako teda.“ Z uvedeného vyplývá, že vztahová rovina mezi kolegyněmi na pracovišti je někdy velmi zásadní i v případě pracovní činnosti pracovníků a její nefunkčnost práci komplikuje. K tomu tématu se krátce vyjadřuje i respondentka č. 9: „(...) ten kolektiv je fajn, i když jsou, vždycky jsou nějaký i chmury, že jo, ale to se prostě potom zase holt někdy vždycky vyřeší, no. Tak holt, vždycky krize sou od toho, aby to člověka posouvalo. Takže tak.“ V rámci obtížné spolupráce se jevila dotazovaným pracovníkům někdy i komplikovaná komunikace s rodinami pacientů. Respondentka č. 10 uvedla: „(...) s téma rodinami je jako někdy těžká domluva. Jako prostě oni si někdy představují. Teď vy víte, že jako nemáme co nabídnout z těch zařízení, když chtějí jako nějaký supr zařízení, že jo.“

Dále sociální pracovníci hojně uváděli, že jim komplikuje práci nepropojenost služeb či institucí, se kterými mají spolupracovat. Respondentka č. 4 se vyjádřila takto: *No, to, že já potřebuju nějakou službu a ona nemá kapacitu, nebo na ní pacient nemá peníze, nebo tam nechce a není možný, aby jako byl hospitalizovaný.* Respondentka č. 1 vnímala, že služby, které by měly navázat na hospitalizaci, nejsou flexibilní. Taktéž se vyjádřila, že kapacita pobytových zdravotních služeb není dostatečná: *„Myslím tím služby ať už sociální, (...) může trvat třeba týden, 14 dní než se ta služba domluví, což je pro potřeby akutního lůžka moc dlouho. A z druhé strany (...) ztěžuje i třeba obsazenost potom na zařízeních následný péče, eventuálně rehabilitacích.“* Respondentka č. 10 vyjádřila názor, že jí ztěžuje práci nedostatečná kapacita vlastní LDN v jejich nemocnici: *„Takže jako vysvětlovat těm pacientům, že prostě pojedou mimo tady areál, že budou muset platit. Teď člověk ví jako, že ty zařízení nejsou jako úplně dokonalý.“* Respondent č. 8 sdělil, že mu vadí nepropojenost institucí a nevyjasněnost možností jednotlivých zařízení, které pacienty přijímají: *„ (...) každé úřad má jiný stránky, každá nemocnice má jiný stránky. Nikde není psáno, kdo koho musí přijmout.“*

Otázka č. 8: Co Vám přijde nejvíce stresující na Vaší práci?

Tabulka 14 Největší pracovní stresory

Otázka č. 8: Co Vám přijde nejvíce stresující na Vaší práci?	
Odpověď	Respondent č.
Nespolupráce pacienta versus tlak oddělení na zajištění péče	1
Nedostatek času a hodně pacientů	2
Nedostupnost služby; hlášení pacienta na poslední chvíli (těžký polymorbidní pacient)	3
Nepropustitelnost pacienta a nedostupnost návazné péče	4
Dojíždění (vstávání v půl 4.); zástupy	5
Nedostatek času a hodně pacientů; tlak na uvolnění lůžka	6
Mění se požadavky oddělení na zajištění služeb pro pacienta	7
Administrativa (výroba alibi, že člověk něco dělá)	8
Nekvalitní zdravotnická následná zařízení	9
Nekvalitní zdravotnická následná zařízení s nemožností zvolit jinou variantu (lůžková kapacita), nedostatek času	10
Nekvalitní zdravotnická následná zařízení s nemožností zvolit jinou variantu (lůžková kapacita, polymorbidní pacient)	11
Nedostatek času a hodně komplikovaných pacientů	12

Jako jeden ze stresujících faktorů byla vyhodnocena časová dotace pracovníků pro pacienta a velký počet pacientů v daný moment na jednoho pracovníka. Téma času se tedy opět objevilo i v tomto případě. Toto téma se vyskytovalo celkem u 4 respondentek nezávisle na sobě. Respondentka č. 6 k tomu konkrétně uvedla: „*Nedostatek času, je nás málo, pacientů přibývá, i když se zavírají lůžka, potřebuje se rychleji točit, aby se, samozřejmě, aby ta nemocnice vydělávala. Takže ten tlak na to propuštění na rychle aby se to lůžko vyměnilo jakoby, takže tohle myslím, že je obrovské stres.*“ Tlak oddělení pocítovaly i respondentky č. 1 a 10. Respondentka č. 1 komentovala stresovou situaci u sebe takto: „*Nejvíce stresující je pro mě nespolupráce pacienta versus tlak oddělení, které potřebuje mít zajištěnou tu péči a vědět, že to bude fungovat.*“ Z uvedeného je patrné, že se cítí některé sociální pracovnice ve stresu z nedostatku času a tlaku oddělení na propuštění pacienta. Celkem 3 sociální pracovnice (respondentka č. 9, 10, 11) se shodly, že je nejvíce stresuje nezbytnost nabízet pacientům nekvalitní péči. To bylo patrné zejména u respondentky č. 9 a š. 11. Obě tyto pracovnice se shodly, že je nejvíce tíží, když vědí, že pacienta musí poslat do zařízení, kde se mu nebude nikdo věnovat např. stran rehabilitace tak, jak by býval potřeboval. Respondentka č. 11 sdělila: „*(...) nejtěžší na tý práci je, když prostě víte, jako že prostě jako ty zařízení nejsou úplně jako třeba stoprocentní, tak jak byste si to představovala a, ... a prostě není jiná možnost, prostě není jiná lůžková kapacita. Nebo prostě pacient má takový zdravotní problémy, že prostě není jiná*

volba než ho dát někam (...)je to jako velkej problém u těch starších polymorbidních²⁴ pacientů, protože všichni by potřebovali minimálně 2x denně cvičit. A já bych velmi ráda všem dala jako tu péči prostě, aby měli šanci se zase rozchodit, no. Aby neměli rehabilitaci někde 10 minut za den.“ Respondentka č. 10 zastává podobný názor jako její kolegyně a dodává k tomu: „(...) oni (pozn.: rodiny) si třeba přejou některý jako daný zařízení, a ty jsou obsazený, volno bude třeba až za měsíc. A ten pacient se vodsad' musí dostat třeba do týdne. A vy víte, že jim musíte jako předložit něco, co pro ně není úplně přijatelný, pro vás vlastně taky ne. Nicméně je musíte dotlačit do toho, aby tam toho svého blízkýho dali.“ Důležitý aspekt, který se objevoval u řady pracovníků (např. respondentka č. 5, 7, 10, 11) byla i finanční situace pacientů, kteří nemají na soukromá zařízení

Shrnutí

V této části diplomové práce jsem se zabývala pracovní náplní oslovených sociálních pracovníků. Pracovní pozice sociálních pracovníků v konkrétní nemocnici má svá vnitřní specifika. Více méně všichni oslovení sociální pracovníci vnímají do určité míry, že cílem jejich práce v nemocnici by mělo být především sociální poradenství v souvislosti s plánovaným překladem pacientů, které mají v péči, a zajištění návazné péče v podobě zdravotních či sociálních služeb terénního i pobytového charakteru. Rozdílly se vyskytovaly v předávání pacientů do péče v jednotlivých nemocnicích, ale i v rámci akutních lůžek či lůžek následné péče. Nejčastějším způsobem přijetí pacienta do péče bylo cestou lékaři či např. staniční sestry, buď pomocí „sociálního konzilia“, nebo pomocí telefonického či osobního kontaktu. V závislosti na tom, na jakém oddělení pacient leží (na operačním oddělení lékař není tak často přítomen). Překvapujícím zjištěním bylo sdělení respondentky č. 10, která sdělila, že na jejím sociálním oddělení jsou i sociální pracovníce, které mají zavedený jiný systém, než používá ona. Žádanky od oddělení kolegyně pracovníce vůbec nedostávala, i když systém byl v nemocnici zaveden. Nebylo vyjasněno, zda vůbec musí používat žádkový systém, byť se jednalo v obou případech o akutní péči. Dále byli pracovníci dotazováni, zda dělají někdy něco nad rámec svých každodenních povinností. Respondentka č. 3 a 5 uváděly, že udělají někdy něco nad rámec, aby pomohly pacientovi ulehčit situaci nebo urychlit proces zajištění další péče. Zajímavé bylo zjištění, že některé činnosti, které mohou považovat na sociálním oddělení v jiné nemocnici, byly standardní náplní práce sociálních pracovníků jinde. To se ukázalo ve FNKV uvedla sociální pracovníce, že chodí seniorům pro důchody na poštu a že je

²⁴ polymorbidní – pacient trpící mnoha závažnými chorobami

zplnomocněna zastoupit policii v identifikaci pacienta. Dále měli sociální pracovníci uvádět, co jim ztěžuje pracovní výkon a co naopak ulehčuje. U věcí, které ztěžují práci, se objevila nespolupráce oddělení, špatná komunikace se zdravotnickým personálem, ale také v rámci týmu sociálních pracovníků. V rámci činností, které naopak pomáhají, řadili technického zázemí (počítač, služební telefon, skener, tiskárna). Jako důležité spatřovali mezilidské vztahy na klinickém pracovišti i v týmu na sociálním oddělení. Opět byla vyzdvihována dobrá komunikace

Významnou součástí této skupiny otázek reprezentovalo zjištění názorů sociálních pracovníků na jejich roli v rámci své pracovní pozice. Měli zvolit, zda se cítí více jako manažeři odchodů pacientů z oddělení či jako sociální pracovníci. Dohromady 7 sociálních pracovníků z 12 vnímá v náplni své práce převahu manažerské role, 5 sociálních pracovníků to vnímalo bez jakýchkoliv výjimek z pravidla, 3 sociálních pracovníků to viděly nevyhraněně a vnímaly, že jsou obě tyto pozice součástí náplni jejich práce. Respondentka č. 11 uvedla, že to nelze striktně dělit, ale pokud si má zvolit, převládá spíše ta manažerská role. Respondenti č. 3, 8 a 10 uváděli, že záleží na typu oddělení, měli více oddělení na starosti a některá řešila méně překlady pacientů. Dvě sociální pracovníce uvedly, že spíš u nich převládá role čistě sociálního pracovníka. Z jejich výroků bylo znát, že ty administrativní záležitosti vnímají jako součást procesu zabezpečení pacienta, a k tomu nezbytně potřebují i znalosti ze sféry zdravotnictví, které jdou za rámec regulí sociální práce.

Ačkoliv většina sociálních pracovníků uváděla, že má dostatek času na svou práci, na druhé straně je naopak nedostatek času často stresoval. Je třeba vnímat v kontextu času na práci sociálního pracovníka vnímat i proměnlivost situace zejména na akutních lůžkách, kde se situace může měnit každým dnem, ne-li hodinou. Toto opět částečně reflektovala respondentka č. 12, pro kterou zásadní stresor představovalo to, že si nemůže plánovat dopředu práci. Respondentka č. 2 toto taktéž zmiňovala, byť by se dalo opět předpokládat při její práci na LDN, že má větší prostor pro to si práci zorganizovat vzhledem délce hospitalizace často i několik měsíců. Nevyčleňuje, pracuje s tím, co den přinese, řeší, co v danou chvíli musí. Samozřejmě nejvíce stresující byla pro řadu pracovníků (respondentky č. 3, 9, 10, 11, 12) situace, kdy měli řešit polymorbidního pacienta. Měli situaci vyřešit rychle, překotně se domluvit s pacientem i rodinou i za cenu toho, že péče nebude stoprocentně kvalitní, protože se musí uvolnit akutní lůžko. Museli pak například (v případě respondentky č. 10) vysvětlovat rodině, proč musí opustit toto oddělení i nemocnici a tlačít na ně, že musí jít pacient třeba do zařízení, které ani samotné pracovníci nepřipadalo jako vhodné.

4.5.2 Právní úprava sociální práce v nemocnici v kontextu práce se seniory

V této části mě zajímal názor sociálních pracovníků na legislativu spojenou s výkonem profese zdravotně-sociálního pracovníka. Zároveň v rámci tohoto okruhu otázek jsem se dotazovala sociálních pracovníků, zda naráží při práci se seniory na svých klinikách na legislativní překážky, nebo naopak na něco, co by jim pomáhalo.

Otázka č. 9: Co si spojujete s Hegerovou reformou zdravotnictví?

Tato otázka si kladla za cíl zmapovat informace sociálních pracovníků o této reformě, a zda si jí spojují mimo jiné také s reformou související s jejich povoláním – hovoříme-li konkrétně o právní úpravě zdravotně-sociálního pracovníka jako nelékařského zdravotnického oboru.

Tabulka 15 Hegerova reforma zdravotnictví

Otázka č. 9: Co si spojujete s tzv. Hegerovou reformou zdravotnictví?	
Odpověď	Respondent č.
Zavedení nemocničních poplatků, jak na ambulancích, tak na akutních lůžkách	1
Nevím, elektronické knížky	2
Nevím	3
Nic	4
Úbytek lůžek v malých nemocnicích; úbytek personálu; nedostatek lůžek a více pacientů v Praze	5
Snižování lůžek, zvyšování obratu	6
Nevím	7
Nic	8
Platby za lůžka	9
Nic	10
Platby za lůžka	11
Poplatek	12

Na tuto otázku řada sociálních pracovníků (celkem 6) neodpověděla, neboť si nic konkrétního s Hegerovou reformou zdravotnictví nespojují. Řada z pracovníků pracujících v nemocnici kratší dobu nezažila dobu, kdy Leoš Heger ministrem zdravotnictví. Řada pracovníků, kteří pracovali v nemocnici déle, i na pozici vedoucího pracovníka vnímá, že je to věc, která byla aktuální v minulosti, v současnosti se zabývají jinými aktuálními legislativními změnami. Pokud si něco sociální pracovnice spojovaly s touto reformou, jednalo se zejména o

zavedení poplatků v nemocnici. Hodně si to dávaly v souvislosti se zavedením poplatku za pobyt v nemocnici. Respondentka č. 10 vyjádřila názor, že poplatky neměly být zrušeny: „ (...) mně přijde, že to je důležitý. Důležitější poplatek jako pro zdravotnictví (...) že více méně zdravotnictví přijde docela vo hodně peněz tímhle způsobem. A pak sou lidi, který toho využijou. Já chápu, že pro starý lidi, nebo lidi, který nemaj peníze je to nepřijatelný.“ Dvě sociální pracovnice, které pracují v oboru přes 25 let, uvedly, že si spojují reformu zejména se snižováním počtu lůžek. Respondentka č. 5: „Úbytek, lůžek, úbytek lůžek v těch malých nemocnicích. Protože spousta pacientů se nahrnou do Prahy, třeba do VFN, to dřív tolik nebývalo, a, i jak se vlastně snižovaly lůžka, (...).“ Respondentka č. 5 se tímto lehce dotkla otázky personální vybavenosti nemocnic. Nicméně si u tohoto tématu nespojuje nic konkrétně s profesí zdravotně-sociálního pracovníka.

Otázka č. 10: Narážíte na právní překážky, které Vám nedovolují dělat svoji práci, jak byste chtěl/a v kontextu práce se seniory?

Tato otázka směřovala k názoru jednotlivých respondentů na „slabá místa“ legislativy v souvislosti s tématem této diplomové práce. Jednak jsem se v této otázce zaměřovala na legislativu přímo související s činností sociálního pracovníka – tedy zdravotně sociálního pracovníka v nemocnici. Dále se volně mohli sociální pracovníci volně vyjádřit, co je k dané otázce napadá v souvislosti s tématem sociální práce se seniory v nemocnici.

Tabulka 16 Právní překážky při práci SP

Otázka č. 10: Narážíte na právní překážky, které Vám nedovolují dělat svoji práci, jak byste chtěl/a v kontextu práce se seniory?	
Odpověď	Respondent č.
PnP a další dávky: dlouho trvá vyřízení; PnP: sociální šetření nemůže probíhat na akutním lůžku; chybí místa v DS	1
Zákony nebrání; PnP: MPSV přistoupilo na politiku DS	2
PnP - sociální šetření nemůže probíhat na akutním lůžku; HN - problematické u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů bez prostředků; ochrana osobních údajů	3
Absence legislativy o vedení zdravotně-sociální dokumentace; absence legislativy pro sociální práci s osobami s demencí	4
V minulosti žádost o PnP za hospitalizace; chybí domovské právo	5
ZSP na rozhraní působnosti MPSV a MZ; vzdělání; přechod zaměstnanců s nezdravotnickým vzděláním do zdravotnických tabulek; pacienti na rozhraní 2 rezortů: PnP; DS	6
Nejednoznačnost zákonů (např. zákon o pohřebnictví)	7
Nejsou jasně dané kompetence ZSP; chybí kontrola pojišťoven: péče není adekvátní pacientovu zdravotnímu stavu	8
PnP	9
Zákaz vkládání osobních údajů pacienta do dokumentace	10
Chybí následná péče a komplexní řešení péče pro osoby bez příštěší	11
Chybí podpora autonomie sociálních pracovníků v nemocnici; chybí nestranný profesionál k vyjádření se ke sporům v souvislosti s prací ZSP; chybí profesní zákon	12

Vzhledem k tomu, že sociální pracovníci mohli volně odpovídat, objevila se zde řada témat, která napadala sociální pracovníky spontánně po položení mé otázky. Respondentka č. 6 vidí zásadní legislativní překážku plynoucí z toho, že obor je na pomezí dvou rezortů, dle jejích slov: „*Určitě (pozn. vidím překážky v legislativě), protože jsme sociální pracovnice v zdravotnictví, to znamená, že 2 ministerstva - ministerstvo zdravotnictví a ministerstvo práce a sociálních věcí.*“ Dodala, že se obává, že s novelou zákona 96/2004 Sb., kde již není povinnost sbírat kredity, bude ohroženo vzdělání zdravotně-sociálního pracovníka a jeho snaha se dále vzdělávat v rámci celoživotního vzdělávání. Podobně vnímá respondentka č. 9, že by se měla více provázat spolupráce MZ a MPSV a zároveň provázat i jednotlivé typy služeb v obou sférách: „*(...) ...jako větší provázanost tý práce doma a těch terénních služeb, a určitě i větší provázanost, větší komunikace vzájemná těch ministerstev, že jo.*“

V případě role sociálního pracovníka v nemocnici se objevovala témata legislativní nevyjasněnosti jeho kompetencí, dále autonomie pracovníků a téma jejich ochrany. Respondent

č. 8 konstatoval: „*Ad 1 v každé nemocnici je ta práce trochu jiná. (...) A už jenom to z toho jasně prostě plyne, že nikdo pořádně neví, co mají sociální pracovníci v nemocnici dělat. A tahle jako nevyhraněnost běží i na jednotlivých odděleních. (...) A myslím si, že ta nerovnoprávnost toho vztahu je vlastně stupidní a dělá to hroznej jako nepořádek*“ O nerovnoprávnosti hovoří i respondentka č. 11, která to však směřuje ke vztahu jakéhokoliv zdravotnického pracovníka k pacientovi a jeho právům. Uvítala by větší ochranu zaměstnanců nemocnice zejména při řešení sporů. Konkrétně uvádí: „*Já si myslím, že trošku jako by měla být větší ochrana jako nás jako zdravotníků, (...), když na mě křičí pacient, jako jo a tak, tak vlastně nemám moc jako zastání.*“ Téma autonomie a ochrany sociálního pracovníka se objevilo i v rozhovoru s respondentkou č. 12: „*Myslím si, že by bylo dobré (jako, že trochu vypadá, že asi nebude), kdyby ten profesní zákon sociální práce byl přijat (...), protože si myslím, že obecně je dobré podpořit autonomii sociálních pracovníků, i nejenom ve zdravotnictví (...) mně osobně chybí někdo, kdo by jako nestranný profesionál se vyjádřil k rozličným sporům, který sociální pracovník může při své práci, ... můžou vzniknout s klientem, nebo se zaměstnavatelem (...)ten profesní zákon bych uvítala i na podporu samostatný práce, i právě vůči zaměstnavateli, protože když člověk pracuje v jiné oblasti než v ‚sociálním podniku‘ v uvozovkách, tak to není samo sebou, že je brán jako součástí týmu a že má to svoje postavení profesionála zajištěno a že má náplň práce takovou, jaká mu náleží.*“ Tato respondentka uvádí, že sama toto na pracovišti nepocítuje, protože vedení nemocnice je nakloněno jejich práci, nicméně neví, co by se dělo, kdyby si management rozmyslel svůj postoj, neměli by se sociální pracovníci moc o co opřít. Mezery v legislativní úpravě zdravotně-sociální práce vnímala i respondentka č. 4.: „*nemáme nikde legislativně ukotveno, jak vést zdravotně-sociální dokumentaci, protože zaznamenáváme velmi citlivý údaje a pacient a jeho příbuzní v určitých případech mají právo nahlížet do zdravotní dokumentace, ale z principu naší práce to leckdy není možné jako nahlížet do všech částí naší dokumentace (...), při stížnosti, že nechceme ukázat tu, tu dokumentaci nejsme nějakou legislativou ochráněni.*“ Dvě respondentky (č. 3 a 10) se rovněž dotkly v rozhovoru tématu dokumentace a ochrany osobních údajů: „*(...) samozřejmě chápu, že ti lidi musí být chráněni, a na druhou stranu, to, abych mohla poslat zprávu na OSPOD třeba mailem, tak musím zabělit údaje a tak dále, což jako dřív třeba nebývalo.*“ Respondentka č. 10 toto zase vnímala v souvislosti s duplicitou pracovní činnosti při opakovaných hospitalizacích většinou pacientů bez domova, který nemají nikdy doklad totožnosti. Kdyby mohla osobní údaje vložit do systému v počítači, ušetřily by si z kolegyněmi do budoucna práci se ztotožněním pacienta do budoucna.

Další okruhy zmiňované pracovníci se zaměřovaly na problematiku legislativu ve vztahu s pacienty seniorského věku. Často se objevovalo téma sociálních dávek a nastavení služeb. Zejména sociální pracovníci uváděly potíže související s agendou přiznávání příspěvku na péči. Respondentky č. 1 a 3 konkrétně řešily řízení ve věci přiznání příspěvku na péči za doby hospitalizace. Respondentka č. 1: „*Na co narážíme tady každodenně, tak je, tak jsou lhůty, který mají třeba úřady práce, nebo jiný úřady, na posouzení ať už třeba příspěvku na péči nebo dalších sociálních dávek, který jsou dlouhý pro pacienty, který se rychle ocitnou v nějaký tíživý situaci, jsou bez peněz a potřebují nějaký zajištění. (...), pak samozřejmě posuzování nároku příspěvku na péči, (...) kde je možný provízt sociální šetření jenom zase na lůžku následný péče, ne na akutním lůžku i přestože tam ten pacient leží třeba dlouhodobě. Takže to si myslím, že je velkej problém.*“ Konkrétně k příspěvku na péči se vyjádřila i respondentka č. 2: „*Vono to není až tak zákonem, ono je to výmyslami těch domovů (pro seniory), který vlastně úplně na zákony kašlou a vymejšlej si nesmyslný požadavky, který my vlastně nejsme schopný to splnit.*“

Dále se dotýkají sociální pracovníci také problematiky seniorů bez domova. Zejména respondentka č. 5 reflektuje, že na geriatrici tyto pacienty má v péči. Nejtěžší je zabezpečit dle jejich seniora bez domova bez nároku na výplatu na důchod s amputovanou nohou, který již nemůže čerpat služby typu azylového domu a noclehárny, protože by to ke svému trvale nepříznivému zdravotnímu stavu ani fyzicky nezvládl. Pokud má takový pacient alespoň důchod, daří se ho umístit na následnou péči za Prahu a může pokračovat v nějakém domově pro seniory. Co se týče legislativy, tato pracovníci konkrétně udává: „*(...)To teďka domovský právo neexistuje, proto jsou všichni bezdomovci v Praze. A ne každé úřad se chce postarat. A je problém i s těma dávkama hmotný nouze, že jo.* Respondentka č. 11 sdílí obdobný názor: „*Co já vnímám ze své pozice, že by se legislativně mělo řešit, je prostě následná péče u osob bez příštřeší, že jako nějaká komplexní péče, tam si myslím, že jsou jako velké mezery.*“ Zároveň tato sociální pracovníci udává, že pracuje i se seniory bezdomovci, ale čím dál častěji se jí objevují i pacienti mladí (např. ročník 88).

K problematice péče o seniory ještě dodává respondent č. 8, že by mělo být legislativně lépe upravena péče o pacienta, aby bylo patrné, které zařízení má na starosti péči o pacienta s daným zdravotním problémem: „*(...) velmi by pomohlo, kdyby někdo trošku kontroloval pojišťovny, (...). E, aby ta péče skutečně byla, hm... pro toho pacienta adekvátní, (...) aby pacienti nebyli propouštěni z LDN po 3 měsících, když na to nemaj.*“ Dodává, že následná péče chybí a chybí i pracovníci, kteří by byli ochotni tuto práci dělat, protože třeba na JIP dostanou jako zdravotní sestry více peněz. Respondentka č. 9 uvádí, že by měl stát pracovat intenzivně

na dlouhodobé péče, která povede k návratu k tradičnímu způsobu péče o seniory, tedy v domácím prostředí: (...) vytvoření toho systému pro možnost těch rodin, aby mohly pečovat, provázanost těch služeb samozřejmě i výchova těch rodin k té tradiční, k návratu k tradiční péči. (...).“

Otázka č. 11: Co Vám z legislativních norem pomáhá při práci se seniory?

Tabulka 17 Legislativa pomáhající SP

Otázka č. 11: Co Vám z legislativních norem pomáhá při práci se seniory?	
Odpověď	Respondent č.
Zakotvení profese ZSP v zákoně; opora činnosti SP	1
Zakotvení profese ZSP v zákoně	2
Zrušení poplatků za hospitalizaci	3
Zákon o sociálních službách: maximální výše úhrady za pobytovou službu; Nepojistné dávky	4
PnP: možnost sociálního šetření v nemocnici	5
Neuvedeno, reflexe co fungovalo v minulosti (kreditní systém)	6
PnP: možnost sociálního šetření v nemocnici; zákon sociálních službách (DZR)	7
Neuvedeno, doporučení do budoucna	8
Tvorba podmínek pro návrat k tradiční péči rodiny	9
Nevzpomene si	10
Neuvedeno, doporučení do budoucna	11
Neuvedeno, doporučení do budoucna	12

Záměrem této otázky bylo zjistit, které legislativní prameny vnímají sociální pracovníci jako funkční a nápomocné pro jejich práci. V řadě případů zde sociální pracovníci spíše rozváděli, co chybí a co by uvítali do budoucna, tato odpovědi jsou tedy uvedeny v předchozí otázce. Co se týče legislativy pomáhající v rámci činnosti sociální pracovníce v nemocnici, uváděly shodně respondentka č. 1 a respondentka č. 2, že je dobře, že existuje úprava zdravotně-sociálního pracovníka v legislativě. Dle názoru obou respondentek existence právní úpravy poskytuje oporu v jejich pracovní činnosti, aby se měly na co odvolávat, když je třeba po nich vyžadováno něco, co není v kompetencích sociální pracovníce nebo když se něco třeba nelíbí rodině. Respondentka č. 1 sdělila: „Jasně, já si myslím, že ty (...) nám v lecčem pomáhají, protože, kdybysme neměli zákon, tak nejsme ani v nemocnici, nefungujem., (...) ve chvíli, kdy se třeba pacientovi klientovi něco nelíbí, tak víme, že nad námi stojí ten zákon. (...) třeba v rámci oznamování povinnosti, (...)“ Respondentka č. 2 zase uvádí: „Myslím si, že je to i

promítnutý do našich interních směrnic, že řeknu, že tohle není moje kompetence podle jako řešit jako nebudu. To myslím, že jo, že se máme na co odvolat.“

Následně uváděly sociální pracovníce zejména legislativu v souvislosti s poskytováním sociální péče v nemocnici seniorské klientele. Opět se zde objevilo téma příspěvku na péči. Dvě sociální pracovníce kvitovaly možnost realizace sociálního šetření v rámci nemocnice. Respondentka č. 7 sdělila: „(...) *ted' je jako třeba dobrý, ten zákon krz ten příspěvek na péči, že oni vlastně přídou po těch nějakých těch 60 dnech, jestli to říkám správně, přídou do té nemocnice, kde udělaj to sociální šetření, to je jako fajn.*“

Uvedená respondentka také hodnotí kladně, že funguje sociální služba: domov se zvláštním režimem, má obavy, že s novelou zákona by se toto členění mělo změnit. Tato specializace jí přijde zásadní. Obdobně shledává nápomocné nastavení zákona o sociálních službách, že je zde stanovena maximální výše, kterou mají klienti zaplatit za pobytové a terénní služby: „(...) *že jsou nějakým způsobem zákonně daný poplatky za pobytový i terénní služby, tak i když i to je mnohdy pro toho seniora jakoby drahé, tak přece jenom je to nějak, má to nějaký strop.*“ Respondentka č. 9 vnímá pozitivně snahy související s prosazením zákona o dlouhodobé ošetrovném, protože propaguje návrat k tradiční formě péče o seniory, zároveň vnímá, že je nutné nastavit jinak situaci pro rodinné pečující, zejména s ohledem na skloubení práce a péče o blízkou osobu.

Otázka č. 12: Podílíte se nějakým způsobem na tvorbě nové legislativy pro sociální práci se seniory?

Tabulka 18 Angažovanost na tvorbě legislativy

Otázka č. 12: Podílíte se nějakým způsobem na tvorbě nové legislativy pro sociální práci se seniory?	
Odpověď	Respondent č.
Ano, vedoucí	2, 8, 10, 11,12
Ano, přichází od managementu nemocnice	4, 6, 9
Ano, aktivity v rámci ČAS	5
Nezainteresovaný pracovník	1,3,7

V této otázce jsem se dotazovala konkrétně sociálních pracovníc, zda se ony samy osobně nějakým způsobem angažují do tvorby legislativy související s výkonem jejich profese. Až na respondentku č. 5 se hojně shodovali sociální pracovníci, že jde zejména o práci vedoucích pracovníc. Tři respondentky (č. 1,3,7) sdělily, že se do této činnosti vůbec nezapojují. To má na starosti primárně vedoucí sociálního oddělení. Respondentka č. 12 sdělila, že občas vedoucí

pomáhá připomínkovat: „(...) tak standardně to jde přes naši paní vedoucí. To si myslím, že je jako správný systém. Takže ona nám to předloží k připomínkování, něco nám předloží, něco nám řekne. I vlastně takle to funguje, si myslím, že logicky, (...).“ Všechny 3 vedoucí sociálních oddělení konstatovaly (FNM, ÚVN, VFN), že se podílí na připomínkování legislativních norem spojených s jejich prací. Novely zákonů jim dává k připomínkování management nemocnice. Žádná z vedoucích sociálních pracovníků neudala, že by se v současnosti zapojovala přímo do tvorby legislativy. Respondentka č. 5, která jediná uvedla, že se aktivně pravidelně zapojuje do připomínkování a tvorby legislativy sdělila následující: „Určitě, určitě, protože my jsme vlastně v té České asociaci sester, v sekci zdravotně-sociální, (...), tak ty připomínky se v rámci sekce nebo za tu sekci posílají. (...). A zveme si, zveme si vlastně z MPSV, ale ty občas jako jsou teoretici a nejsou to praktici, že spousta věcí je míjí.“

Shrnutí

Na úvod je nutné podotknout, že řada sociálních pracovníků mi před uskutečněním rozhovoru pokládala dotaz, zda je nutné studovat pro rozhovor legislativu. Vzhledem k tomu, že šlo v první řadě o získání názoru, mohli sociální pracovníci volně odpovídat nezávisle na tom, zda skutečně všechny jejich výroky lze opřít o legislativní prameny. Vzhledem k tomu, že sociální pracovníci neměli větší prostor se nad těmito otázkami zamyslet a připravit se na ně prostudováním dokumentů, které souvisejí s danými dotazy, mohlo to ovlivnit jejich odpovědi, pokud se přímo konkrétní legislativou na dané téma opravdu nezabývají v současnosti.

Jedna z dílčích otázek tohoto výzkumu, se zaměřovala na to, zda si spojují sociální pracovníci tzv. Hegerovu reformu zdravotnictví. Ve výsledku byla odpověď na tuto otázku ovlivněna znalostmi sociálních pracovníků o této problematice, zda o této reformě někdy vůbec slyšeli v návaznosti na novelizace legislativy související s nelékařskými zdravotnickými obory. Nelze z tohoto usuzovat, že by se nezajímali o legislativní procesy související s jejich profesí. Nicméně jsou v současnosti jiná témata, kterými se oddělení napříč nemocnicemi zabývají (např. Zákon o pohřebnictví, Zákon o sociálních službách či řízení ve věci přiznání příspěvku na péči za hospitalizace pacientů, Profesní zákon). Z toho důvodu polovina dotazovaných sdělila, že si s reformou nic nespojuje. Pokud si s něčím spojovala tuto reformu, byly to spíše záležitosti spojené s poplatky (zejména za hospitalizaci). Dvě sociální pracovnice se dotkly tématu snižování lůžek zejména v malých nemocnicích a respondentka č. 5 toto přímo reflektovala a dala si do logické souvislosti se snižováním personálního obsazení lůžek.

Z oblasti legislativních překážek z pohledu jejich profese vnímali někteří pracovníci nedostatečnou ochranu sociálních pracovníků při práci v nemocnici, nerovnoprávnost

sociálních pracovníků ve vztahu k ostatním pomáhajícím profesím a absenci garance autonomie vůči zaměstnavateli či v rámci vztahu pacient – sociální pracovník. Respondent č. 8 sdělil, že je jasná nevyhraněnost v tom, co má sociální pracovník ve svých kompetencích, nikdo to pořádně neví. Existuje tady dle jeho názoru nerovnost v jeho vztahu zejména s lékaři právě z důvodu toho, že toto není pořádně upraveno. Nevyjasněnost pracovních postupů a absenci opory v legislativě při práci zdravotně-sociálního pracovníka vnímala i respondentka č. 4 v konkrétním případě v souvislosti s interní dokumentací na sociálním oddělení, která se nedá považovat za součást zdravotnické dokumentace. Respondentka č. 12 hovořila o tom, že sociální pracovníci v nemocnici (ale i v jiných organizacích, které nejsou sociální službou či nepracují přímo na základě Zákona o sociálních službách) nemají vždy takovou autonomii, jakou by měli mít. Záleží na tom, jak je vedení nemocnice nakloněno práci sociálního oddělení v dané nemocnici. Nikde v legislativě ale dle jejího názoru není garance toho, že bude mít postavení profesionála a člena multidisciplinárního týmu s náplní práce, která mu jako sociálnímu pracovníkovi náleží, za všech okolností. Stačí pouhá změna názoru vedení a sociální pracovník se nemá příliš moc o co opřít. Této respondentce také chybí zaštiťující oborová organizace, která by hájila zájmy sociálních pracovníků v případě sporů s pacienty či zaměstnavatelem, uvítala by proto přijetí Profesionálního zákona, ale ve znění původního záměru. Vnímá, že tento subjekt jí v rámci její práce chybí. Respondentka č. 11 taktéž reflektovala, že by uvítala větší ochranu sociálního pracovníka (i dalších zdravotnických pracovníků) při práci s pacienty, kteří si stěžují na její pracovní postupy: Respondentka č. 6 vnímala, že je problematické to, že profese zdravotně-sociálního pracovníka stojí na pomezí dvou rezortů, pociťovala to v návaznosti na tabulkové platy sociálních pracovníků bez zdravotnického vzdělání.

V oblasti slabých míst v legislativě při práci se seniory, vnímali sociální pracovníci problematický příspěvek na péči a jeho řízení za hospitalizace. Respondentka č. 1 sdělila, že lhůty na vyřízení žádosti o sociální dávky obecně jsou velmi dlouhé a neodpovídají aktuální potřebě pacienta, který potřebuje pomoci v tíživé finanční situaci v souvislosti se zdravotním stavem ihned. Jako velký problém vidí to, že nemůže probíhat řízení o příspěvku na péči i na akutních lůžkách, kde pacienti jsou hospitalizováni dlouhodobě. Respondent č. 8 také uvedl, že by uvítal větší kontrolu pojišťoven, protože často péče neodpovídá potřebám pacientů, kteří jsou v léčebně například jen 3 měsíce a pak musí odejít kvůli platbám pojišťoven. Reflektoval také nevyjasněnost, na jaký typ zdravotní péče má pacient právo a kdo mu jí má poskytnout. Vnímá neochotu těchto zařízení pacienta s komplikovaným zdravotním stavem přijmout. Dvě

sociální pracovníce se také dotkly oblasti péče o bezdomovce (a to nejen seniorského věku). Dle názoru respondentky č. 11 chybí komplexní řešení této problematiky. Dotýká se oblasti bydlení těchto pacientů, kteří mnohdy nemohou jít například do azylového domu s ošetrovatelskou službou, protože nejsou na tom tak, aby tuto vyžadovali. Nicméně by potřebovali vzhledem k narušenému zdraví větší zázemí. Respondentka č. 5 řeší na geriatrii taktéž pacienty seniorského věku bez domova. Ve chvíli, kdy pacient není na „klasické“ služby pro osoby bez přístřeší (azylové domy či noclehárny), je náročné takového pacienta někam umístit. Osoby bez přístřeší se stahují do Prahy a ne každý úřad je ochoten řešit jeho situaci, když zde nemá trvalý pobyt. Tato pracovníce by uvítala zavedení domovského práva, aby byla vždy obec, kde má pacient trvalý pobyt byla povinna poskytnout pomoc. Práci této pracovníce také dle jejího sdělení komplikuje nejednotnost postupů jednotlivých úřadů práce.

Další otázka souvisela s tím, co vnímají sociální pracovníci, že jim pomáhá. Řady respondentů spíše reflektovala absenci řešení některých otázek ve vztahu k jejich profesi a předávala náměty pro změnu, které by jim pomohly. To bylo zařazeno do kontextu nedostatků v legislativě. V kontextu sociální práce v nemocnici vnímaly dvě sociální pracovníce naopak oproti některým svým kolegům, že zákony (zejména zákon o nelékařských zdravotnických pracovnících) jim poskytují záštitu a ochranu jejich práce v nemocnici. Respondentka č. 2 sdělila, že může díky existenci právní úpravy její profese obsažené ve vnitřní směrnici nemocnice o sociální péči, nedělat činnosti nespadaající do jejich kompetencí. Tato sociální pracovníce tedy oproti výrokům sociálních pracovníků č. 11 a 12 vnímá dostatečnou ochranu výkonu její profese v nemocnici. V oblasti týkající se přímo práce se seniory, dvě sociální pracovníce (respondentka č. 5 a 7) kvitují zavedení možnosti sociálního šetření v nemocnici. Respondentka č. 9 vítá, že se začínají řešit otázky dlouhodobého pečování o blízkou osobu v domácím prostředí.

Téma poslední otázky tohoto okruhu jsem zacílila na zjištění, zda oslovení pracovníci participují na tvorbě či připomínkování legislativy ve vztahu k jejich povolání a pracovní činnosti. Tři respondentky uvedly (respondentka č. 1, 3, 7), že jim tato činnost není na oddělení blíže známa. Většina respondentů sdělila, že toto má primárně na starosti jejich nadřízená. Respondentka č. 12 toto považuje za logické. Vedoucí je záštitou oddělení a určuje také to, čím se oddělení i z hlediska legislativy má zabývat atd. Aktivity v této oblasti udávaly dvě sociální pracovníce, z toho jedna (respondentka č. 5) v nezávislosti na vedení sociálního oddělení ve své nemocnici. Tato respondentka uvedla přímo, že je členkou ČAS. Všechny 3 respondentky,

kteřé byly vedoucími pracovníci, uvedly, že většinou dostávají legislativní dokumenty k připomínkování ze strany managementu nemocnice.

4.5.3 Fungování v rámci multidisciplinárního týmu

Tato otázka se zaměřovala na fungování sociálního pracovníka v rámci multidisciplinárního týmu. Jak vnímají svoji spolupráci na přidělených klinikách, zda je po nich vyžadováno něco nad rámec jejich povinností, zda zdravotníci věci o jejich pracovní náplni, a zda jsou spokojeni se systémem práce na jejich klinikách.

Otázka č. 13: Jak probíhá Vaše spolupráce s ostatními zdravotnickými pracovníky na přidělených klinikách?

Tabulka 19 Spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu

Otázka č. 13: Jak probíhá Vaše spolupráce s ostatními zdravotnickými pracovníky na přidělených klinikách?	
Odpověď	Respondent č.
Dobrá spolupráce: s lékaři; problém nedostupnosti lékařů na operačním oddělení: větší spolupráce se sestrami a fyzioterapeuty; problém neinformovanosti pacientů o zdravotním stavu	1
Spolupráce hlavně s lékaři staničními sestrami a sestrami ve službě	2
Dobrá spolupráce: hlavně s lékaři, zdravotními sestrami,	3
Dobrá spolupráce; důležité komunikační dovednosti SP; problém: nesplněná očekávání	4
Spolupráce hlavně staničními sestrami a sestrami ve službě, s lékaři; s primářem a přednostou povinně	5
Dobrá spolupráce: lékaři, primář; výhoda malého oddělení; dlouhodobí pacienti; paliativní tým	6
Dobrá spolupráce: s lékaři	7
Dobré vztahy, spolupráce: lékaři nebo staniční, denní osobní kontakt	8
Dobrá spolupráce: s lékaři na interně, staniční sestrou, sestrami; nedostupnost lékařů na chirurgii; fyzioterapeutem; ergoterapeutem; paliativní tým	9
Dobrá spolupráce: lékaři (interna), staniční sestra: (kožní, onkologie), sestry, fyzioterapeut, psycholog, psychiatr; paliativní tým	10
Dobrá spolupráce: lékaři: ortopedie; přizpůsobení se jejich časovému harmonogramu; dobré vztahy; zplnomocnění doktorů ke komunikaci;	11
Dobrá spolupráce: s vrchní sestrou, staniční sestrou, primářem, lékaři; základ dobrá komunikace; vzájemná důvěra	12

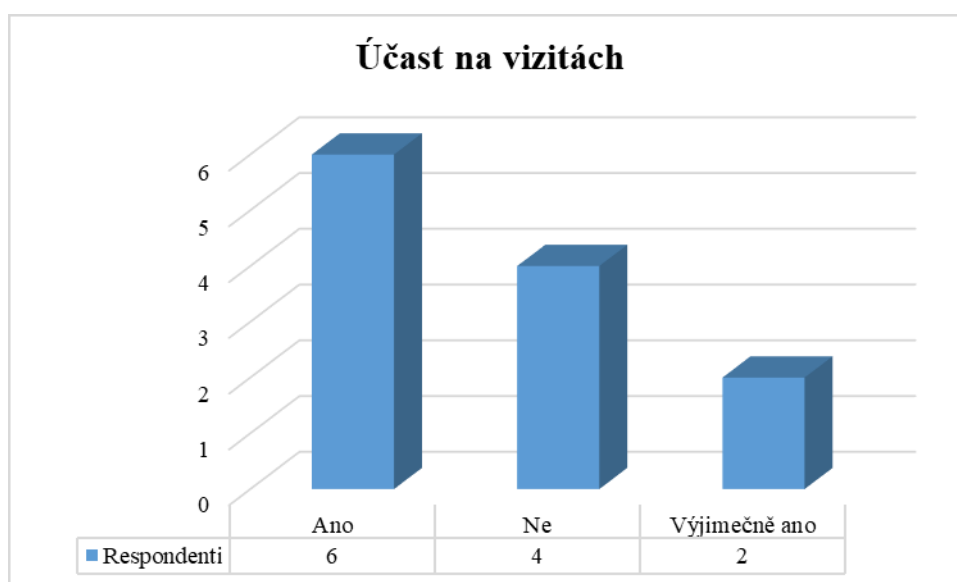
Otázka se zaměřovala na praktické fungování spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu. Ptala jsem se, s kým sociální pracovníci spolupracují, jak vypadá spolupráce na jejich

klinikách s vybranými pracovníky. Respondenti alespoň na některých svých klinikách komunikují především s lékaři, o nich se zmiňovala 11 pracovníků, jediná respondentka č. 4 ne, ta nekonkretizovala. V případě operačních oddělení hodně figurují staniční sestry, není to však jen na těchto odděleních. Překvapující pro mě osobní bylo sdělení respondentky č. 10: „(...) na kožní chodím třeba ještě, na onkologii, tak tam spolupracuju hlavně se staniční sestřičkou, která jako všechno ví, všechno mi jakoby předá a domlouváme se spolu i vo tý další péči. A s lékařem, lékař tam někdy ani nebývá, takže spíš mu spíš telefonuju.“ To, že nezastihneme lékaře na operačním oddělení se mi zdá pochopitelné, nicméně specificky třeba na onkologii mi to přijde krajně zvláštní. Jako další pracovníky, se kterými komunikovali sociální pracovníci, patřily zdravotní sestry oddělení. Respondentka č. 3 sdělila: „Sestřičky pomáhaj vyplňovat ošetrovatelský části žádostí atd., takže není v tom problém.“ Dále u 3 sociálních pracovníků to byli fyzioterapeuti v případě operačních oddělení. Respondentka č. 9 uvedla také, že v rámci indikačních vizit na rehabilitaci komunikuje také s ergoterapeuty, což kvituje. Řeší se soběstačnost pacientů, a jak se zlepšují. Většina sociálních pracovníků vnímala spolupráci na svých klinikách jako dobrou, v tomto směru se vyjádřilo 9 respondentů. Respondentka č. 11 konkrétně uvedla, že je velmi spokojená s týmem kolegů na jí přidělené klinice ortopedie, udala, že je to také jeden z důvodů, proč setrvala na své pracovní pozici: „Jo, já si myslím, že to funguje, já jsem v tomhle opravdu jako spokojená. A myslím, že i díky tomu jsem tady tak dlouho jako. Díky kolektivu, kterej tady jako mám.“ Dobré vztahy reflektuje také respondent č. 8: „(...)pokud tě primář jako pochválí a tykáte si, nabídne ti kafe a řekne ti, že to byla bezvadná spolupráce a jo, máš tam dobrý vztahy, tak že jo, samozřejmě že ti to...nebo ti nabídnou na psychiatrii, že můžeš provozovat ty skupiny, to je zlatý.“ Respondentka č. 12 i v předchozích otázkách zhodnotila, že se cítí být součástí multidisciplinárního týmu a to je pro ni důležité. Zde uvedla: „Já to vnímám, že komunikujeme dobře, což znamená, že si základní informace sdělujeme a že máme k sobě důvěru. Myslím si, že, že komunikace a získání informací potřebných, že to je základ, jeden ze základů sociální práce. (...) musíme být schopni vézt rozhovor i v rámci týmu, i v rámci jednání s jinými zařízeními i s klienty (...)“ Důležitý faktor představuje dle této respondentky dobrá komunikace samozřejmě nejen v rámci multidisciplinárního týmu, umění vézt rozhovor považuje za jednu z klíčových dovedností sociálního pracovníka. Správné nastavení komunikace jako zásadní aspekt vnímá i respondentka č. 4, která sděluje, že spolupráce je o schopnosti sociálního pracovníka si určité věci vykomunikovat: *vždycky to závisí na tom, jak si ty věci já umim vykomunikovat a jak si já od nich dokážu vytáhnout (...).* Respondentka č. 10 taktéž zhodnotila, že kvituje spolupráci a

dobrou komunikaci na oddělení: „(...)když se dobře komunikuje samozřejmě s těma doktorama, s těma sestrama, což je celkem na těch odděleních, kam já chodím, tak není problém.“ Zároveň vyzdvihuje nutnost dobré zpětné vazby o průběhu spolupráce. Zpětnou vazbu dává i v písemné podobě pro vlastní ochranu, neboť se jí opakovaně stává, že ji na oddělení někdo osočil, že nikomu nic nedala vědět a písemný doklad toto eliminuje. Sociální pracovnice č. 11 oblast komunikace otvírá podobně jako respondentka č. 1 v souvislosti o tématem komunikace lékař-pacient: „A jako trošku se tak jako obecně snažím je tak trošku jako zplnomocňovat ty doktory jako, ne jenom, aby operovali, ale aby komunikovali.“

Na špatnou spolupráci a komunikaci si stěžovaly sociální pracovnice v případě operačních oborů, kde je těžké zastihnout lékaře. Respondentka č. 1 uvedla: „Problém mám na jednom oddělení, který je operační, kde ti lékaři většinou nejsou dostupný (...)stává se mi, že pacienti nemaj dostatek informací o jejich zdravotním stavu. Nevědí, jaké je plán s nima, a to už já jim nejsem schopna poskytnout.“ Respondentka č. 9 sdělila: „Jak říkám, s lékaři chirurgických oborů je to prostě horší. Jednak nejsou k dosažení, protože jsou neustále na sále a jsou prostě nastavením takový, jaký jsou.“ Naopak respondentka č. 11 pracující na ortopedii spolupráci s lékaři zde chválila: „U nás je to jako prostě...jako nastavený, že prostě...ale jako taky jako musíte se přizpůsobit chodu jejich jo. (...) Musíte prostě...jdete tam ráno v 8 po hlášení jako, kdy jsou vizity... domlouváte se s nima odpoledne, kdy přijdou ze sálu, jo.“

Účastníte se vizit na klinikách?



Obrázek 5 Účast na vizitách

Podotázkou této otázky jsem zjišťovala docházení sociálních pracovníků na vizity. Zajímavým faktem bylo to, že ačkoliv většina oslovených respondentů docházela na akutní

lůžka, 6 respondentů z 12 sdělilo, že se účastní vizit. Kategoricky jasně mezi ně patřily sociální pracovnice, které pracovaly na následných lůžkách. Respondentka č. 2 uvedla, že mají dokonce vizity, které se zabývají vyloženě výhradně řešením sociální situace pacientů, jedná se o tzv. „sociální vizity“. Tyto vizity se konají jednou za 3 měsíce, není to v jeden den na všech oddělení, jedna taková vizita trvá asi 2 hodiny: *„U každého říkám, jak to vlastně je. Co se vlastně plánuje. Ptá se, co plánujeme s pacientem.“* Obdobně chodí na vizity i respondentka č. 5, byť se jedná o akutní lůžka, chodí dle jejích slov 2x týdně vizity, kde jí „zkouší primář z pacientů“: *„(...) musím chodit povinně na všechny primářský vizity a pan primář mě zkouší ze všech pacientů. (...) Takže já musím vlastně pořádk, jak se mi ty pacienti vlastně mění... Já o všech pacientech musím vědět., (...) občas mě zkouší, jak se rodiny jmenují.“* Z výše uvedených výroků je patrné, že tyto vizity absolvují sociální pracovnice z toho důvodu, aby informovaly o tom, co se zařídilo u pacienta. Nicméně do určité míry to lze dle mého názoru vnímat také trochu jako zdroj tlaku na sociální pracovnici a kontrola, zda s pacientem na něčem vůbec pracuje bez ohledu na skutečnou potřebnost těchto pacientů a může vést k přetížení sociálních pracovnic, obzvlášť když vnímá sociální pracovnice občas, že jí primář zkouší, to působí také, že není rovnocennost vztahu. Respondentka č. 9 však absolvování vizit kvituje. Dochází 1x týdně na rehabilitační kliniku na vizitu: *„vlastně je to taková jako indikační (pozn.: vizita), kde se říká, kde se říká, jaký ten člověk má možnosti, (...) na kterej problém by bylo dobrý se zaměřit, což je dobrý a ten sociální pracovník je u toho jako.“* Obdobně kladně hodnotí návštěvu vizit i respondentka č. 3.

Zajímavý fakt bylo i zjištění, že i na operačním oddělení respondentka č. 11 absolvuje vizity. Není to pravidelné, nicméně občas chodí v rámci urychlení komunikace s lékaři a předání si informací s lékaři či při složitější lůžkové situaci na oddělení, kdy má v péči v podstatě celé oddělení: *„ (...) chodíme, když je problém, tak chodíme k lůžku, jako bavíme se s pacientem a takhle, (...)jako často z těch 30 lůžek je jich třeba jako 28 rozjednaných, a já když zastupuju, tak, tak někdy jedu tu vizitu, protože to pro mě jednodušší (...).“*

Tři sociální pracovnice (respondentka č. 6, 9, 10) z různých nemocnic sdělily, že se účastní pravidelných schůzek paliativního týmu, které jsou v týdenním intervalu či v intervalu 14 dní. Respondentka č. 10 uvedla: *„Na vizity nechodíme, jenom vlastně v rámci toho paliativního týmu dycky 1x týdně jako je vlastně setkání toho paliativního týmu jako takovýho, (...).“*

Otázka č. 14: Ví ostatní zdravotnický personál (lékaři, zdravotní sestry, ošetřovatelé, fyzioterapeuti...) jaká je náplň Vaší práce při péči o seniory?

Tabulka 20 Znalost náplň práce sociálních pracovníků

Otázka č. 14: Ví ostatní zdravotnický personál (lékaři, zdravotní sestry, ošetřovatelé, fyzioterapeuti...) jaká je náplň Vaší práce při péči o seniory?	
Odpověď	Respondent č.
Jak kdo; noví lékaři ne, informuje je	1
Jak kdo	2
Jak kdo	3
Ano: základ; představy	4
Ano, noví lékaři ne, informuje je	5
Ne	6
Jak kdo: noví lékaři ne, informuje je	7
Jak kdo	8
Jak kdo: informuje; představy	9
Jak kdo: noví lékaři ne, informuje je	10
Ano: základ	11
Ano: základ	12

Otázka č. 14 se zabývala názorem sociálních pracovníků na informovanost jejich kolegů o jejich pracovní náplni. Většina respondentů toto vztahovala zejména na lékaře, neboť v předchozí otázce uvedli, že se jedná o nejčastějšího pracovníka, se kterým komunikují. Pět sociálních pracovníků se shodlo, že záleží na konkrétním pracovníkovi. Respondentka č. 2 uvedla: „Někdo ví, někdo neví. Většinou, ty, co nechtěj vyřešit, tak volaj k nám. A bud' nám to patří, ano, anebo je usměrníme, že ne teda.“ Respondent č. 8 zase uvedl: „Hele vono je to, zase je to další, je to vo těch lidech. Mě zase vrazili ortopedii, když je měla kolegyně, tak ta tam moc nevyházela (...) najednou jako vědělo, co má dělat.“ Respondentka č. 1 uvedla, že se setkává s tím, že nevědí lékaři noví, proto jim vysvětluje, co je její činností. Respondentka č. 9 uvedla, že to záleží opět na oddělení, operační oddělení mají jiné představy než je skutečnost: „(...) pani na rehabilitaci, na léčebnu prostě není stabilizovaná. ,Tak ho postrčte někam na sociální

lůžko, protože to je sociální. ' Tak i když není indikované na těch sociálních. Voni vůbec nemají jakoby... nemají tu představu, nerozlišují to zdravotní, sociální, (...), prostě klíčový je hlavně, aby byl pryč.' Téma představ se objevilo i u respondentky č. 4: „(...) samozřejmě, že se tam setkávají dva různé obory, a často tam narážíme prostě na nesplněná očekávání. To je prostě bolest, no. (...) to, co mě na tom mrzí, je že když se objeví nějaký objektivní komplikace (...) že ten ostatní personál málokdy zajímá (...) že když se něco nedaří, že tak to berou za naše selhání a že nemají prostě zájem se ty okolnosti dovídat. E chtějí prostě, abysme to dořešili, a víc se tím nechtějí zabývat“ Respondentka č. 6 zase reflektovala trochu i nedoceníení ze strany zdravotnických pracovníků, nejen lékařů v souvislosti s neznalostí činností sociálního pracovníce: „Stejně jakoby spousta lidí si myslí, že rodina,... že jim dáme nějaký poradenství, anebo že tam klábosíme s pacienty a že mluvíme s rodinou, ale že k tomu má jako sepisování jak karet, tak náležitých žádostí...“ Některé respondentky (č. 4, 11, 12) se shodovaly, že spíše zdravotnický personál ví základní informace zejména z té oblasti, na které přímo participují. Respondentka č. 11 uvedla: „Jo, to spíš si myslím jako, že jako mojí hlavní činností, což je asi hlavní moje činnost vidí v těch jakoby, no lůžkách následné péče a často třeba jsou věci, který jsou jako mojí náplní a voni vo nich neví.“

Otázka č. 15: Stává se Vám, že po Vás zdravotnický personál vyžaduje činnosti mimo Vaše kompetence?

Tabulka 21 Vyžadování činností mimo kompetence SP

Otázka č. 15: Stává se Vám, že po Vás zdravotnický personál vyžaduje činnosti mimo Vaše kompetence?	
Odpověď	Respondent č.
Nevybavuji si	1
Ano; ordinace HC; záměna pojmů; nákup věcí pro pacienty	2
Nevybavuji si	3
Nevybavuji si	4
Ne, dlouholetá spolupráce; záměna pojmů; odesílání pacientů bez souhlasu	5
Ne; dlouholetá spolupráce	6
Minimálně; zajištění kompenzační pomůcky; záměna pojmů	7
Minimálně; pohřeb nebo pitva; spíše rodinní příslušníci žádají	8
Ano; překládání pacienta na akutní lůžka nemocnice; informace z internetu	9
Minimálně, překládání pacientů na akutní lůžka jiné nemocnice; záměna pojmů	10
Ano, předání nesprávné informace o SS pac., záměna pojmů	11
Nevybavuji si	12

Tato otázka se cíleně zaměřovala na to, zda se někdy sociálním pracovníkům stává, že po nich ostatní zdravotnický personál (lékaři či sestry) chtějí něco, co není v jejich kompetencích.

Čtyři sociální pracovníce uváděly, že si nic takového nevybavují, že by se jim stalo. Respondentka č. 12 sdělila: „*Myslím si, že ne a jestli, tak jen nějaká jako epizoda zanedbatelná a jestli jako třeba, kdyby chyběla sekretářka, že by mi dali tu agendu na starost, tak to rozhodně ne. To ne.*“ Dvě sociální pracovníce pak uvedly, že se jim to nestává. Obě pracovníce pracovaly na daném postu přes 20 let. Respondentka č. 6 uvedla: „*Protože já tam přece jenom jezdím léta letoucí, tak už vim, co si doktoři, co si vyplňujem, nevyplňujem, v čem si pomůžem, v čem si nepomůžem.*“ Z toho mi trochu ale vyznívá, že může být i věc, kterou musí vyřešit sama i mimo své kompetence, protože jí v tom zdravotníci nepomohou, i když to je jejich práce. Celkem tři sociální pracovníce uvedly, že se jim takové věci stávají minimálně, 3 sociální pracovníci pak, že se jim to stává. Obě tyto skupiny měly obdobné příklady. Souhrnně se jednalo často o snahu lékaře přimět sociálního pracovníka udělat činnost, která je v jeho kompetenci či případně jiného pracovníka nemocnice. Ve dvou případech uvedly respondenty (č. 9, 10) požadavek lékaře na zajištění překlada pacienta na akutní lůžka. Respondentka č. 10 k tomu dodala: „*Tak to voni se někdy ty doktoři prostě vzpínaj, že to prostě dělat nebudou, tak jim člověk musí vysvětlovat.*“ Respondent č. 8 uváděl příklad, že se občas ozvou zdravotníci a chtějí zajištění třeba pitvy či pohřbu. Respondentka č. 2 obdobně reflektovala, že jí lékař někdy, ať zařídí home care podle toho, co chce pacient, ale vzhledem k tomu, že je to zdravotní péče, měl by indikovat činnosti zdravotní sestry, které je nutné provádět: „*Říkají: ,Zeptejte se ho, co chce. (u domácí zdravotní péče) A já jim říkám: ,Já se nebudu ptát, co chce, od toho ste tady vy, abyste ordinoval, co je potřeba.*“ Celkem 5 sociálních pracovních hodnotilo, že někdy ani primárně nešlo o to, aby se zbavili lékaři zodpovědnosti za své kompetence, spíš neznalost problematiky a poměrně častá záměna pečovatelské služby a domácí zdravotní péče. Respondentka č. 11: „*Jednou lékař řekl pacientce, že jí jako zařídím, aby k ní někdo chodil domů 3x za den vařit. (...) obecně se mi jako hodně nepodařilo tady vysvětlit rozdíl mezi domácí zdravotní péčí a pečovatelskou službou lékařům (...).*“

Otázka č. 16: Jste spokojen/a se systémem organizace Vaší práce v rámci Vašich klinik/nemocnice? Změnil/a byste něco?

Tabulka 22 Systém organizace práce na klinikách

Otázka č. 16: Jste spokojen/a se systémem organizace Vaší práce v rámci Vašich klinik/nemocnice? Změnil/a byste něco?	
Odpověď	Respondent č.
Spokojenost; být jen pro 1 oddělení a tam sídlit; nebýt jen na vyžádání	1
Neuvedla; kolegyně navíc	2
Spokojenost; neuvedla	3
Spokojenost; včasnější hlášení pacientů	4
Nic; takhle to je	5
Neuvedla; přístup do elektronického systému, zavedení žádankového systému	6
Spokojenost, víc zaměstnanců - možnost chodit na vizity a hlášení	7
Je to o lidech; obsah práce více zaměřit na čistou sociální práci	8
Spokojenost, víc zaměstnanců	9
Spokojenost; nic	10
Spokojenost, více pracovníků, docházení na vizity	11
Spokojenost; nic	12

Tato otázka směřovala k zjištění spokojenosti sociálních pracovníků s organizací jejich práce v rámci klinik, nebo zda by něco změnili. Vesměs spíše sociální pracovníci odpovídali, že jsou spokojení, ale vždy se najde něco, co by se dalo vylepšit. Respondentka č. 11 by uvítala, kdyby bylo možné větší personální obsazení a docházka na oddělení. Podobně i respondentka č. 9 vnímá potřebu většího počtu zaměstnanců. Respondentka č. 1 sdělila: *„Změnila bych jedinou věc, a to je to, že my se dle mého názoru nemůžeme stát takovou součástí týmu tím, že chodíme na oddělení jenom konziliárně a docházíme tam, byť každý den, (...) A ve chvíli, kdy se semele nějaká akutní situace, tak u toho velice často nejsme a (...) Ideálně by chtěla, aby sociální pracovník fungoval pro jedno oddělení, kde by byl integrovaný a dostupný personálu a pacientům. Oproti tomu, respondentka č. 6 uvedla, že uvažuje pořád o zavedení systému sociálních konzilií a hledá cesty, aby sociální pracovnice měly přístup do nemocničního elektronického systému k dokumentaci pacientů: „Chtěla jsem změnit systém, nedostaneme se ke kartám pacientů do mede, jakoby v informačním systému, jestli někdo jsme to i zadávali firmě, která tady je, vyšlo to prostě na strašný peníze, takže jsme to zamítli.“ Respondent č. 8 uvedl, že by měnil obsah práce na oddělení více směrem k „čisté“ sociální práci. Posílání LDN považuje za administrativní činnost, kterou by neměl sociální dělat, dělá „sekretářku“ oddělení.*

Shrnutí

V této části jsem zjišťovala od sociálních pracovníků, jak prakticky funguje jejich spolupráce na přidělených klinikách. Téměř všechny sociální pracovnice uvedly, že pracují s lékaři alespoň na určitých klinikách. Se spoluprací byla většina sociálních pracovníků v globálu spokojená. Některé respondenty (např. č. 1 a 9) vyjádřily nespokojenost se spoluprací na operačních odděleních typu ortopedie či chirurgie, kde je těžké lékaře zastihnout a na něčem se domluvit. Respondentka č. 1 se setkávala se špatnou informovaností pacientů lékaři na oddělení ortopedie. Oproti tomu respondentka č. 11 kvitovala právě na jejím oddělení ortopedie velmi dobrou spoluprací. Zároveň respondent č. 8 a zmíněná respondentka č. 11 uvádějí, že záleží na členech týmu, kteří zde jsou a na jejich ochotě a nastavení ke spoluprací. Zajímavým zjištěním bylo, že například respondentka č. 10 nemá dostupné lékaře i na odděleních, kde by podle mého názoru měli být dostupní více než na operačních odděleních. Překvapující pro mě bylo taktéž, že se 6 sociálních pracovníků účastní vizit bez ohledu na druh lůžka. Je to dáno také specifickými akutními odděleními. Respondentka č. 3 pracuje na spinální jednotce, kde pacienti mohou být i rok, když se jejich zdravotní stav komplikuje. Z tohoto pohledu je pro respondentku samotnou důležité vizity absolvovat. Pokud respondenti uváděli, že se vizit účastní, někteří se shodovali, že je to výhoda pro ně i pro personál v rychlém předávání si informací. Dvě respondenty (č. 2 a 5) uvedly, že chodí na vizity, kde přímo u každého pacienta musí sdělovat, co s ním řeší a kam je směřují. Respondentka toto absolvovala 2x týdně s ohledem, že se jednalo o akutní lůžko. Vzbuzovalo to u mě pocit, že vizita je pro tyto pracovnice vlastně takovým „přezkoušením“ a kontrolou práce sociální pracovnice, jestli svoji práci nezanedbávala. Nicméně obě sociální pracovnice pracují se všemi pacienty, což na jedné straně nemusí znamenat, že potřebují jejich pomoc všichni pacienti stejně. Nicméně se jim stejně musí všem věnovat.

Další úsek se zabýval tím, jak vnímají sociální pracovníci spolupráci s ohledem na to, zda po nich chtějí ostatní zdravotničtí pracovníci nějaké věci navíc či, zda vědí, co je přesně náplní těchto pracovníků v nemocnici. Opět se shodovali někteří pracovníci, že záleží na konkrétních pracovnících. Někdo se zajímá, někdo ne. Respondentka č. 6 udávala, že si řada jejích kolegů z kliniky myslela, že její práce je klidná: o povídání si s pacientem a rodina, že s prací souvisí také velké množství administrativy, její kolegové nevnímali. Často (např. u respondenty č. 2, 9, 10) se objevovala zkušenost sociálních pracovníků, že když něco nechtěl lékař udělat, snažil se přimět sociálního pracovníka, aby to udělal za něj. Předat jí své kompetence. Respondentka č. 9 a 10 shodně uvedly, že například překlady na akutní lůžka do jiné nemocnice po nich někdy

lékaři vyžadují. Záleželo pak asi i na délce praxe a osobním nastavení sociálního pracovníka, zda řekli: „*Ne, tohle není moje kompetence, to dělat nebudu.*“ Sociální pracující na daném postu dlouhá léta (respondentka č. 5 a 6), které pracovaly v nemocnici přes 25 let, sdělovaly, že po nich zaměstnanci nic mimo jejich kompetence nechtějí, i když respondentka č. 6 sdělila, že spíše ví, v čem jí na oddělení pomůžou a v čem ne, takže eventuálně je možné, že některé věci musí dělat za personál, protože by jí v tom nepomohli. Například respondentka č. 4 a 9 narážely na očekávání lékařů, že zajistí péči o pacienta za jakýchkoliv okolností, ve chvíli, kdy už pacienta chtějí propustit. Respondentka č. 9 hodnotila toto zase hodně na operačním oddělení, kde pacienta chtějí propustit hned, i když na to zdravotně třeba ještě nemá. Pokud pacient není na zdravotní lůžko, odvolávají se na to, že nesoběstačný pacient je k sociální hospitalizaci a nerozumí rozdílům v jednotlivých typech služeb. Respondentky (č. 2, 6, 7, 10, 11) se také shodovaly, že lékaři nevědí rozdíl mezi pečovatelskou službou a domácí zdravotní péčí, což vede k tomu, že žádají sociální pracovnice, aby zařídili třeba zdravotní sestru na přání pacienta, i když to je nutné indikovat z jejich strany. Nebo že chtějí, aby se pacientovi donášela pečovatelská služba jídlo 3x denně (volně podle respondentky č. 11). Respondentka č. 9 uvedla také, že než aby si na oddělení otevřeli internet, raději vytočí 4místnou vnitřní linku na jejich oddělení, s tím, že jsou to věci, které neví ani sociální pracovnice.

Poslední dotaz z tohoto okruhu směřoval ke zjištění, zda jsou sociální pracovníci spokojeni s nastavením spolupráce a organizace práce. Většina spíše vyjadřovala spokojenost. Respondentky č. 5 a 6 sdělily, že již v systému fungují, systém je takto nastaven, jsou na něj zvyklé. Respondentka č. 6 jako vedoucí spíše uvažovala, že by chtěla lépe technicky zajistit oddělení, aby měly sociální pracovnice přístup do elektronické zdravotnické dokumentace či uvažovala o zavedení žádankového systému. Naopak respondentka č. 1 vnímala, že tímto způsobem jí unikají pacienti a situace k řešení přímo na oddělení. Uvítala by tedy možnost pracovat přímo na oddělení a ne tam jen docházet. Potřeba většího kontaktu a vychytávání rizikových pacientů by kvitovala i respondentka č. 11, která by chtěla větší počet pracovníků, aby zvládali chodit třeba na vizity či hlášení. Respondentka č. 9 je spokojená, že mají systém včasného záchytu rizikových pacientů, aby jim tyto pacienti neunikli. Nicméně to s sebou nese více práce, a chtěla by řešit personální otázku, pracovníků by potřebovala. Ze zkušenosti z praxe v univerzitní nemocnici v Nizozemí, kdy měla tato nemocnice srovnatelná s lůžky ÚVN 30 sociálních pracovníků. Ti mají pak možnost „jít za pacienty až do jejich obce.“

4.5.4 Postavení v rámci nemocnice

Tento okruh otázek považuji za podstatný z pohledu role sociálního pracovníka v nemocnici. Zaměstnavatel, kterým je v tomto případě nemocnice, určuje hodně jaké zázemí má sociální pracovník k tomu, aby dělal svoji práci tak, jak by si představoval, jak se ukazovalo již v předchozích okruzích.

Otázka č. 17: Co od Vás dle Vašeho názoru očekává zdravotnické zařízení při práci se seniory? Myslíte si, že tato očekávání splňujete?

Tabulka 23 Očekávání zdravotnického zařízení

Otázka č. 17: Co od Vás dle Vašeho názoru očekává zdravotnické zařízení při práci se seniory? Myslíte si, že tato očekávání splňujete?	
Odpověď	Respondent č.
Dostat člověka rychle pryč z akutního oddělení.	1
Po vyřešení zdravotního problému bude zajištěna návazná péče	2
Dostat ty pacienty pryč a uvolní lůžko	3
Důstojnou formou pacienta někam propustit	4
Pacienti nebudou zbytečně dlouho na lůžku	5
Co nejrychleji uvolnění lůžka	6
Vyřešení překlady pacienta	7
Odborné poradenství	8
Včasné propuštění pacienta	9
Odliv těch pacientů	10
Volná lůžka; pacienti nebudou dělat problémy s propuštěním	11
Včasné propuštění pacienta	12

Všichni respondenti až na jednoho, se shodují, že od nich management nemocnice očekává zajištění návazné péče a propuštění buď velmi rychle, nebo za předpokladu za předpokladu stabilizace stavu pacienta, už je jasné, co se bude s pacientem dít dál. Respondentka č. 4 uvádí specificky: „*Ehm, jako úplně to prvoplánové očekávání je, abysme nějakou důstojnou formou pomohli pacientovi ho někam propustit, někam, ať už domů, nebo do dalšího zařízení. Bez problémů, takže s jeho souhlasem. Aby byl plně informovaněj, ale e, toto je to očekávání.*“ Podobně odpovídá i respondentka č. 11: „*(...) jako primárně vod nás očekávají toto: že bude...budou uvolněná lůžka a že pacienti nebudou jako dělat problémy s tím překladem.*“ Respondentka spatřuje zásadní aspekt očekávání zařízení v propuštění včasné spíše než s důrazem na kvalitu následné péče: „*Řekla bych, že hlavnímu managementu nejde ani tak o kvalitu toho propuštění, ale o včasnost propuštění. (...) No a, samozřejmě třeba i vzhledem k tomu, že jsme jako akreditovaný pracoviště, tak samozřejmě v rámci nějakých bezpečnostních cílů, což je jakoby jeden z nich to bezpečný propuštění, že jo, tak samozřejmě*

jim jde o to taky v rámci nějaký prestiže, jo, aby ty lidi si nestěžovali.“ V obou případech respondentky č. 9 a 11 je patrné, že vnímají očekávání nemocnice, že budou vhodně komunikovat tak, aby obě strany byly spokojené. Tzn., na jedné straně bude volné lůžko a na druhé straně bude pacient, který si nebude mít důvod stěžovat.

Jediný respondent, který uvedl, že se od něj očekává poradenství, ale v kontextu opravdu nemusí řešit tolik překlady pacientů. Má oddělení, kde více poskytuje odborné sociální poradenství a kde pacienti jsou buď do vyřešení jejich zdravotní situace (např. psychiatrie) či jsou zde dlouho a pak se překládají na akutní lůžka po stabilizaci stavu ve více případech, než je potřeba zajistit jim návaznou péči. To bylo dle jeho sdělení i z důvodu kráceného úvazku.

Otázka č. 18 Co je pro Vás oceněním Vaší práce ze strany vedení nemocnice?

Tabulka 24 Ocenění práce sociálních pracovníků

Otázka č. 18: Co je pro Vás oceněním Vaší práce ze strany vedení nemocnice?	
Odpověď	Respondent č.
Uznání ať už vedoucího lékaře nebo třeba staniční sestry, ale i sester obecně	1
Verbální ocenění; pocit sounáležitosti na odd.	2
Poděkování, slušné chování	3
Verbálně projevené ocenění	4
Ocenění od rodiny, od lékaře nelze očekávat	5
Pochvala, akceptování požadavků vedením	6
Poděkování za spolupráci	7
Pochvala oddělení; vztahy; chybí odměny	8
Respekt k práci sociální pracovnice; přijetí do týmu	9
Plat; možnost nastavení pracovní doby; autonomie	10
Verbální ocenění, podpora, odměny chybí	11
Funkční komunikace, spolupráce	12

Otázka cílila na pocit sociálních pracovníků, co vnímají jako ocenění jejich pracovního výkonu. Sociální pracovníci se v této odpovědi vztahovali spíše k nižším managementu, ať už sociálního oddělení či přidělených klinik. Všechny pracovnice odpovídaly poměrně velmi skromně. Toto reflektovala i respondentka č. 9, která je na vedoucí pozici: *„Někdy občas se to stane (pozn.: ocenění), ale málokdy, a já si myslím, že je to takovým našim vnitřním nastavením sociálního pracovníka, že často to ani neovočekáváme, že spíš máme takovej ten syndrom toho, že my pomáhat musíme a je to naše povinnost a moc za to neočekáváme.“* Celkem 8 sociálních pracovníků v různých obměnách hodnotí, že pro ně je největší ocenění jejich práce verbální pochvala a poděkování zejména ze strany oddělení. Respondentka č. 1 uvedla: *„Stačí, když mi prostě řeknou ‚Díky, zařídilas to prostě dobře‘ To úplně stačí.“* Respondentka č. 3 sděluje, že

jí stačí poděkování a slušné zacházení. Respondentka č. 9 vnímá jako ocenění své práce respekt a to, že ji tým kolegů přijal jako součást svého týmu na oddělení: „*To si myslím, že jako... Ale jako, že i dobře vycházíme, že nás nikdo nepovažuje za nákou tady socku, ne, ...že nás považují za to, že jsme tady potřeba.*“ Respondentka č. 5 sdělila, že nemůže očekávat ani ocenění od oddělení: „*Já to nemůžu čekat třeba od lékařů, protože je samozřejmé, že oni se starají o své pacienty v rámci své profese, takže já třeba, nebo že se mi po několika letech ozvou příbuzní: 'Vy jste měla moji maminku, my Vám moc děkujeme (...).*“ Pouze 4 respondenti se zabývali ve svých odpovědích i jinými formami ocenění. Respondentka č. 10 uvedla: „*Tak já jsem celkem jako spokojená s platem, (...) určitě by třeba mohl bejt vyšší, (...)že si tady můžeme nastavit nějak pracovní dobu, jak chceme, (...) a potom více méně taková jako samostatnost, jako, že mě tady nikdo jako nehlídá, že prostě, když si odvedu svou práci, (...), jako jestli už jsem udělala,...*“ V její odpovědi je znát, že pro ní je prioritou její autonomie a klid na práci bez přehnané kontroly, plat je standardní. Finanční otázku otevřela i respondentka č. 11, ta sdělila: „*Myslím, že jako já jsem asi z těch 7 let úplně jako ocenění z vedení nemocnice jako nezažila, ale jako ze strany jako svojí vrchní určitě, (...) Říká nám to (...)a jo, v tomhle tónu já to slyším i z té kliniky, kde působím, jo, že ať už od přednosta, primáře, nebo vrchní tady to, takže asi takovýdle spíš jako verbální ocenění, podpora...Ne, že bysme dostávali nějaký odměny za to.*“ Z jejího výroku vyplývá, že vnímá, že finanční ohodnocení pracovníků chybí. Respondentka č. 6 naopak sdělila: „*(...) a samozřejmě čas od času přijde i nějaká vodměna*“ Poměrně otevřeně o tomto hovořil o svém názoru respondent č. 8: „*Samozřejmě jako, že zdravotnictví jako takový jako ta péče o zdravotníky je prach mizerná jo, penězma počínaje a péčí jako takovou konče. (...) supervize tak, jak je třeba dělaná (...) Jo to je jako na nic. Ale vlastně jiná péče se téměř nenabízí. (...) absolutně chybí jako odměny (...) jako systémově to totálně chybí, což je mimochodem přesně to, proč odcházej sestry, proč odcházej lékaři (...).*“ Tento pracovník vnímá nedostatečnou péči ze strany vedení nemocnice, nejen s ohledem na zdravotně-sociální pracovníky, ale i vůči ostatním zaměstnancům, finanční ohodnocení ve formě odměn také dle jeho názoru neexistuje systémově.

Otázka č. 19: Vnímáte respekt ze strany vedení nemocnice k Vaší práci?

Tabulka 25 Respekt ze strany vedení nemocnice

Otázka č. 19: Vnímáte respekt ze strany vedení nemocnice k Vaší práci?	
Odpověď	Respondent č.
Respekt kolegů; od vedení není velký respekt	1
Respekt kolegů, asi něco mezi respektem a despektem	2
Jak kdo	3
Celkem ano, vyslyšení požadavků	4
Respekt kolegů	5
Ano, od náměstkyně	6
Respekt kolegů	7
Ano, od náměstkyně	8
Ano, vyhovění požadavkům	9
Respekt kolegů	10
Vedení mi není blízko	11
Respekt asi úplně ne; zdravé nastavení systému	12

Poslední otázka směřovala k názoru respondentů na postavení sociálního oddělení v očích managementu nemocnice. Sociální pracovníce spíše vnímaly respekt opět ze strany spíše svých kolegů než přímo managementu. Respondentka č. 11 konstatovala: „*Já nepříjdu téměř s vedením do kontaktu.*“ Respondentka č. 1 uvedla svůj názor: „*Respekt celé nemocnice jako celku ne. Respekt kolegů, se kterými se setkávám v rámci těch týmů na oddělení spíše ano, (...) od toho vedení zas až takový respekt nemáme.*“ Respondentka č. 3 také uvedla respekt spíše v souvislosti s kolegy na odděleních: „*Nemyslím si, že všichni. Já mám pocit někdy, že někteří nás berou jako takový ty šedý myšky, který tady zařídí všechno možný, co je potřeba, ale u některých jako mám pocit, že lepší, že prostě nás berou jako součást multidisciplinárního týmu.*“ Nejvíce se k tématu vztahovaly odpovědi 3 sociálních pracovníků, které byly vedoucími těchto oddělení. Tyto pracovníce vnímaly přijetí jejich práce ze strany přímé nadřízené, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči. Přijetí si dávaly do souvislosti s tím, že je možná diskuze a domluva v případě, že vedoucí pracovníce přichází s nějakým požadavkem. Respondentka č. 4 uvedla: „*No, cítím to tak já jako vedoucí často po tom vedení mám nějaké požadavky a musím říct, že ty požadavky v posledních letech byly poměrně ochotně vyslyšeny a vnímala jsem to jako důsledek právě toho respektu a spokojenosti s naší prací, že berou ty moje požadavky vážně, (...).*“

Shrnutí

Poslední dílčí cíl se zabýval pohledem sociálních pracovníků na své postavení v rámci nemocnice jako celku. Všichni respondenti jsou řádnými zaměstnanci nemocničního zařízení. Takže v první řadě se jejich role v nemocnici řídí požadavky právě tohoto zaměstnavatele. To se odráželo téměř ve všech odpovědích oslovených respondentů. Opět se zde objevil názor sociálních pracovníků, že management od sociálních oddělení a jejich pracovníků očekává zejména administrativní činnost v souvislosti se zajištěním odchodu pacientů. Respondentka č. 9 konstatovala, že je to často na úkor kvality péče, která navazuje na hospitalizaci. Z úst sociálních pracovníků (např. respondentka č. 4, 9, 11) také zazníval požadavek odchodu pacienta zajistit tak, aby byly obě strany spokojené a nedocházelo ke stížnostem pacientů, aby se zachovala prestiž nemocnice. Respondentka č. 4 zase reflektovala, že jde o zajištění důstojné formy propuštění. Když se toto nedaří, byť z objektivních musí plnit očekávání, která však mnohdy nemusí být v souladu se skutečnými možnostmi, je to vnímáno jako selhání pracovníka.

Co se týče ocenění, projevila se zde velká skromnost související také s osobnostním nastavením řady respondentek. Většina z nich považuje verbální ocenění ze strany jejich přidělené jako naprosto dostačující. Důležitý pro práci řady pracovníků je pocit, že jsou součástí týmu na přidělených klinikách (respondent č. 8, 9, 11, 12). Pro respondentku č. 10 byl důležitý pocit autonomie na jejím pracovišti. Čtyři sociální pracovníci se kromě výše zmíněného verbálního projevu ocenění zabývali finančním oceněním práce. Respondentka č. 10 konkrétně označila svůj plat za celkem vyhovující, i když by mohl být i vyšší. Respondentka č. 6 uvedla, že odměny občas dostává. Respondenti č. 8 a 11 vnímali absenci odměn.

Poslední dotaz byl zaměřen na vnímání respektu ze strany managementu, opět si to více respondenti vztahovali přímo k oddělením, kde pracují, neboť vyšší management je pro ně vzdálenější. Respekt vnímaly v tomto kontextu 3 vedoucí sociálních oddělení oslovených nemocnic. Respekt byl vnímán v tom smyslu, že jsou ochotni na vedení vyhovět požadavkům, které jsou na ně kladeny ze strany vedoucích sociálního oddělení. Požadavky berou vážně. To má podle respondentky č. 4 větší hodnotu než pouhé verbální vyjádření kladné zpětné vazby na pracovní výkon sociálního oddělení.

5 Diskuze

Hlavním cílem této práce bylo zjištění subjektivního pohledu sociálních pracovníků na jejich pracovní roli v rámci nemocnice při práci na dospělých klinikách specificky s cílovou skupinou seniorů. Domnívám se, že je třeba odlišit tento specifický okruh sociální práce v nemocnici, neboť se odlišuje v některých aspektech zásadně od práce na dětských klinikách. Specifikem vybrané skupiny sociálních pracovníků bylo to, že většina z nich pracovala na akutních lůžkách těchto nemocnic. Domnívám se, že v určitých směrech se i liší třeba od lůžek psychiatrických. Dvě respondentky pracovaly pak na následných lůžkách. Jednalo se tedy vesměs o lůžka, kde je kladen více méně velký důraz na výkon, protože z těchto lůžek plynou nemocnicím peníze. Platby za lůžka však s délkou hospitalizace klesají, a proto nemohou tito pacienti neomezeně zůstat na těchto lůžkách, navíc musí být tato lůžka k dispozici pro příjmy dalších pacientů s potřebou akutní péče. Nicméně ani na lůžkách následné péče nemohou zůstat pacienti dlouhodobě. Sice je 3měsíční lhůta pobytu v těchto zařízení je sice mýtem, nicméně zdravotní stav hraje roli. Proto se domnívám, že práce sociálního pracovníka na těchto lůžkách v určitých směrech může ve větší míře obsahovat činnosti spojené s procesem překlady či propuštění těchto pacientů z těchto lůžek, v určitých případech velmi rychle. Proto jsem se specificky zaměřila na tuto oblast. Osobně se věnuji povolání zdravotně-sociálního pracovníka na akutních lůžkách 3 roky. Toto mělo vliv na zvolení tohoto tématu. Na jedné straně to mohlo vést ke zkreslení výzkumu, protože jsem zainteresována do skupiny těchto sociálních pracovníků, na druhé straně mám možnost většího vhledu do situace na těchto odděleních a vidět některé souvislosti. Snaha proniknout hlouběji do situace na vybraných odděleních byla i důvodem pro volbu kvalitativní metodologie. Původním záměrem bylo oslovit i menší nemocnice, kde jsou například sociální pracovnice podřízené zdravotnickým pracovníkům, kteří mnohdy nemají náhled na povolání a činnost sociálního pracovníků. To nebylo z časových důvodů uskutečněno, nicméně se domnívám, že by to bylo zajímavé pro nějaké případný další výzkum. Jako reprezentativní vzorek byly tedy zvolena sociální oddělení fakulturních nemocnic, která slouží jako vzorová školící pracoviště sociální práce v nemocnici, a také se podílejí zásadně (i když ne jako jediné) na formaci tohoto dle mého názoru v posledních letech poměrně dynamického oboru.

5.1 DC1: Náplň práce zdravotně-sociálního pracovníka při péči o seniory v nemocnici

V prvním dílčím cíle se zaměřila právě na okruh pracovníků náplně sociálních pracovníků v nemocnici při práci na dospělých klinikách vybraných nemocnic.

Ukázalo se ale, že každá nemocnice má trochu jinou systematiku sociální péče, počínaje příjmem těchto pacientů do péče, které ale také na druhé straně ovlivňuje i typ lůžka. Zřejmě to je dané i vývojem pracovních postupů na konkrétním oddělení. Tři nemocnice (FNN, ÚVN, FNKV) mají žádankový systém přijetí pacientů do péče sociální pracovníce na akutních lůžkách. Ve VFN funguje zase systém docházky sociální pracovníce v určité dny na přidělené klinice, kde mají napsané pacienty, nebo volají lékaři. Na následných péčích oslovené sociální pracovníce mají pak na starosti všechny pacienty bez ohledu na jejich potřebu intervence sociální pracovníce. Obdobný systém měla i sociální pracovníce pracující na geriatrické klinice, nezvykle pro akutní lůžko, měla všechny pacienty v péči. Překvapivým zjištěním bylo i třeba to, že v jedné nemocnici sdělila respondentka č. 10, že je jiný přístup každé sociální pracovníce k tomu, jak přebírá pacienty do péče, není zde jasná systematika ani na lůžkách stejného druhu. V ÚVN funguje screening rizik a pacienty mají tedy v péči již od začátku hospitalizace, což oceňuji. ÚVN. Respondentka č. 9 vnímá, že jedině tak získá sociální pracovník prostor na to situaci vyřešit kvalitním způsobem. Přístup k tomu, začít řešit návaznou péči o pacienta co nejdříve také osobně zastávám, neboť jedině tak se dá poskytovat poradenství kvalitně a zajistit odpovídající péči taktéž kvalitně, pokud nebudu reagovat pružně, pacient nebude mít v krátké době hospitalizace již možnost výběru a bude muset odejít do zařízení, které má aktuálně volnou kapacitu, protože na akutním lůžku ho nenechají déle jen proto, že se nezačala řešit péče dříve. Pak také závisí ale na jednotlivých odděleních, zda hlásí pacienta do péče sociálního pracovníka na začátku hospitalizace či ve chvíli, kdy chtějí uskutečnit překlad či propuštění.

Při bližším prostudování vyhlášky 55/2011 Sb., zjistíme, že dle § 9 by měla k činnostem zdravotně-sociálního pracovníka patřit sociální prevence a depistáž u pacientů či jejich blízkých. To se domnívám, že není reálné za současného stavu pracovníků a počtu pracovníků v nemocnici reálně uskutečnit, respektive pokouší se o to pracovníci ÚVN. Zde jedna sociální pracovníce konstatovala, že se snaží o depistáž na svých klinikách, byla ale jedinou, která se takto konkrétně vyjádřila, Na jedné straně jsou systémy zdravotně-sociální péče založeny na konziliárním či telefonickém vyžádání příchodu zdravotně-sociálního pracovníka a na druhé straně jsou systémy zcela neselektivní. V prvním případě hrozí, že sítím propadne potřebný pacient, u kterého potřebnost nevyhodnotí zdravotnický personál, v druhém případě může

docházet k neúměrnému přetížení sociálních pracovníků. Podle mě není správný ani systém vyžádání, ani systém přebírání všech pacientů. Přikláním se tedy k tomu, že by měli pacienti seniorského věku na urgentním příjmu procházet screeningem rizikových oblastí od osamělosti po zhodnocení soběstačnosti, aby tito pacienti nebyli opomíjeni systémem. To je samozřejmě ideální stav, který by ale vyžadoval daleko více sociálních pracovníků v nemocnicích.

V oblasti cíle činnosti sociální pracovníci byli více méně ve shodě, co má být cílem jejich práce zajištění návazné péče a poradenství. Sociální pracovníci se shodovali, že zajišťují pacientovi služby zdravotní i sociální, pobytového i terénního charakteru. Dle statistik z oslovených nemocnic za rok 2016, převládalo v činnostech sociálních pracovníků na dospělých lůžkách překlady na lůžka následné péče (tedy zdravotní služby) oproti zajištění třeba domácích služeb. Trochu odlišené činnosti měli pracovníci některých specializovaných akutních lůžek a pracující na OUPD (např. respondentky č. 3, č. 4 a respondent č. 8), kde zůstávali pacienti delší dobu, zde to bylo spíše primárně o poradenství. Tím, že jim ale na akutních lůžkách ve většině případů svěrují do péče pacienty ostatní zdravotničtí pracovníci (ať už formou „sociálních konzilií, nahlášením do péče či pomocí screeningu rizik), určují do jisté míry směřování a cíle práce sociálních pracovníků právě tito pracovníci. V řadě rozhovorů bylo patrné, že na sociální pracovníce je právě od těchto pracovníků vyvíjen tlak na rychlé vyřešení pacientovi situace, což vnímaly, že je na úkor kvality nabízené péče pacientovi. A v případě, kdy měly sociální pracovníce v péči všechny pacienty automaticky a měly tedy větší prostor jít po potřebách pacientů (většinou na následných lůžkách), i zde bylo patrné např. u respondentky č. 5, že je na ni vyvíjen taktéž tlak, aby se uvolnilo lůžko pro další pacienty hospitalizované na akutních lůžkách dané nemocnice: „(...)lékaři a management na mě tlačí v tom, že pacient tu může být určitou dobu. (...) oni jsou pod tlakem, tím pádem jsem zase pod tlakem já, abych to lůžko uvolnila, protože už další pacienti čekají.“ Samozřejmě záleží hodně na tom, jak je konkrétní sociální pracovník vnitřně nastaven. Zda je schopen jít někdy proti systému a snažit se dělat svoji práci podle svého vnitřního přesvědčení a hledat nejlepší řešení pro pacienta i s ohledem na jeho přání a možnosti (i když to zdrží jeho propuštění). Nebo zda podlehne tlaku, aby vyhověl potřebám přiděleného oddělení či kliniky, protože jeho zaměstnavatel je právě nemocnice a její oddělení. Dobrá spolupráce a vztahy s pracovníky ovšem na druhé straně pomáhá sociálním pracovnícům (např. respondentce č. 5 a 11) a práci jim usnadňuje. S léty praxe také kvitují zmíněné sociální pracovníce zkušenost s fungování zejména zdravotní sféry, což jim taktéž pomáhá. Potěšujícím postřehem pro mě osobně je, že ani po dlouhodobé praxi některé sociální pracovníce (např. respondentka č. 9) nepřestávají přemýšlet o tom, co

nefunguje a co by se dalo zlepšit. Cíleně pracují na tom, aby se to, s čím nejsou spokojené, měnilo a radují se z každého kroku, který se povede na cestě v jejich vizi. I když základní činnosti sociálního pracovníka se v zásadě shodují, každé sociální oddělení má vlastní přístup k tomu, jak by měli jejich sociální pracovníci vykonávat svoji práci, co by měli vykonávat za pracovní činnosti a co již nikoliv. Co je v jedné nemocnici standardem, lze nahlížet pohledem odborníka z praxe z jiné nemocnice jako zásadní překročení kompetencí sociálního pracovníka. Jedna nemocnice svěřuje sociálním pracovníkům i nakládání s důchody pacientů a jsou pověřené předávat jim je, je to pro ně standardní činnost. Taktéž provádí identifikaci v zastoupení policie. Dokonce se liší i pracovní postupy jednotlivých sociálních pracovníků zase podle jejich vnitřního nastavení, a také nastavení jejich přidělených klinik v jedné nemocnici. Problematické je v tomto případě uchopení toho, co je nad rámec a co nikoliv, neboť nejen oslovené nemocnice jako takové mají svůj vnitřní systém upravující výkon sociální práce. Mnohdy narazíme i na určitá specifika na konkrétních odděleních, tato specifika nevyhází jen z toho, že se jedná o vysoce specializované oddělení (např. geriatric, dialyzační oddělení, spinální jednotka), je to o vnitřním systému dané kliniky a přístupu oddělení k sociálním pracovníkům. Jestli mají pocit, že má dělat víc za ně, nebo zda jí chtějí ušetřit práci a udělají řadu kroků například při vyřizování žádostí. Některé sociální pracovníce přiznávají, že dělají některé činnosti, které by správně dělat neměly podle vnitřní politiky jejich sociálního oddělení. Jsou to mnohdy i činnosti, na které nemají ani primárně patřičné znalosti (např. vyřizování poukazu na kompenzační pomůcku). Nicméně to udělají z důvodu zabezpečení pacienta a s vůlí mu pomoci ulehčit nepříznivou situaci spojenou se změnou zdravotního stavu, někdy i z důvodu tlaku rodinných příslušníků. Jak konstatuje např. respondentka č. 12, je to o nastavení vnitřních hranic, do jaké míry a jak často dovolují sociální pracovníce pacientům, rodinám či zdravotnickým pracovníkům tyto vytyčené hranice překračovat závisí na konkrétním pracovníkovi. Důležitou proměnnou reprezentuje vlastní tým sociálních pracovníků či pracovníků. Pokud tým funguje, jak má je pracovnícím nápomocný při práci, umožňuje pracovnícím se semknout a tvořit soudržnou skupinu mající v nemocnici určité místo a postavení. Pokud naopak nefunguje, je to potíže. Nutno ale konstatovat, že přeci jen mají tyto sociální pracovníci větší zázemí. Pracují totiž pod vedoucí, která je taktéž sociální pracovnící a může do jisté míry ovlivňovat politiku nemocnice a poskytování sociální péče zde z této pracovní pozice, než kdyby podléhaly přímo třeba vrchní sestře oddělení, která není z oboru.

Důležitý aspekt této diplomové práce představovalo zjištění názorů sociálních pracovníků na, zda vnímají roli v rámci své pracovní pozice jako spíše manažerskou či spíše jako roli

sociálního pracovníka (pomáhajícího pracovníka, který řeší nepříznivou sociální situaci často spojenou se změnou zdravotního stavu pacienta). Více než polovina dotazovaných spíše prakticky vnímá, že více dělají manažerskou práci spojenou se zajištěním průchodnosti jejich oddělení. Souvisí to dle mého názoru i s tím, že je někdy pacientů hodně a pracovníků málo, navíc je opět nutné vyzdvihnout tlak přidělených oddělení na propuštění pacientů a málo času. Ve chvíli, kdy má pracovník na starosti více pacientů a má malý časový prostor něco s pacientem řešit, uchyluje se často k tomu, že udělá přednostně to, co se od něj očekává, aby, jak reflektuje respondent č. 8, „vyrobil alibi“, že něco v práci ten den dělal. Tzn., že odešle řadu formulářů a žádostí na následnou péči několika pacientům. Udělá si čárku ve statistice a oddělení si také udělá čárku (volně dle respondentky č. 9). S tím, že na komunikaci věnovanou každému pacientovi potřebuje 15-20 minut. Nelze toto však bagatelizovat či paušalizovat. Zejména respondentka č. 12 se konkrétně zmiňuje o komunikaci s pacienty, považuje ji za klíčovou a neodmyslitelnou část své pracovní činnosti. Samozřejmě je nutné předpokládat i to, že pacienti jsou různě nemocní a jejich zdravotní stav také ovlivňuje to, jak moc a jak dlouho potřebují, aby se jim někdo věnoval. Což je také akceptovatelné zdůvodnění kratší časové dotace u konkrétního pacienta. Taktéž je podstatný ukazatel i to, že ne všechny sociální pracovníci striktně zastávají názor, že jejich role se dá zařadit do jedné či do druhé kategorie. Některé uváděly (v čisté podobě pouze respondentka č. 5), že obě složky jsou součástí jejich pracovní role a nejdou od sebe oddělit. Někteří pracovníci to vnímali v kontextu zaměření oddělení. Například respondentka č. 3 sdělila, že na oddělení, kde má pacienty delší dobu se řeší zejména pacientova sociální situace (finanční i bytová situace apod.). Na druhé straně ty sociální pracovníce, které se přikláněly k tomu, že se jedná spíše o pomoc tomu pacientovi. Vnímaly jako nedílnou součást své práce právě znalost sféry zdravotních služeb a poradenství s ní spojené. Zatímco jeden sociální pracovník (respondent č. 8) toto vnímal toto konkrétně v rozhovoru jako kompletní odklon od sociální práce a špatné nastavení systému sociální práce v nemocnici.

Podstatnou součástí okruhu tohoto dílčího cíle bylo zjištění, zda mají sociální pracovníci dostatek času na práci s pacienty. Tuto otázku vnímám jako opodstatněnou v souvislosti s rolí sociálního pracovníka v nemocnici. Jak bylo již nastíněno v předchozích otázkách, sociálních pracovníků je dle názoru některých sociálních pracovníků nedostatek a pacientů s potřebou sociální intervence mnoho. Některé také uvedly, že nemají dostatek času pro to, aby se věnovaly pacientům více, co se týče poradenství a řešení pacientovy tíživé sociální situace. I když nedostatek času je dán i tlakem oddělení na rychlé uvolnění akutního či urgentního lůžka, proto

je otazné, jestli se dá na tuto práci vyčlenit více času. Zároveň, pokud máme pacientů v péči velký počet, kvalita činnosti sociálního pracovníka klesá, neboť se soustředí na základní nezbytnosti, a může tím pádem opomenout důležité aspekty sociální situace pacienta. Nemá třeba dostatek času se s pacientem vidět víckrát, nevidí třeba jeho rodinu. Kdyby na to měl dostatek času, zjistil by třeba, že pacient nemá dobré rodinné zázemí. Mohl by pacientovi dát více prostoru k získání důvěry a svěřením třeba i závažných informací, které v úvodním rozhovoru málokdo někomu cizímu vypráví (např. o týrání seniora rodinnými příslušníky či pečujícími osobami, nepříznivé finanční i bytové situaci). Nebo také nebude psát dostatečně podrobné zápisy o sociálních intervencích, což se může v některých případech při stížnosti konkrétního pacienta na jednání sociálního pracovníka obrátit proti pracovníkovi. V každém případě musí sociální pracovník kolikrát nějaký aspekt své činnosti zanedbat, nebo je odsouzen k tomu trávit v práci hodně přesčasových hodin, kdy ani 3 hodiny nemusí být konečné číslo. Pocit vyloženého nedostatku času vyjádřily pouze 2 sociální pracovnice. Zároveň však bylo patrné, že sociální pracovníci si snaží udělat čas podle potřeby pacienta. Respondentka č. 11 uvedla: „*Ano, většinou tendle pocit nemám (pozn.: že by bylo málo času), ale jako já zase nemám problém tady zůstat dýl, (...) takže asi jako kdybych to takhle měla jako opravdu dělat, že odcházím na minutu přesně z práce, tak, asi bych ten pocit měla, ale...*“ Ačkoliv se přikláněli sociální pracovníci spíše k tomu, že mají dostatek času na svou práci s pacienty, mohlo to být také zkresleno tím, že práce může být nárazová a mluvili by jinak, kdyby nastala situace na oddělení. Proto se také domnívám, že i když aktuálně vnímají sociální pracovníci časový rámec jako dostatečný, ve chvíli, kdy bychom spolu hovořili při vlně hlášení většího množství pacientů do péče či vícero propuštění a příjmů u lůžek následně, odpovídali by možná pracovníci jinak. Když se ozve více oddělení (protože standardně nepracuje jedna sociální pracovnice na jednom oddělení, vyjma velkých LDN), dostávají se do stresu spojeného s tímto procesem.

Pokud se podíváme opět do vyhlášky č. 55/2011 Sb., nalezneme tam činnosti, které sociální pracovnice uváděly primárně (tedy zajištění služeb po propuštění pacienta z lůžka), nenalezneme tam konkrétně, co si pod těmito službami představit. Vůbec celkově body této směrnice k pracovní činnosti nedávají konkrétní klíč, co si představit pod činnostmi. To může vézt k tomu, že si je může vykládat každý po svém. Patří tam zajištění jen sociálních služeb, nebo to znamená, že má sociální pracovnice být obeznámena se systematikou kódování domácí zdravotní péče? Je sociální pracovnice kompetentní dělat poradenství spojené s rehabilitačními ústavami či ošetrovatelskými lůžky? Patří tam i zajištění DIOP? V rámci vládního nařízení č.

220/2010 Sb., které obsahuje činnosti vykonávané v rámci platových tříd. Ta obsahuje už specifickější činnosti, nicméně zde nalezneme kupříkladu kromě všeobecněji formulovaných činností mimo jiné i šetření v terénu a zajištění kompenzační pomůcky. První činnost sociální pracovníce uváděly, že nedělají, soustředí se na pacienty v nemocnici. Druhé dle mého názoru není v kompetenci sociální pracovníce, která nestudovala obor fyzioterapie či ergoterapie a těžko by mohla doporučit pacientovi vhodný typ pomůcek. Pozice na pomezí zdravotního a sociálního systému na jedné straně dává zdravotně-sociálnímu pracovníkovi prostor, aby si vytyčil svoji pracovní náplň podle svého pracovního zařazení, na druhé straně to však skrývá v sobě nebezpečí, že bude pracovník nucen dělat i činnosti, které nepovažuje za jemu náležející. V krajním případě může ohrozit pacienta a jeho bezpečné propuštění. Domnívám se proto, že by se mělo toto více definovat v zákoně pro vyjasnění kompetencí tohoto pracovníka.

Problematika role zdravotně-sociálního pracovníka z pohledu toho, zda jde spíše o administrativního pracovníka nebo pomáhajícího profesionála úzce souvisí jednak s probranou problematikou času, a jednak s počtem sociálních pracovníků. Již současný stav se některým sociálním pracovnícím jevil jako nevyhovující. Nikde ale není zaručeno, že jim zaměstnavatel jednoho dne neukončí pracovní poměr. S tím, že musí peníze investované do sociálních pracovníc investovat do sester, lékařů a dalšího personálu, který mu vydělá peníze (byť sociální pracovníce peníze šetří včasným zajištěním lůžka). Domnívám se proto, že by se měli alespoň zajistit základní počty sociálních pracovníků v první řadě alespoň na akutních lůžkách, kde jsou řešeni v minimálních úvazcích a na odděleních, které považují za velmi potřebné (například onkologie třeba zcela chybí)

5.2 DC2: Vliv legislativy spojené s výkonem sociální práce v nemocnici

Další dílčí cíl se zabýval názorem sociálních pracovníků na legislativu spojenou s výkonem sociální práce v nemocnici. Tento okruh otázek byl ovlivněn znalostí legislativy a angažovaností sociálních pracovníků v této problematice. Legislativu považují za klíčový nástroj pro praktickou aplikaci sociální práce v nemocnici a její formování. Bez tvorby legislativy reagující na konkrétní situace týkající se pracovních podmínek sociálních pracovníků v nemocničních zařízeních, vnímám, že může být tato specifická oblast sociální práce v ohrožení. Vnímám, že ze strany rezortu zdravotnictví mohou přijít v době krize a nedostatku financí kroky, které by vedly k eliminaci této profese. Netvrdím, že ke kompletnímu vymizení. Profese má vybudovanou základnu v podobě zákona 96/2004 Sb. Mohlo by ale dojít

k zásadnímu omezení, i z důvodu personální vyhlášky, která zaměstnavatele příliš nesměruje mít velký počet sociálních pracovníků, zároveň v těchto větších nemocnicích jsou poměrně velké týmy sociálních pracovníků.

První oblastí, na kterou jsem se v této souvislosti ptala, byla Hegerova reforma zdravotnictví, zajímalo mě, zda si toto spojují sociální pracovníci také s reformou nelékařských zdravotnických povolání. Ukázalo se, že sociální pracovníci o této oblasti neměli dostatek informací a už vůbec ne ve spojitosti s tématem role zdravotně-sociálního pracovníka.

Zajímavější odpovědi jsem získala v oblasti překážek v legislativě. Zde se objevilo téma nedostatečné ochrany sociálních pracovníků při práci v nemocnici (respondent č. 8, respondentky č. 4, 11, 12), pocit jejich nerovného postavení ve vztahu k ostatním pomáhajícím profesím (zejména konkrétně ve vztahu k lékaři) a absence garance autonomie vůči zaměstnavateli či v rámci vztahu pacient – sociální pracovník. Respondent č. 8 sdělil: „(...) v každé nemocnici je ta práce trochu jiná. Dokonce i v Motole ve Vojenský nemocnici je ta práce jiná. V některých aspektech samozřejmě. A už jenom to z toho jasně prostě plyne, že nikdo pořádně neví, co mají sociální pracovníci v nemocnici dělat. A tahle jako nevyhraněnost běží i na jednotlivých odděleních.“ Respondentka č. 12 hovořila o tom, že sociální pracovníci v nemocnici (ale i v jiných organizacích, které nejsou sociální službou či nepracují přímo na základě Zákona o sociálních službách) nemají vždy takovou autonomii, jakou by měli mít. Záleží na tom, jak je vedení nemocnice nakloněno práci sociálního oddělení v dané nemocnici. Reflektovala proto potřebu zaštiťující organizace pro tyto pracovníky pro ochranu při sporech: „Tu profesní komoru a vnímám to jako nedostatek, že my nemáme (...), žádný takový jako orgán, který bude mít odborníky v té oblasti a bude schopen se k tomu nestranně vyjádřit, k tomu případnému sporu. (...) profesní zákon bych uvítala i na podporu samostatný práce, i právě vůči zaměstnavateli, protože když člověk pracuje v jiné oblasti než v sociálním podniku v uvozovkách, tak to není samo sebou, že je brán jako součástí týmu a že má to svoje postavení profesionála zajištěno a že má náplň práce takovou, jaká mu náleží, (...) sociální pracovník nemá téměř o co se opřít“ Naopak dvě sociální pracovnice vnímaly, že zákon o nelékařských zdravotnických povoláních jim poskytuje oporu pro jejich práci ve zdravotnictví. Respondenta č. 2 konkrétně uvedla: „(...) myslím si, že je to i promítnutý do našich interních směrnic, že řeknu, že tohle není moje kompetence tohle jako řešit jako nebudu. To myslím, že jo, že se máme na co odvolat.“

Nutno však zmínit, že ne všichni respondenti se vyjadřovali více k tématu legislativy vztážené přímo k péči o pacienty. Mnozí se spíše zaměřovali na konkrétní aspekty narušující či

pomáhající a objevovalo se často téma řízení o příspěvku na péči za hospitalizace pacientů. Další respondentka (č. 5) vnímala problém u seniorů bezdomovců, uvítala by domovské právo. Zajímavý byl názor respondenta č. 8, který udával také neurčitost legislativy v tom, jaká zdravotní služba má přijmout jakého pacienta: „*Nikde není psáno, kdo koho musí přijmout. V podstatě to vůbec není spojený a většina těch, jakmile je pacient komplikovanej, tak ti sice k němu řeknou, že nedostatek kapacity, ale víš prostě, že toho pacienta prostě...nebo nikdy, i kdyby měli mít 3 lůžka volný,*“ Pokud se vrátím k výroku respondenta č. 8 ohledně nevyjasněných kompetencí zdravotně-sociálního pracovníka a podívám se na legislativu spojenou s kompetencemi těchto pracovníků v nemocnici (v zákoně 96/2004 Sb.), je jak jsem již zmínila, patrné, že jsou opravdu velmi obecně stanoveny: „*Za výkon povolání zdravotně-sociálního pracovníka se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče*“. Dále se dle tohoto zákona má podílet na „*ošetřovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta.*“, nebo neodpovídají reálné pracovní náplni těchto pracovníků (např. provádění depistáže a preventivní činnost zmiňované ve směrnici č. 55/2011Sb.). Sdílím taktéž názor respondentky č. 12 o nezbytnosti větší autonomie nejen sociálních pracovníků v nemocnici. Pokud nemáme, o co se opřít v případě nefunkčnosti jednání s pacienty, lékaři či samotným zaměstnavatelem, je to potenciální hrozba. Je pravdou, že existují sdružující organizace (ČAS, Společnost sociálních pracovníků ČR), které jsem zmínila v teoretické části, do kterých se může zapojit zdravotně-sociální pracovník při své práci. Pokud už se zapojují zdravotně-sociální pracovníci do nějaké organizace na oslovených pracovištích, jedná se většinou o ČAS. I když jsem tuto otázku nepokládala osloveným sociálním pracovníkům, vím, že v ČAS jsou zapojeny 3 sociální pracovníci z nemocnice, z toho dvě jsou vedoucími sociálních oddělení. Nicméně účast v těchto organizacích je dobrovolná a je otazné, do jaké míry poskytuje pracovníkům dostatečnou ochranu jejich pracovní činnosti. Je otázka, v jakém znění projde profesní zákon, nicméně se domnívám, že by se měla taková organizace zřídit a sociální pracovníci z nemocnic by se měli více společně sdružovat a diskutovat nad společnými problémy a otázkami.

5.3 DC3: Fungování sociálních pracovníků v rámci multidisciplinárního týmu

Umění nastavit dobrou spolupráci a komunikaci s ostatními zdravotnickými pracovníky je jedna z klíčových dovedností každého agilního sociálního pracovníka v nemocnici a jedna z důležitých součástí jeho role. Dobře se začlenit do týmu kolegů na oddělení je klíčové pro zabezpečení kvalitní péče pro pacienty.

Sociální pracovníci shledávali jako důležitou spolupráci v rámci multidisciplinárního týmu, která často dle jejich názoru stojí na dobré komunikaci – tedy komunikačních dovednostech sociálního pracovníka a jeho schopnosti vést dialog s lékaři i pacienty. Pro sociální pracovníky byly důležité dobré vztahy na přidělených klinikách. Většina pracovníků komunikovala alespoň na některých odděleních zejména s lékaři, někde fungovaly lépe staniční sestry (zejména na operačních odděleních). Se spoluprací byla většina sociálních pracovníků v globálu spokojená. Některé respondentky (např. č. 1 a 9) vyjádřily nespokojenost se spoluprací na operačních odděleních typu ortopedie či chirurgie, kde je těžké lékaře zastihnout a na něčem se domluvit. Zajímavým zjištěním bylo, že například respondentka č. 10 nemá dostupné lékaře i na odděleních, kde by podle mého názoru měli být dostupní více než na operačních odděleních. Tedy zejména onkologie, kterou zmiňovala, je dle mého názoru oddělení, kde mohou ležet pacienti těžce nemocní pacienti s velmi nepříznivými prognózami a lékaři jsou důležití pro nastavení dobré terapie a samozřejmě také k dobré informovanosti pacienta a jeho rodinných příslušníků o zdravotním stavu a dalším postupu. Kvituji tedy, že alespoň funguje již rok paliativní tým, který se jednou týdně schází právě kvůli těmto pacientům. V rozhovorech uváděly někteří sociální pracovníci (např. respondentka č. 2, 9, 7 a 10), že některé činnosti, které po nich chtějí lékaři, jsou v kompetenci lékaře či jiného zdravotnického pracovníka (například fyzioterapeuta apod.). Sociální pracovníci také naráželi občas na očekávání lékařů v souvislosti se zařizováním návazné péče (např. respondentka č. 4 a 9). Respondentka č. 9 uvedla: „ (...) *pani na rehabilitaci, na léčebnu prostě není stabilizovaná. Tak ho postrčte někam na sociální lůžko, protože to je sociální. Tak i když není indikovanéj na těch sociálních. Voni vůbec nemaj jakoby... nemaj tu představu, nerozlišujou to zdravotní, sociální, (...), prostě klíčový je hlavně, aby byl pryč*“ Tím, že primárně poptává ve většině případů intervenci sociální pracovníce na akutních lůžkách oddělení samo v zastoupení lékaři či např. staničními sestrami, může se představa cíle sociální pracovníce lišit od představ zdravotnického personálu na daném oddělení. Toto poměrně jasně reflektovala respondentka č. 1: „*Mým cílem je nejčastěji... primárně by to mělo být poradenství, nicméně v zájmu oddělení*

je abych seniorovi zajistila vlastně návaznou péči, která bude pokračovat tady u nás z nemocnice (...).

Jinak vnímaly spíše, že po nich lékaři nechtějí nic mimo kompetence sociálních pracovníků, spíše zaměňují zdravotní službu za sociální a naopak. To vnímaly sociální pracovnice zejména v případě domácí zdravotní péče a pečovatelské služby.

Překvapující pro mě bylo taktéž, že se 6 sociálních pracovníků účastní vizit. Je to dáno také specifickými akutními odděleními. Respondentka č. 3 pracuje na spinální jednotce, kde pacienti mohou být i rok, když se jejich zdravotní stav komplikuje. Z tohoto pohledu je pro respondentku samotnou důležité vizity absolvovat. Respondentka č. 9 kvituje propojení spolupráce týmu v rámci vizit, proberou se jednotlivé aspekty pacientovy situace včetně jeho situace zdravotní, soběstačnosti a sociální situace. Pokud respondenti uváděli, že se vizit účastní, někteří konstatovali, že je to výhoda pro ně i pro personál v rychlém předávání si informací. Dvě respondentky (č. 2 a 5) uvedly, že chodí na vizity, kde přímo u každého pacienta musí sdělovat, co s ním řeší a kam je směřují. Respondentka toto absolvovala 2x týdně s ohledem, že se jednalo o akutní lůžko. Vzbuzovalo to u mě pocit, že vizita je pro tyto pracovnice vlastně takovým „přezkoušením“ a kontrolou práce sociální pracovnice, jestli svoji práci nezanedbávala. Nicméně obě sociální pracovnice pracují se všemi pacienty, což na jedné straně nemusí znamenat, že potřebují jejich pomoc všichni pacienti stejně. Nicméně se jim stejně musí všem věnovat. Kvituji taktéž, že ve 3 oslovených nemocnicích přes rok funguje paliativní tým, v němž jsou zastoupeny sociální pracovnice.

Celkově sdělovaly sociální pracovníci, že jsou spokojeni se systémem fungování multidisciplinárního týmu na jejich odděleních, nicméně řada z nich by uvítala, aby byly dostupné i mimo vyžádání konziliáře. Respondentka č. 1 konstatovala, že: *„Změnila bych jedinou věc, a to je to, že my se dle mého názoru nemůžeme stát takovou součástí týmu tím, že chodíme na oddělení jenom konziliárně a docházíme tam, byť každý den, tak tam prostě nejsme pořád“* Obdobně hovořila i respondentka č. 11, která by uvítala možnost chodit na hlášení a vizity a být ve větším kontaktu s oddělením. Další respondentka také zdůrazňovala nutnost zpětné vazby lékaři i v písemné podobě jako ochranu před napadnutím pracovnice, že něco neudělala.

5.4 DC4: Postavení v rámci nemocnice

Poslední dílčí cíl se zaměřoval na to, jak nahlíží sociální pracovníci na své postavení v rámci nemocnice. Dotazy směřovaly ke zjištění názoru sociálních pracovníků na očekávání zaměstnavatele. Dále jsem se ptala, co považují sociální pracovníci v daných nemocnicích za ocenění své práce. V neposlední řadě jsem se ptala na pocit respektu k práci sociálního oddělení. Sociální oddělení v daných nemocnicích mají letitou tradici, takže už mají vybudovanou určitou pozici v rámci hierarchie daného zařízení. K tomu lze spatřovat trend zvyšující se náklonnosti náměstkyn pro ošetrovatelskou péči k sociálním oddělením v rámci nemocnice. Postavení v rámci nemocnice ale není zaručeno ničím jiným, než postojem aktuálního vedoucího managementu.

V první otázce se téměř všichni pracovníci shodli v tom, že od nich vedení nemocnice očekává, že zajistí včasný překlád pacienta bez komplikací. Respondentka č. 11: *„(...) jako primárně vod nás očekávají toto: že bude...budou uvolněná lůžka a že pacienti nebudou jako dělat problémy s tím překladem.“* Což opět souvisí s rolí sociálních pracovníků, kteří se skutečně pak vidí spíše jako administrativní pracovníci. Jejich zaměstnavatelem je totiž nemocnice, a v tomto konkrétním případě jde o zařízení ve třech případech podléhající přímo Ministerstvu zdravotnictví. Ve výrocích sociálních pracovníků byl opět vnímán nástin nátlaku na ně, aby tato očekávání plnili, někdy i v rozporu s jejich vnitřním přesvědčením. Role sociálního pracovníka se v tomto případě dostává do konfliktu, neboť na jedné straně je nezištná snaha sociálního pracovníka zajistit pacientovi kvalitní péči a na druhé je nátlak nemocnice na průchodnost lůžek z důvodu jejího zisku. A je tam ještě ten dovětek, že musí být péče dostupná časově i finančně pro pacienta, což bývá i podle některých oslovených pracovnice problém. Respondentka č. 5 uvedla: *„(...) sou někdy pacienti, který za prvé nemaj sociální zázemí ani rodiny, nemaj peníze, že by si mohli připlatit, maj souběh diagnóz a velice drahou medikaci, takže ty léčebny pro dlouhodobě nemocné je všeobecně nechtěj. Anebo (...) pacient je k překladu, pak se zhorší, dostane antibiotika, doktor překlád odsune, to místo se ztratí, jo?“* Takže se to posouvá tou změnou zdravotního stavu. Respondentka č. 4 uvedla *„(...)záleží na mnoha okolnostech – jestli funguje sociální odbor v místě bydliště, jak jsou na tom příbuzní, jestli jsou místa v nějakých dalších zařízením nebo sociálním azylech pokud se jedná o seniory bezdomovce.“* Zejména finanční otázka seniorů někdy brání volit kvalitnější péči. Dle výzkumu Sociologického ústavu AV ČR (Hamplová, 2004) a Centra pro výzkum veřejného mínění (Dimitrová, 2007) klesá spokojenost s životní úrovní s věkem. Téměř polovina lidí nad 60 let (47 %) považuje svou domácnost za chudou a svou životní úroveň za nízkou. Subjektivní

pocit chudoby u seniorů, může napomoci jejich následnému odmítání finanční spoluúčasti na zdravotní péči i sociálních službách.

Co se týče ocenění ze strany zaměstnavatele, vnímají řadoví pracovníci spíše verbální projevy vděku z oddělení než ze strany přímo managementu. Dle respondentky č. 4 je to nastavením sociálních pracovníků: „(...) já si myslím, že je to takovým naším vnitřním nastavením sociálního pracovníka, že často to ani nevočekáváme, že spíš máme takovej ten syndrom toho, že my pomáhat musíme a je to naše povinnost a moc za to neočekáváme“. Ocenění ze strany přímé nadřízené reflektovaly spíše vedoucí sociální pracovníce, které reflektovaly, že pro ně je oceněním ochota slyšet na prosby sociálního oddělení. Respondentka č. 6 uvedla: „ (...) vim, že když přijdu s nějakým požadavkem, reálným požadavkem, takže vim, že mi vyjdou vstříc a samozřejmě čas od času přijde i nějaká odměna.“ Finančního ocenění se ve svých výročí dotkli celkem 4 sociální pracovníci. Respondent č. 8 se domnívá, že ocenění v systému zdravotnictví chybí, a to nejen pro zdravotně-sociální pracovníky, ale i pro lékaře a sestry. Chybí i celkově péče o zaměstnance, supervize, tak jak je koncipovaná, není dle jeho názoru vyhovující. To je důvodem, proč lékaři i sestry hromadně opouští nemocnice. Rovněž respondentka č. 11 vnímala, že chybí odměny. Jako pozitivní krok ve směru finančního ohodnocení i zdravotně-sociálních pracovníků v těchto nemocnicích, lze brát zvyšování platů zdravotních pracovníků, které nastalo od ledna 2017. Samozřejmě v tom lze spatřovat výhodu sociálních pracovníků, kteří jsou zařazeni mezi nelékařské zdravotnické pracovníky, že tyto změny se týkají i jich. Co se týče respektu k práci sociálních oddělení, spíše ho opět registrují pracovníci v rámci blízkého okruhu svých pracovníků z přidělených klinik. Respondentka č. 3 uvedla: „Já mám pocit někdy, že někteří nás berou jako takový ty šedý myšky, který tady zařídí všechno možný (...).“ Respondent č. 8 vyjadřuje obavy, zda si je třeba ředitel na jeho pracovišti vůbec vědom, že je v jeho zařízení vůbec takové oddělení přítomno. Obecně vnímám, že sociální oddělení v rámci nemocnic se neprezentují do takové míry, jak by měla. Někdy ani pracovníci spolupracující přímo se sociálními pracovníky v nemocnici, neznají zázemí těchto oddělení a jsou třeba překvapeni, když zjistí, jak funguje technicky oddělení, že nesídlí třeba v té a té budově, nebo že nemá každá sociální pracovníce na starosti lůžka následné péče a že si tedy nebere pacienta „k sobě“. Domnívám se, že je nutné tedy více vystupovat v rámci nemocnice. Reflektuji, že se o to řada nemocnic včetně mnou oslovených snaží v rámci různých školení personálu i konferencí či dalších vzdělávacích akcích v rámci svých nemocnic.

Závěr

Cílem této práce bylo prozkoumání názorů sociálních pracovníků 4 pražských fakultních na jejich roli při práci se seniory na akutních i následných lůžkách. Byly zkoumány 4 oblasti – činnosti, legislativa, fungování v rámci multidisciplinárního týmu a postavení v rámci nemocnice.

V rozhovorech jsem se snažila získat pozitivní i negativní aspekty těchto témat z názorů sociálních pracovníků. V závěru ale často rozváděli více rozhovor sociální pracovníci právě u těch problematických oblastí jejich práce. Cílem nebylo primárně sdělení, že systém sociální práce v nemocnici je nefunkční. Za dobu existence oboru, který se začal formovat již za první republiky, vnímám, že se učinila řada kroků pomáhajících ukotvit roli sociálního pracovníka v nemocničním zařízení. Díky úsilí sociálních pracovníků pracujících v nemocnicích, se podařilo dostat zdravotně-sociální pracovníky mezi kolegy zdravotníky. To někdo považuje za nemístné a nepochopitelné. Dle mého názoru ale jde o to, že sociální pracovníci jsou zaměstnanci nemocnice, proto je správné je k těmto ostatním zdravotnickým pracovníkům počítat, neboť vykonávají specializovanou sociální práci na pomezí dvou oborů. A už samotný fakt, že je v nemocnic někdo takový, kdo ubírá z rozpočtu nemocnice peníze, aniž by do něj přinášel finanční prostředky nazpět, vyvolává v řadě zdravotníků řevnivost. Proto je potřeba sociálního pracovníka tímto způsobem chránit a nevydělovat od ostatních pracovníků, k čemuž byl zákonem 96/2004 Sb. učiněn velký krok. Domnívám, že až systém funguje, nicméně je vždy třeba pracovat na zlepšování situace v tomto oboru, který se vyvíjí v čase a je třeba na tyto změny reagovat. Proto jsem chtěla poukázat na některé slabé body, které vnímám spolu s ostatními kolegy z oslovených nemocnic. Chtěla jsem ukázat některé souvislosti, proto byl zvolen kvalitativní výzkum doplněný o některé kvantitativní údaje sloužící k nastínění situace na sociálních odděleních v oslovených nemocnicích dokreslující aktuální stav těchto nemocnic. Vnímám, že panuje stále do jisté míry nejednoznačnost v tom, jak se postavit k tomuto oboru ze strany nemocnice a vnímám v určitých směrech i bezradnost vedoucích sociálních pracovníků, které nejsou metodicky vedeny, neboť chybí některé klíčové body k tomu, aby bylo vedení jasné, co všechno má pracovník dělat, jak má vézt svou dokumentaci apod. Někdy na to ani v otázkách nízkého personálního obsazení lůžek není prostor a není to ani prioritou vedení. Takže se práce provádí s nejlepším vědomím a svědomím. Nicméně vše funguje do chvíle, než nastane nějaký konflikt s pacientem či nějakou institucí. Pak se dotazuje management na postupy sociálního oddělení, které ale nejsou ničím podložitelné. Probíhají prověrky a jednání, nakonec se z toho vyvodí nějaký vnitřní postup, nicméně to není úplně dle mého názoru ideální

stav. Ideální by bylo těmto situacím předcházet, což dle mého nelze bez dobře uchopené legislativy, která bude sloužit dobré ochraně zdravotně-sociálních pracovníků. Některé návrhy směřují k ideální praxi. Jakákoliv změna vyžaduje systematická jednání a vysokou míru diplomacie. Za stěžejní považuji vytvoření stabilní platformy pro komunikaci sociálních oddělení nemocnic v Praze i v blízkém okolí. Jedině pokud budeme vystupovat jednotně a soudržně, vybudujeme větší autonomii oboru a budeme propagovat obor více i u široké veřejnosti. Aby i lidé, potenciální pacienti věděli v budoucnu, že se mohou na sociální pracovníky v nemocnici obracet v době hospitalizace a nebyli překvapeni, co je to za pracovníci či pracovníka, kteří s nimi hovoří u lůžka v bílém nemocničním oblečení a nejsou ani lékaři, ani zdravotní sestry.

Seznam použité literatury

1. ANGELOVSKÁ, Olga a Karolína DOBIÁŠOVÁ. Reformy financování českého zdravotnictví v kontextu světové ekonomické krize. *Zdravotnictví v České republice* [online]. 2014, 17(3), s. 12-16 [cit. 2016-06-29]. Dostupné z: <http://www.zdravcr.cz/archiv/ZCR_03_02-25.pdf>
2. BANKS, Sarah. *Ethics and values in social work*. 4th ed. New York: Palgrave Macmillan, Practical social work. 2012. ISBN 978-0-230-30017-0.
3. BAUM, Detlef. a Alice. GOJOVÁ. *Výzkumné metody v sociální práci*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2014. ISBN 978-80-7464-390-3.
4. BEDER, Joan. *Hospital social work: the interface of medicine and caring*. New York: Routledge, 2006. ISBN 0-415-95067-8.
5. BERKMAN Barbara a Sarah D'AMBRUOSO. *Handbook of Social Work in Health and Aging*. New York: Oxford University Press, 2006. ISBN 9780198038733.
6. BRŮHA, Dominik a Eva PROŠKOVÁ. *Zdravotnická povolání*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2011. ISBN 978-80-7357-661-5.
7. BRYNDOVÁ, Lucie. Reformní opatření Ministerstva zdravotnictví: Seminář odboru 37 Ministerstva financí. In: *DocFoc.com* [online]. 2007 [cit. 2016-06-30]. Dostupné z: <<http://www.docfoc.com/reformn-opat-en-ministerstva-zdravotnictv>>
8. BŘOUŠKOVÁ, Monika. *Dopady reformy zdravotní péče* [online]. Brno, 2012 [cit. 2016-06-30]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/99809/esf_m/Diplomova_prace_Monika_Brouskova.pdf.
9. BURDUNOVÁ, Irena. Práce sociálně zdravotního oddělení Všeobecné fakultní nemocnice. In: NOVOTNÁ, Věra. *Sborník vybraných přednášek ze 7. konference a pracovního dne Společnosti sociálních pracovníků: Hradec Králové 27. a 28. 5. 1996*. Praha: JAN, 1997, s. 16-18. ISBN 80-855-2928-9.
10. ČERVENKOVÁ, Anna, Daniela BRUTHANSOVÁ a Marie PECHANOVÁ. *Sociálně zdravotní služby poskytované klientům na ošetrovatelských odděleních domovů důchodců a v léčebnách dlouhodobě nemocných se zřetelem k jejich sociální situaci a zdravotnímu stavu* [online]. Praha: VÚPSV, 2006 [cit. 2017-06-26]. ISBN 80-870-0735-2.
11. *České ošetrovatelství: praktická příručka pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-330-9.
12. ČESKO. Nařízení vlády č. 222 ze dne 23 července, o katalogu prací ve veřejných službách a správě, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2010, částka 76, s. 2642-2960. [cit. 2016-06-18]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=222&r=2010>.
13. ČESKO. Nařízení vlády č. 564 ze dne 6. prosince 2006, o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2006, částka 184, s. 7706-7710 [cit. 2016-06-18]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=63264&nr=564~2F2006&rpp=15#local-content>.
14. ČESKO. Směrnice č. 10/1986, o náplni činnosti středních, nižších a pomocných zdravotnických pracovníků. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví ČSR*, roč. 34, 1986, částka 8 – 12, s. 90-105. ISSN: 0139-9837.

15. ČESKO. Vyhláška č. 189 ze dne 10. června 2009, o zkouškách podle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2009, částka 56, s. 2735-2748 [cit. 2016-06-18]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: http://www.nconzo.cz/c/document_library/get_file?uuid=af62656a-3992-4b11-ac2f-55f81de6bc29&groupId=10900.
16. ČESKO. Vyhláška č. 44 ze dne 13. června 1966, o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [online]. 1966, částka 16, s. 177-185. [cit. 2016-06-18]. ISSN: 0322-8037. Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=44&r=1966>
17. ČESKO. Vyhláška č. 55 ze dne 14. 3. 2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2011, částka 20, s. 428-544. [cit. 2016-06-18]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Soubor.ashx?souborID=11842&typ=application/pdf&nazev=Vyhl%C3%A1%C5%A1ka_55_2011.pdf.
18. ČESKO. Zákon č. 262 ze dne 21. dubna 2006, zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2006, částka 84, s. 3146 -3272 [cit. 2016-06-18]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=62694&nr=262~2F2006&rpp=15#local-content>.
19. ČESKO. Zákon č. 262 ze dne 21. dubna 2006, Zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů. In *Sbírka zákonů České republiky*. [online]. 2006, částka 84, s. 3146-3269 . [cit. 2016-06-30]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=4930>
20. ČESKO. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [online]. 2011, částka 131, s. 4730-4799. [cit. 2016-06-30]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=75500&nr=372~2F2011&rpp=15#local-content>
21. ČESKO. Zákon č. 48 ze dne 7. března 1997, o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [online]. 1997, částka 16. s. 1185-1264. [cit. 2016-06-30]. ISSN: 1213-7235. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=3007>
22. ČESKO. Zákon č. 96 ze dne 4. února 2004, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [online]. 2004, částka 30, s. 1452-1480. [cit. 2016-06-30]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=4334>
23. ČESKO. Zřízení Střediska pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví ČSR*, roč. 8, 1960, částka 14-15, s. 149-150. ISSN: 0139-9837.
24. ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.
25. DARMOPILOVÁ, Zuzana. *Vliv zájmových skupin na reformu zdravotnictví*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5406-6.

26. *Délka hospitalizace v LDN*. In: *Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR* [online]. Praha: VZP ČR Tiskové centrum, c2015 [cit. 2017-06-25]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/tiskove-centrum/otazky-tydne/delka-hospitalizace-v-ldn>
27. DIMITROVÁ, Michaela. Češi o svých příjmech a uspokojování životních potřeb. In: *Centrum pro výzkum veřejného mínění: Sociologický ústav AV ČR, v.v.i.* [online]. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2007 [cit. 2017-06-21]. Dostupné z: https://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c2/a1010/f9/100684s_eu70515.pdf
28. *Dokument: Memorandum o úpravě poměrů ve zdravotnictví*. In: *Aktuálně.cz* [online]. Praha: Economia, 2011 [cit. 2017-06-26]. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/dokument-memorandum-o-uprave-pomeru-ve-zdravotnictvi/r~i:article:693333/>
29. DOLANSKÝ, Hynek. *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2008. ISBN 978-80-7248-482-9.
30. DOLISTA, Josef (ed.). *Práce pomáhajících profesí v oblasti zdravotnictví a sociální péče*. V Praze: Evropské vzdělávací centrum, 2010. ISBN 978-80-87386-10-1.
31. DUŠKOVÁ, Jana. Historie ošetřování nemocných a ošetrovatelské osobnosti v nemocnici na Královských Vinohradech v Praze. In: JIRKOVSKÝ, Daniel. *Vinohradské ošetrovatelství: 105 let zkušeností pro současnost a budoucnost*. Praha: Evropské sociálně zdravotní centrum Praha, 2008, s. 15-29. ISBN 978-80-87244-14-2.
32. DZIEGIELEWSKI, Sophia F. *The changing face of health care social work: opportunities and challenges for professional practice*. 3rd ed. New York: Springer Pub. Co., LLC, 2013.
33. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2013*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2013. ISBN 978-80-7472-133-5. Dostupné také z: <http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi-2013>
34. FIALA, Zbyněk. Zákon o univerzitních nemocnicích. In: *Parlamentní listy.cz* [online]. Praha: N/A, 2017 [cit. 2017-06-13]. Dostupné z: <http://www.parlamentnilisty.cz/arena/nazory-a-petice/Zbynek-Fiala-Zakon-o-univerzitnich-nemocnicich-485398>
35. GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví: řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví: kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*. Brno: Computer Press, 2003. Praxe manažera (Computer Press). ISBN 80-722-6996-8.
36. HALBESLEBEN, Jonathon R. B. *Handbook of Stress and Burnout in Health Care*. New York: Nova Science Publishers, 2008. ISBN 78-1-60456-500-3.
37. HAMPLOVÁ, Dana. *Životní spokojenost: rodina, práce a další faktory*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, c2004. Sociologické studie. ISBN 80-7330-063-X.
38. HANZLÍKOVÁ, Alžběta. *Komunitní ošetrovatelství*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 978-80-8063-257-1.
39. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2.vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
40. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4.vyd. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
41. Historie ÚVN. In: *Ústřední vojenská nemocnice: Vojenská fakultní nemocnice* [online]. Praha: Ústřední vojenská nemocnice, 2013 [cit. 2017-07-26]. Dostupné z: https://www.uvn.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=448:historie-n&lang=cs&Itemid=653&showall=1&limitstart=

42. HLAVÁČKOVÁ, Ludmila, Petr SVOBODNÝ a Jan BŘÍZA. *Dějiny Všeobecné fakultní nemocnice v Praze 1790-2010*. 3. vyd. Praha: Všeobecná fakultní nemocnice, c2011. ISBN 978-80-7345-243-8.
43. HOLMEROVÁ, Iva a kol. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita*. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-5923-4.
44. HRABOŠOVÁ, Marie. Sociální problematika na úseku péče o duševně nemocné. In: NOVOTNÁ, Věra. *Sborník vybraných přednášek ze 7. konference a pracovního dne Společnosti sociálních pracovníků: Hradec Králové 27. a 28. 5. 1996*. Praha: JAN, 1997, s. 9-15. ISBN 80-855-2928-9.
45. JANEČKOVÁ, Hana. Sociální práce se starými lidmi. In: MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010, s. 163-190. ISBN 978-80-7367-818-0.
46. JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2150-7.
47. KADUSHIN, Alfred a Daniel HARKNESS. *Supervision in social work*. 5th ed. Columbia University Press, 2014. ISBN 9780231151764.
48. KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
49. KODYMOVÁ, Pavla. *Historie české sociální práce v letech 1918-1948*. V Praze: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2256-9.
50. KOUBOVÁ, Michaela. Novela personální vyhlášky nebude dřív, než se vyřeší platy a vzdělávání zdravotníků. In: *Zdravotnický deník* [online]. Praha: Media Network, 2015 [cit. 2017-06-15]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/08/novela-personalni-vyhlasky-nebude-driv-nez-se-vyresi-platy-a-vzdelavani-zdravotniku/>
51. KRÁTKÁ, Anna a Gabriela ŠILHÁKOVÁ. *Ošetrovatelství v komunitní péči*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2008. ISBN 978-80-7318-726-2.
52. KRÁTKÁ, Anna a Gabriela ŠILHÁKOVÁ. *Ošetrovatelství v komunitní péči*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2008. ISBN 978-80-7318-726-2.
53. Kreditní komise. *Česká asociace sester* [online]. Praha: N/A, c1996-2017 [cit. 2017-06-14]. Dostupné z: <http://www.cnna.cz/prezidium/komise-pri-prezidiu/kreditni-komise>
54. KRIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: Možnosti, které čekají*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2011, 141 s. ISBN 978-80-247-3604-4.
55. KŮNOVÁ, Marta. Význam a možnosti využití supervize v sociální práci v nemocnici. *Florence*. 2005, roč. 1 č. 1, s. 36-37.
56. KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3843-7.
57. KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.
58. *Léčebna pro dlouhodobě nemocné FNKV: O klinice*, [online]. [cit. 2017-07-24]. Dostupné z: <http://www.fnkv.cz/lecebna-pro-dlouhodobem-nemocne-o-klinice.php>
59. *Lůžková péče 2012*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2013. ISBN 978-80-7472-037-6. Dostupné také z: www.uzis.cz/system/files/lupe2012.pdf
60. Malá novela zákon 96. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: KAKTUS Software, spol. s r.o., 2011 [cit. 2016-06-15]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/en/Soubor.ashx?souborID=11188&typ=application/pdf&nazev=Mal%C3%A1%20novela%20z%C3%A1kona%2096.pdf>
61. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
62. MALINKOVÁ, Marie. Akreditovaný kurz zdravotně-sociální pracovník.
MIKULKOVÁ, Jana. *Nabídka vzdělávacích akcí na rok 2016* [online]. N/A. Brno:

- Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2016, s. 80 [cit. 2017-01-18]. ISBN 978-80-7013-581-5. Dostupné z: http://elearning.nconzo.cz/download/nva/NVA_2016.pdf
63. MARKOVÁ, Věra. *Stanovisko výboru Sekce zdravotně sociální ČAS k návrhu vyhlášky MZČR o personálních minimálních požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení: Důvodová zpráva*. Praha, 2007.
 64. MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální služby*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011, 194 s. ISBN 978-80-262-0041-3.
 65. MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8.
 66. MCKEE, Martin a Judith. HEALY. *Hospitals in a changing Europe*. Philadelphia: Open University Press, 2002. ISBN 0-335-20928-9.
 67. Ministerstvo zdravotnictví ČR Vzdělávací program akreditovaného kvalifikačního kurzu Zdravotně-sociální pracovník. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: KAKTUS Software, spol. s r.o., c2007 [cit. 2017-06-26]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/Soubor.ashx?souborID=19838&typ=application/pdf&nazev=P%C5%99%C3%ADloha%20%20-%20AKK%2007%20Zdravotn%C4%9B%20soci%C3%A1ln%C3%AD%20pracovn%C3%ADk.pdf>.
 68. Ministerstvo zdravotnictví pracuje na další fázi reformy zdravotnictví. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: KAKTUS Software, spol. s r.o., 2012 [cit. 2017-06-14]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-pracuje-na-dalsi-fazi-reformy-zdravotnictvi_6143_2501_1.html
 69. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
 70. MLČÁK, Zdeněk. *Profesní kompetence sociálních pracovníků a jejich hodnocení klienty*. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 2005. ISBN 80-7368-129-3.
 71. MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: Učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2011, 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
 72. MOLEK, Jan. *Marketing sociálních služeb*. [online]. Praha: VÚPSV, 2009, 163 s. [cit. 2016-01-18]. ISBN 978-80-7416-026-4. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_290.pdf
 73. MUSIL, Libor a Mirka NEČASOVÁ. *Zvládání nesourodých očekávání a morální orientace sociálních pracovníků*. In: ŠRAJER, Jindřich a Libor MUSIL. *Etické kontexty sociální práce s rodinou*. Brno: Albert, 2008. s. 83 – 105, ISBN 978-80-7326-145-0.
 74. MUSIL, Libor, Pavel BAREŠ a Jana HAVLÍKOVÁ. *Výkon profese sociální práce v systémech sociální ochrany ČR* [online]. Praha, 2011 [cit. 2017-06-08]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/17209/analyza_vykonu_sp.pdf
 75. MUSIL, Libor. Různorodost pojetí, nejasná nabídka a kontrola výkonu „sociální práce“. *Sociální práce* [online]. 2008, **6. roč.** č. 2, 60-79 [cit. 2017-05-04]. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/soubory/2008-2-130102145614.pdf>
 76. Návod na použití českého zdravotnictví v roce 2008. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 2007 [cit. 2016-06-30]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Soubor.ashx?souborID=7819&typ=application/pdf&nazev=BRO_ZURA_MZCR_small.pdf.
 77. NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, c2001. ISBN 80-903070-0-0.
 78. NEČASOVÁ, Mirka. *Úvod do filozofie a etiky v sociální práci*. Brno: Masarykova univerzita, 2001. ISBN 80-210-2673-1.

79. Novela vzdělávacího zákona řeší finančně náročné oblasti vzdělávání a výkonů praxe sester a dalších nelékařských profesí. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: KAKTUS Software, spol. s r.o., 2010 [cit. 2017-06-25]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/novela-vzdelavaciho-zakona-resi-financne-narocne-oblasti-vzdelavani-a-vykonu-praxe-sester-a-dalsich-nelekarskych-profesi_4462_114_1.html
80. Novela vzdělávacího zákona řeší finančně náročné oblasti vzdělávání a výkonů praxe sester a dalších nelékařských profesí. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: KAKTUS Software, spol. s r.o., 2010 [cit. 2017-06-26]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/novela-vzdelavaciho-zakona-resi-financne-narocne-oblasti-vzdelavani-a-vykonu-praxe-sester-a-dalsich-nelekarskych-profesi_4462_114_1.html
81. Oddělení sociální FN Motol: Specializace. In: *FN Motol* [online]. Praha: MEDIA FACTORY, c2012 [cit. 2017-07-06]. Dostupné z: <http://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/spolecna-pracoviste/oddeleni-socialni/specializace/>
82. Plánovaná novela zákona 96/2004 Sb.: Revoluce ve sbírání kreditů!. In: *Ošetřovatelství.info* [online]. 2016 [cit. 2016-06-15]. Dostupné z: <https://www.osetrovatelstvi.info/novela-zakona-962004-sb-revoluce-ve-sbirani-kreditu/>
83. Platy a počty zaměstnanců v sociálních službách v letech 2013 až 2015. In: *Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče v ČR* [online]. Praha: MPSV ČR, 2016 [cit. 2017-06-25]. Dostupné z: <http://osz.cmkos.cz/cz/clanky/14-6-2016-platy-a-pocty-zamestnancu-v-socialnich-sluzbach.aspx>
84. Právní rámec pro hospice. In: *Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče* [online]. Praha: Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče, c2017 [cit. 2017-06-25]. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/pravni-ramec-pro-hospice/>
85. PROŠKOVÁ, Eva. *Právní regulace způsobilosti k výkonu zdravotnických povolání na území České republiky* [online]. Olomouc, 2015 [cit. 2016-05-14]. Dostupné z: http://theses.cz/id/oyzcbf/Disertacni_prace_mgr._Prokov.pdf
86. PRŮŠA, Ladislav. *Model efektivního financování a poskytování dlouhodobé péče* [online]. Praha: VÚPSV, 2011. [cit. 2017-08-18] ISBN 978-80-7416-097-4. [cit. 2017-06-18]. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_340.pdf
87. Reformní kroky ministerstva zdravotnictví v oblasti zdravotního pojištění. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 2007 [cit. 2016-06-30]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Soubor.ashx?souborID=7766&typ=application/vnd.ms-powerpoint&nazev=TK_07_08_10_zdrav_poj_fin_FINALNI.ppt
88. REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6
89. ŘEZNÍČKOVÁ, Lucie. *Česká zdravotní politika po roce 2010 v kontextu Hegerovy reformy zdravotnictví* [online]. Praha, 2015 [cit. 2016-06-29]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/download/120185430>
90. Seznam udělených prodloužených akreditací: aktualizace k 28. 6. 2016. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: KAKTUS Software, spol. s r.o., 2016 [cit. 2017-06-18]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Soubor.ashx?souborID=28127&typ=application/vnd.openxmlformats-officedocument.spreadsheetml.sheet&nazev=Stanoviska_MZ_pro_VS_z_23_9_2016.xlsx
91. Seznam udělených prodloužených akreditací: aktualizace k 28. 6. 2016. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: KAKTUS Software, spol. s r.o., 2016 [cit. 2017-06-18]. c

- http://www.mzcr.cz/Soubor.ashx?souborID=28127&typ=application/vnd.openxmlformats-officedocument.spreadsheetml.sheet&nazev=Stanoviska_MZ_pro_VS_z_23_9_2016.xlsx
92. Seznam zdravotnických zařízení. *Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb: veřejná část* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, c2010-2017 [cit. 2017-07-06]. Dostupné z: <https://eregpublicsecure.ksrzis.cz/Registr/NRPZS/ZdravotnickeZarizeni>
 93. SHAW, Ian a Nick. GOULD. *Qualitative research in social work*. London: Sage, 2001. ISBN 9780761961826.
 94. SKLENÁŘOVÁ, Jitka. Poslání sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních. In: NOVOTNÁ, Věra. *Sborník vybraných přednášek ze 7. konference a pracovního dne Společnosti sociálních pracovníků: Hradec Králové 27. a 28. 5. 1996*. Praha: JAN, 1997, s. 9-15. ISBN 80-855-2928-9.
 95. Stanovisko MZ pro VŠ: aktualizace k 23. 9. 2016. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: KAKTUS Software, spol. s r.o., 2016 [cit. 2016-10-18]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Soubor.ashx?souborID=28127&typ=application/vnd.openxmlformats-officedocument.spreadsheetml.sheet&nazev=Stanoviska_MZ_pro_VS_z_23_9_2016.xlsx
 96. Stanovy České asociace sester, o. s. In: *Česká asociace sester, o. s.* [online]. Praha: N/A, c1996-2017 [cit. 2016-06-19]. Dostupné z: http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/stanovy_2011-e3bcb.pdf.
 97. Stanovy Společnosti sociálních pracovníků ČR, z. S. In: *Společnost sociálních pracovníků ČR* [online]. Praha: N/A, 2016 [cit. 2017-06-26]. Dostupné z: http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/stanovy_ssp_cr_20161.pdf
 98. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1091-4.
 99. Thomayerova nemocnice a Bulovka už nebudou fakultní. In: *Lidovky.cz* [online]. Praha: MAFRA, 2011 [cit. 2017-07-06]. Dostupné z: http://www.lidovky.cz/thomayerova-nemocnice-a-bulovka-uz-nebudou-fakultni-f9q/zpravy-domov.aspx?c=A110822_183833_ln_domov_ogo
 100. TOMEŠ, Igor, Eva DRAGOMIRECKÁ, Katarina SEDLÁROVÁ a Daniela VODÁČKOVÁ. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2941-4.
 101. TOMŠÍ, Ivan. *Platové předpisy pro zaměstnance obcí a jejich příspěvkových organizací*. Olomouc: ANAG, 2008. Práce, mzdy, pojištění. ISBN 978-80-7263-484-2.
 102. TOPINKOVÁ, Eva. *Obrazový atlas chorobných stavů: diferenciální diagnostika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 346 s. ISBN 80-247-1670-4.
 103. TOŠNER, Jiří a Olga SOZANSKÁ. *Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-178-6.
 104. VÁLKOVÁ, Monika a Iva HOLMEROVÁ. Zákon o dlouhodobé péči přinese systémovou změnu poskytování sociálních a zdravotnických služeb. *Sociální práce* [online]. 2011, **11 roč.**, č. 3, s. 38-39 [cit. 2016-07-01]. Dostupné z: http://www.socialniprace.cz/soubory/sp3_2011_web-140320151102.pdf
 105. VAVŘINOVÁ, Tereza. *Analýza zdravotnické reformy ministra Leoše Hegera* [online]. Praha, 2011 [cit. 2016-06-30]. Dostupné z: <https://www.vse.cz/vskp/id/1120742>.
 106. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
 107. VESELÝ, Josef. Zdravotní péče o mládež v Československu. In: *Věstník Ministerstva veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy*. 1927, č. 7, s. 472-492.

108. VESELÝ, Miroslav a Ludmila HLAVÁČKOVÁ. *Fakultní nemocnice v Praze - Motole: Vznik, vývoj a perspektiva*. Praha: Univerzita Karlova, 1988. ISBN 60-033-86.
109. Vládní návrh zákona, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů. In: *Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky* [online]. Praha: Parlamentní listy, 2016 [cit. 2016-09-11]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/doc/00/12/75/00127576.pdf>
110. Vládní návrh zákona o univerzitních nemocnicích a o změně některých zákonů (zákon o univerzitních nemocnicích). In: *Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky* [online]. Praha: Parlamentní listy, 2017 [cit. 2017-05-11]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=7&CT=1054&CT1=0>
111. Všeobecná fakultní nemocnice: O nemocnici. In: *Všeobecná fakultní nemocnice* [online]. Praha: Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, c2012 [cit. 2017-07-24]. Dostupné z: <http://www.vfn.cz/o-nemocnici/o-vseobecne-fakultni-nemocnici-v-praze/>
112. Výroční zpráva 2016 FN Motol. In: *FN Motol* [online]. Praha: Media Factory, 2017 [cit. 2017-07-06]. Dostupné z: http://www.fnmotol.cz/_sys_/FileStorage/download/2/1945/vyrocní_zprava_cz_2017d.pdf
113. Výroční zpráva FNKV: 2014. In: *Fakultní nemocnice Královské Vinohrady* [online]. Praha: Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, 2014 [cit. 2017-07-24]. Dostupné z: http://www.fnkv.cz/soubory/838/vyrocní_zprava_fnkv_2014.pdf
114. Výroční zpráva ÚVN za rok 2016. In: *Ústřední vojenská nemocnice* [online]. Praha: Ústřední vojenská nemocnice, 2017 [cit. 2017-07-30]. Dostupné z: https://www.uvn.cz/index.php?option=com_docman&view=document&alias=1545-vyrocní-zprava-2016&category_slug=vyrocní-zpravy&Itemid=1061&lang=cs
115. Výsledky 98. zasedání LRV dne 19. 4. 2012: Tiskové zprávy. In: *Úřad vlády České republiky* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2012 [cit. 2017-06-25]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/ppov/lrv/tiskove-zpravy/vysledky-98--zasedani-lrv-dne-19--4--2012-94964>
116. WEBER, Pavel. *Minimum z klinické gerontologie: pro lékaře a sestru v ambulanci*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2000, 151 s. ISBN 80-701-3314-7.
117. YODIN, Robert. *Clinical Gerontological Social Work Practice*. New York: Springer Publishing Company, 2014. ISBN 9780826129895.
118. Zdravotní pojišťovny. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: MZČR, 2014 [cit. 2016-06-27]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny_945_839_1.html
119. *Zdravotnický a sociální pracovník v praxi*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2007. ISBN 978-80-87023-04-4.
120. *Zdravotnictví a sociální práce*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2007. ISBN 978-80-87023-03-7.

Seznam ilustrací a tabulek

Obrázek 1 Respondenti dle pracoviště.....	53
Obrázek 2 Vzdělání respondentů	56
Obrázek 3 Absolvování akreditovaného kurzu zdravotně-sociálního pracovníka	57
Obrázek 4 Manažer vs. sociální pracovník	65
Obrázek 5 Účast na vizitách	90
Tabulka 1 Pražské fakultní nemocnice dle počtu lůžek a sociálních pracovníků.....	45
Tabulka 2 Fakultní nemocnice dle počtu lůžek a pacientů v roce 2016	48
Tabulka 3 Počet odpracovaných let v nemocnici	54
Tabulka 4 Respondenti dle přidělených klinik a úvazku	54
Tabulka 5 Vzdělání respondentů	56
Tabulka 6 Odhadovaný počet pacientů seniorského věku za měsíc	57
Tabulka 7 Způsob získávání pacientů do péče sociálních pracovníků	59
Tabulka 8 Cíl práce sociálních pracovníků se seniory	61
Tabulka 9 Role manažera vs. role sociálního pracovníka	64
Tabulka 10 Čas na práci s jedním seniorem	67
Tabulka 11 Činnosti nad rámec kompetencí SP	70
Tabulka 12 Usnadnění práce v organizace	72
Tabulka 13 Co ztěžuje sociálním pracovníkům práci.....	73
Tabulka 14 Největší pracovní stresory	75
Tabulka 15 Hegerova reforma zdravotnictví	78
Tabulka 16 Právní překážky při práci SP	80
Tabulka 17 Legislativa pomáhající SP	83
Tabulka 18 Angažovanost na tvorbě legislativy	84
Tabulka 19 Spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu.....	88
Tabulka 20 Znalost náplň práce sociálních pracovníků.....	92
Tabulka 21 Vyžadování činností mimo kompetence SP	93
Tabulka 22 Systém organizace práce na klinikách	95
Tabulka 23 Očekávání zdravotnického zařízení	98
Tabulka 24 Ocenění práce sociálních pracovníků	99
Tabulka 25 Respekt ze strany vedení nemocnice	101

Seznam zkratek

Aj. – A jiné

Apod. – A podobně

AV ČR – Akademie věd České republiky

Cit. – Citováno

Č. – Číslo

ČAS – Česká asociace sester

ČR – Česká republika

ČSSZ – Česká správa sociálního zabezpečení

ČSÚ – Český statistický úřad

DC – Dílčí cíle

DD – Dětský domov

DIOP – Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče

DS – Domov pro seniory

DZR – Domov pro seniory se zvláštním režimem

FN – Fakultní nemocnice

FNKV – Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

FNM – Fakultní nemocnice Motol

HC – home care, domácí zdravotní péče

HN – Hmotná nouze

KARIM – Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny

LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných

LRV – Legislativní rada vlády

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

Např. – Například

NIP – Následná intenzivní péče

NP – Následná péče

Odd. – Oddělení

OUPD – Oddělení urgentního příjmu dospělých

PS – Pečovatelská služba

Pac. – Pacient

PnP – Příspěvek na péči

RHB – Rehabilitace (lůžková)

S. – Strana

Sb. – Sbírka zákonů

SP – Sociální pracovník

SS – Sociální služba

Tamt. – Tamtéž

Tzv. – Takzvané

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

Vyd. – Vydání

VFN – Všeobecná fakultní nemocnice

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

ZSP – Zdravotně-sociální pracovník

