

Univerzita Karlova  
Fakulta humanitních studií

Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Andrea Fialová

**Činnosti a potenciál sociálních pracovníků v nemocnicích**

*Diplomová práce*

Vedoucí práce: doc. PhDr. Zuzana Havrdová, CSc.

Praha 2018

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval/a samostatně a použil/a jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 27. 6.18

.....  
Andrea Fialová

## **Poděkování**

Děkuji paní doc. PhDr. Zuzaně Havrdové, Csc. za rady, odborné vedení diplomové práce a trpělivost. Také děkuji všem participantům za jejich čas a vstřícnost. Bez nich by tato diplomová práce nikdy nevznikla.

## Seznam zkratk

ČAS	Česká asociace sester
LDN	Lůžka dlouhodobě nemocných
NCONZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
ORP	Obec s rozšířenou působností
OSPOD	Oddělení sociálně právní ochrany dětí
R1, R2, R3 ...	Respondent 1, respondent 2, respondent 3 ...

# Obsah

Abstrakt .....	7
Úvod .....	9
1 Historie zdravotně-sociální práce .....	11
1.1 Počátky a vývoj zdravotně-sociální práce v zahraničí.....	11
1.2 Počátky a vývoj zdravotně-sociální práce v České republice .....	12
2 Sociální práce ve zdravotnictví dnes optikou odborné literatury odborných výzkumů a dalších zdrojů v oboru .....	16
2.1 Sociální práce jako obor vs. subdisciplína zdravotně sociální práce .....	16
2.2 Činnosti a náplň práce sociálních pracovníků ve zdravotnictví .....	20
2.3 Typologie a množství klientů v nemocnicích .....	25
2.4 Vzdělávání sociálních pracovníků v nemocnicích.....	27
2.4.1 Celoživotní učení .....	28
2.4.2 Supervize jako příležitost pro sociální pracovníky.....	29
2.5 Sociální pracovník v nemocnici jako člen multidisciplinárního týmu .....	30
2.6 Prestiž profese sociálního pracovníka .....	31
3 Inspirace ze zahraničí .....	33
3.1 Sociální práce ve zdravotnictví v USA.....	33
3.2 Sociální práce ve zdravotnictví v Německu .....	34
3.3 Sociální práce ve zdravotnictví v Austrálii .....	34
4 Metodologie výzkumu .....	36
4.1 Cíle a výzkumné otázky .....	36
4.2 Metody výzkumu a zpracování dat .....	37
4.3 Postup při sběru dat a výběr participantů.....	38
4.4 Limity výzkumu a sebereflexe výzkumníka .....	40
4.5 Etika výzkumu.....	41
4.6 Informace o participantech .....	41
5 Výsledky.....	43
5.1 Prvotní informace o stavu vzdělání zdravotně sociálních pracovníků .....	43
5.2 Sociální pracovník a nemocniční multidisciplinární tým .....	45
5.2.1 Postavení v organizaci nemocnice a vliv nadřízených.....	45
5.2.2 Přístup vedení k sociálnímu pracovníkovi v nemocnici .....	47
5.2.3 Vnímání sebe sama v multidisciplinárním týmu.....	48
5.2.4 Multidisciplinární spolupráce sociálního pracovníka a zdravotnického týmu .....	49
5.2.5 Účast sociálních pracovníků na vizitách u pacientů/klientů.....	51
5.2.6 Spolupráce s dalšími odborníky mimo nemocnici .....	52

5.2.7	Dílčí závěr k výzkumné otázce č. 2 a č. 6 .....	53
5.3	Činnosti sociálních pracovníků a jejich bariéry.....	54
5.3.1	Ukotvení činností, kompetencí a sociální práce v nemocnicích.....	55
5.3.2	Cíl sociální práce v nemocnici optikou sociálních pracovníků.....	57
5.3.3	Podoba konkrétních činností v nemocnicích.....	59
5.3.4	Bariéry a faktory, které brání rozvinutí potenciálu sociální práce v nemocnici .....	71
5.3.5	Dílčí závěr k výzkumné otázce č. 1, 4 a 7 .....	74
5.4	Znalosti, metody a techniky, které sociální pracovníci využívají v praxi .....	75
5.4.1	Podoba sociální práce v praxi – metody a techniky, které sociální pracovníci reálně využívají .....	75
5.4.2	Přípravenost na praxi ze školy.....	78
5.4.3	Chybějící znalosti, dovednosti a techniky.....	80
5.4.4	Potřeba supervize.....	82
5.4.5	Etická dilemata .....	83
5.4.6	Dílčí závěr k výzkumné podotázce č. 3 a 5.....	84
6	Diskuze.....	86
7	Navrhované změny pro rozvinutí potenciálu .....	91
	Závěr .....	92
	Seznam použité literatury .....	94

## **Abstrakt**

Diplomová práce je zaměřena na zdravotně sociální práci v nemocnicích, která je chápána jako subdisciplína sociální práce. Hlavním cílem diplomové práce je poukázat na to, jaká je podoba současné sociální práce v nemocnicích a jaký je její potenciál. V teoretické části je představen historický kontext zdravotně sociální práce, podoba zdravotně sociální práce v dnešní době v České republice a inspirace ze zahraničí. Ve výzkumné části byl realizován kvalitativní výzkum pomocí rozhovorů se zdravotně sociálními pracovníky nebo sociálními pracovníky působícími ve fakultních, krajských nebo okresních nemocnicích. Cílem výzkumu bylo popsat současnou podobu sociální práce v nemocnici a poukázat na možné nedostatky sociální práce v nemocnicích. Hlavní výsledky výzkumu poukazují na nesourodé vzdělání sociálních pracovníků a na nevyjasněné kompetence sociálních pracovníků v nemocnicích. Největší bariérou v oblasti rozvoje sociální práce se ukázal nedostatek času a nedostatek sociálních pracovníků, nedostatečná návaznost následné péče a sociálních služeb a nepropojenost zdravotního a sociálního rezortu.

**Klíčová slova:** Zdravotně sociální práce, sociální práce v nemocnici, činnosti zdravotně sociálního pracovníka, kvalitativní výzkum, subdisciplína sociální práce

## **Abstract**

This diploma thesis focuses on the medical social work which is known as a subdiscipline of social work. The main goal of this thesis is to show how medical social work looks like these days in a hospitals and what potential does it have. Theoretical part shows historical context of medical social work, nowadays form of medical social work in the Czech Republic and inspiration from abroad. In the research part qualitative research has been realised trough interviews with medical social workers or social workers working in faculty hospitals, regional hospitals or district hospitals. The goal of the research is to describe the current form of social work in the hospitals and to point out possible shortcomings of social work in the hospitals. The main findings of the research points to the inconsistent education and unclear compentecies of social workers in the hospitals. As a biggest barrier in the area of social work development was the lack of time and the lack of social workers, insufficient follow-up care and social services, and the disconnection of the health and social sector.

Keywords: Medical social work, social work in the hospital, activities of medical social worker, qualitative research, social work specialization



## Úvod

V současném pojetí medicíny je obsažena holistická péče o pacienta, která zahrnuje také pomoc v oblasti řešení sociálních otázek pacientů. Tento druh pomoci ve spolupráci s multidisciplinárním týmem v nemocnici u nás často vykonává tzv. zdravotně sociální pracovník. Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách a zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování od sebe odděluje péči zdravotní a péči sociální. Zdravotně sociální pracovník však stojí někde uprostřed, což se ukazuje i v legislativě. Mezi odborníky ve zdravotnictví se vedou diskuze, kdo by měl sociální práci v nemocnicích nejlépe vykonávat. Nejčastější variantou nejsou jen sociální pracovníci, ale také všeobecné sestry. U každého z těchto pojetí existují jistá omezení. Sociální pracovníci, jak vím z vlastní zkušenosti, bývají po nástupu do nemocnice zaskočeni z požadavků na rozsáhlé znalosti a dovednosti nejen ze sociální práce, ale i z oblasti ošetrovatelství. Sociální pracovníci v nemocnicích pracují s širokým spektrem cílových skupin klientů od dětí až po seniory, což na ně klade velké nároky v oblasti znalostí a dovedností. Všeobecné sestry vykonávající sociální práci mají sice lepší znalosti o ošetrovatelství, avšak zase jim chybí znalosti v sociální práci, znalosti legislativy a dovednosti komunikace. Ačkoliv je s touto pozicí spojeno mnoho nejasností, o práci zdravotně sociálních pracovníků existuje překvapivě málo literatury a výzkumů. Dle některých sociálních pracovníků chybí zastřešující organizace, která by pomohla hájit prestiž profese a vyjasňovat postavení sociálních pracovníků v nemocnicích.

Vzhledem k tomu, že sama pracuji jako sociální pracovník ve všeobecné nemocnici, a s výše uvedenými nejasnostmi se potýkám, rozhodla jsem se ve své diplomové práci zjistit, jaké zkušenosti mají zdravotně sociální pracovníci v jiných nemocnicích, jaké bariéry a potenciál ve své profesi vidí.

Cílem této diplomové práce je představit, jaká je podoba sociální práce v nemocnicích očima samotných sociálních pracovníků<sup>1</sup> a jaký je potenciál sociální práce v nemocnicích očima sociálních pracovníků.

V první části jsou zpracovány nejdůležitější oblasti, teoretické základy k tématu. Vzhledem k tomu, že v ČR má zdravotně sociální práce poměrně bohatou historii, věnujeme se historickým souvislostem zdravotně sociální práce v ČR i ve světě. Následuje kapitola, která

---

<sup>1</sup> Pokud není v práci vysloveně uvedeno rozdělení, tak pojem sociální pracovník je používán jak pro zdravotně sociální pracovníky, tak pro sociální pracovníky působící v nemocnicích.

představuje současnou podobu sociální práce ve zdravotnictví. V poslední kapitole teoretické části představujeme realizaci zdravotně sociální práce v zahraničí, a to zejména kvůli možné inspiraci ve vztahu k české sociální práci. Ve druhé části je představen výzkum věnující se postavení sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu, činnostem sociálních pracovníků, bariérám a potenciálu sociální práce a znalostem, metodám a technikám, které sociální pracovníci využívají v praxi.

# 1 Historie zdravotně-sociální práce

Jako každá profese má sociální práce i zdravotně sociální práce svou historii v zahraničí i České republice. Považujeme za důležité se o historii v práci alespoň krátce zmínit, protože má vliv na současnou podobu zdravotně-sociální práce. Základním cílem kapitoly je ukázat, v jakém období se zdravotně-sociální práce objevila v zahraničí a v České republice poprvé, jaké to mělo souvislosti a proč měla tendenci se odlišovat od oboru sociální práce.

## 1.1 Počátky a vývoj zdravotně-sociální práce v zahraničí

Na vznik pomáhajících profesí měla vliv zejména měnící se společnost, rozpad tradičních vazeb a oslabující úloha rodiny. Tyto aspekty vedly k tomu, že bylo potřeba začít lidem poskytovat pomoc a péči, která ale stojí na profesionálním základě (Brnula, 2013, str. 21). Kolébkou současného pojetí sociální práce v 19. století se stala Velká Británie a Spojené státy americké. K tomu přispělo zejména založení Charity Organisation Society v roce 1869 v Londýně a stanovení definice sociální případové práce, zdůrazňující, že je potřeba pro řešení problémů poznat sociální okolí člověka. Dalším zlomovým bodem bylo vydání praktického manuálu pro případovou práci s klienty od Mary Richmondové (Brnula, 2013, str. 56-58, 61). Případová práce se rozvíjela v blízkém kontaktu se zdravotnictvím a zdravotnictvím se inspirovala. Na formování případové práce měli vliv Jane Addamsová a Richard C. Cabot, kteří se zasloužili o kontrolu a prevenci šíření syfilis a TBC v USA (Kuzníková, 2011, str. 14).

Vývoj sociální práce ve zdravotnictví je úzce spojen se sociálním lékařstvím. (Healyová in Brnula, 2013, str. 62). Pojem sociální lékařství se objevil poprvé v 19. století a počátkem 20. století byl ustanoven vědním oborem (Čeledová, Holčík a kol., 2017, str. 29-30). Vznik sociálního lékařství je spojen s potřebou mezioborové disciplíny, která se zaměřuje na různé determinanty zdraví. Toto pojetí vyjadřovalo, že člověk není pouze souhrn orgánů, ale platný člen společnosti se svým sociálním zázemím, pracovní historií, životními zkušenostmi, právy a hodnotami (Holčík, 2016, str. 229-230). Zdravotní sestry a lékaři se snažili orientovat na pomoc pacientům zahrnující zaměření se na jeho sociální prostředí. Tak vznikl medicínský model sociální práce. Tento úzký vztah mezi sociální prací a zdravotnictvím byl založen na vzájemném respektu a úzké spolupráci (Levická, 2012 str. 179). Sociální pracovníci v nemocnicích se v této době nezajímali pouze o pobyt pacienta v nemocnici, ale i o práci s rodinou nebo o kontakty se společností (Rehr, Rosenberg, 2006). Tento přístup vedl k tomu, že nemocnice začaly vnímat nutnost přítomnosti sociálního pracovníka v týmu,

protože zdravotničtí pracovníci již na řešení sociálních problémů pacientů nestačili (Levander, Holloway in Levická, 2012, str. 180),

V roce 1905 vznikla v Bostonské všeobecné nemocnici v USA první skupina tzv. zdravotně-sociálních pracovníků. Tuto první sociální práci v nemocnicích vykonávaly zdravotní sestry, které se zaměřovaly na psychické a sociální podmínky stavu pacienta a jejich vlivů na zdraví. V nemocnicích byla využívána zejména případová sociální práce (Matoušek a kol., 2001, str. 101-102). Zde je jasně patrný dobový vliv oboru sociální práce na formování subdisciplíny zdravotně-sociální práce. Zdravotně-sociální pracovníce se také zabývaly edukací pacientů, ale i veřejnosti o faktorech prostředí, které mohou mít vliv na zdraví. Sociální pracovníci, ale i další zdravotničtí pracovníci se snažili o propojení institucí, osob a prostředí (Dziegielewski, 2004, str. 50-51).

Další nemocnice, která reagovala na potřeby pacientů, byla Nemocnice Johns Hopkins v Massachusetts, která zaměstnala sociální pracovníci Helen B. Pendleton. Následně reagovaly další nemocnice v USA. Tyto první sociální pracovníce ve zdravotnictví se zasloužily zejména o zdůraznění potřeby sociální práce ve zdravotnictví a podpořily start rozvoje této subdisciplíny (Dziegielewski, 2004, str. 51).

Ve Velké Británii se první profesionální zdravotně-sociální práce začínala objevovat ještě o něco dříve než v USA, a to od roku 1895. Zdravotně-sociální pracovníce byly známé pod názvem „Lady Almoners“. První „Lady Almoner“ byla Mary Stewart, která působila v Royal Free Hospital v Londýně. Profese byla přejmenována na lékařskou sociální pracovníci až v 60. letech (Burnham, 2016). Sociální pracovníce ve zdravotnictví měly také potřebu se začít sdružovat v různých organizacích a asociacích, které by jim pomohly s prosazováním a definováním profese. V USA může být příkladem v roce 1918 vznik American Association of Hospital Social Workers (AAHSW) (Cowles, 2003, str. 7) a ve Velké Británii v roce 1945 vznik Institute of Almoners, později Insitute of Medical Social Workers (Burnham, 2016).

## **1.2 Počátky a vývoj zdravotně-sociální práce v České republice**

V Českých zemích se podobně jako v celé Evropě v neuvědomělé formě spojuje sociální práce s křesťanstvím a zejména s hodnotou lásky a pomoci k bližnímu, proto první organizovanou sociální pomoc poskytovaly kláštery, a to zejména osobám se zdravotním postižením (Levická, 1999, str. 16). První nemocnice byla založena v roce 1484, tzv. Městský

špitál v Menším městě Pražském. V tomto špitále se starali o staré a nemocné jedince, ale také o sirotky (Matoušek a kol., 2001, str. 11). Z této charitativní a dobrovolné práce se ve 20. století stává etablovaná vědní disciplína, která má svůj etický kodex, metodiku, formální způsob výuky a je silně napojená na státní správu (Kuzníková, 2011, str. 14), zároveň, stejně jako ve světě, se začíná profesionální sociální práce promítat i do subdisciplíny zdravotně-sociální práce.

Ve větší míře se sociální práce ve spojení s ošetřovatelstvím začala rozvíjet po první světové válce. Do první světové války vykonávaly sociálně zdravotní péči většinou nekvalifikovaní dobrovolníci (Prošková, 2015, str. 174). První světová válka přinesla mnoho zraněných válečných veteránů, vdov a sirotek, což vyvolalo zvýšenou potřebu sociální práce. Na pomezí zdravotně sociální práce se v této době řešily zejména problémy alkoholismu, infekčních chorob, pohlavních chorob, TBC a péče o těhotné ženy (Oláh, Schavel, Ondrušová, 2008, str. 43). Zároveň se také zvyšovala potřebnost sociálních pracovníků v psychiatrii, a to zejména kvůli řešení válečných neuróz (Kuzníková, 2011, str. 15). V poválečném období se také stávají sociální pracovnice spojkou mezi světem pacienta a světem lékaře. Jejich náplní práce v této době bylo zejména sestavovat sociální anamnézy a zaznamenávat soukromý a pracovní život pacienta (Kodymová, 2015, str. 182). V roce 1918 byl na základě výnosu ministerstva vnitra zřízen kurz pro ošetřovatelky, které se chtěly věnovat zdravotně sociální práci. V této době také vykonávaly sociální práci zdravotní sestry, které tuto práci kombinovaly s ošetřovatelstvím. Přes den pracovaly v ambulanci, což obnášelo přípravu materiálu a léků, vedení dokumentace a statistik a večer vykonávaly zdravotně sociální návštěvy zejména v domovech dětí a poskytovaly rady ohledně péče o děti. V této době se sociální pracovnice nazývají „sociálními sestrami“ a jejich příprava má silný ošetřovatelský akcent (Prošková, 2015, str. 175). Pojem „sociální sestra“ nebo „zdravotně sociální sestra“, ač je dle současné legislativy nesprávný a tato pozice se nazývá zdravotně sociálním pracovníkem (Zákon č. 96/2004 Sb.), se užívá i nadále, a to i na oficiálních stránkách nemocnic (např. Hornická nemocnice s poliklinikou Bílina, Nemocnice Šternberk, Nemocnice Třebíč apod.).

O propojení ošetřovatelství a sociální práce se ve 20. letech minulého století zasloužila také Alice Masaryková. To můžeme ukázat na příkladu otevření Vyšší sociální školy, na kterém se podílela. Studium na této škole mělo vícestupňovou strukturu. První stupeň byl ošetřovatelský kurz, protože sociální pracovnice v této době se měla také umět zapojit do sesterské práce. Dalším stupněm byl sociologický kurz. Poté byly sociální pracovnice připraveny na praxi (Kutnohorská, 2010, str. 78-79). Dle Stodoly bylo v této době povolání sociální pracovnice ve

zdravotnictví „neznámé, ale potřebné, bez kterého se nedá v dobré poradně obejít“ (Stodola, 1927, str. 303). Dalším příkladem realizace sociální práce ve zdravotnictví může být založení sociální služby v nemocnici na Vinohradech v roce 1938. Sociální pracovnice vykonávaly zejména převádění pacientů do následné péče, vyjednávání nemocenské podpory, zajištění financí, ubytování, úhrady léků, návrhy na odebrání dítěte a spolupracovaly s různými úřady. Zároveň také vedly odborné praxe pro studentky (Kodymová, 2015, str. 115). Dle Kodymové byl v této době vztah mezi zdravotním personálem, zejména lékaři a sociálními pracovnicemi, dobře akceptován (Kodymová, 2015, 42-43).

Zajímavé je, že ač po druhé světové válce byla zdravotně sociální práce realizována, problematické bylo její legislativní ukotvení. V roce 1947 vznikl zákon o poradenské péči, který se zabýval ochranou zdraví a bezplatnou poradenskou zdravotní péčí. Ač se v tomto zákoně hovoří o dobrovolných organizacích zdravotně sociální péče, o profesi sociálního pracovníka ani zdravotně sociálního pracovníka se zde nehovoří. Je zde zmíněn pouze lékař a jiné odborně školené síly (Zákon č. 49/1947 Sb.). Dle Proškové však v roce 1948 kvůli nedostatku personálu zaměřujícího se na sociální péči vzniká profese pomocné zdravotně sociální pracovnice, která je absolventkou půlročního kurzu ministerstva zdravotnictví. Tato pracovnice vykonávala svou činnost poté v poradnách ústavů národního zdraví (Prošková, 2015, str. 177).

Zlomový bod v zdravotně-sociální práci nastal v roce 1948, kdy se moci v Československu ujali komunisté. Toto období vedlo k domácímu zdecimování sociální práce. Převládalo přesvědčení, že neexistují sociální problémy, proto není sociální práce potřebná (Brnula, 2013, str. 120-122). Ošetřovatelství na tom bylo podobně. Dle Kutnohorské se zdravotní sestry dostaly do mezinárodní izolace a byly vyloučeny z Mezinárodní rady sester (Kutnohorská, 2010, str. 106). V oblasti zdravotnictví se sociální pracovnice začaly soustředit zejména na pracovní a léčebnou rehabilitaci a výběr vhodných pracovních míst pro občany. Stále tuto práci vykonávaly převážně dětské a ženské sestry, které měly pomaturitní kurz „sestra pro sociální službu“. Také byl zaveden obor zdravotně-sociální pracovník, který se vyučoval na středních školách (Špiláčková, 2016, str. 49-50). Legislativní úpravu povolání „sestry pro sociální službu“ najdeme ve vyhlášce č. 44/1966 Sb. (vyhláška č. 44/1966 Sb.). Poslední legislativní ukotvení pozice „zdravotní sestra se specializací v úseku práce sociální služba“ upravuje směrnice 10/1986 Sb. (Směrnice 10/1986 Sb.). K znovuoobnovování sociální práce došlo částečně jen v roce 1968 v souvislosti s Pražským jarem. V oblasti sociální práce jako oboru byla vytvořena nová koncepce sociální politiky a bylo založeno ministerstvo práce

a sociálních věcí (Kuzníková, 2011, str. 15-16). V šedesátých letech se také projevíly snahy propojit sociální práci a zdravotnictví, a to například tím, že Společnost sociálních pracovníků se stává sekci České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyněho (Matoušek a kol., 2001, str. 145).

Rozvoj zdravotně sociální práce začínal znovu až po roce 1989, kdy se do popředí dostávaly snahy o to sociální práci profesionalizovat. Tuto snahu podpořil zejména vznik minimálních standardů ve vzdělávání v sociální práci (Kuzníková, 2011, str. 17). Pro zdravotně sociální práci byl průlomový zejména rok 2004, kdy byl zdravotně sociální pracovník legislativně zařazen do nelékařských zdravotnických povolání (Zákon č. 96/2004 Sb.).

## **2 Sociální práce ve zdravotnictví dnes optikou odborné literatury odborných výzkumů a dalších zdrojů v oboru**

V této kapitole se budeme věnovat tomu, jak vypadá sociální práce ve zdravotnictví dnes. Kapitola je zaměřena zejména na rozdíly mezi sociální prací jako oborem a subdisciplínou zdravotně-sociální práce, na konkrétní činnosti sociálního pracovníka v nemocnicích, na vzdělávání v oblasti zdravotně-sociální a na sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu. Tyto okruhy považujeme za důležité, protože se jim věnujeme dále též v praktické části práce.

### **2.1 Sociální práce jako obor vs. subdisciplína zdravotně sociální práce**

Nejprve je potřeba se zaměřit na to, jak je vymezena sociální práce jako obor a co má společného a nemá společného se subdisciplínou zdravotně-sociální práce. Zdravotně sociální práce je v literatuře nazývána různými termíny. Kutnohorská, Cichá a Goldman ji charakterizují jako odbornou činnost v oblasti sociální práce, která je realizována ve zdravotnictví (Kutnohorská, Cichá, Goldman, 2011, str. 69). V zahraniční literatuře je zdravotně sociální práce nejčastěji označována jako disciplína nebo subdisciplína sociální práce (např. Pauls, 2004, str. 32, Morales, Sheafor, Scott, 2011). Protože výraz subdisciplína sociální práce považujeme za nejstručnější a nejvíce vystihující, bude používán v celé práci. Sociální práci jako obor a profesi se pokusilo vymezit již mnoho odborníků. Základním problémem je, že i nadále přetrvávají nejasnosti, které se týkají povahy, účelu i kompetencí samotné sociální práce (Navrátil, 2001, str. 11), což může mít vliv na vymezení disciplín sociální práce. Dle Navrátila je cílem sociální práce „podpora sociálního fungování klienta v situaci, kde je taková potřeba buď skupinově, nebo individuálně vnímána a vyjádřena“ (Navrátil, 2001, str. 11). Sociální práce se dle Musila (2004) odlišuje od ostatních profesí zejména komplexností, zaměřeností na interakce mezi klienty s jejich sociálním prostředím, a permanentním balancováním mezi pomocí a kontrolou. Musil zdůrazňuje zejména komplexnost, protože žádný jiný obor se nedívá na klienta takto celostně (Musil, 2004).

Sociální práce jako obor má svou systematickou teoretickou základnu a vzdělávání, profesní autoritu, etický kodex, kompetence, asociace a profesní svazy. Nyní se zaměříme na to, v čem najdeme shody se subdisciplínou zdravotně-sociální práce a v čem nikoliv.

V oblasti teoretických základů a vzdělávání vymezuje Asociace vzdělavatelů v sociální práci tzv. Minimální standardy vzdělávání v sociální práci pro vyšší odborné školy a vysoké školy,



kteře se průběžně aktualizují a zahrnují dvanáct okruhů (Minimální standard vzdělávání v sociální práci ASVSP, 2017). Sociální pracovníci by tedy měli mít podobnou teoretickou výbavu a obsah studia. Vzdělání sociálního pracovníka také upravuje zákon o sociálních službách 108/2006 Sb.. Vzdělání zdravotně-sociálního pracovníka upravuje zvláštní právní předpis, kde tuto činnost může vykonávat také všeobecná sestra, která prošla specializačním studiem v oboru zdravotně-sociální péče (Zákon č. 96/2004 Sb.). Tím dochází k určité odlišnosti, protože tuto pozici v nemocnici může po absolvování akreditovaného kurzu vykonávat i jiný odborník, než je vystudovaný sociální pracovník, tudíž také teoretická základna může být odlišná od sociálního pracovníka pracujícího jinde. Zároveň také v nemocnicích pracují jak sociální pracovníci, tak i zdravotně-sociální pracovníci, u kterých jsou navíc odlišně stanovené vykonávané činnosti (Vyhláška 55/2011 Sb.). Dá se tedy říci, že díky zákonu 96/2004 Sb. vznikla disciplína zdravotně sociální práce, která není jen subdisciplínou sociální práce, ale je vymezena na základě požadavků na vzdělávání samostatně (Zákon č. 96/2004 Sb.).

Velkým tématem pro sociální práci i sociální práci ve zdravotnictví je etika a etické kodexy. V oboru sociální práce existují zejména dva důležité etické kodexy, a to Mezinárodní etický kodex sociální práce, který byl přijat v roce 2004 v Adelaide v Austrálii (Nečasová, 2004, str. 30-31), a poté Etický kodex sociálního pracovníka v ČR, který se zaměřuje na oblasti pravidel chování sociálního pracovníka, a to ve vztahu ke klientovi, k zaměstnavateli, ke kolegům a ke společnosti (Etický kodex sociálních pracovníků, 2004). Sociální pracovník ve zdravotnictví se těmito kodexy řídí, zároveň ale musí znát také etiku zdravotnické práce, což jsou etické problémy týkající se léčebné a preventivní péče (Kutnohorská, Cichá, Goldman, 2011, str. 79). Etika zdravotně sociální práce primárně vychází z etiky sociální práce a má k ní blíže než k etice zdravotnické. Kodex specializující se na zdravotně-sociální práci totiž ještě nebyl stanoven. Sociální pracovník by kromě kodexů v oblasti sociální práce měl znát především také ICN Code for Nurses a další zdravotnické kodexy (Kutnohorská, Cichá Goldman, 2011, str. 82-83). To nám říká, že na sociální pracovníky ve zdravotnictví je v této oblasti kladen požadavek na znalost kodexů z obou rezortů, zatímco sociálnímu pracovníkovi pracujícímu v sociálních službách postačí znalost kodexů týkající se sociální práce a případně okrajová znalost zdravotních kodexů.

Oblast kompetencí je v sociální práci jako oboru poměrně složitá. Pojetí kompetencí v sociální práci vychází většinou z popisu pracovních činností nebo ze způsobu pracovního chování. Kompetence vyjadřují schopnost jedince dobře, přesně a rychle reagovat (Mlčák,

Slíva, 2005, str. 305). Kompetenčních modelů existuje několik. V České republice patří k těm nejznámějším modelům model Havrdové (1999), který využívá mnoho vysokých škol v ČR při realizaci odborné praxe. Dle tohoto modelu by měl sociální pracovník umět rozvíjet účinnou komunikaci, orientovat se a plánovat postup, podporovat a pomáhat klientovi k soběstačnosti, zasahovat a poskytovat služby, přispívat k práci organizace a odborně růst (dále označován jako model č.1) (Havrdová, 1999, str. 45-46). Pravděpodobně nejznámější model v subdisciplíně zdravotně-sociální práce stanovuje Kutnohorská, Cichá a Goldmann (Kutnohorská, Cichá, Goldman, 2011, str. 72-75). Jedná se o kompetence nazvané autory profesně oborové, sociálně-anamnestické a diagnostické, poradenské a konzultační, výchovné, rozhodovací, organizační, metodické, jazykové, komunikativní a etické a osobnostně-kultivující (dále označován jako model č. 2) (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011, str. 72-75). Protože se jedná o nejznámější modely, pokusím se srovnat, v čem se podobají a v čem se liší. Vzhledem k délce práce budou vybrány a srovnány jenom některé aspekty. Kompetence od Havrdové jsou mnohem podrobněji propracované a ke každé kompetenci jsou uvedena kritéria, která přibližují lépe charakteristiku kompetencí. Kutnohorská, Cichá a Goldman kompetence sociálního pracovníka ve zdravotnictví uvádí jako jednu z kapitol v knize, která je zaměřená na etiku, a jedná se spíše o výčet, co by měl sociální pracovník umět a znát, případně dodržovat. V čem se oba modely shodnou je to, že komunikace je základem pro sociální práci obecně i pro sociální práci ve zdravotnictví. Model č. 1 se věnuje celému procesu komunikace od navázání kontaktu přes přizpůsobení komunikaci věku, individualitě a podmínkám, poskytování přiměřeného prostoru pro vyjasnění a vyjádření názorů a cílů klientů, motivaci pro překonávání překážek v dosahování vlastních hodnot a cílů klientů až po udržení pracovního vztahu s klientem a jeho okolím v procesu změny a získávání a poskytování zpětné vazby. Model č. 2 se v oblasti komunikace věnuje spíše potřebě umění naslouchat, méně mluvit a více nechat mluvit klienta a zdůrazňují, že alfou omegou sociální práce ve zdravotnictví je správná diagnostika a nalezení efektivní strategie, které z ní vycházejí. Také zdůrazňují, že sociální pracovník ve zdravotnictví by měl umět poskytnout klientovi sociální oporu. Zmiňují, že sociální pracovník ve zdravotnictví by se měl kultivovaně vyjadřovat v českém jazyce a zároveň umět alespoň jeden cizí jazyk. V oblasti orientace a plánování postupu se oba modely shodují v tom, že je potřeba získávat přehled o potřebách klientů a společně s klienty naplánovat postup péče. Co však model č. 1 zdůrazňuje, a modelu č. 2 téměř chybí, je orientování se v možnostech klientů, ale také jejich rodin ve vazbě na okolí a zapojení rodiny do procesu plánování péče. To znamená, že je nutné se zaměřit i na vypracování rodinné zakázky, poznání vztahů mezi členy rodiny, jejich

motivy, očekávání, cíle, což může být pro dlouhodobě hospitalizované klienty při plánování další péče po propuštění velmi důležité. Oba modely se shodují také na tom, že je potřeba přispívat k práci organizace, model č. 2 však spíše zdůrazňuje, že je potřeba spolupracovat se zdravotnickými pracovníky a sociálními pracovníky a mít schopnost týmové práce. Model č. 1 se této problematice věnuje komplexněji od porozumění struktury organizace a jejím cílům, přes nutnost jednat v souladu s právy klientů, pravidly organizace a etikou sociální práce, umět charakterizovat tým a identifikovat své místo v něm, po oblast vytváření podmínek pro získávání zpětné vazby o chodu organizace a o vlastní práci od klientů a kolegů.

Oba modely se shodnou v tom, že je potřeba odborně růst, a to jak v oblasti sledování a dodržování legislativy, tak v oblasti rozvíjení odborných znalostí a dovedností i v oblasti sebereflexe. Model č. 1 zdůrazňuje, že je důležité umět identifikovat předsudky u sebe a druhých a pomáhat je překonávat. Model č. 2 říká, že důležitou kompetencí pro sociální pracovníky v nemocnicích je zejména být schopen poskytnout sociálně-právní poradenství ve vztahu k onemocnění nebo jeho následkům, dále také zmiňuje důležitost depistážní činnosti v nemocnici a schopnost navrhování nových standardů zdravotně-sociální péče. Důležitou kompetencí, kterou zmiňuje Havrdová, je kompetence podporovat a pomáhat k soběstačnosti. Sociální pracovník by měl umět poskytnout emoční podporu, umět rozeznat přednosti a silné stránky klientů, umět objasnit lidem jejich práva a způsoby jejich uplatnění, pomáhat účasti klientů na rozhodování a přejímání odpovědnosti. Domnívám se, že model od Havrdové by byl velmi dobře aplikovatelný na praxi sociálních pracovníků v nemocnicích.

Sociální pracovníci v ČR se sdružují v různých organizacích, mezi které patří například Profesionální komora sociálních pracovníků, Společnost sociálních pracovníků ČR a Profesionální svaz sociálních pracovníků v sociálních službách (Elichová, 2017, str. 35). V prvních dvou zmíněných jsou členy i někteří sociální pracovníci ve zdravotnictví, ale ani jedna nemá specializovanou sekci zaměřenou na zdravotnictví (E-mailová komunikace s PKSP a SSP ČR), poslední sdružuje pouze pracovníky v sociálních službách. Sociální pracovníky ve zdravotnictví sdružuje Česká asociace sester v sekci zdravotně-sociální. Tato asociace je však primárně určena pro zdravotní sestry a členství v ní není povinné. V roce 2017 měla ČAS 91 členů z řad sociálních pracovníků, což pokud srovnáme s rokem 2006, kdy bylo členem 472 sociálních pracovníků, vidíme, že zájem o členství klesá (ČAS, 2018). Tudíž můžeme říci, že sociální práce jako obor v oblasti sdružování se v různých asociacích a profesních svazích se

v určitém bodě protíná se subdisciplínou zdravotně-sociální práce, zároveň sociální pracovníci ve zdravotnictví mají potřebu se sdružovat samostatně v České asociaci sester.

Rozdíl mezi zdravotně sociální prací a sociální prací v sociálních službách je také ve financování. Sociální služby jsou financované ze státního rozpočtu prostřednictvím dotací. Tyto dotace přiděluje Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR a rozděluje je kraj. Dalším zdrojem jsou příspěvky na péči, dotace od obcí, úhrady klientů a dotace z fondů EU. Některé sociální služby dostávají finance i z prostředků zdravotního pojištění (například domovy pro seniory), avšak tato částka není tak vysoká jako v rezortu zdravotnictví (MPVS, 2015, str. 9). Zdravotnictví je naopak financováno především z veřejného zdravotního pojištění, které je doplněné v menší míře soukromými zdroji (například dary občanů, platby občanů apod.) (Krebs, 2010, str. 360-361). Činnosti zdravotně sociálního pracovníka však nejsou zahrnuty v úhradové vyhlášce. V úhradové vyhlášce sice najdeme výkon sociálního šetření a objektivní anamnézy v pacientově prostředí. Tento výkon je však zařazen do odbornosti psychiatrie a klinické psychologie (MZČR, 2018). Proto si nemocnice musí vymezit část finančních prostředků, které použijí na úhradu zdravotně sociálního pracovníka.

## **2.2 Činnosti a náplň práce sociálních pracovníků ve zdravotnictví**

Protože jedním z hlavních témat této práce jsou činnosti, které sociální pracovníci v nemocnicích vykonávají, budeme se v této kapitole snažit nastínit, co všechno sociální pracovníci v nemocnici dělají a kde jsou v jejich činnostech otazníky či nejasnosti. V první řadě je potřeba zmínit, že v nemocnici jsou zaměstnáváni sociální pracovníci a zdravotně-sociální pracovníci a již zde existuje rozpor. Dle vyhlášky 55/2011 Sb. by se totiž jejich činnosti a náplň práce měla odlišovat. Protože praktická část práce obsahuje ve svém vzorku jak zdravotně-sociální pracovnice, tak sociální pracovnice, považují za důležité se zmínit o odlišnostech daných vyhláškou. Dle této vyhlášky by měl sociální pracovník, tedy absolvent studijního oboru sociální práce, vykonávat tyto činnosti:

- Posouzení životní situace pacienta
- Sociálně-právní poradenství
- Sociální opatření a psychosociální intervenci do života pacienta

Naproti tomu zdravotně-sociální pracovník, který absolvoval akreditovaný kurz při NCO NZO či má i zdravotnické vzdělání například na střední zdravotnické škole, má dle této vyhlášky kompetence větší, a kromě výše uvedeného vykonává také:

- Sociální prevenci, depistážní činnost zaměřenou na cílené a včasné vyhledávání jedinců v nemocnici, kteří se v důsledku své nemoci mohou ocitnout v nepříznivé sociální situaci
- Sociální šetření u pacientů a posouzení životní situace ve vztahu k onemocnění, podle potřeby také objektivizuje rozbor sociální situace návštěvní službou v rodinách a následně sestavuje plán psychosociální intervence
- Zajišťuje sociálně-právní poradenství a napomáhá integraci pacientů
- Podílí se na přípravě rekondičních pobytů
- Podílí se na přípravě propuštění pacientů, včetně zajištění sociálních služeb a další péče
- V případě úmrtí zajišťuje odborné poradenství v sociální oblasti, případně u osamělých pacientů zajišťuje náležitosti spojené s úmrtím

(Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků)

Již v této oblasti se nabízejí dvě otázky, a to, zda skutečně jsou tyto činnosti v nemocnicích zdravotně-sociálními pracovníky vykonávány a zda je striktně dodržováno to, že sociální pracovník, který nemá kompetence tak velké jako zdravotně-sociální pracovník, vykonává pouze to, co mu povoluje vyhláška?

Pokud se zaměříme na různé definice sociální práce ve zdravotnictví, tak zjistíme, že základním cílem činností by měly být zejména intervence, které pomáhají odstranit nebo zmírnit negativní důsledky způsobené nemocí, úmrtím, patologickými jevy atd., a to v případě, kdy tyto důsledky není schopen odstranit klient nebo jeho rodina samostatně (např. Kuzníková, 2011, str. 47, ČAS 2008, str. 1, Šándorová, 2011, str. 402).

Činnostmi sociálních pracovníků v nemocnicích se zabývala např. Česká asociace sester, která sdružuje sociální pracovníky ve zdravotnictví. ČAS vydala pracovní postup procesu sociální práce ve zdravotnických zařízeních, kde do okruhů činností sociálního pracovníka zařazuje sociálně správní činnost, sociálně právní poradenství, sociální diagnostiku, sociální prevenci a sociálně-právní ochranu, sociální intervenci a sociální koncepci (ČAS, 2008).

Konkrétněji se činností sociálního pracovníka věnuje Mojtoová (2008), která rozděluje náplň práce do třech okruhů, a to na aktivní kontakt s klientem, spolupráci s jinými subjekty a vztah k sobě samému, a ty dále vymezuje (viz tab. 1). Tento popis považuji za nejpodrobnější, proto pro představu uvádím dle jejího pojetí činnosti níže v tabulce.

Tabulka č. 1 – Činnosti sociálního pracovníka ve zdravotnictví dle Mojtoové

<b>Kontakt s klientem</b>	<b>Spolupráce se subjekty</b>	<b>Vztah k sobě samému a profesi</b>
Vyhledávání nemocných	Spolupráce s lékaři	Vedení dokumentace
Navrhování sociálních opatření	Spolupráce se státní správou, samosprávou, orgány sociálního zabezpečení, školami, zaměstnavateli	Podílení se na dalším vzdělávání
Poskytování poradenství	Spolupráce se sociálními službami a orgány v trestním řízení	Podílení se na výzkumné činnosti
Zástup klienta na úřadech	Spolupráce s nestátními subjekty	Vykonávání zdravotně-sociální osvětové činnosti
Pomoc klientovi s řešením problémů	Spolupráce s jinými zdr. zařízeními	Prosazování významu a poslání sociální práce
Kontakt s rodinou klienta	Spolupráce se zdravotnickým týmem	Zprostředkovávání informací o změnách v legislativě spolupracovníkům a klientům

(Mojtoová, 2008, str. 22-23).

Zároveň také dle Judd a Sheffieldové by se sociální pracovníci ve zdravotnictví měli zaměřovat kromě plánování propuštění klienta a přímé praktické aktivity, jako je poradenství nebo krizová intervence, také na bioetické otázky a podílení se na projektech (Judd, Scheffield, 2010, str. 860).

Cílem této práce je ale především zjistit, co konkrétně sociální pracovník dělá pro to, aby zlepšil sociální situaci klienta? Co se skutečně v praxi skrývá za pojmem sociální intervence a zlepšení sociální situace pacienta? Dělá i něco navíc, co není stanoveno ve vyhlášce? Skutečně v praxi vykonává vše to, co nám říká odborná literatura?

Dle komunitních plánů různých obcí také můžeme pozorovat, že sociálním pracovníkům není lhostejná situace v komunitě, a proto se zapojují do komunitního plánování v rámci ORP a podílejí se na tvorbě komunitních plánů, to dokazuje například komunitní plán ORP Litoměřice, ORP Semily, ORP Valašské Meziříčí. Tato činnost však dle dostupných zdrojů nikde formálně v legislativě zahrnuta není.

Dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách může také nemocnice poskytovat tzv. sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče (Zákon 108/2006 Sb.), které se v nemocnicích označují častěji jako sociální lůžka. Jelikož se tato agenda řídí zákonem o sociálních službách, mělo by být na sociálních lůžkách vykonáváno individuální plánování u klientů (Zákon č. 108/2006 Sb.). Tuto agendu vykonávají sociální pracovníci (např. sociální lůžka – Nemocnice Jihlava, 2017).

V roce 2011 byl zveřejněn výzkum o výkonu profese sociální práce v systémech sociální ochrany ČR, kde jednou ze zkoumaných oblastí byl také rezort zdravotnictví. Tohoto výzkumu se účastnily kromě nemocnic (38%) a fakultních nemocnic (11,4%) také léčebny dlouhodobě nemocných, dětské psychiatrické léčebny, nemocnice následné péče a kojenecké ústavy. V tomto výzkumu se ukázalo, že 65,8 % respondentů považuje za nejdůležitější získávání potřebných údajů o klientovi, 32,9 % uvedlo, že za nejdůležitější považuje vyhodnocování plnění cílů práce s klientem nebo plánu pomoci konkrétnímu klientovi, 30,4 % si myslí, že nejdůležitější je informovat klienty a předkládat jim návrhy a 30,4 % považuje za nejdůležitější být s klienty, když to potřebují. Tento výzkum ukázal, že významnými kompetencemi sociálních pracovníků jsou tyto činnosti:

- Zajišťování služeb a pomoci jiných lidí či organizací pro klienty
- Obhajování stanovisek a zájmů klientů
- Zastupování klientů při jednání s organizacemi
- Vyřizování žádostí – např. o sociální služby

Naopak za méně významné nebo nevýznamné bylo považováno vyhledávání klientů a podílení se na plánování nabídky služeb. V kvalitativní části tohoto výzkumu vyšlo najevo, že

management uvádí jako činnosti sociálního pracovníka zejména vedení sociální karty pacienta, kontakt se zdravotním personálem, kontakt s rodinou, zajištění sociálního šetření, spolupráci s organizacemi zajišťující následnou péči, zajištění kompenzačních pomůcek, sociální poradenství, vyřizování pozůstalostí pacientů a agendu regulačních poplatků. V rozhovoru se sociálním pracovníkem se však ukázalo, že jeho činnosti jsou širší, než si myslí manažer, například dle názoru sociální pracovnice, samotné sociální poradenství bez další podpory není efektivní. Také se značně liší postoj manažerů k sociální práci. Jeden manažer chápe roli sociální práce jako vedlejší, druhý ji chápe jako nedílnou součást ošetrovatelského procesu. Výzkum také ukázal, že činnosti ve zdravotnických zařízeních nemocničního typu jsou velmi široké a rozmanité, ale nezahrnují celý možný rozsah činností sociální práce. Často také obsahují činnosti, které jsou úplně mimo kompetence sociálního pracovníka, např. výběr regulačních poplatků (Havlíková, Hubíková in Musil, Bareš, Havlíková, 2011, str. 198-231).

V diplomové práci mi jde mimo jiné o zjištění, které konkrétní a praktické činnosti sociální pracovníci vykonávají a jak se tyto činnosti liší v konkrétních nemocnicích. Proto byla provedena syntéza výše zmíněných poznatků s cílem zpřehlednit soustavu odborných činností sociálních pracovníků, které jsou zmiňovány některými autory a výzkumy ve zdravotnictví v ČR. Tato soustava byla použita pro testování v rozhovorech v empirické části této práce.

Tabulka č. 2 – Praktické činnosti sociálního pracovníka, které byly testovány v rozhovorech

<b>Přímá práce s klientem</b>	<b>Administrativní činnosti</b>	<b>Činnosti ve vztahu k okolí a multidisciplinárnímu týmu</b>
Základní sociální poradenství	Vedení dokumentace (elektronicky - písemně)	Zapojení se do komunitního plánování/lokálního partnerství
Specializované sociální poradenství	Zajištění terénních sociálních služeb	Koordinace dobrovolníků
Edukace pacientů o možnostech sociální péče	Zajištění rekondičních pobytů	Spolupráce s OSPOD, Policií ČR, úřady, sociálními službami
Psychosociální podpora klienta	Podávání žádostí o příspěvek na péči	Zajišťování sociálních pohřbů na obecním úřadě
Zajištění sociálního šetření	Podávání žádostí o dávky hmotné nouze	Vzdělávání dalších pracovníků
Návštěvy pacientů v jejich	Podávání žádostí o sociální	Komunikace se zdravotními



přirozeném prostředí	služby	pojišťovny ohledně úhrad kompenzačních pomůcek
Doprovod pacientů mimo nemocnici (např. na prohlídku sociální služby, na úřad)	Zajišťování občanských průkazů	Podílení se na různých projektech
Individuální plánování	Zajišťování agendy sociálních lůžek	Účastnění se porad sociálních pracovníků
Stanovení sociální anamnézy a prognózy	Zajišťování přeposílání a vyplácení důchodů, dávek hm. nouze ...	Zajištění duchovní služby
Depistáž	Vedení statistik o klientech	Účast na vizitách

Jak je z výše zmíněného patrné, potenciální zaměření činností a pracovní náplně sociálního pracovníka v nemocnici je velmi široké a obsahuje činnosti, které se vztahují jak k přímé práci s klientem, tak k interdisciplinárnímu a multidisciplinárnímu týmu, tak také ke komunitě. Na sociálního pracovníka v nemocnici jsou v důsledku toho kladeny často velké nároky v oblasti dovedností, schopností a znalostí.

### 2.3 Typologie a množství klientů v nemocnicích

Vzhledem k tomu, že do nemocnice jsou přijímáni různí lidé v různém zdravotním stavu a s různými problémy, je spektrum cílových skupin velmi široké. Kuzníková rozděluje klienty do dvou základních typů, a to na akutně nemocné klienty a chronicky nemocné klienty. Chroničtí klienti se nemohou plně uzdravit a v jejich zdravotním stavu dochází k postupnému zhoršování, zatímco akutně nemocní klienti se po náhlém přerušení kvůli nemoci či úrazu vrací k původnímu zdraví a životu. Toto rozdělení je pro sociálního pracovníka důležité zejména kvůli volbě vhodné techniky, metody a komunikace s klientem (Kuzníková, 2011 str. 56).

Dále považuji za důležité také zmínit rozdělení na pacienty hospitalizované kvůli zdravotní indikaci a tzv. sociální hospitalizace. Sociální hospitalizace nastává v případě, že pacient se není schopen kvůli zdravotnímu stavu o sebe postarat vlastními silami. Zároveň také není člen

rodiny, který by byl schopen nebo ochoten se o klienta postarat. Klient tak zůstává poté v nemocnici, i když jeho stav bylo možné řešit již ambulantně (Bruthansová, Červenková, Holmerová, 2000, str. 9-10). U pacienta, kde vznikla sociální hospitalizace, se otevírá velký prostor pro sociální práci.

Dle vlastních statistik, které si vedu o klientech, můžeme klienty rozdělit dále na:

- Geriatrické klienty
- Osoby bez přístřeší
- Těhotné ženy a matky
- Osoby s tělesným postižením
- Osoby s mentálním postižením
- Osoby s duševním onemocněním
- Osoby v terminálním stádiu nemoci
- Nezletilé matky
- Osoby užívající návykové látky
- Děti a dospívající
- Oběti domácího násilí
- Etnické skupiny
- Klientky poskytující sexuální služby

(Statistiky autorky, seřazeno dle počtu klientů autorky za rok 2017 od nejpočetnějších po nejméně početné)

Výzkum, který se mimo jiné zabýval tím, s kterými cílovými skupinami sociální pracovníci ve zdravotnictví pracují, realizovala Kuzníková a Vontorová. V tomto výzkumu vyšlo, že 2-3x denně se sociální pracovníci setkávají se seniory se sníženou soběstačností (76 %), následovaly rodiny (nejen děti – 70 %), poté těžce nemocní (50 %), umírající a onkologicky nemocní (36%), duševně nemocní (35 %). Naopak nejméně se sociální pracovníci setkávají s osobami, které poskytují sexuální služby (1%) a se skupinami (2%) (Kuzníková, Vontorová, 2011, str. 298).

Důležité je také zmínit se o množství klientů na jednoho sociálního pracovníka. Propočtu kolik má mít jeden sociální pracovník klientů, se věnovala Česká asociace sester. V důvodové zprávě uvádí, že navrhuje, aby 1 sociální pracovník fakultní nebo krajské nemocnice byl na 160 lůžek, pro ostatní nemocnice navrhuje pro méně komplikovanou složitost případů 1 sociálního pracovníka na 200 lůžek (ČAS, 2007).

Z výše uvedeného vyplývají pro naši práci dvě zásadní informace. Sociální pracovník v nemocnici na rozdíl od sociálního pracovníka v sociální službě, která má jasně stanovenou cílovou skupinu, se zaměřuje na celé spektrum klientů, což přináší velké nároky na dovednosti a znalosti sociálních pracovníků v nemocnicích a zároveň to může zvětšovat spektrum vykonávaných činností. Druhou zásadní informací je, že již ČAS před deseti lety pocítila potřebu reagovat na nedostatečný počet sociálních pracovníků, a to na základě reakce na dotazníkové šetření o počtu sociálních pracovníků v nemocnicích, který byl v tu dobu nedostatečný.

## **2.4 Vzdělávání sociálních pracovníků v nemocnicích**

V nemocnicích mohou pracovat sociální pracovníci, kteří mají různé zaměření vzdělání. Tato kapitola by měla odpovědět na otázku, jakou odbornou způsobilost může sociální pracovník v nemocnici mít a v čem se tato zaměření liší, dále také na to, jakými dalšími formami se sociální pracovník může v nemocnici vzdělávat. Podle zákona č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností související s poskytováním zdravotní péče musí být sociální pracovník k výkonu povolání odborně způsobilý, zdravotně způsobilý a trestně bezúhonný.

Dle tohoto zákona může mít sociální pracovník a zdravotně-sociální pracovník v nemocnici:

- a) Bakalářské nebo magisterské studium oboru sociálního zaměření a akreditovaný kvalifikovaný kurz zdravotně-sociální pracovník nebo vyšší odborné vzdělání a akreditovaný kurz zdravotně-sociální pracovník
- b) Specializační studium v oboru zdravotně-sociální péče po získané odborné způsobilosti všeobecné sestry
- c) Bakalářský, magisterský nebo vyšší odborný studijní obor v oblasti sociálního zaměření, a to v případě vykonávání povolání sociálního pracovníka, nikoliv zdravotně-sociálního pracovníka. Tento pracovník musí provádět činnosti pod odborným dohledem nebo přímým vedením  
(Zákon č. 96/2004 Sb.)

Již to ukazuje, že pro sociální práci v nemocnici, ač je specifická, nemusí pracovník absolvovat jednotně stanovený vzdělávací program. Kuzníková upozorňuje na to, že zdravotně-sociální pracovník je zařazen mezi nelékařská zdravotnická povolání, tudíž legislativa zdravotnického rezortu neklade jako prioritní podmínku vzdělání v oboru sociální

práce podle zákona 108/2006 Sb. (Kuzníková, 2011, str. 27). To znamená, že se v praxi jako sociální pracovníci mohou potkat jak absolventi oborů sociální práce, tak i oborů zdravotnických, např. všeobecné sestry. Nebyly nalezeny však žádné souhrnné statistiky o vzdělání všech sociálních pracovníků ve zdravotnictví. Nicméně mezi aktivními členy ČAS v sekci zdravotně sociální je 31 zdravotně sociálních pracovníků a 56 všeobecných sester (ČAS, 2017).

Sociální pracovníci, absolventi pouze sociálního zaměření, pokud chtějí pracovat samostatně, musí absolvovat akreditovaný kurz zdravotně-sociální pracovník, který nabízí NCO NZO v Brně a VOŠ v Mostě jako jednoleté dálkové studium. Tento program pomáhá sociálním pracovníkům doplnit znalosti v oblasti zdravotnických předmětů. Kurz je teoreticko-praktický, účastník kromě povinných přednášek musí také absolvovat praktickou část formou stáže v rozsahu 80 hodin. Dalších 80 hodin je věnováno oborům, jako je vnitřní lékařství, pediatrie, geriatric, neurologie, psychiatrie, chirurgie, základy ošetrovatelství a veřejné zdravotnictví a základy zdravotnické legislativy (Ministerstvo zdravotnictví, 2018). Dle e-mailové korespondence s NCO NZO stojí tento kurz s praxí 8500 Kč a kurz je zakončen závěrečnou zkouškou (e-mailová korespondence s NCO NZO). Dříve byl tento kurz doménou pouze NCO NZO, ale nově od roku 2016 lze tento kurz absolvovat i na Vyšší odborné škole ekonomické, sociální a zdravotnické, Obchodní akademii, Střední pedagogické škole a Střední zdravotnické škole Most. Tento kurz má taktéž 80 hodin praxe a 80 hodin teorie a stojí bez praxe 5000 Kč.

#### **2.4.1 Celoživotní učení**

Ve výzkumu jsme také naráželi na problematiku celoživotního učení. Celoživotní učení (dříve celoživotní vzdělávání) je nedílnou součástí rozvoje sociálních pracovníků. Jedná se o průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti (Kuzníková, 2011, str. 28). Elichová upozorňuje, že stav celoživotního učení v sociální práci není uspokojivý. Realizovala výzkum, ve kterém zjistila, že sociálním pracovníkům chybí znalosti v oblasti psychologie, fundraisingu, ekonomie, individuálního plánování a znalosti legislativy. Také je vzdělávání sociálních pracovníků nejčastěji realizováno prostřednictvím kurzů, které se neustále opakují a často jsou zastaralé, i přesto

však sociální pracovníci vnímají potřebu se dále vzdělávat (Elichová, 2017, str. 87, 90-91, 95).

V oblasti sociální práce ve zdravotnictví se dalšímu vzdělávání alespoň částečně věnuje Česká asociace sester, sekce zdravotně-sociální, která pořádá každým rokem konferenci zaměřenou přímo na oblasti týkající se zdravotnictví, například jsou řešeny konkrétní kazuistiky z nemocnice (ČAS, 2018).

#### **2.4.2 Supervize jako příležitost pro sociální pracovníky**

Supervize jistě patří do vzdělávání jak v oblasti sociální práce, tak v oblasti zdravotnictví. Supervize dle Havrdové je vždy spojena se směřováním ke zlepšení práce a její cíl je to, aby sociální pracovník byl schopen dělat svou činnost co nejlépe, a to prostřednictvím reflexe a sdílení svých zkušeností (Havrdová, 2008, str. 40). Dle Markové supervize ve zdravotnictví může zvyšovat profesionální úroveň chování zdravotníků. Supervize ve zdravotnictví musí být na rozdíl od jiných oblastí zaměřena na správné lékařské postupy, diagnostiku a správnou volbu intervencí. Supervize ve zdravotnictví by měla vést k tomu, aby zdravotníci lépe porozuměli svým kompetencím a přejímali odpovědnost za svou práci (Marková in Havrdová, 2008, str. 178). Supervize může pomáhat supervidovanému v ošetření vztahů, učení, povzbuzení, posílení profesionality, obraně proti stereotypu, pomoci při zvládnání pocitů viny, podpoře při zavádění nových změn, v možnosti profesního růstu a v pohledu zvnějšku (Venglářová a kol., 2013, str. 16).

Problémem supervize ve zdravotnictví je, že nepanuje shoda ve vymezení pojmu supervize. Například Stuart (2007) uvádí, že v angličtině existuje rozdíl mezi slovem supervize a supervidovat. Autor používá pojem mentor a assessor. Mentor je ten, kdo podporuje, řídí, facilituje učení se během praxe a který se účastní hodnocení kompetencí a assessor je člověk, který podporuje, řídí, superviduje a facilituje učení se během praxe, ale který je také zodpovědný za jejich formativní a sumativní hodnocení (Stuart, 2007, str. 17-18). Dle Vaňkové je supervize chápána v ošetrovatelském procesu stále ještě nepřesně, protože si řada zaměstnanců nemocnice myslí, že se jedná o „audit“, který kontroluje klinickou práci zdravotníků. Supervize ve zdravotnictví je předmětem řady mýtů a je nedostatečně rozvíjena (Vaňková, 2011).

Výzkum Kadushina a kol (2009) přinesl zjištění, že supervize ve zdravotnictví nepřináší sociálním pracovníkům to, co potřebují. Supervize je zde často považována za druhotnou a

přednost má spíše monitorování nákladů délky pobytu a plánování propouštění. Sociální pracovníci často uváděli, že v nemocnici jsou větší problémy, než je jejich profesní rozvoj. Pracovníci také často spoléhali spíše na peer konzultace než na skupinovou supervizi (Kadushin, Berger, Gilbert, Aubin, 2009, str. 196-198).

## **2.5 Sociální pracovník v nemocnici jako člen multidisciplinárního týmu**

Vzhledem k tomu, že při rozhovorech se sociální pracovníci často zmiňovali o svém postavení v rámci multidisciplinárního týmu nemocnice ve vztahu k potenciálu sociální práce, považujeme za vhodné tuto problematiku zde zmínit. Ze své vlastní praxe vím, že sociální pracovník musí dnes a denně komunikovat a spolupracovat s dalšími odborníky, a to jak v rámci nemocnice, tak i mimo nemocnici. Sociální pracovník v nemocnici spolupracuje jak s lékaři, tak i zdravotními sestrami, fyzioterapeuty, ergoterapeuty, psychologem, psychiatrem a logopedem.

Ve zdravotnictví je multidisciplinární spolupráce zásadní. Multidisciplinární tým je fungující jednotkou složenou z různých osob s různorodým vzděláním, které koordinují své činnosti při poskytování služeb. Pacient v nemocnici má různé zdravotní, enviromentální a sociální potřeby, které se mohou různě překrývat, proto je nutné spolupracovat. Řešení potřeb izolovaně nemusí být účinné (D'Ambruso, Berkman, 2006, str. 765-766).

V České republice je základním problémem, že postavení sociálního pracovníka v tomto odvětví ještě není dostatečně vyjasněno, což může vést k tomu, že dochází k problémům při komunikaci s dalšími pracovníky a nedostatečnému vymezení kompetencí. To, jak bude sociální pracovník fungovat v multidisciplinárním týmu, hodně závisí na jeho osobnosti a povaze (Kuzníková a kol., 2011, str. 24-25). Dalším problémem je, že lékaři a další zdravotní personál často téměř nic nevědí o činnostech sociálních pracovníků v nemocnicích (Kuzníková, 2017, str. 13).

Postavení v rámci multidisciplinárního týmu se věnovala Kuzníková a Šantorová. V tomto výzkumu 31 % vysokoškolsky vzdělaných sociálních pracovníků vnímalo své postavení v týmu jako rovnocenné, 8 % půl na půl a 14 % vnímalo, že postavení v týmu není rovnocenné. Ze středoškolsky vzdělaných sociálních pracovníků se 39 % cítí jako rovnocenní v týmu, 12 % půl na půl a 18 % jako nerovnocenní v týmu (Kuzníková, Vontorová, 2011, str. 298).

## 2.6 Prestiž profese sociálního pracovníka

Sociální pracovník v nemocnici může být pravděpodobně ovlivňován tím, jak ho vnímá jeho okolí. Tato kapitola by měla odpovědět na otázku, jak je na tom sociální práce obecně s prestiží a jak je na tom s prestiží sociální práce ve zdravotnictví. To, jak je vnímána prestiž sociální práce obecně, může mít vliv na vnímání sociální práce ve zdravotnictví.

S prestiží profese na tom není sociální práce příliš dobře, ve zdravotnictví je na tom možná ještě o něco hůře, než sociální práce jako taková. Pokud se podíváme na žebříčky "nejprestižnějších" profesí, najdeme tam v oblasti zdravotnictví samozřejmě lékaře (v roce 2016 získal 90,2 bodů z 99 možných), který se umísťuje pravidelně na předních příčkách, také tam najdeme zdravotní sestru, která se také stále považuje za prestižní povolání a často se umísťuje hned za lékařem (ve výzkumu v roce 2016 získala 72,9 bodů z 99 možných) (Tuček, 2016). Možnost profese sociálního pracovníka v tomto výzkumu nebyla. Tyto výzkumy se v průběhu času příliš nemění. O sociálním pracovníkovi ve zdravotnictví se nikde téměř nemluví, sama ze zkušenosti vím, že o sociálním pracovníkovi v nemocnici většina pacientů a jejich rodin vůbec netuší, dokonce ani některé sestry a lékaři (zejména na odděleních v menších nemocnicích, kam sociální pracovník nedochází tak často) nevědí, že nemocnice někoho na takovéto pozici zaměstnává.

Problémem je, že sociální práce a její důležitost pro společnost byla v období druhé poloviny minulého století často zpochybňována, často i sociální pracovníci mají dnes ambivalentní postoje vůči sobě a své profesi. Je podceňována schopnost rozvíjet teoretickou a metodologickou identitu sociální práce (Kodymová 2016, str. 14-15).

Nepříliš velká prestiž může být také spojena s průměrnou hrubou mzdou sociálních pracovníků. Podle serveru platy.cz měl sociální pracovník v roce 2017 průměrnou hrubou mzdu 20 162 Kč (platy.cz), přičemž průměrná mzda v ČR ve 3. čtvrtletí v roce 2017 byla 29 050 Kč (ČSÚ, 2017). Na tom, že nepříliš vysoký plat ovlivňuje prestiž sociální práce, se shodují i autoři Augulis a Jutkone (Augulis, Jutkone in Varzienskiene, 2009).

V roce 1958 se prestiží sociální práce věnoval také Kadushin, i přes to, že je výzkum poměrně starý, myslím, že je ho důležité v této práci zmínit, protože zde autor uvedl několik zajímavých myšlenek. Pokud je prestiž sociálního pracovníka vysoká v očích klienta, tak sociální pracovník může klienta velmi ovlivňovat, pokud ale klient má o prestiži sociálního pracovníka nízkou představu, začíná kontakt s nižším potenciálem vlivu pracovníka na klienta, což znamená, že úroveň prestiže sociální práce má vliv na efektivnost práce

s klientem. Kadushin poukazuje na to, že ženy hodnotí sociální pracovníky lépe než muži, navíc se u hodnocení prestiže sociální práce vyskytují častěji individuální odchylky než u jiných povolání, což může ukazovat na to, že veřejnost nemá jasnou představu o sociální práci (Kadushin, 1958).

Velkým problémem je, že profesní role a profil sociálních pracovníků nejsou bezprostředně zřejmé, a proto je veřejnost často na pochybách. Toto tvrzení dle Lorenze platí jak pro země, kde je sociální práce novou profesí, tak i pro země, kde má sociální práce dlouhou tradici profesionalizace. Ve většině profesí je jasně stanovený soubor znalostí, to se však nedá říci o sociální práci (Lorenz, 2007, 62-63).

Dle výše zmíněného se ukázalo, že sociální práce je považována spíše za podprůměrně prestižní profesi, a to zejména kvůli nevyjasněnosti sociální práce, nízkému platu, nedostatečné informovanosti veřejnosti o činnosti sociálních pracovníků, ambivalentním postojům samotných sociálních pracovníků ke své profesi, nepřízni médií a neochotě sociálních pracovníků se ozvat. Myslím, že pokud sociální pracovníci budou chtít a ukáží veřejnosti, že umí svou práci dělat efektivně, může prestiž sociálních pracovníků stoupnout. Zároveň za nepříznivé pro sociální práci považuji to, že sociální práce nemá svou vlastní komoru nebo asociaci, která je na veřejnosti slyšet, někteří sociální pracovníci pracující v nemocnicích jsou členy pouze České asociace sester, kde podle mého názoru nedostávají téměř žádný prostor na hájení a prosazování své profese vůči veřejnosti.



### 3 Inspirace ze zahraničí

V této kapitole se krátce zaměříme na sociální práci vykonávanou v nemocnicích v USA, Německu a Austrálii, a to zejména kvůli možné inspiraci ve vztahu k české sociální práci. Snahou je zejména nalézt v dostupných zdrojích alespoň základní informace o vzdělání, způsobu a náplni práce sociálního pracovníka ve zdravotnictví.

#### 3.1 Sociální práce ve zdravotnictví v USA

V USA působí tzv. medical social worker, kteří v rámci nemocnice působí jako case manažeři, terapeuti nebo doprovázející pacientů. Zaměřují se zejména na propuštění pacientů, koordinují péči o pacienta, spolupracují s rodinou, ale také řeší krize u pacientů a mohou poskytovat terapii nebo poradenství. V některých zařízeních také diagnostikují psychologické stavy (Social Work Licensure, 2017), zároveň se také věnují kontrole využitých finančních zdrojů, a to zejména kvůli tomu, že často hospitalizace supluje pobyt v sociální službě (Kuzníková, 2011, str. 49). Sociální práce ve zdravotnictví je hodně zaměřena na komunitu a člověka v přirozeném prostředí (Kuzníková, 2011, str. 49).

Medical social workers mají povětšinou magisterský titul, a to proto, že téměř ve všech zemích je tento titul vyžadován. Studium je zaměřeno na znalosti v sociální oblasti a umožňuje se dále specializovat. Bakalářské studium trvá 4 roky a navazující magisterské 2 roky. Zároveň student musí projít povinnou praxí pod dohledem sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení v celkovém rozsahu 900 hodin. Po získání magisterského titulu může sociální pracovník získat licenci ve státě, kde bude pracovat. Státy v USA mohou mít různé podmínky k získání licence, například dva roky praxe. Po získání zkušeností zejména ve větších nemocnicích může také sociální pracovník postoupit do manažerské funkce a vést ostatní méně zkušené sociální pracovníky v týmu. Průměrné roční mzdy sociálních pracovníků ve státech USA se hodně liší, například v Kalifornii je průměrný roční plat 71 080 dolarů a v Texasu 57 950 dolarů (Innerbody, 2018).

Základním problémem, se kterým se nyní sociální pracovníci ve zdravotnictví v USA potýkají, je to, že zdravotní systém v USA je stále složitější a sociální práce se musí vypořádat se spoustou praktických a etických otázek zejména v oblasti nákladů a omezování kvality služeb, ale také například s tím, že řada pacientů se do zdravotní péče dostává později, protože přístup ke zdravotní péči je ovlivněn zaměstnáním, rasou, příjmem, věkem, pohlavím a geografickou polohou (Reisch, 2012)

### **3.2 Sociální práce ve zdravotnictví v Německu**

V Německu se sociální práce nazývá *Klinische Sozialarbeit* nebo také *Kliniksozialdienst*. O této terminologii se v Německu vedou diskuze, avšak sociální práce ve zdravotnictví je považována za specializované odvětví sociální práce (Sjöström, 2013, str. 29). Požadovaným vzděláním je bakalářské vzdělání a magisterské vzdělání. Bakalářské vzdělání poskytuje pouze základní kompetence pro klinickou praxi, zejména v oblasti poradenství. V rámci dvouletého magisterského vzdělání dochází k prohlubování znalostí a kompetencí. Toto navazující studium je zaměřeno zejména na výzkum, sociálně-klinické metody, odbornou praxi, medicínsko-sociologické, psychologické, psychiatrické teorie (Pauls, Mühlum, 2005). Základními znalostmi sociálního pracovníka v oblasti klinické práce v Německu by dle Mühluma a Pauluse měla být zejména oblast lidského vývoje, podpory zdraví, vznik a vývoj nemocí, ale i strategie a techniky sociální intervence a znalosti o kontextu lidských vztahů (Pauls, Mühlum, 2005). Průměrný měsíční plat sociálního pracovníka v Německu je mezi 2 784 euro až 3610 euro. Záleží na odvětví a praxi. Zároveň jsou také odlišnosti mezi jednotlivými spolkovými zeměmi (Martini, 2017).

Sociální pracovník v Německu poskytuje komplexní psychosociální péči a poradenství pacientům. V dnešní době se ale zároveň také více stává prodlouženou rukou administrativy, která je zaměřená na ekonomické aspekty. Sociální pracovníci ve zdravotnictví v Německu se sdružují v *Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen*, která byla založena již v roce 1926. Cílem DVSG je dle Sjöströmové podpořit zejména výměnu informací, znalostí a zkušeností v oblasti spolupráce v rámci sociální práce, ale i jiných profesních oborech (Sjöström, 2013, str. 115).

### **3.3 Sociální práce ve zdravotnictví v Austrálii**

V Austrálii působí více než 17 000 sociálních pracovníků, kolik z toho pracuje ve zdravotnictví je nejasné, ale zpráva z roku 2006 uvádí, že je to asi 3351 sociálních pracovníků. Rezort zdravotnictví je v Austrálii největší zaměstnavatel sociálních pracovníků (Cleak, Turczynski, 2006, str. 200). Sociální pracovníci ve zdravotnictví se sdružují v *The Australian Association of Social Workers (AASW)*, která zejména podporuje zvýšení povědomí o sociální práci ve zdravotnictví a také zdůrazňuje důležitost sociálních pracovníků v nemocničních týmech a vyjasňuje kompetence sociálních pracovníků (Clark, 2011). Podle

výzkumu sociální pracovníci nejčastěji v nemocnici realizují činnosti, které jsou spojené s propuštěním pacienta. Do toho můžeme zařadit například poradenství, případové konference a krizovou intervenci. Za základ práce považují sociální pracovníci ve zdravotnictví v Austrálii především psychosociální hodnocení, podle kterého se odvíjí následná práce s klientem. Sociální pracovník zde působí jako spojka mezi klientem, lékaři, organizacemi, externími agenturami a rodinnými příslušníky (Davis, Milosevic, Baldry, Walsh, 2016).

Největší problém v Austrálii spatřují sociální pracovníci v tom, že sociální práce není tolik uznávaná profese. To se objevuje zejména ve spolupráci s multidisciplinárním týmem, který často nechápe roli sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení. V jiných případech také často chybí vymezení role a sociální práci vykonávají zdravotní sestry (Davis, Milosevic, Baldry, Walsh, 2016).

## 4 Metodologie výzkumu

V této části bude popsána strategie výzkumu, cíle a výzkumné otázky, dále bude popsána technika sběru dat, reflexe výzkumu, výběr participantů, informace o participantech a etické aspekty výzkumu.

### 4.1 Cíle a výzkumné otázky

Základním cílem diplomové práce je optikou sociálních pracovníků a zdravotně-sociálních pracovníků v nemocnicích popsat současnou podobu sociální práce v nemocnicích a její potenciál, a tyto informace porovnat s odbornou literaturou a legislativou, a na základě toho navrhnout možné změny, které by směřovaly ke zlepšení sociální práce v nemocnicích.

**Hlavní výzkumné otázky jsou:**

- 1) Jaká je současná podoba sociální práce v nemocnici pohledem sociálních pracovníků a zdravotně sociálních pracovníků pracujících v nemocnicích?**
- 2) Jak vypadá potenciál současné sociální práce v nemocnici pohledem sociálních pracovníků a zdravotně sociálních pracovníků pracujících v nemocnicích?**

Díličí výzkumné otázky jsou:

- 1) Které činnosti zdravotně sociální pracovník či sociální pracovník v nemocnici vykonává a které nikoliv?
- 2) Jaké má postavení v nemocničním multidisciplinárním týmu?
- 3) Jak vypadá průběh sociální práce v nemocnicích reálně v praxi? Jaké znalosti, techniky a metody práce sociální pracovník v praxi využívá?
- 4) Které činnosti by sociální pracovník či zdravotně sociální pracovník v nemocnici mohl vykonávat. Co mu v tom brání?
- 5) Jaké znalosti, techniky a metody sociální práce by sociální pracovník mohl vykonávat/znát, aby zlepšil péči o pacienta a co mu v tom brání?
- 6) Jak by podle sociálního pracovníka či zdravotně sociálního pracovníka mělo vypadat jeho postavení v nemocničním multidisciplinárním týmu a co mu v tom brání?
- 7) Existují nějaké další faktory, které brání potenciálu sociální práce v nemocnici?

## 4.2 Metody výzkumu a zpracování dat

Vzhledem k tomu, že v této práci jde o exploraci a popsání málo známého fenoménu subdisciplíny zdravotně sociální práce, jako hlavní přístup byl zvolen kvalitativní výzkum, který byl doplněn krátkým kvantitativním dotazníkem. Dotazník obsahoval polouzavřené a uzavřené otázky zaměřené na počet pracovníků a jejich nejvyšší dosažené vzdělání. Dle Švaříčka a Šed'ové je „kvalitativní přístup procesem zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu“ (Švaříček, Šed'ová, 2007, str. 17). Jako zvolená metoda byl vybrán rozhovor, který má za cíl získat vyličení žitého světa dotazovaného pomocí otevřených otázek (Švaříček, Šed'ová, 2007, str. 159-160). Zároveň byl vybrán rozhovor pomocí návodu. V tomto typu rozhovoru používáme předem připravený seznam otázek, které je nutné probrat, avšak přizpůsobujeme formulaci a pořadí otázek situaci (Hendl, 2008, str. 174). Zároveň jsem se také během rozhovorů doptávala na nejasná témata či další otázky. K analýze dat byla využita tematická analýza, která není zcela jasně vymezenou procedurou analýzy dat (Hendl, 2008, 264). Postupovala jsem dle kroků Hendla. Nejprve jsem vytvořila transkripcie rozhovorů, které jsem následně prostudovala spolu s terénními poznámkami (fáze č. 1 – seznámení se s daty). Poté jsem rozhovory okódovala (fáze č. 2 – generování počátečních kódů). Následně jsem tyto kódy převedla do větších skupin, témat a vytvořila si k nim tematickou mapu (fáze č. 3 – vyhledávání témat) (Hendl, 2008, str. 266-276). Část témat vyplynula z kladených otázek. Z rozhovorů vyplynula některá další zajímavá témata, která nebyla zahrnuta v předem připravených otázkách. Pro přehlednost níže uvádím tabulku témat. Podtržené jsou kódy, které vyplynuly z analýzy, aniž by na ně bylo při rozhovorech záměrně cíleno.

Tabulka č. 3 – Kategorie a kódy vyplývající z analýzy dat

Kategorie (téma)	Kódy
<b>Sociální pracovník a nemocniční multidisciplinární tým</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Postavení v organizaci</u></li><li>• <u>Přístup vedení k sociálnímu pracovníkovi</u></li><li>• Vnímání sebe sama v multidisciplinárním týmu</li><li>• Multidisciplinární spolupráce sociálního pracovníka a</li></ul>

	<p>zdravotnického týmu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Účast sociálních pracovníků na vizitách u pacientů/klientů</li> <li>• <u>Spolupráce s dalšími odborníky mimo nemocnici</u></li> </ul>
<b>Činnosti sociálních pracovníků</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ukotvení činností, kompetencí a sociální práce v nemocnicích</li> <li>• Cíl sociální práce v nemocnicích</li> <li>• Podoba konkrétních činností v nemocnicích</li> </ul>
<b>Bariéry sociální práce v nemocnicích</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Resortismus</u></li> <li>• <u>Nedostatečná následná péče a návaznost sociálních služeb</u></li> <li>• <u>Otazníky ohledně zařazení do úhradové vyhlášky</u></li> <li>• <u>Nedostatek času a nedostatek sociálních pracovníků</u></li> </ul>
<b>Znalosti, metody a techniky, které sociální pracovníci využívají v praxi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podoba sociální práce v praxi</li> <li>• Připravenost ze školy</li> <li>• Chybějící znalosti, dovednosti a techniky</li> <li>• Supervize</li> <li>• <u>Etická dilemata</u></li> </ul>

### 4.3 Postup při sběru dat a výběr participantů

Při prvním testování, zda jsou vůbec výzkumné otázky relevantní, jsem provedla dva pilotní rozhovory se sociálními pracovníci. K oslovení prvních dvou pracovníků jsem využila své osobní kontakty. Pro další vstup do terénu jsem využila možnost oslovení všech nemocnic v České republice, které poskytují všeobecnou péči. Vyloučeny byly specializované nemocnice, například psychiatrické nemocnice, privátní chirurgická centra, revmatologické ústavy, ortopedická centra, kliniky, které poskytují pouze ambulantní péči apod., a to kvůli

tomu, že nekorespondují s cílem práce. Osloveny byly tedy nemocnice okresního formátu, krajské nemocnice a fakultní nemocnice ve všech krajích bez rozdílu, zda se jedná o státní či nestátní zdravotnická zařízení. Údaje o nemocnicích v ČR jsem čerpala z Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb (Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb, 2017). Do každé nemocnice jsem zaslala krátký dotazník, který mapoval počet sociálních nebo zdravotně sociálních pracovníků v nemocnicích a jejich nejvyšší dosažené vzdělání. Zároveň jsem se také v dotazníku ptala na to, zda by respondent měl zájem se účastnit dalších rozhovorů (viz příloha 3).

Kontakty jsem si vyhledávala na www stránkách nemocnic. Primárně jsem se snažila e-mail cílit přímo na sociální pracovníky v nemocnicích, ve 42 případech ze 128 nebyla na www stránkách zmínka o tom, že nemocnice zabezpečuje sociální péči v nemocnici, případně, že zaměstnává sociálního pracovníka. Pokud absentoval kontakt na sociálního pracovníka, kontaktovala jsem hlavní sestru nebo psala na informační mail nemocnice, což se ukázalo jako neefektivní, protože se mi téměř žádná data nevrátila. Pokud byl kontaktován přímo sociální pracovník, tak téměř ve všech případech mi došla odpověď. Celkově bylo osloveno 128 nemocnic, z toho odpovědělo 45 nemocnic, což je 35,2 %. Celkový soubor tvoří 98 sociálních nebo zdravotně sociálních pracovníků.

Od poloviny listopadu 2017 do dubna 2018 probíhala realizace rozhovorů s vybranými participanty. Participanty jsem vybírala na základě několika podmínek. Participantem se mohl stát člověk, který je zaměstnaný na pozici sociálního pracovníka nebo zdravotně-sociálního pracovníka, a zároveň se za sociálního pracovníka nebo zdravotně-sociálního pracovníka považuje. Jednalo se o výběr na základě dobrovolnosti a dostupnosti. Mezi zájemci jsem dále vybírala zástupce z různých typů nemocnic. Výběr byl tedy záměrný. Rozhovorů bylo realizováno jedenáct. Vzhledem k tomu, že jsem navštívila jedenáct nemocnic v šesti různých krajích, byl sběr dat velmi časově i dopravně náročný. Ke každému rozhovoru jsem ihned po realizaci zaznamenala terénní poznámky. Jeden rozhovor byl realizován prostřednictvím telefonu, zbytek rozhovorů bylo realizováno prostřednictvím osobních schůzek. Během rozhovorů jsem se snažila klást nenavádějící otázky.

#### 4.4 Limity výzkumu a sebereflexe výzkumníka

Považuji za důležité zmínit limity výzkumu. Výzkum čerpal pouze z výpovědí samotných sociálních pracovníků. Sociální pracovníci byli také vybráni záměrným výběrem, který byl ovlivněn zejména jejich rozhodnutím, zda mají zájem se výzkumu účastnit. Výzkum byl také ovlivněn časovou a místní dostupností. Tento limit jsem se snažila snížit tím, že jsem vyjížděla do více krajů v ČR i mimo mé bydliště. V souboru však nejsou obsáhnuty všechny kraje. V první fázi byl zaslán dotazník do všech všeobecných nemocnic. Dotazník byl zaslán e-mailem, což může vést k tomu, že návratnost je pravděpodobně menší, než kdyby nemocnice byly kontaktovány například telefonicky. Další limit se ukázal v oblasti domlouvání rozhovorů. Ve čtyřech případech se stalo, že sociální pracovník souhlasil s realizací rozhovoru, ale z nějakého důvodu s tím nesouhlasilo vedení nemocnice, proto vzorek mohl být ochuzen o další zajímavá témata. Při samotné realizaci rozhovorů byly také rozhovory často rušeny zvoněním telefonu nebo klepáním kolegů. Sociální pracovníci také měli vyhrazen pouze určitý časový úsek, který ne vždy byl pro samotný rozhovor dostačující, proto v některých rozhovorech nebyla některá témata rozebrána do podrobností.

Domnívám se, že výzkum by také bylo vhodné rozšířit o pohled managementu nemocnic, protože jak výzkum napověděl, často na nich záleží, jak se k samotné realizaci sociální práce postaví a jaké umožní sociálnímu pracovníkovi možnosti v oblasti výkonu své profese. Ve výzkumu se také ukázalo jako obtížné, aby sociální pracovníci popsali konkrétní metody, které vykonávají a metody, které by vykonávat mohli. Obtížné bylo zejména pojmenovat konkrétní metodu, proto jsem se snažila ptát zejména na to, jak sociální práci vykonávají. Domnívám se, že to také bylo obtížné proto, že někteří sociální pracovníci nechtěli znát otázky dopředu, tudíž se nemohli připravit. Náročné pro ně mohlo být najít v tak krátkém časovém úseku odpověď bez přípravy. Také se domnívám, že je důležité upozornit na to, že sama pracuji jako zdravotně sociální pracovník v nemocnici. Na jednu stranu mě tato zkušenost přivedla k tomuto tématu, na které je důležité upozornit, na druhou stranu pro mě bylo těžké se odpoutat od role „kolegyně“ a přejít do role „výzkumníka“ a nestranně a kriticky nahlédnout na danou problematiku.

Největším problémem během realizace rozhovoru byla časová a pracovní vytíženost sociálních pracovníků. Pouze ve dvou případech byl rozhovor realizován mimo pracovní dobu. Sociální pracovníci nebyly ochotny si krátit svůj osobní čas, proto byl zbytek rozhovorů



realizován v nemocnicích v kancelářích sociálních pracovníků. Rozhovory byly často přerušovány zvoněním telefonů a klepáním klientů.

#### 4.5 Etika výzkumu

Etické zásady jsou důležitou a samozřejmou složkou společenského výzkumu. Každý badatel by měl řešit otázky zachování soukromí, emoční zabezpečení, reciprocity a informovaného souhlasu. Participantům musí být také dána možnost, aby mohli účast ve výzkumu kdykoliv odmítnout. Nedílnou součástí by měl být také informovaný souhlas (Hendl, 2008, str. 153-154).

Všichni účastníci byli seznámeni s tématem diplomové práce. Každého participanta jsem se několik dní před rozhovorem zeptala, zda si přeje být dopředu informován o otázkách. Tím jsem chtěla dát možnost participantům, aby se rozhodli, zda chtějí na všechny otázky odpovědět. Každého participanta jsem se dopředu ptala, zda bude souhlasit s nahráváním. Zároveň byl s každým participantem písemně sepsán informovaný souhlas. Jednu kopii jsem si nechávala já k dokumentaci a jednu dostal participant jako záruku anonymity. Každý účastník byl dopředu upozorněn, že může využít pravidlo STOP, které říká, že pokud nechce na nějakou otázku odpovídat, tak nemusí. Zároveň má každý participant v informovaném souhlasu uveden kontaktní e-mail a číslo. Také mám kontakty na všechny participanty. Na základě požadavků participantů je dále v diplomové práci uvedeno pouze pohlaví, dosažené vzdělání a typ nemocnice (okresní, krajská, fakultní) bez specifikace kraje, a to kvůli tomu, aby nedošlo k odhalení konkrétní nemocnice.

#### 4.6 Informace o participantech

Celkem bylo realizováno 11 rozhovorů v 11 různých nemocnicích.

Tabulka č. 4 – Účastníci rozhovorů

Číslo participanta	Pohlaví	Nejvyšší dosažené vzdělání	Typ nemocnice	Pozice	Délka praxe	Nejpočetnější cílová skupina
R1	Žena	VŠ magisterské v oboru ošetrovatelství + bakalářské v oboru sociální práce	Nemocnice okresního formátu nad 450 lůžek	Zdravotně-sociální pracovníce	13 let	Senioři
R2	Žena	Středoškolské s maturitou v oboru textilní průmysl, nyní studentka	Nemocnice okresního formátu do 450 lůžek	Sociální pracovníce	5 let	Senioři, osoby bez přístřeší

		bakalářského studia oboru sociální práce na VŠ				
R3	Žena	VŠ bakalářské v oboru sociální práce	Nemocnice okresního formátu do 450 lůžek	Sociální pracovnice	2 roky	Senioři
R4	Žena	VŠ magisterské v oboru sociální práce + akreditovaný kurz zdravotně sociální pracovník v NCO NZO	Fakultní nemocnice	Zdravotně-sociální pracovnice/vedoucí sociálního oddělení	28 let	Senioři, klienti mezi 18-65 lety
R5	Žena	VŠ magisterské v oboru sociální práce + střední zdravotnická škola	Fakultní nemocnice	Zdravotně-sociální pracovnice/vedoucí sociálního oddělení	9 let	Senioři, osoby bez přístřeší
R6	Žena	VŠ bakalářské v oboru sociální práce + Střední zdravotnická škola	Nemocnice okresního formátu do 450 lůžek	Zdravotně-sociální pracovnice	2 roky	Senioři
R7	Žena	VŠ magisterské v oboru sociální práce + akreditovaný kurz zdravotně sociální pracovník v NCO NZO	Nemocnice okresního formátu nad 450 lůžek	Zdravotně-sociální pracovnice	10 let	Senioři
R8	Žena	Středoškolské odborné vzdělání s maturitou v oboru sociálně-právním + akreditovaný kurz zdravotně sociální pracovník v NCO NZO	Fakultní nemocnice	Zdravotně-sociální pracovnice/vedoucí sociálního oddělení	33 let	Senioři, osoby bez přístřeší, děti
R9	žena	Vyšší odborné vzdělání v oboru porodní asistentka	Nemocnice okresního formátu do 450 lůžek	Zdravotně-sociální pracovnice	1,5 roku	Senioři
R10	žena	VŠ bakalářské v oboru sociální práce	Krajská nemocnice	Sociální pracovnice	9 měsíců	Osoby s tělesným postižením
R11	žena	VŠ magisterské v oboru sociální práce + střední zdravotnická škola	Nemocnice okresního formátu do 450 lůžek	Zdravotně-sociální pracovnice	6 let	Senioři

## 5 Výsledky

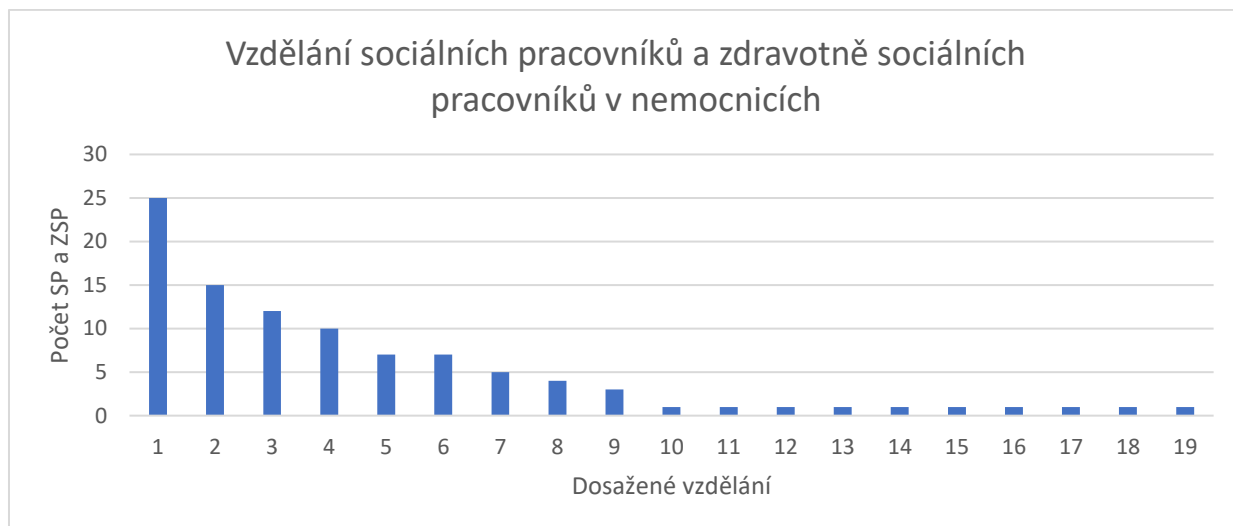
V této části diplomové práce budou představeny výsledky z obou použitých metod. Struktura kapitol a podkapitol odpovídá analyticky vytvořeným kategoriím (tématům), s výjimkou podkapitoly 5.1., která prezentuje výsledky kvantitativní analýzy.

### 5.1 Prvotní informace o stavu vzdělání zdravotně sociálních pracovníků

Při vstupu do terénu jsem nejprve mapovala, jaké mají sociální pracovníci vzdělání. Tato otázka byla položena všem všeobecným nemocnicím v České republice. Ukázalo se, jak jsme předpokládali, že vzdělání zdravotně-sociálních pracovníků je velice rozmanité (viz kapitola 2.4). Dle odpovědí mají sociální pracovníky a zdravotně sociální pracovníky s nejvyšším magisterským vzděláním nejčastěji fakultní nebo krajské nemocnice. Naopak v menších nemocnicích okresního formátu se ukázalo, že sociální pracovníci a zdravotně sociální pracovníci často nesplňují kritéria vzdělání, které jsou dány legislativou a sociální práci tam vykonává například všeobecná zdravotní sestra nebo porodní asistentka. Sociální pracovníci v menších nemocnicích mají sice v některých případech vysokoškolské vzdělání v oblasti sociální práce a sociální politiky, ale často jim chybí akreditovaný kurz zdravotně sociální pracovník. Ti, kteří mají pouze vysokoškolské vzdělání v oboru sociální práce a sociální politika by dle legislativy neměli v nemocnici vykonávat některé činnosti a měli by být zaměstnáni na pozici sociálního pracovníka pod odborným dohledem nebo přímým vedením, nikoliv na pozici zdravotně-sociálního pracovníka. I přes to v řadě odpovědí prostřednictvím e-mailu nebo telefonu respondenti uváděli, že jsou zaměstnáni na pozici zdravotně-sociálního pracovníka, což je v rozporu s legislativou. Pouze krajské nemocnice či fakultní nemocnice uváděly, že kromě zdravotně-sociálních pracovníků zaměstnávají i sociální pracovníky. Nejvíce pracovníků (25 z celkového počtu 98) má bakalářské nebo magisterské vzdělání v oboru sociální práce a sociální politika spolu s akreditovaným kurzem zdravotně sociální pracovník v NCO NZO. Někteří sociální pracovníci mají střední zdravotnickou školu, případně vysokoškolské zdravotnické vzdělání spolu s vysokoškolským nebo vyšším odborným vzděláním v oboru sociální práce a sociální politika, což vede k tomu, že nemusí absolvovat akreditovaný kurz zdravotně sociální pracovník v NCO NZO. Jedná se o 6 pracovníků z celkového počtu 98. Obor zdravotně sociální práce či zdravotně sociální pracovník, který je určen přímo pro pracovníky ve zdravotnictví, absolvovalo pouze 7

pracovníků z celkového počtu 98. Pro informaci níže uvádím graf a tabulku s počty pracovníků a typem vzdělání.

Graf vzdělání sociálních pracovníků a zdravotně sociálních pracovníků v nemocnicích



Graf č. 1- Vzdělání sociálních pracovníků v nemocnicích

Tabulka č. 5 – Vzdělání sociálních pracovníků v nemocnicích

Číslo oboru	Typ oboru	Počet pracovníků
1	Vysokoškolské v oboru sociální práce a sociální politika + akreditovaný kurz ZSP NCO NZO	25
2	Vyšší odborné vzdělání v oboru sociální práce + akreditovaný kurz ZSP NCO NZO	15
3	Střední odborné vzdělání v oboru ošetrovatelství + akreditovaný kurz ZSP NCO NZO	12
4	Vysokoškolské v oboru sociální práce a sociální politika	10
5	Vyšší odborné vzdělání v oboru sociální práce	7
6	Vysokoškolské v oboru zdravotně sociální práce	7
7	Vysokoškolské v oboru sociální práce + střední odborná škola v oboru ošetrovatelství	5
8	Střední odborné vzdělání v oboru sociálně právním + akreditovaný kurz ZSP NCO NZO	4
9	Vysokoškolské v oboru sociální pedagogika	3
10	Vysokoškolské v oboru sociální pedagogika + vysokoškolské v oblasti veřejná správa a regionální rozvoj + akreditovaný kurz ZSP NOC NZO	1
11	Vysokoškolské v oboru rehabilitační péče o postižené děti, dospělé a staré osoby + akreditovaný kurz ZSP NCO NZO	1
12	Vyšší odborné v oblasti ošetrovatelství	1
13	Vysokoškolské v oboru prevence sociálně-patologických jevů	1
14	Středoškolské odborné s maturitou v oboru textilní průmysl	1
15	Vysokoškolské v oblasti ošetrovatelské péče + akreditovaný kurz ZSP NCO NZO	1
16	Středoškolské odborné v oboru sociálně právním	1
17	Vyšší odborné v oblasti sociální práce + středoškolské odborné v oboru ošetrovatelství	1
18	Vysokoškolské v oboru ošetrovatelství + akreditovaný kurz NCO NZO komunitní sestra	1
19	Vyšší odborné v oboru porodní asistentka a středoškolské odborné v oblasti ošetrovatelství	1

## 5.2 Sociální pracovník a nemocniční multidisciplinární tým

Tato podkapitola se vztahuje na dílčí otázky 2 a 6. V této kapitole bude popsáno, kam organizačně sociální pracovníci v nemocnicích spadají, jak se vidí v multidisciplinárním týmu v nemocnici a jaké jsou bariéry dobré spolupráce s multidisciplinárním týmem a jak by jejich pohledem dobrá spolupráce v týmu měla vypadat.

### 5.2.1 Postavení v organizaci nemocnice a vliv nadřízených

Během analýzy dat se ukázalo, že postavení v organizační struktuře v nemocnici se v jednotlivých nemocnicích odlišuje. Nejčastěji sociální pracovníci spadají přímo pod hlavní sestru nemocnice (někdy nazývaná také manažerkou pro nelékařské zdravotnické obory či náměstkyní ošetrovatelské péče). Dále někteří participantů uvedli, že spadají pod úsek následné péče nebo lůžka LDN, ale docházejí k pacientům po celé nemocnici. Jedna pracovnice je v nemocniční struktuře zařazena jako samostatná odborná pracovnice. Jedna pracovnice spadá přímo pod primáře oddělení, na kterém působí, a to i přes to, že dle legislativy se řadí mezi nelékařské zdravotnické pracovníky.

R1 uvádí: „*my jsme pod LDNkou.*“, zároveň dodává, že nejvyšší nadřízenou je vrchní sestra LDN. Uvádí: „*my jsme bohužel pod vrchní sestrou, což není šťastné začlenění v organizační struktuře.*“ R3 také spadá pod vrchní sestru následné péče, konkrétně uvádí: „*je to oddělení následné péče a sociálních lůžek a organizačně spadám pod vrchní sestru tohohle oddělení,*“ poté dodává, že nejsou samostatní. Obě participantky jsou z menších nemocnic okresního formátu. R2 také uvádí, že její nadřízenou je náměstkyně ošetrovatelské péče, ale také dodává, že jejími dalšími nadřízenými jsou primáři jednotlivých oddělení v nemocnici. R10 působí v rámci rehabilitačního a protetického oddělení a uvádí, že jejím nadřízeným je primář rehabilitace. Také dodává, že na ostatních odděleních to mají pravděpodobně jinak a nadřízenou tam je zpravidla vrchní sestra. Z menších nemocnic má jiné postavení R7, která uvádí: „*nejsem jako oddělení, jsem prostě samostatný pracovník. Nejsem zařazena pod následnou péči, v podstatě jsem zařazena pod ředitelství, když se ptáte jakoby takhle. Jsem zaměstnanec nemocnice pod oddělením v uvozovkách ředitelství.*“ Dodává, že její hlavní nadřízenou je náměstkyně ošetrovatelské péče.

Všechny fakultní nemocnice, kde byl realizován rozhovor, mají své samostatné sociální oddělení, kde pracuje více sociálních pracovníků pod vedením jedné vedoucí. Tato oddělení poté spadají pod náměstkyni ošetrovatelské péče (hlavní sestru). R4 uvádí: „*jsme sociální oddělení a spadáme přímo pod náměstkyni ošetrovatelské péče.*“ R5 i R8 jsou vedoucími sociálního oddělení a obě uvádějí, že jejich přímou nadřízenou je taktéž náměstkyně ošetrovatelské péče.

Z výroků je možné usuzovat, že fakultní nemocnice mají svá sociální oddělení a poměrně jasně charakterizované začlenění v organizační struktuře, zatímco u menších nemocnic okresního formátu je začlenění v organizační struktuře pod následnou péčí nebo přímo pod hlavní sestrou. V jediné krajské nemocnici zase participantka spadá pod primáře oddělení.

Někteří participanti jsou však se svým začleněním v organizaci nespokojeni. R1 by si přála, aby nemocnice měla samostatné sociální oddělení s vedoucí. R1 uvádí: „*není to šťastné organizačně, ale pracuje se na tom a já doufám, že budeme samostatnej úsek sociálních služeb*“. R2 zase má půlený úvazek s jinou pracovní pozicí v nemocnici a přála by si vykonávat pouze sociální práci. Uvádí „*To je to, co mě dost trápí, protože bych chtěla dělat jinou sociální práci, nicméně dokud nedodělám tu školu (myšleno vysokoškolské studium v oblasti sociální práce), tak asi s tím nemůžu nic dělat teďka a vydupat si tu pozici, abych dělala jenom sociálního pracovníka.*“ Zároveň také uvádí, že pokud jí neumožní dělat pouze sociální práci, tak to bude důvodem pro hledání jiného místa. R9 uvedla, že také měla půlený úvazek jako zdravotně sociální pracovnice a dokumentátorka. Povedlo se jí ale prosadit, aby jako zdravotně sociální pracovnice pracovala na plný úvazek, s čímž je nyní spokojená.

Tabulka č. 6: Organizační zařazení sociálních pracovníků v nemocnicích

Respondent	Organizační začlenění v nemocnici
R1	Oddělení LDN, nadřízenou je vrchní sestra LDN
R2	Nadřízenou je náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a primáři jednotlivých oddělení
R3	Oddělení následné péče, nadřízenou je vrchní sestra následné péče
R4	Sociální oddělení, nadřízenou vedoucí sociálního oddělení je náměstkyně ošetrovatelské péče
R5	Sociální oddělení, nadřízenou vedoucí sociálního oddělení je náměstkyně ošetrovatelské péče
R6	Oddělení následné péče, nadřízenou je vrchní sestra následné péče
R7	Samostatný odborný pracovník, nadřízenou je náměstkyně ošetrovatelské péče
R8	Sociální oddělení, nadřízenou vedoucí sociálního oddělení je náměstkyně ošetrovatelské péče

R9	Nadřízenou je náměstkyně ošetrovateľské péče
R10	Rehabilitační oddělení, nadřízenou je primář rehabilitačního oddělení
R11	Nadřízenou je náměstkyně pro ošetrovateľskou péči, fakticky však dostává úkoly od vrchní sestry oddělení dlouhodobě nemocných

Je patrné, že v nemocnicích nepanuje shoda na tom, kam vůbec mají sociálního pracovníka v organizační struktuře zařadit. Někteří pracovníci spadají rovnou pod náměstkyni ošetrovateľské péče, která je jejich přímou nadřízenou, ostatní pracovníci spadají nejčastěji pod LDN a následnou péči, a to i přes to, že uvádějí, že vykonávají své činnosti po celé nemocnici. Nejvíce vyjasněnou pozici sociálního pracovníka mají fakultní nemocnice, kde jsou celé týmy sociálních pracovníků pod vedením jedné sociální pracovnice. V menších nemocnicích je ale začlenění v organizaci ještě velmi nejasné. Také se ukázalo, že v menších nemocnicích chtějí nadřízení často, aby sociální pracovnice pracovala pouze na částečný úvazek a na částečný úvazek zastávala ještě další pozici.

### 5.2.2 Přístup vedení k sociálnímu pracovníkovi v nemocnici

Během výzkumu se také ukázalo, že někteří respondenti vnímají jako důležité to, jak se postaví vedoucí pracovník nebo celé vedení nemocnice k důležitosti a pojetí sociální práce a k samotné sociální pracovnici. Někteří pracovníci se cítí být ze strany vedení limitováni, někteří naopak podporováni, což jim usnadňuje práci. R2 uvádí, že tím, jak má půlený úvazek sociální pracovnice a referentky, tak jí nadřízená na druhé pozici komplikuje výkon profese sociálního pracovníka. Uvádí: *„Co se týká druhé části práce, tak tam mám nad sebou ředitelku, ale bohužel ona tam vládne tak pevnou rukou, že v podstatě mi dělá šéfa i na tu sociální práci, i když si myslím, že to není dobře“*. Dále dodává, že vedoucí si myslí, že v sociální práci řeší často věci, které by řešit nemusela a také dle respondentky nemá vedoucí vůbec žádnou představu, jak by měla vypadat sociální práce v nemocnici. Po R1 zase vedení chce, aby kromě sociální práce také vykonávala pozici vrchní sestry pro domácí péči, což si odůvodňuje tím, že vedení nemá ponětí o sociální práci v nemocnici. R3 zase uvádí, že chtěla s vedením řešit nějaké možné zlepšení průběhu sociální práce v nemocnici, vedení ji ale odmítlo s tím, že na to nejsou prostředky. R11 musí pravidelně hlavní sestře psát, co za určitý časový úsek vykonala. Na otázku, zda si myslí, že má hlavní sestra představu o její práci odpovídá: *„Asi nějakou představu má, ale nevím, zda ta představa koresponduje s tou realitou.“* R4 má zase opačnou zkušenost a uvádí: *„My třeba máme opravdu štěstí. Ta naše přímá nadřízená paní náměstkyně, ona nahlíží na tu péči o pacienty v nemocnici komplexně.“*

*Ona je přesvědčená o tom, že ta sociální práce je součástí a že nelze kvalitně pečovat, když člověk nemá dobré sociální pracovníky.“*

Zároveň také již z realizovaného výzkumu vychází, že po sociálních pracovnících jsou často v nemocnici požadovány činnosti, které by mohl vykonávat nižší personál či administrativní pracovník, případně lékař či sestra, což může korelovat s tím, že management nemocnic často sociálního pracovníka v nemocnici nepodporuje. Důležité je také zmínit, že se někdy rozchází představa manažera a sociálních pracovníků o tom, co je vlastně podstatou sociální práce ve zdravotnictví.

### **5.2.3 Vnímání sebe sama v multidisciplinárním týmu**

Velmi pozitivním zjištěním je, že se sociální pracovníci v multidisciplinárních nemocničních týmech vnímají převážně pozitivně, a to zejména na odděleních, kde nejvíce působí. Ne vždy tomu tak však bylo od prvního nástupu do nemocnice a často se sociální pracovník musel v týmu sám prosadit. R1 uvádí: *„Ne, já mám respekt, oni mě berou (myšleno zdravotníci), jsem ráda za to..., takový přirozený to bylo.“* Dále také uvádí, že takto pozitivně vnímána dříve nebyla a musela ukázat, že je v týmu také důležitá. R1 na otázku, zda byla respektována již od začátku, uvádí: *„Na začátku ne, na začátku měli odstup, ale nakonec zjistili, jaká ta práce je, když mě zavolají.“* Také se v dřívější době setkala s výsměchem od kolegů, což potvrzuje výrok *„Ano, mně se smáli, co tam sociální pracovnice, ale když si ty lékaři, protože za mnou chodí i takoví, co tady dělají, a ty zjistili, že mají nemocnou maminku, nemocného tatínka, a co s ní, a teď najednou zjistili, jak je ta práce důležitá.“* Podobně to vnímá R7, která uvádí, že: *„hodně záleží na tom, jak si tu spolupráci nastavíte a často slýchávám od kolegyň, že to záleží na dobrých vztazích, jakoby ta dobrá spolupráce potom.“* Také R11 má zkušenost s tím, že se na ni lékaři obrací se svými soukromými záležitostmi, což jí pomáhá ukotvit si své místo v týmu. R10 na otázku, jak se vnímá v nemocničním týmu, uvedla: *„Jak kdy. Někdy tu sociální práci berou na obtíž, že tam řešíme kraviny, ale když klient opravdu nemá vůbec nic, je to bezdomovec bez příjmů a ten doktor ho nemá kam pustit, tak najednou jsme bohové, kteří zařídí všechno.“*

R4 uvádí, že se cítí jako rovnocenný partner, ale také dodává, že si myslí, že to závisí hodně na osobnostním vkladu a profesních dovednostech, aby se sociální pracovník dobře do nemocničního týmu začlenil. R6 uvádí, že se v multidisciplinárním týmu vnímá dobře, ale dodává: *„dělala jsem sestřičku, mám zdravotnickou školu, pro mě je to takový, vím o čem to je,“* což dle respondentky napomáhá k lepšímu vnímání ze strany sester. Stejný názor má R9,



kteřá si také myslí, že v začlenění do týmu jí pomohlo její zdravotnické vzdělání, na otázku, jak se vnímá v multidisciplinářním týmu, odpovídá: „*Já myslím, že rovnocenně, možná je to tím, že jsem zdravotník, a že jsem odtud vzešla, proto se cítím přirozeně v té komunikaci, protože jsem dělala léta na ambulanci na okrese, na porodním sále...*“

R5 uvádí, že základní podmínkou dobré spolupráce je partnerský přístup mezi jednotlivými členy týmu. Na otázku, zda své postavení vnímá partnersky, odpovídá: „*tak jako někde je, někde není (myšleno partnerský přístup od kolegů), ale obecně mám pořád pocit, že lékař se vidí na vyšší pozici, než jsou jeho kolegové v týmu, přitom já mám svou odbornost a on není můj nadřízený*“. Zároveň také dodává, že by si přála, aby byl přístup v nemocnici ještě více partnerský, a dodává „*my jsme tady v nemocnici X dost držkatý a dost asertivní, a že si jako umíme říct, ale my si umíme říct, blbý je, když nás nikdo neposlouchá, když je to nezajímá.*“

R11 má podobný názor a uvádí: „*Někdy je těžké jim vysvětlit (lékařům), že to funguje jinak, protože oni jsou zvyklí na takovou akční práci, rychlou práci, a tak nějak čekají, že se to rychle vyřeší i v té sociální oblasti, ale ono to tak není, takže to je jako velký rozdíl v tom chápání.*“

Ač se sociální pracovníci vnímají v týmu převážně pozitivně, často také uvádějí některé bariéry, které je při péči o klienta brzdí, což je často v rozporu. Zejména se jedná o nevyjasnění kompetencí, nevědomost ze strany zdravotnického personálu, s čím může sociální pracovník při holistické péči o pacienta pomoci, nedostatečný respekt ze strany lékařů, což je také v souladu s tvrzením v odborné literatuře (viz kapitola 2.5). Zároveň se také potvrzuje předpoklad, že sebeprosazování v týmu závisí hodně na osobnosti daného sociálního pracovníka a schopnosti se asertivně prosazovat. Někteří sociální pracovníci si také myslí, že si mohou za nevyjasněnost sociální práce v týmu sami, protože dávají najevo lékařům, že dokáží zajistit všechno.

#### **5.2.4 Multidisciplinářní spolupráce sociálního pracovníka a zdravotnického týmu**

Sociální pracovníci také často popisovali, jak probíhá spolupráce ve zdravotnickém týmu, zejména s lékaři, všeobecnými sestrami, sanitářkami a fyzioterapeuty. Domníváme se, že spolupráce v týmu velice úzce souvisí především s postavením sociálního pracovníka v multidisciplinářním týmu, ale i třeba v možnostech činností, které sociální pracovník může vykonávat nebo s prestiží jakou tato profese má v českém prostředí. Většina respondentů si dle výroků uvědomuje, že spolupráce zdravotnického týmu je v holistické péči o pacienta nutná. R1 uvádí: „*Já pracuji v multidisciplinářním týmu, protože každý má pohled na danou*

*problematiku a na daného klienta“.* R4 na otázku, zda vnímá nějaké rozpory v týmu, odpovídá: *„Určitě ne, na základě nějaký profesní nerovnosti... V rámci pracovního nasazení anebo v úhlu pohledu na situaci, a ten úhel pohledu je samozřejmě dán tou profesí jednotlivých aktérů diskuze, a to samozřejmě se stává, ale to si myslím, že prostě patří do tvůrčí atmosféry týmu.“*

Dle informací od sociálních pracovníků probíhá spolupráce nejčastěji s lékaři a všeobecnými sestrami, a to zejména v podchycení klienta a sběru informací od lékaře o tom, jaký je zdravotní stav klienta. R2 uvádí: *„když mají pocit (primáři, lékaři), že bych mohla pro někoho něco udělat (pro klienta), tak si to řeknem a nemáme s tím problém.“* R4 říká: *„při ambulantním ošetření má sestřička takový ... screening rizikových faktorů... S tím, že sestřičky předávají na nás kontakt, takže je to takový duplicitní, že když by byl nějaký komunikační problém, tak ale oni už na nás ty kontakty mají, takže se můžou ozvat.“* R8 uvádí, že systém funguje tak, že jsou klienti zadáni lékařem do nemocničního programu na tzv. sociální konzilium. Dialog mezi lékařem a sociální pracovníci probíhá tak, že sociální pracovnice napíše do systému, že klienta přebrala do péče a poté informuje lékaře o postupu práce a konečném výstupu práce s klientem. R1 říká *„Už mě oslovují sami (myšleno lékaři). Už mně volá doktorka z interny, jestli bych nepřišla, jestli nemám chvíličku.“* Později dodává: *„Nejdříve lékař mluví s rodinou a potom mi to zadají. Takže rodina čeká, že s nima bude mluvit sociální pracovnice a takhle to funguje.“* R6 uvádí: *„třeba tady mám doktorky z chirurgie, a když přijdou a řeknou, máme tady pacienta, já nevím, opravdu dlouho, tak se domlouváme nebo říkám, paní doktorko, už to máme ošetřený, už to máme podaný, žádost.“* R10 uvádí, že když potřebuje se zeptat na něco ohledně lékařské oblasti o klientovi, tak dojde za lékařem a společně to s ním prodiskutuje. Dále dodává, že primář zadává práci, konkrétně to, co potřebuje v sociální oblasti řešit, případně vyřešit.

Spolupráci se zdravotníky hodnotili sociální pracovníci spíše pozitivně, často uváděli spíše to, že velmi záleží na tom, s jakým lékařem nebo s jakým oddělením spolupracují. Zpravidla tam, kde působí nejčastěji (většinou následná péče nebo LDN) si myslí, že jsou vnímáni pozitivně. R3 uvádí: *„V rámci toho našeho oddělení si myslím, že je to v pořádku, že ta spolupráce funguje dobře, s doktorama, se sestrama... Ale v rámci těch dalších odděleních to v pořádku není.“* R4 na otázku, jak se cítí v multidisciplinárním týmu, odpovídá: *„myslím, že velice dobře... na některém oddělení člověk lépe spolupracuje, na některém trochu hůř, ale i tak pořád se pohybujeme v rovině dobré spolupráce.“* R6 uvádí, že si na spolupráci s lékaři nemůže stěžovat. R7 říká: *„I ty sestry jsou často dezorientovaný, co po mně můžou chtít a*

*někdy na mě nahlízejí, tak co tady vlastně chcete, s čím nám tady pomůžete. Je pravda, že za ty roky, kde je nejvíc tvá práce, to je následná péče, tam je ta spolupráce, řekla bych, perfektní, ale na těch akutních lůžkách, kde se člověk nedostane tak často, tak tam to trochu pořád vážne jo... A neustále mi to připadá, že to tady pořád říkáte dokolečka, s čím můžete pomoci a tak.“*

Někteří respondenti však se spoluprací s lékaři a sestrami příliš spokojeni nejsou. R5 na otázku, jak funguje spolupráce v týmu, uvádí: *„Tak jako někde je (myšleno spolupráce s lékaři), někde není, ale obecně mám pořád pocit, že lékař se vidí na vyšší pozici, než jsou jeho kolegové v týmu, a přitom já mám svou odbornost a on není můj nadřízený.“* Zároveň ale také dodává, že si za to může tým sociálních pracovníků trochu sám, protože dávají lékařům najevo, *„že jsou holky pro všechno a všechno zařídí.“* R10 zase uvádí, že by si přála, aby mezi sociálními pracovníky a lékaři byla frekventovanější komunikace, uvádí: *„mohli bychom mezi sebou více komunikovat, že kdybychom mezi sebou více komunikovali a sdělovali si ty informace, tak by to bylo lepší, a ne všechno dohledávat, ale zase to je otázka toho času.“* R5 i R11 také uvádějí, že je limituje, že lékaři a jiní zdravotníci mají nereálná očekávání od sociálního pracovníka. R5 se tomu snaží předcházet tím, že chodí na vstupní školení personálu, kde poskytuje informace o tom, co sociální pracovník v nemocnici vykonává. Tuto strategii také zvolila R7, která zajišťuje v rámci interního vzdělávání přednášky o zdravotně sociální práci. Jednou tuto strategii také využila R11, kdy školila vrchní sestry o sociálních službách. R6 je sice se svou rolí v multidisciplinárním týmu spokojená, ale vzhledem k tomu, že současně má vzdělání zdravotní sestry, potýká se s tím, že když je v práci jako sociální pracovnice, kolegové po ní vyžadují ošetrovatelské úkony. Říká: *„Prostě budou dny, kdy budu chodit v civilu, a někdy taky budu v bílém... Nějak je to naučit, oni jsou sice zvyklí, ale prostě mně to nevádí jo, ale mě to zdržuje..., když jdu do zdravotního, tak oni mají pocit, že jsem sestřička na všechno.“*

### **5.2.5 Účast sociálních pracovníků na vizitách u pacientů/klientů**

Jako velké téma se při realizaci rozhovorů ukázala spolupráce v rámci lékařských, zejména primářských vizit u pacientů, kterých se v nemocnicích zpravidla účastní většina multidisciplinárního týmu. Pouze jedna sociální pracovnice se vizit neúčastní, zbytek sociálních pracovníků na vizity dochází, a to buď v rámci následné péče nebo některých vybraných oddělení. Domnívám se, že to může být přínosné zejména v posílení holistické péče o pacienta a zefektivnění předávání informací, ale i třeba posilováním vědomí pacientů, že nějaký sociální pracovník v nemocničním týmu působí. R1 na toto téma uvádí: *„Ano, to*

*děláme, účastním se vizit a každou vizitu, hlavně na LDN se účastním vizit...u každého pacienta probereme, kam půjde, jak půjde, a já mám takový sešit, kde mám jména a vždycky, když se mění, když někdo přistoupí, tak se probírá, co se s ním bude dít jo.“* Dodává, že vizit se účastní sociální pracovnice, vrchní sestra, staniční sestra a primář. R2 uvádí, že se účastní pouze primářské vizity, ale dodává, že kromě vizit dochází v případě potřeby na primářské porady, aby se domluvili, jak v určitých oblastech budou společně postupovat. R6 uvádí: *„máme jednu primářskou vizitu, kde probíráme všechny klienty“*. R7 uvádí, že se dvakrát týdně účastní vizit na následné péči, jinak se vizit neúčastní, ale doplňuje to tím, že chodí na porady vrchních a staničních sester. R11 říká, že mají speciální vizitu, kde probírají sociální problémy klientů a navazující sociální péči po propuštění, to dokazuje výrok: *„A musím teda vyzdvihnout, že máme takovou vizitu, které říkáme sociální vizita, kdy vlastně vždycky jednou za týden si sedneme, já, vrchní, pan primář z toho oddělení a jedeme všech devadesát klientů.“*

Tabulka č. 7 – Účast sociálních pracovníků na vizitách

Č. participanta	Účast na lékařských/primářských vizitách
R1	Ano, primářské vizity, zejména na oddělení LDN
R2	Ano, primářské vizity doplněné účastní na primářské poradě
R3	Ano, pouze na oddělení následné péče
R4	Ano
R5	Ano, pouze u některých klinik
R6	Ano, primářské vizity
R7	Ano, 2x týdně pouze na následné péči
R8	Ano, podle potřeby, pouze pokud chce konkrétní oddělení
R9	Ne
R10	Ano
R11	Ano, pouze na oddělení dlouhodobě nemocných

### 5.2.6 Spolupráce s dalšími odborníky mimo nemocnici

V rámci odlišností mezi jednotlivými typy nemocnice se ukázalo především, že sociální pracovnice v menších nemocnicích nemají možnost se účastnit porad sociálních pracovníků, a to zejména proto, že tam další pracovníci nejsou zaměstnáni. Porad se však neúčastí ani

v krajské nemocnici. V některých případech uváděli, že se nemají v nemocnici s kým kompetentním poradit, a proto hledají informace v jiných zdrojích. R7 například uvádí: „*Já když nevím, tak samozřejmě obvolávám úřady, kolegyně z jiných nemocnic nebo příslušné organizace, a dotazuji se. Někdy mi to připadá, že bych to třeba měla vědět.*“ R9 uvádí: „*Tady je problém v tom, že tady není moc se s kým poradit, já teda když si nejsem úplně jistá, jak nějakou situaci vyřešit, tak volám nějaké jiné kolegyni do jiné nemocnice, anebo volám na městský úřad, tam sociálnímu kurátorovi.*“ R2 říká, že kvůli tomu, že se nemohla s nikým poradit, tak si na vše musela přijít sama, později ale na otázku, zda s někým situace klientů konzultovala, odpovídá: „*Naše nemocnice patří do holdingu nemocnic, takže jsou tam ještě kromě mě tři sociální pracovníci. Tak od nich jsem měla nějaký informace, a pak jsem teda měla nějaký informace...u nás ve vedlejším městě zhruba deset kilometrů od nás je sociální pracovnice nevystudovaná...tak ta mi trošku řekla, co se jak dělá.*“

### **5.2.7 Dílčí závěr k výzkumné otázce č. 2 a č. 6.**

Začlenění a postavení sociálního pracovníka v organizační struktuře se v jednotlivých nemocnicích velmi liší. Někdy pracovníci spadají pod vrchní sestru LDN či následné péče, případně pod primáře určitého oddělení (zejména v menších nemocnicích a jedné krajské nemocnici). Ve fakultních nemocnicích se zdá, že pozice sociálního pracovníka je stabilnější, a to proto, že tu jsou celá sociální oddělení, která jsou tvořena několika pracovníky. Ti pak mohou více prosazovat své zájmy a zájmy svých klientů. Sociální pracovníci si dle výzkumu uvědomují, že spolupráce v týmu je v holistické péči o pacienta nutná. Sociální pracovníci se v multidisciplinárních týmech v nemocnici vnímají převážně pozitivně. Většinou jsou dobře začlenění v týmu lékařských i nelékařských zdravotnických pracovníků na oddělení, kde nejvíce působí, což jsou oddělení následné péče a oddělení LDN. Na akutních lůžkách se již tak stabilně v multidisciplinárním týmu necítí. Většina pracovníků však uvádí, že ač komunikace někdy vážne, spolupráce stále probíhá převážně na profesionální úrovni. Pozitivním sdělením také je, že téměř všichni participanti se účastní vizit, při kterých spolupracují s lékaři a zdravotními sestrami a dalšími odborníky. Spolupráce s lékaři většinou probíhá tak, že lékař upozorní na pacienta, který by byl vhodný pro péči sociálního pracovníka nemocnice. Sociální pracovníci uváděli, že si myslí, že často ovlivňuje spolupráci osobní vklad samotného sociálního pracovníka.

Oblast bariér ve spolupráci v multidisciplinárním týmu se při výzkumu ukázala jako velmi rozmanitá. Sociální pracovníci se potýkají s mnoha faktory. V menších nemocnicích se

ukázalo, že v některých případech bývá problémem, že management nemocnic nepovažuje pozici sociálního pracovníka za příliš důležitou a často sociální pracovníce tlačí k tomu, aby měly dělené úvazky a vykonávaly k tomu ještě další pozici v rámci nemocnice (sociální pracovník + vrchní sestra domácí péče, nebo sociální pracovník + referent ekonomického úseku, sociální pracovník + dokumentátorka oddělení). Tomu se sociální pracovníci snaží ať neúspěšně či úspěšně bránit. Podporu nalézají zejména u nadřízených, kteří si uvědomují, že zaměření na bio-psycho-sociální stránku klienta je nutné. Někteří pracovníci uváděli, že by svou pozici v týmu chtěli mít více partnerskou s lékaři a zdravotními sestrami. Někteří respondenti si myslí, že někteří lékaři se chovají vůči sociálním pracovníkům povýšeně, což jim může bránit v efektivní spolupráci. Co také je bariérou v multidisciplinární spolupráci, je to, že řada lékařů či sester netuší, co spadá do činností sociálního pracovníka v nemocnicích. Na to však také většina sociálních pracovníků reaguje, a to tím, že se snaží si místo v týmu vybojovat tak, že zdůrazňují svou náplň práce v interním vzdělávání nebo se snaží své postavení lékařům a dalším pracovníkům nemocnice vyjasňovat. Zároveň si ale lékaři v některých situacích uvědomují, že pozice sociálního pracovníka v nemocnici je nezastupitelná a důležitá. Tuto důležitost zjišťují například v případě, kdy potřebují řešit sociální stránku svých blízkých anebo zajistit propuštění svých pacientů.

### **5.3 Činnosti sociálních pracovníků a jejich bariéry**

V této podkapitole bude popsána podoba konkrétních činností, které sociální pracovníci vykonávají, respektive nevykonávají, a dále jejich názory na to, kde jsou největší bariéry sociální práce v nemocnici. Tato kapitola reaguje na výzkumné podotázky č. 1 a 4. Činnosti byly testovány prostřednictvím palety činností (viz kapitola 2.2), kdy jsem se na další podrobnosti doptávala během rozhovorů.

V této oblasti se ukázalo, že jsou činnosti, ve kterých se respondenti 100 % shodnou, že je vykonávají. Mezi tyto naprosto shodné činnosti patří poskytování základního sociálního poradenství, edukace pacientů o možnostech péče, vedení dokumentace, ať už v písemné nebo elektronické formě, spolupráce s úřady (případně OSPOD), Policií ČR a sociálními službami a podávání žádostí o sociální služby. Tyto zmíněné činnosti byly vykonávány ve všech nemocnicích, kde byl výzkum realizován. V ostatních činnostech již existují různé rozpory, avšak až na jednu výjimku také panuje téměř shoda i v oblasti psychosociální podpory pacienta, provádění sociálního šetření v nemocnici, stanovení sociální anamnézy a prognózy, účastnění se vizit pacientů alespoň na některých odděleních či klinikách, zajišťování terénních

služeb, zajišťování občanských průkazů a zajištění přeposílání důchodu, případně výplaty důchodu. Další činnosti se již odlišují. Největší odlišnosti se ukázaly například v oblasti specializovaného sociálního poradenství, individuálního plánování, depistáže, zprostředkování duchovní služby, zajišťování rekondičních pobytů, zajišťování sociálních pohřbů a komunikace se zdravotními pojišťovnami ohledně zajištění úhrad zdravotních pomůcek. Tato neshoda panuje i přes to, že některé tyto činnosti jsou jasně stanovené legislativou a sociální pracovník by je vykonávat měl (například depistážní činnost, zajišťování sociálních pohřbů, zajišťování rekondičních pobytů, viz kapitola 2.2). V některých činnostech je zase otázkou, zda vůbec v kompetenci sociálního pracovníka jsou, případně, zda by je neměl vykonávat jiný, například administrativní pracovník nebo sestra či lékař (například vyplácení důchodů, vypisování poukazů na domácí péči, komunikace s lékařskou posudkovou službou ohledně vyplňování formulářů na příspěvky na péči, které jsou určeny pro lékaře).

Co sociální pracovníci až na dvě výjimky nevykonávají, jsou návštěvy pacientů v jejich přirozeném prostředí. Také většina nekoordinuje dobrovolníky a nedoprovázejí klienty mimo nemocnici (například kvůli prohlídce sociální služby, kam si přeje klient podat žádost apod.). Více jak polovina participantů se účastní pravidelných setkání v rámci pracovních skupin komunitního plánování a podílí se na tvorbě komunitních plánů v dané lokalitě. Tuto činnost považují za důležité zmínit z toho důvodu, že není nikde uvedena a v literatuře se o ní téměř nehovoří, a to i přes to, že jí sociální pracovníci aktivně vykonávají. V šetření se ukázalo, že není rozdíl mezi tím, zda je participant zaměstnán na pozici sociálního pracovníka nebo zdravotně sociálního pracovníka, a to i přes to, že je legislativou stanoveno, že sociální pracovník má menší kompetence než zdravotně sociální pracovník a měl by pracovat pod dozorem. Také existují oblasti, jako je včasné vyhledávání klientů, které sociální pracovníci nepovažují dle výzkumů za důležité. To může naznačovat, že je v některých případech porušována vyhláška. Pro lepší přehlednost uvádím tabulku činností sociálních pracovníků v příloze č. 1. Podrobný průběh konkrétních činností bude rozpracován níže.

### **5.3.1 Ukotvení činností, kompetencí a sociální práce v nemocnicích**

Za důležité považujeme zjištění, zda sociální pracovníci v nemocnicích mají nějakým způsobem formálně ukotvené činnosti a kompetence, tudíž zda vědí, jaké činnosti mají či nemají vykonávat. Někteří participanté uváděli, že mají stanovené standardy, které jím říkají,

co mají vykonávat a co nikoliv, případně jak mají jednat s klientem. V některých případech ale participanti přiznávají, že jsou standardy nedotažené a potřebují upravit nebo přepracovat. R1 uvádí: „*ano, standardy máme..., máme standard sociální, který je nutno ale ještě doplnit.*“ Také dodává, že se řídí v oblasti činností vyhláškou. R3 má podobný názor a uvádí: „*Máme standardy, takže postupujeme podle standardů, všechno tam samozřejmě není, tak se to vždycky řeší podle situace, v jaký se člověk nachází, jak je schopen vnímat a jak to jde, ale samozřejmě standardy jsou.*“ R6 uvádí, že sice mají standardy, ale považuje to „*za pole neoraný*“ a občas má pocit, že stejně musí vykonávat činnosti, které by měl dělat jiný personál, například vypisovat poukazy na zdravotní pomůcky. R8 uvádí: „*máme tady kompetence napsaný, to je. Máme tady pracovní náplně a pracovní postupy a toho se držíme. Máme tady standardy jak na sociální práci, tak na osvojení nebo utajený porod. To máme.*“ R8 mi také po ukončení rozhovoru standardy ukazuje. Standardy jsou velmi rozsáhle rozpracované.

R4 i R7 uvádějí, že mají metodiku zdravotně sociální práce v nemocnici. U R5 se jedná o podobný případ, avšak ukotvení sociální práce v nemocnici mají v směrnicích. R5 uvádí: „*máme zpracovanou naši směrnici..., která ty naše činnosti upravuje a taky mluví o tom, že jakoby jsou povinnosti třeba lékařů nebo jiných pracovníků.*“

Někteří respondenti mají pouze náplň práce, ale ukotvení kompetencí nemají. R2 uvádí: „*Máme pracovní náplň samozřejmě na každou tu funkci jako zvlášť, ale kompetence jako takový nemám.*“ Stejný případ je u R9, která na otázku, zda mají stanovené nějaké postupy sociální práce v nemocnici, odpovídá: „*Nemám, víte co, je tady taková ta náplň práce, to jsme se teď v podstatě bavili, co je náplň práce. Tady je problém, že se moc není s kým poradit...Nevím no, jestli to je běžné takhle na těch nemocnicích, ale spíš to tak jako si sama hledám, utvářím, dělám si ten systém a zjišťuji, co ano, co ne, kam ano a kam už ne. Je to takové zapeklité.*“ R10 neví, zda je sociální práce ukotvená nějakým standardem či nikoliv. Uvádí, že asi nějaký standard mají, ale že neví, kde by ho našla.

Ukázalo se, že sice některé nemocnice mají standardy. Tyto standardy jsou však nedotažené a často nepokrývají celé spektrum činností a práce s klientem. Rozdíl je také patrný mezi fakultními nemocnicemi a ostatními nemocnicemi. Ve fakultních nemocnicích jsou většinou standardy nebo metodické postupy poměrně dobře rozpracované. Participanti z fakultních nemocnic po ukončení rozhovoru uváděli dle terénních poznámek, že tyto postupy potřebují k akreditaci a jsou kontrolovány akreditační komisí. V některých menších nemocnicích existuje pouze náplň práce a další formální ukotvení sociální práce zde není a sociální



pracovníci se řídí spíše svým instinktem. Domnívám se, že to může být bariérou jak pro samotné sociální pracovníky, tak pro ostatní personál nemocnice, který nemusí vědět, s čím se mají na sociálního pracovníka obrátit a jakého klienta k němu doporučit.

### 5.3.2 Cíl sociální práce v nemocnici optikou sociálních pracovníků

Protože veškeré činnosti a směřování sociálních pracovníků by mělo vést k určitým cílům, domníváme se, že je důležité také zmínit, jak vůbec sociální pracovníci svou práci v nemocnici vnímají a co považují za její cíl. Všichni participanti, kteří hovořili o cílech sociální práce v nemocnici, se shodli na tom, že základním cílem je zmírnění nebo odstranění negativních důsledků nemoci, a to jak v domácí péči ve spolupráci se sociálními službami nebo prostřednictvím pobytové sociální služby. Ve výrocích participantů se často objevuje především to, že je nutné zlepšit klientovu sociální situaci nebo alespoň udržet co nejlepší možný stav. R10 na otázku, co je podle ní cílem sociální práce v nemocnici reaguje: *„no tak aby ten člověk s nějakým tím handicapem, co se mu tady uděje, tak abychom odstranili ty největší bariéry, které by mu potom v domácí péči mohli vadit. A tak nějak, aby se od nás vrátil domů co nejvíce mobilní a co nejvíce soběstačněj.“* R8 vnímá cíl podobně a uvádí: *„jako zajistit toho pacienta buď v domácím prostředí, nebo prostě toho pacienta propustit, to je cíl, aby prostě šel domů a měl tam to zázemí, aby tam přišla pečovatelka a nakoupila a uklidila mu, aby prostě donesla ten oběd nebo sestřička zdravotní, anebo teda potom zajistit kvalitní zařízení, kde se rehabilituje, aby ten pacient mohl odejít domů, prostě vyhovět mu, jak si to ten pacient představuje.“* R7 říká, že je cílem, aby byl pacient po vyléčení nebo stabilizování zdravotního stavu na propuštění i po sociální stránce. Dodává: *„Aby měl zajištění doma, nebo aby, většinou co řeším, tak jsou ty důchodáky, aby byl ten důchodák, aby bylo to místo, abychom ho mohli propustit.“* R5 zdůrazňuje, že je potřeba zajistit propuštění humánní cestou, uvádí: *„Jako zajištění toho, aby ten pacient byl propuštěn humánní cestou, aby o něj bylo dál postaráno, a těch činností, které okolo toho děláme, je strašně moc...Ale ta zakázka, proč ten zdravotně sociální pracovník tady je, tak pro mě je, aby prostě pacient byl propuštěný z lůžka a jeho situace se ještě nezhoršila.“* R11 vnímá cíl sociální práce ve zdravotnictví takto: *„Podle mého názoru je to zajištění návratu toho klienta do toho přirozeného prostředí, a pokud to není do toho přirozeného prostředí, tak mu zprostředkovat takové adekvátní služby, které mu zajistí tak nějak důstojně žít ten život. Takže je to nějaké takové zabezpečení toho klienta, ať už jde domů nebo pak, když se bavíme o nějakých*

*službách nebo ubytovnách. Může to být i zajištění příjmu pro lidi, kteří jsou bez domova a podobně.*“ R4 uvádí, že na akutních lůžkách je směr sociální práce zaměřen zejména na zlepšení zdravotního stavu a zvýšení míry soběstačnosti a znovunabytí každodenních dovedností. R3 uvádí, že cílem je pomoci klientům řešit jejich situaci do budoucna. Z výroků můžeme usuzovat, že cíle subdisciplíny zdravotně sociální práce dle participantů se protínají s definicí sociální práce dle Navrátila, která se zaměřuje na podporu sociálního fungování klienta. Zároveň také vidíme, že sociální pracovníci jsou zaměřeni na sociální prostředí klienta a většinou se snaží o umístění do přirozeného prostředí (viz kapitola 2.1). Také v rozhovorech často participantů zdůrazňovali pojmy jako je důstojnost, humánní cesta, kvalitní život a soběstačnost. Participantů ale také reflektují, že jsou často vystaveni tlaku ze strany systému na zrychlení zajištění péče o klienta. R8 říká: *„A zase teda musíme vyhovět oddělení, aby tam ten pacient neležel ze sociálních důvodů, takže najít nějaký kompromis, aby všichni byli spokojeni.*“ Podobně to vidí R7, která uvádí: *„A pak co je nejdůležitější v rámci naší organizace, tak to je zajistit toho pacienta, abychom ho co v nejbrzké době, když už je vlastně na propuštění..., abychom ho mohli propustit a neprotěžoval zbytečně ten zdravotnický systém, kdy je v nemocnici a de facto na něm nemáme už co léčit.*“ R8 k tomu říká: *„No řeší se to pak tak, aby se vyhovělo té nemocnici, protože ty klienti si nechtějí často připlácet, chtějí být v luxusním zařízení a nechtějí nic platit. Oddělení ho chce propustit, takže musíme s tím pacientem jednat, jednat, jednat. Někdy se to daří.*“ Tento rozpor mezi cílem sociálního pracovníka v oblasti sociální práce, cílem nemocnice v oblasti sociální práce a cílem klienta si také uvědomuje R3, která říká: *„Někdy dochází k rozporu, že ti lidé nechtějí na tu sociální lůžku, protože mají pocit, že je moc brzy, ale vzhledem k tomu, že pojišťovna odmítá proplácet sociální hospitalizace, nebo jakmile začne sociální hospitalizace, tak prostě to vyhazuje z úhrady.*“

Ve zmíněných výrociích lze pozorovat poměrně zásadní kontrast mezi tím, zda propustit klienta co nejrychleji z nemocnice, tak jak jsou zdravotně sociální pracovníci nuceni nastavením zdravotního systému nebo naopak zajistit především zlepšení sociální situace a vyjít vstříc přáním klientů. Dle literatury je ideálním stavem zejména znovu obnova sociální situace, v praxi jsou však sociální pracovníci nuceni urychlovat propuštění z nemocnice, což také chápou jako součást cíle sociální práce. Z výroků také vyplývá, že se některé pracovnice snaží hledat strategii, jak vyjít vstříc jak klientovi, tak ale i požadavkům lékařů a zdravotních pojišťoven na rychlé propuštění z nemocnice.

R8 také zmínila, že se mohou cíle s dospělým klientem odlišovat od cílů s dětmi, uvádí: „*A co se týče těch dětí, tak aby ty děti byly chráněny, když tady porodí závislá matka, kterých tady máme teda dost, tak aby to dítě, buď aby matka měla šanci se k tomu dítěti vrátit, zajistit jí nějakou léčbu, aby měla šanci s dítětem tu léčbu absolvovat nebo aby od takové matky, která zájem nemá, aby bylo co nejdříve v rodině. To je náš zájem. Zájem toho dítěte.*“

Závěrem této podkapitoly je možno říci, že sociální pracovníci spatřují cíl subdisciplíny zdravotně sociální práce ve spojitosti s propuštěním klienta z nemocnice. Zejména zdůrazňují snahu zajistit pobyt v domácím prostředí se zachováním nebo zlepšením dovedností klientů, případně zajištění důstojné sociální služby. Zároveň si ale uvědomují, že je na ně vyvíjen tlak ze strany zdravotních pojišťoven, které odmítají hradit sociální hospitalizace. To může vést k tomu, že sociální pracovníci často musí na propuštění klienta spěchat a vyjít vstříc nemocnici, ač by na práci s klientem potřebovali více času. Tlak pojišťoven můžeme označit také jako jednu z bariér sociální práce v nemocnicích. Cíle sociální práce jsou také zpravidla v souladu s vyhláškou, která se zmiňuje o tom, že zdravotně sociální pracovník se zabývá integrací pacientů do společenského prostředí.

### **5.3.3 Podoba konkrétních činností v nemocnicích**

V této kapitole budou popsány představy sociálních pracovníků o jednotlivých činnostech, které vykonávají v nemocnici. Sociální pracovníci se nejvíce zaměřovali na to, zda danou činnost vykonávají či nikoliv, jaké mají představy o této činnosti a jak tato činnost vypadá reálně v praxi.

#### **Sociální šetření jako základ sociální práce v nemocnicích**

Jako jedna z nejdůležitějších činností se ukázalo sociální šetření v nemocnici. Tuto činnost vykonávají téměř všichni participanté z výzkumu a řada pracovníků ji považuje za velmi důležitou pro další práci s klientem. R4 uvádí, že považuje sociální šetření v nemocnici za součást zdravotně sociální intervence. Sociální šetření vypadá v nemocnicích dosti podobně, avšak i tam se naleznou oblasti, kde se participanté od sebe odlišují. Základním cílem šetření podle respondentů je sběr dat o klientovi. Například R9 uvádí, že se zaměřuje zejména na sociální situaci pacienta, nejbližší příbuzné, oblast bydlení a oblast zajištění sociálních služeb. Všichni participanté, kteří o průběhu sociálního šetření hovořili, uvedli, že mají nějakou formu sociální karty či formuláře, kterou s klientem nebo po sociálním šetření vyplňují. Někteří tento formulář nosí přímo na oddělení k sociálnímu šetření, někteří ho vyplňují dodatečně po

provedení sociálního šetření. R2 uvádí: „*Mám formulář, podle kterýho vlastně jedu a ptám se na to sociální zázemí a tak dále.*“ Dále dodává, že jde o formulář schválený vedením a zároveň si také vypracovává své poznámky na papír. R5 má také formulář, ale nenosí ho s sebou na sociální šetření, protože již z praxe ví, na co se má při sociálním šetření zeptat. Říká: „*Tak my v podstatě sociální šetření provádíme u téměř každého pacienta, protože ho potřebujeme k tomu, abychom ho mohli vůbec propustit z nemocnice jo. Takže probíhá sběrem anamnestických dat, údajů a abychom prostě zmapovali tu jeho konkrétní situaci.*“ R8 kombinuje strategii standardizovaného dotazníku s intuitivním doptáváním se na další okolnosti, což potvrzuje výrok: „*Tak máme tady ty karty, podle kterých se řídíme, tam to máme daný a pak se teda ptáme intuitivně, to je základ toho sociálního šetření, abychom zjistili tu jeho rodinnou situaci prostě.*“ R11 dělá sociální šetření u každého klienta, který je přijat na oddělení dlouhodobě nemocných. Zaměřuje se zejména na to, zda má klient občanský průkaz, zda je evidován na Úřadu práce ČR, jaké jsou jeho příjmy, bytové podmínky a rodinné zázemí. R9 i R10 mají také standardizovaný formulář, který vyplňují s klienty. R6 chápe sociální šetření jinak než ostatní respondenti. Rozumí tomu tak, že se jedná o to, když chodí s úřadem práce na sociální šetření k příspěvkům na péči.

### **Depistáž**

Kde nastávaly rozpory, byla oblast vykonávání depistáže. I přes to, že se jedná o činnost, kterou má sociální pracovník vykonávat dle legislativy, tak v některých nemocnicích není vůbec vykonávána. Depistáž je v tomto případě charakterizována jako vyhledávání potenciálních klientů pro sociálního pracovníka pouze v rámci zdravotnického zařízení. Za základní bariéru je považován respondenty především nedostatek pracovníků a nedostatek času, a to i přes to, že respondenti vnímají tuto činnost jako důležitou ve své práci. Depistáž není vykonávána v 5 z 11 nemocnic, kde byl výzkum realizován. R4 depistáž vykonává, a to tím, že si pročte karty z urgentního příjmu, kde sestra vyhodnocuje rizikové faktory. V některých nemocnicích, kde participanti uvádějí, že depistáž vykonávají, současně přiznávají, že pouze v omezené míře, nebo že jí spíše vykonává další nelékařský personál, zejména všeobecné sestry, které občas doplní sociální pracovník. R1 uvádí: „*Takhle, když vidím, my máme totiž ty lůžka následné péče..., a teď vidíte, vám řekne sestřička, nikdo za klientem nechodí, tak tím pádem už víte, že nějaký problém tam je, a jdete za ním a tím pádem tohle je depistáž.*“ Stejně tak R9, která uvádí: „*V rámci pochůzek po té nemocnici, že dělám pohovor s tou sestrou, jestli se jim tam někdo jeví, že by potřeboval pomoc.*“ Pouze R11 zmiňuje, že vykonává depistáž tím způsobem, že dělá sociální šetření u každého pacienta

přijatého na oddělení dlouhodobě nemocných a ptá se na možné potenciální sociální problémy. R2 říká, že klienty nevyhledává a nechává to na lékařích, a to kvůli tomu, že má zkrácený úvazek a nedostatek času, aby se této činnosti mohla věnovat. Stejně tak R3 říká, že aktivní vyhledávání potenciálních klientů není v jejích časových možnostech. Také R5 uvádí: *„že bychom tady vyhledávali potřebné klienty? Bylo by to vhodné, ale neděláme to, není to možné. To bych musela mít mnohem víc sociálních pracovníků, kteří by měli kancelář v rámci té kliniky, aby mohli při každém příjmu pacienta si jít zhodnotit, jestli je to klientela pro sociálního pracovníka.“* R7 depistáž také nevykonává, ale považuje ji za důležitou, což dokazuje výrok: *„To vnímám, že je velice podstatná činnost zdravotně sociálních pracovníků v nemocnicích nebo obecně ve zdravotnictví, ale záleží zase na tom čase a na množství těch sociálních pracovníků v té organizaci, protože pokud jste jediná na X pacientů, tak nemáte možnost.“* R8 přiznává, že ví, že depistáž patří do náplně práce sociálního pracovníka a že by depistáž aktivně provádět chtěla, avšak není to v jejích časových možnostech. R10 depistáž nevykonává, a to kvůli nedostatku času. Výsledky ukazují, že v oblasti depistáže je největší bariérou čas a nedostatek sociálních pracovníků v nemocnicích. Domnívám se, že zásadní zjištění také je, že pouze jeden z participantů vykonává depistáž tím způsobem, že kontaktuje přímo potenciálního klienta. Zbytek participantů komunikuje se sestrami a lékaři nebo studují zdravotní dokumentaci.

### **Odborné a základní sociální poradenství**

Během výzkumu se také ukázalo, že sociální práce v nemocnici je hodně založená na poradenské činnosti, zejména na základním sociálním poradenství. Tuto činnost vykonávají všichni respondenti bez rozdílů. Rozdíly nastávají až v oblasti specializovaného (odborného) sociálního poradenství, které chápou pracovníci v některých případech odlišně. Specializované poradenství vykonává R1, R3, R4, R5, R8 a R10. R5 uvádí, že vykonává odborné poradenství na nejnižší úrovni a jedná se zejména o oblasti sociálních dávek a základní právní poradenství. R8 uvedla, že za odborné poradenství považuje zejména část o důchodech, zároveň také uvádí, že ale důchody nevypočítává. R10 dle svého názoru vykonává poradenství zejména v oblasti uplatnění na trhu práce. To může být ovlivněno tím, že pracuje na rehabilitační klinice v rámci krajské nemocnice, kde je určité specifikum klientů. R10 uvádí: *„Práci, uplatnění na trhu práce. Jezdíme na kraj, protože teď je nová pozice, kde vlastně krajskej úřad vytvořil koordinátorku, vlastně na zaměstnávání zdravotně postiženejš, je v každém městě, takže s nima jezíme na kraj. Tak podáváme ty informace.“* Sociální pracovníci, kteří na určitou oblast nejsou specialisté, tak odkazují na dalšího odborníka nebo

sociálního pracovníka, který odborné poradenství poskytuje. R6 na otázku, zda vykonává odborné sociální poradenství, odpovídá: „*Já bych ho správně dělat neměla, ale odkazuji.*“ Podobně na tom je R7, která uvádí: „*Samozřejmě, pokud jde o nějaké úzké poradenství, tak ty lidi směřuju spíš na ty konkrétní organizace.*“ R9 uvádí, že je limitována tím, že nemá sociální vzdělání a nedovede rozlišit mezi odborným a základním poradenstvím, což dokazuje výrok: „*Já to asi neumím přesně rozlišit, tím že to sociální vzdělání nemám dokončené, tak asi úplně nevím, co si pod tím představit.*“ Stejně tak R11, která uvádí, že se snaží spíše zprostředkovat kontakt na odbornou pracovníci. Zajímavé je, že nikdo z respondentů nezmiňuje v oblasti poradenství zaměření na nemoc či diagnózu daného člověka, což je často zmiňováno v odborné literatuře. Respondenti se spíše v oblasti poradenství zaměřují na praktické úkony, jako je podání žádosti o starobní nebo invalidní důchod. Pouze jedna pracovnice uvedla, že se zaměřuje i na poradenství v oblasti zaměstnanosti, což bylo ovlivněno tím, že pracuje na rehabilitaci. Velká část pracovníků se však pohybuje spíše v rovině základního poradenství, s tím, že na odborné poradenství odkazuje na další odborníky.

### **Individuální plánování jako otazník pro sociální práci v nemocnici**

Nemocnice by dle legislativy (viz kapitola 2.2) měly zajišťovat individuální plánování v sociální službě poskytované ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče (tzv. sociální lůžka). U klientů, kteří jsou hospitalizováni, tato činnost dle legislativy prováděna být nemusí. I přes to většina sociálních pracovníků uvedla, že tuto činnost vykonává, i když většinou ne v takovém rozsahu, jako v sociálních službách. Dle výzkumu se to ukazuje jako vhodný nástroj pro zajištění sociální péče zejména na lůžkách pro dlouhodobě nemocné. R2 uvádí, že individuálně plánuje u každého klienta, a to i přes to, že nemají sociální lůžka. Na otázku, zda to dělá kvůli nařízení vedení nebo ze své vůle, odpověděla: „*Je to mnou nastavený, protože když jsem na to místo nastupovala, tak žádný jakoby v podstatě plán nebo nějaký pravidla té sociální práce v té nemocnici nebyly.*“ R5 říká: „*Jestli individuálně plánujeme pro klienta. Já nevím, jestli to lze nazvat individuálním plánováním, ale ten plán sociální péče si tady musí dělat každý sociální pracovník i na krátkodobější hospitalizace.*“ Dále dodává, že plán obsahuje cíle domluvené s klientem, intervence a rozplánování činností. R10 uvádí, že individuálně plánují zejména na protetickém oddělení. Na otázku, zda individuálně plánují, odpovídá: „*Někdy jo, ale to spíš děláme na tý protetice, když tam ty lidi leží dva měsíce, tak máme čas jim to zpracovat, postup, co s nima udělat, nebo postup, kam mají jít, na koho se obrátit.*“ R11 říká: „*Individuální plánování, třeba takové, jaké se provádí v sociálních*

*službách, říci, že jako tak úplně nedělám, ale v rámci toho sociálního šetření si stanovím cíl a v průběhu té hospitalizace se snažme s tím klientem na dosažení toho cíle tak nějak pracovat. Ale není to úplně tak, že bych tady každý týden seděla a vyhodnocovala, co se mi podařilo a co nepodařilo. Je to takový hodně jednoduchý a stručný cíl, ke kterému se snažím tou prací s klientem dojít.“* R8 také individuálně plánuje s klienty, zejména se zaměřuje na cíle, které potom vyhodnocuje.

R3 uvádí, že individuální plánování dělá všeobecná sestra. Na dotaz, zda je to takhle vhodné odpovídá: *„Já myslím, že jo, protože v té naší náplni práce v tom časovém, v těch časových možnostech není ještě dělat individuální plánování.“* R4 uvádí, že na akutních lůžkách individuálně neplánují, protože prioritou je zlepšení zdravotního stavu pacienta. Za vhodnější nástroj, než individuální plánování, považuje výcvik v krizové intervenci. R9 také pracuje na akutních lůžkách, proto individuálně neplánuje, uvádí: *„Víte co, tím, že tady nemáme žádné sociální lůžko ani nějaké dlouhodobé, geriatrické, nic takového, máme pouze akutní lůžka, interna, chirurgie, urologie, ortopedie, kde opravdu, já toho člověka, když jsem s ním v kontaktu, tak do dvou tří dnů, do týdne toho člověka někam překládáme, takže tohle asi moc ne.“* R1 individuální plánování nedělá, dělá ho pracovnice v soc. službách na sociálních lůžkách. K tomu dodává: *„Sociální pracovník, který tam je, tak ten tomu moc nevěnuje pozornost, což je smutný, jo, protože si myslím, že individuální plánování by měl dělat sociální pracovník, a ne nějaká pečovatelka, která má kurz. Tohle si myslím, že je ne moc vhodný.“*

### **Oblast zajištění pohřbů osamělých klientů**

Jako problematická se také ukázala oblast zajišťování záležitostí spojených s úmrtím osamělých pacientů<sup>2</sup>. Někteří respondenti tuto činnost nevykonávají, a to i přes to, že je stanovená vyhláškou. V některých případech to je dané tím, že pracují na klinikách, kde nedochází téměř vůbec k úmrtí pacientů a v některých případech to má však na starosti jiný pracovník. Sociální pohřby zajišťuje R1, R2, R4, R5, R7 a R8. Ostatní pracovnice sociální pohřby nezajišťují. V nemocnicích, kde to nemá v kompetenci sociální pracovnice, tak to zajišťuje například sekretářka. R3 uvádí: *„Tak to u nás ne. Pokud vím, když se něco takového stane, tak to řeší sestra nebo sekretářka z patologie.“* R6 uvedla, že po ní zatím nikdo takovou službu nepožadoval, takže tuto činnosti nevykonává. R9 na otázku, zda zajišťuje sociální pohřby, uvádí: *„Přiznám se, že to nešlo přes mě, myslím, že s tím patologickým*

---

<sup>2</sup> Mezi zdravotníky je vžitý pojem sociální pohřeb

*oddělením, tam je nějaká spolupráce, že přímo kontaktují úřad.*“ R11 uvádí, že pohřby nezajišťuje: *„Ne, to tady má na starosti pracovnice z právního a personálního oddělení.“* R10 pohřby nezajišťuje, protože se jedná o rehabilitační oddělení, kde klienti tak často neumírají. V praxi však zajištění sociálního pohřbu vypadá tak, že pracovnice kontaktuje městský úřad/magistrát, kde se nemocnice nachází a zašle žádost o vypravení sociálního pohřbu. To dokazuje například výrok R2, která uvádí, že sociální pohřby zajišťuje tak, že zavolá nebo pošle žádost na matriku městského úřadu. R7 uvádí, že se s vypravováním sociálních pohřbů setkává docela často. Uvádí: *„Je to právě o tom, že tam není rodina nebo není nikdo, kdo by ten pohřeb vypravil, takže pak žádáme město o zařízení vypravení pohřbu.“* R8 říká, že to dělá často a žádá úřad. Sociální pohřeb je často brán spíše jako administrativní úkon, který vypadá tak, že se pošle žádost na úřad. Ač tuto činnost stanovuje legislativa, v praxi to vypadá tak, že jí řada sociálních pracovníků nevykonává. Je na zamyšlenou, zda je opravdu nutné, aby měl tuto činnost v kompetenci sociální pracovník nebo zda je sociální pracovník v tomto zastupitelný a může svůj čas, který se ukazuje jako velká bariéra, využít například na přímou práci s klientem.

### **Návštěvy klientů v domácím prostředí**

Díky inspiraci z historie (viz kapitola 1.2), jsme do výzkumu i zařadili otázku, zda sociální pracovníci navštěvují klienty v přirozeném prostředí po propuštění z nemocnice. Jedna pracovnice uvedla, že tuto činnost vykonává, jedna uvedla, že jí vykonává velmi výjimečně. Ač tato činnost byla dříve vykonávána, dnes jí sociální pracovníci téměř nedělají. K návštěvám v přirozeném prostředí využívají sociální pracovníci z nemocnice spolupráci s městským nebo obecním úřadem. R1 uvádí: *„Návštěvy pacientů doma, to ne, ale my zažádáme, to vy můžete taky, že vy nebudete jezdit za těma pacientama domů, ale může přes městský úřad, když se vám nepozdává pacient, jestli to doma zvládá, tak volám na městskéj úřad nebo na obec, aby tam ta sociální pracovnice zašla udělat sociální šetření v prostředí doma.“* Stejným způsobem to také řeší R3 a R5. R7 říká, že tuto činnost po ní někdy požadují lékaři: *„Často jsem se dostala do situace, že se lékaři domnívali, že mám dojet do rodiny a zjistit, jak to tam vypadá, jestli tam můžou toho pacienta propustit, tak to samozřejmě nedělám. To pak kontaktuji tu obec a ty nám podají třeba nějakou zprávu.“* Dále uvádí, že největší bariérou je nedostatek času a nedostatek sociálních pracovníků v nemocnicích. Zároveň také dodává, že si myslí, že to ani není v kompetenci sociálního pracovníka v nemocnicích. Po R11 to zase vyžadují některé sestry, uvádí: *„Tak to nedělám, to bych se musela asi rozkrájet, i když jedna vrchní sestra z jednoho oddělení se pozastavovala nad tím,*



*proč jako když s tím pacientem pracuji, proč nespolupracuji dál, když už je propuštěný doma... Myslím si, že by to bylo v některých případech vhodné, že by člověk plnil možnost nějaké kontroly a spolupráce s klientem, ale z těch kapacitních důvodů to není možné.“ R10 si naopak myslí, že by návštěvy v přirozeném prostředí byly pro její práci přínosné, ale uvádí, že největší bariérou je nedostatek času a nedostatek pracovníků, což potvrzuje výrok: „Jako asi by to bylo dobrý, ale to bychom už neměli osmihodinovou pracovní dobu, ale museli bychom ji mít alespoň dvanáctihodinovou, abychom to všechno stihli.“*

R4 uvádí, že návštěvy v přirozeném prostředí vykonává zcela ve výjimečných případech a spíše volí spolupráci s městským úřadem. Na otázku, co může být výjimečný případ, odpovídá: „*Třeba když je někdo z bydliště nebo nějaký blízký našeho pacienta, tak jdeme jako doprovod a zároveň proběhne sociální šetření, když jedeme s tím pacientem. Ale je to zcela, zcela mimořádné.*“ R8 uvádí, že sociální šetření v domácím prostředí mohou dle náplně práce provádět. Na otázku, v jakém případě toto šetření sociální pracovníce z nemocnice vykonává, uvedla: „*Podmínky pro dítě, ano, jestli je to tak, jak ta matka skutečně říká. Jsem domluvená třeba s příbuznými, že se tam dojdu podívat.*“

Dle výše uvedených výroků není vykonávání návštěv klientů v domácím prostředí téměř vykonáváno, a to z toho důvodu, že na to sociální pracovníci v nemocnicích nemají personální ani časové kapacity.

### **Doprovod klientů mimo nemocnici**

Dalším zajímavým tématem byla oblast doprovodu klientů mimo nemocnici. Sociální pracovníci uváděli, že se často setkávají s požadavkem od zejména osamocených klientů či klientů, kdy rodina nejeví zájem, aby je doprovodili mimo nemocnici, zejména kvůli zajištění komunikace s bankou, na prohlídku domova pro seniory, k podání žádosti o různé příspěvky apod. Často klient nemůže jít kvůli zdravotnímu stavu si tyto záležitosti zajistit sám s propustkou. Pokud tato služba zajištěná není, může to přinášet klientům různé problémy, například v oblasti finanční (nemožnost uhradit si složenky apod..). Většina respondentů tuto činnost však nevykonává, a to i přes to, že si někteří myslí, že by to mohlo být v náplni práce sociálního pracovníka. Často se ale klientovi snaží vyhovět jiným způsobem. R3 uvádí, že vnímá, že je potřeba doprovod klientovi zajistit, ale snaží se to řešit jinou formou. R3 říká: „*My to řešíme tím způsobem, že oslovíme město a sociální pracovníce z města doprovází. Případně zajistíme dopravu z městského úřadu, případně rodinu, ale my tohle neděláme.*“ R5

se snaží spíše za klienta věci vyřídit bez jeho přítomnosti, což potvrzuje výrok: „*Spíše je to tak, že když už, tak za toho klienta jdeme do terénu něco vyřídit na úřad, na pečovatelskou službu, na poštu. Ale to fakt ve výjimečných situacích, protože časově na to nemáme kapacitu, ale když to jinak nelze, tak ano, jsme oprávněni mít tzv. služební cesty.*“ R6 volí stejnou strategii, kdy se snaží, aby úřednice například kvůli občanskému průkazu došly za klientem do nemocnice. R7 na tuto oblast říká: „*To zase by nebyly kapacity, i když si myslím, že by to mohla být jedna z činností pro zdravotně sociálního pracovníka, jelikož často tady právě s pacientama řeším to umístění na ty důchodáky, oni souhlasí, je všechno zařízený a oni se často ptají, jak to tam vypadá, můžeme se tam jít podívat? Tak je často odkazuju, pokud mají rodinu, tak není problém...Problém je u těch lidí, co rodinu nemaj, protože ty mají prostě smůlu, protože tohle nejsem schopna, ač by si třeba tu sanitu zaplatili a jeli by si tam a já bych je doprovázela, aby tam s nima někdo jel, protože nemůžou být sami, že jo, jsou nesoběstačný, ale prostě to nejde.*“ R8 uvádí, že sice může klienta doprovázet, ale nemá na to personální ani časové kapacity, takže to vykonává pouze ve výjimečných případech. R9 to řeší tak, že si od klienta vezme plnou moc a jde to vyřídit za něj. R11 občas klienta někam doprovodila, říká: „*To jsem dělala spíše v začátcích, a bylo to myšleno ve smyslu, že tady byly osoby, které třeba nikoho neměly a potřebovaly jsme zajistit třeba ošacení, tak jsem je doprovodila do obchodu, nebo jsme s klientem řešili nějaké záležitosti v bance, tak jsem ho jakoby doprovodila. Nechci říct, že se tomu vyhýbám, ale snažíme se to řešit jinou cestou.*“

### **Komunikace se zdravotními pojišťovkami a zdravotními službami**

Po sociálních pracovnících je také v některých nemocnicích vyžadována komunikace se zdravotními pojišťovkami, zejména ve věci zajištění úhrad kompenzačních pomůcek či zajištění léčebných pobytů. Dále někteří také komunikují se zdravotními službami, zejména s domácí péčí, a to i přes to, že často nemají zdravotní vzdělání ani kurz NCO NZO. Tyto činnosti nejsou dle legislativy ani odborné literatury (viz kapitola 2.2) v kompetenci sociálního ani zdravotně sociálního pracovníka, avšak již předchozí výzkumy ukázaly, že jsou někdy po sociálních pracovnících požadovány (viz kapitola 2.2). R10 uvádí, že se zdravotními pojišťovkami komunikuje zejména ohledně úhrad za kompenzační pomůcky. Na otázku, zda si myslí, že to patří do její kompetence, odpovídá: „*Ne, myslím, že ne, že to je ergoterapeutická věc, ale ty ergoterapeuti kolikrát neví, takže se s nima spojíme my. Když tady máme bezdomovce, kterej nemá ani kartičku pojištění, tak s tou pojišťovnou komunikujeme a oni nám na základě toho pošlou výpis ze zdravotní pojišťovny o tom, že je*

*tam pacient pojištěnej, ale myslím si, že to zdravotně sociální pracovníci nemusí dělat. To je lékařská věc.*“ R11 uvádí, že po ní lékaři vyžadovali, aby vypisovala poukazy na lázeňskou léčbu, což potvrzuje výrok: *„Dřív tady byli často klienti, kteří měli požadavek na vypisování lázeňské léčby. Takže sem ty papíry vypisovala já. Až mi jednou pán na pojišťovně řekl, ale tak jako v dobrým, že to není v kompetenci sociálního pracovníka, ale lékaře. Tak se to tak nějak přesunulo, ale i tak někdy.*“ R4 uvádí, že občas pomáhají při zajišťování záležitostí se zdravotní pojišťovnou, ale zároveň dodává, že si myslí, že to nepatří do kompetence sociálního pracovníka v nemocnici. R4 říká: *„Vyplňování poukazu pro revizního lékaře pojišťovny, to si myslím, že není vůbec věcí sociálního pracovníka a jsou oddělení, kde to sociální pracovník nebo zdravotně sociální pracovník dělá. Je to věc lékaře a administrativních pracovníků. Jsou oddělení, kde postupnými krůčky se je to snažíme naučit, že to není práce sociálního pracovníka.*“ R6 také komunikuje s pojišťovnou, a to v oblasti vyřizování poukazů za kompenzační pomůcky. R8 jako vedoucí sociálního oddělení říká, že ví, že komunikace se zdravotní pojišťovnou není v kompetenci sociálního pracovníka, ale přesto to některé kolegyně dělají: *„Třeba ten revizní lékař, já to nemám ráda, oni to kolegyně dělají, oni teda tam posílají ty žádosti. Teď to posíláme ze svého faxu, revizní lékař potom volá nám a chce znát ještě nějaký podrobnosti o zdravotním stavu. A za prvé, já mu to ani nemůžu říkat, ale ani nevím. Takže myslím si, že by si to měl udělat lékař a kolegyně říká, no jo, ale to se nedočkám.*“ R11 také zajišťuje zprostředkování domácí péče v takové formě, na které nemá jako sociální pracovnice kompetence. Kolegové to po ní však vyžadují. R11 říká: *„Ze začátku, když jsem přišla a oni po mně chtěli, ať zprostředkuju domácí péči a napíšu tam, že mají přijet v tolik a tolik na měření INR a odvézt to do laboratoře a udělat tohle a výsledky..., tak to už jsem se bála, protože jsou to takový lékařský věci, když třeba to napíšu špatně, aby mu změřili INR...Myslela jsem si, že to asi není v mých kompetencích, jednat o takových zdravotních věcech. Pro mě by mělo být zprostředkování domácí péče, ano, přijedou tam, ale lékař vám dá informaci, jak se starat o pacienta, ale takhle to nefunguje.*“ R3 uvádí, že sice se zdravotními pojišťovnami komunikuje, ale pouze v případě, že má sekretářka dovolenou nebo není v práci. R5 uvádí, že věří, že někdo z kolegů na pojišťovnu volal, ale standardně tuto činnost nevykonávají. R7 uvádí, že s pojišťovnami nekomunikuje: *„Ne, my tady máme ergoterapeutku, když je nějaký problém a pacient se ptá na ty pomůcky a má kolem toho spoustu dotazů a já nejsem schopna mu odborně odpovědět, tak ho odkazuju na paní ergoterapeutku, která si tady vyčlenila jeden den v týdnu, že se těm rodinám věnuje.*“

Sociální pracovníci v nemocnicích si často uvědomují, že komunikace se zdravotní pojišťovnou v oblasti úhrad kompenzačních pomůcek a vypisování poukazů na lázně apod. není v jejich kompetenci. Zároveň jsou však k těmto činnostem nuceni ze strany dalšího lékařského nebo nelékařského zdravotnického personálu.

### **Podávání žádostí o dávky hmotné nouze, dávky pro osoby se zdravotním postižením, o sociální služby**

Všichni sociální pracovníci ze vzorku podávají žádosti o sociální služby. Většina také podává žádosti i o dávky hmotné nouze nebo dávky pro osoby se zdravotním postižením. U některých pracovníků jsou žádosti podávány pouze u osamělých klientů, u některých jsou žádosti zejména o sociální služby podávány plošně u všech klientů, kteří o to projeví zájem. R3 na otázku, zda podává žádosti o sociální služby, odpovídá: *„Řešíme s klientem, ale spíše tak jako obecně, konkrétně předáváme na rodinu, pokud rodina je. Pokud rodina není, nebo nefunguje, tak řešíme my.“* Podobně funguje sociální oddělení u R4, která uvádí: *„Když je to třeba osamělý klient, tak tady tu agendu hned vyřídíme, ale velice často se stává, že ti naši klienti mají fungující rodinné zázemí, které jako nemá potíže s tím to zajistit. Takže my samozřejmě poskytneme poradenství, vybavíme je žádostmi, formuláři, ale nejsme ti, kdo to nesou na ten úřad práce. Odnáší to tam rodina nebo klient, pokud je toho schopen.“* R8 uvádí: *„Takhle, ty domovy seniorů, když to bylo přes magistrát, tak jsme to dělali tady my. Teďka teda těm příbuzným doporučujeme, aby se tam šli podívat... My jim vytiskneme žádosti nebo pomůžeme vypsat tu žádost, aby si to tam odnesli, anebo to tam výjimečně vezu pro toho pacienta, ale jinak těch domovů je hodně a já bych ráda, aby ten pacient nebo ten příbuznej ten domov nejdříve viděl, než si tam podá tu žádost.“* U dávek hmotné nouze R8 říká, že dříve žádosti podávala, ale nyní to časově nestíhá, proto to musí zajistit rodina. Oddělení R5 zase volí to, že spíše odesílá žádosti faxem, a to kvůli zrychlení práce. R5 uvádí: *„Takhle, žádosti o sociální služby, respektive o následný zdravotní lůžka jako je LDN, hospice, rehabilitace, tak to většinou odesíláme my faxem, protože je to potřeba velmi rychle a tuhle žádost mi jakoby vybavujeme od nás. Může si to i odeslat rodina nebo pacient, ale my to tady děláme taky. Co se týče domovů pro seniory z LDNky, tam v drtivé většině taky odesíláme žádosti my.“* U žádostí o příspěvek na péči se ale spíše snaží předat rodině formuláře a domluvit se, aby si to tam donesla rodina samostatně, a to zejména kvůli nedostatku pracovníků. R7 na otázku, zda a v jaké míře sepisuje žádosti o domovy pro seniory, odpovídá: *„Tam ty žádosti sepisují s pacientama, a tam to tak nějak беру vesměs se všema. I když ty rodiny jsou a mohly by to zařídit, protože chci, aby ti pacienti byli informovaní, o co jde, že to není ze dne na den a ráda*

*s nima o tom promluví.*“ U příspěvků na péči a hmotné nouze podává žádosti pouze u osamělých pacientů.

### **Zajišťování důchodů a dalších financí klientů**

Až na jednu výjimku se všichni sociální pracovníci zabývají důchody pacientů. V některých nemocnicích pouze dochází k zajištění přeoslání důchodu do nemocnice a následně důchod vyplácí jiný pracovník, v některých nemocnicích mají sociální pracovníci i na starost pokladnu a vyplácení důchodů, a to i přes to, že řada nemocnic má centrální pokladnu. R1 říká: *„Takhle, platby nemám já, já mám na starosti jenom přeoslání důchodu.“* R4 také zajišťuje přeoslání důchodu, ale myslí si, že to nespadá do kompetence sociálního pracovníka. K této problematice říká: *„Pak ještě druhá věc, která si myslím, že nám nenáleží, je zajišťování přeoslání důchodu, protože zavolat na poštu a říct, že ten a ten člověk pobírá tehdy a tehdy důchod a nahlásit adresu daného zdravotnického zařízení, si myslím, že by úplně bez problému mohla být kompetence administrativního pracovníka na daném oddělení. Ještě když ví, jak tam ten člověk bude dlouho.“* R6, R8 a R11 také zajišťují přeoslání důchodu, ale uvádí, že ho vyplácí pokladní nemocnice. R10 tuto činnost téměř nezajišťuje, spíše zajistí pacientovi propustku, aby si finance vyřídil sám.

R2 zajišťuje jak přeoslání důchodu, tak i výplatu, říká: *„Vedu debetní účet. Platím za ně účty z toho a takové věci. Pokud to chtěj, samozřejmě.“* R3 má na starost také pokladnu, na otázku, zda zajišťuje oblast důchodů, odpovídá: *Ano taky, i s pokladnou. Pokladna akorát přebírá peníze, ale nevědí, kam to je. My to máme všechno na starost, oni pouze přeberou a předají.“* R7 zajišťuje přeoslání důchodu pouze pro osamělé, který se následně uloží do centrální pokladny. Pokud však chce klient finance vyplatit, tak mu je nese k lůžku. R7 říká: *„Peníze mám u sebe, jenom když je potom předávám pacientovi, když ho propouštíme, protože já mu to vyzvednu na té pokladně a předám mu hotovost den před propuštěním nebo v den propuštění. Jinak je u sebe nemám, nemám tady ani nějaký trezor, to bych ani nechtěla. Ne, tomuhle se já bráním, protože při tom všem ještě tady sledovat, jestli vám někdo neukradl z trezoru, abyste se nepřepočítala, nebo neudělala nějaký manko vy, tak to prostě ne, to nechci.“* Podobně to dělá také R9, kde je také přijat důchod na pokladnu, ale sociální pracovníce ho v případě potřeby nese k lůžku klienta. Dle výroků je patrné, že sociální pracovníci v nemocnicích často řeší důchody klientů, jedná se zejména o zažádání přeoslání důchodu z pošty do nemocnice a případně následné vyplácení důchodu, se kterým je spojená další administrativa a časová zátěž.

## **Podílení se na komunitním plánování v lokalitě**

Ač se o této činnosti sociálních pracovníků téměř nikde nepíše, většina z nich má chuť se podílet na plánování sociálních služeb v lokalitě, kde se nemocnice nachází. Většina se také skutečně podílí na komunitním plánování. R3 na otázku, zda se účastní komunitního plánování, uvádí: „*Ano, chodíme na ty schůzky, vždycky jednou za dva, dva a půl měsíce na městě.*“ R9 také chodí na pravidelné schůzky na úřad. R6 uvádí, že se scházejí tak dvakrát do roka. R7 uvádí, že se částečně podílí na komunitním plánování, ale nemá čas chodit pravidelně na pracovní schůzky skupin. R7 říká: „*Takhle, komunitní plánování se samozřejmě děje, a když jako město vypracovává oblast té péče, tak spolupracujeme v rámci toho. Takže jsme tam v té brožuře uvedený jako základní sociální poradenství, poradenství v rámci té hospitalizace klienta v nemocnici. Takže takhle ano.*“ Na otázku, zda se také účastní pravidelných pracovních skupin, říká: „*Ne, ne, to je spíše na dobrovolnosti, pokud bych chtěla, tak určitě můžu...Mohla bych se účastnit, ale zase právě já hodně říkám o tom čase jo, když tady máte udělat tu základní činnost, kterou prostě musíte udělat za den, tak nemáte čas se účastnit nějakých výborů a setkávání a dalších takových záležitostí. Ač bych teda ráda, protože pak máte zase propojený ty informace a jste u toho přímo vy a nemáte to zprostředkovaný a můžete do toho zasahovat, nějak to posouvat dál, ale ty možnosti prostě nejsou, časový.*“ R10 se také neúčastní komunitního plánování, a to kvůli času. Na otázku, zda si myslí, že by to bylo pro ni přínosem, odpovídá: „*Ano, bylo by to fajn, ale tam hraje roli ten čas prostě.*“

R2 na komunitní plánování nedochází, a to i přes to, že by si přála k tomuto procesu přispět, uvádí: „*Nejsem, ale chtěla bych být, ale bohužel vedení mi to nepovoluje. Nesmím se zúčastňovat takovýchle věcí. Nepřejou si, abych se vůbec nějakým způsobem vyjadřovala, to v jakém je stavu systém v našem kraji.*“ R8 uvádí, že na komunitní plánování chodila, ale nyní na to nemá čas.

Zde je patrné, že sociální pracovníci by rádi měnili situaci v lokalitě, avšak největší bariérou zapojení se do komunitního plánování je čas, kterého mají nedostatek. V jednom případě se také jednalo o zákaz ze strany vedení nemocnice. Zajímavé také je, že do komunitního plánování se zapojují jak velké fakultní nemocnice, tak i nemocnice okresního formátu.

## **Podílení se na vzdělávání dalších pracovníků**

Jak je z předchozí kapitoly patrné (viz kapitola 5.2.2), sociální pracovníci mají potřebu vysvětlovat kolegům v interním týmu, jak v nemocnici fungují a jak mohou pacientovi pomoci v holistické péči. V menších nemocnicích se na vzdělávání dalších jiných odborníků spíše nepodílí. V menších nemocnicích se spíše zaměřují na interní multidisciplinární týmy. Ve fakultních nemocnicích naopak se více účastní vzdělávání dalších odborníků než v nemocnicích okresního formátu. Jsou však i výjimky, například R1, ač je z menší nemocnice, uvádí, že se podílí na přednáškách na různých konferencích a seminářích. Může to být ovlivněno nejen tím, že fakultní nemocnice jsou z principu zaměřené na vzdělávání dalších odborníků a realizaci odborných praxí, ale také tím, že v menších nemocnicích sociální pracovníci ne vždycky splňují předepsané vzdělání (viz kapitola 5.1). R3 by se chtěla podílet na dalších vzděláváních, ale nejsou na to v rámci organizace požadavky. R3 na otázku, zda se podílí na vzdělávání dalších pracovníků, říká: *„Aktivně ne, zájem z naší strany by byl, ale není požadavek.“* R7 se podílí na vzdělávání pouze v rámci interního týmu, kde vyjasňuje roli sociálního pracovníka v nemocničním týmu. R4, která je z fakultní nemocnice, se aktivně na vzdělávání podílí, což potvrzuje výrok: *„My tady máme specializační kurzy a v rámci těch je vyučující doba třeba 2-4 hodiny...Ta doba je věnována oblasti sociální práce třeba pro tu specifickou, když jde o specializační vzdělání se zaměřením na péči o křehkého seniora, tak tam těm studentům sociální pracovník nebo zdravotně sociální pracovník přednáší o tom, jak křehký senior, jak může být z pohledu té sociální oblasti zajištěn, jaké jsou typy pomoci a těch kurzů, kde přednášíme je víc, asi čtyři.“* R8, která je také z fakultní nemocnice říká, že se podílí na vzdělávání, a to jak formou studentských praxí, tak i přednášek pro další odborníky. R5 je také z fakultní nemocnice a také se podílí na vzdělávání dalších pracovníků.

### **5.3.4 Bariéry a faktory, které brání rozvinutí potenciálu sociální práce v nemocnici**

#### **Čas a nedostatek sociálních pracovníků**

Z výše uvedených výroků u různých činností můžeme uzavřít, že největší bariérou sociální práce v nemocnicích je jednoznačně nedostatek času, který je spojen s personálním nedostatkem sociálních pracovníků v nemocnicích. Ač existuje doporučení na počet sociálních pracovníků ze strany ČAS (viz kapitola 2.3), nemusí být ze strany managementu dodržováno, což se také v praxi reálně děje. R4 k problematice nedostatku času říká: *„Možná sem patří, že to přetěžování podle mě souvisí s tím, že za celou tu dobu, co tu práci dělám, tak nikde nikdo nestanovil, kolik je optimální počet intervencí za měsíc, a to je věc, která mě*

*trápi. To nesouvisí s nesplněným přáním profesionála při výkonu činnosti v nemocnici, ale přijde mi to koncepčně nedobře, protože my nemůžeme třeba jako psychologové říct, ano dobře, vám zajistíme rehabilitaci. Tady mi za měsíc pošlete e-mail. My prostě musíme ten počet klientů vyřídít, ať jich je kolik prostě, a to si myslím, to vidím já jako velké riziko té profese, i kvality a i duševní hygieny těch sociálních pracovníků.“* Kromě toho jsou po sociálních pracovnících také v menších nemocnicích často požadovány dělené nebo částečné úvazky. Také, zejména v menších nemocnicích jsou po sociálních pracovnících požadovány časově náročné administrativní úkony nebo činnosti, které vůbec nespádají do jejich kompetence (vypisování lůžek apod..). R6 se k problematice nedostatku pracovníků a času v obecné rovině vyjadřuje takto: *„Jediný, co mě limituje je prostě čas, a hlavně i moje kapacita, protože někdy mám prostě pocit, že ten den toho víc jako nemůžu udělat. Jo, protože prostě někdy se opravdu stane, že ve čtyři říkám, i kdybych chtěla, tak nemůžu, protože ať udělám, co udělám, tak udělám chyby jo, takže to necháme a já odejdu a přijdu pak třeba v pátek a dodělám to v klidu, protože vím, že tady normálně nejsem a nikdo mi netelefonuje a všichni mě nechaj na pokoji.“*

### **Neprojojenost zdravotního a sociálního rezortu**

Někteří sociální pracovníci upozorňovali na nedostatečnou spolupráci Ministerstva zdravotnictví ČR a Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. Sociální pracovníci si uvědomují, že vykonávají činnosti na pomezí dvou rezortů. Dle legislativy spadají pod Ministerstvo zdravotnictví ČR, ale je vidět, že často svou prací přesahují i do rezortu Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. Zároveň mají ale pocity, že nevědí, kam se vlastně zařadit a co by pro ně bylo výhodnější, a to i přes to, že často vykonávají činnosti, které oba rezorty spojují. Také často mají pocit, že oběma rezorty propadají a nepatří ani do jednoho z nich. R1 říká: *„My jsme pod ministerstvem zdravotnictví, což by bylo na uvážení, kdybychom byli pod ministerstvem práce a sociálních věcí, to je taky jako za zmínku.“* Dále dodává, že si myslí, že už doba pokročila a je nutné mít i sociální vzdělání. R4 na oblast propadu mezi dvěma rezorty uvádí: *„My jsme více oborový pracovníci, mezirezortní a já jsem zažila dobu, kdy jsem opravdu byla přesvědčená o tom, že já jsem mezirezortní pracovník, který prostě propadá propadlištěm mezi těma rezorty, že není ani jedno a přitom myslím, že my jsme právě jako to pojítka.“* Sociální pracovníci ve zdravotnictví mají také pocity, že se o ně ani jedno ministerstvo příliš nezajímá. R8 k této problematice uvádí: *„Já bych chtěla, aby to ministerstvo, ty ministerstva byla spojená, že jo. Ministerstvo zdravotnictví, ty se o ty sociální*



*pracovnice moc nestaraj, ty vůbec ani nevědí pomalu, co řešíme. A ministerstvo práce, my pod ně zase nespadáme. Takže já bych to spíš viděla, že ta spolupráce by tam měla být v té sociálně zdravotní oblasti někde ukotvená, někým garantovaná.“*

### **Nedostatečná kapacita následné péče a sociálních služeb**

Kromě nedostatku času a resortismu se také ukázaly další bariéry. Zejména se jedná o nedostatečné propojení akutní zdravotní péče s následnou péčí, ale i se sociálními službami. Sociální pracovníci zdůrazňovali, že kvůli tomu dochází k prodlužování hospitalizací a tlaku ze strany zdravotnického týmu, ale i zdravotních pojišťoven na rychlé řešení situace, které ale prakticky není možné. Většina sociálních pracovníků, která se k této oblasti vyjádřila, se shodne na tom, že situace v České republice v návaznosti služeb je kritická. Také je patrné, že v některých lokalitách je to horší. R1 k tomuto tématu říká: *„Včera bylo pozdě, protože vždycky je tlak na lůžka, že jo..., protože já nevím, traumatologie zoperuje a hned chce další a další a další jo, prostě protože oni operují a nemají je kam dávat jo.“* R2 uvádí: *„V podstatě jsem byla v šoku, jak funguje sociální systém, a jak je strašně těžký umístit teda člověka, kterej má Alzheimer a je mu šedesát let.“* R1 k tomuto dodává: *„Možnosti sociálních služeb u nás v okolí, není to žádná sláva, takže jsme na tom dost omezený.“* R5 říká: *„Co bych ráda, aby se v naší práci změnilo. No abych měla více pracovníků, aby jako byla větší propagace naší práce, aby nás dostatečně finančně ohodnotili a hlavně, aby jako byla určitá povinnost i sociálních služeb jo, protože práce zdravotně sociálního pracovníka je strašně těžká v tom, že pacient se léčit musí, když tam je neodkladná péče...Musíte ho v té péči mít, i v té sociální, ale už vám ho nemusí vzít sociální služba, když nesplňuje ty parametry, a mně strašně chybí, ta díra v té sociální službě pro takové ty nesoběstačné lidi jo, protože nevím, proč by měli tihle lidi zabírat drahé zdravotní lůžko...Furt máme nějakou povinnost, když by to mohlo zajistit sociální lůžko. Mně to přijde úplně špatně.“* Problém s dlouhými čekacími lhůtami na umístění klientů do zařízení pobytových služeb má i R6, která říká: *„A pak bych potřebovala v podstatě, aby nás nelimitovalo to, že máme klienty na oddělení sociální péče a v podstatě v domově důchodců, kde máme podanou žádost o pobytovou službu, tak jsme na třicátém devátém místě.“* Kromě nedostatečných kapacit následné péče jim situaci v zajišťování péče také komplikuje často neochota pracovníků orgánů státní správy, které často mohou urychlit propuštění klienta z nemocnice (například přiznáním příspěvku na péči nebo dávek hmotné nouze). R11 k tomuto tématu říká: *„Hodně mě limituje, poslední dobou mě hodně limituje komunikace s úřadem práce a vypisování různých těch potvrzení a vůbec komunikace s těmi pracovníky. To si říkám, že úřad práce je snad nejhorší instituce, která tady je...Ono obecně,*

*ten systém spolupráce s tím úřadem práce, hodně se na mě obrací pacienti a jejich rodiny, abych jim vysvětlila něco, co spadá do kompetence úřadu práce, a kdy jim vlastně k tomu nic neřekli a čekají, že já jim to vysvětlím. Mám pocit, že ten úřad práce přenáší kompetence sem do nemocnice.“*

### **Zařazení do úhradové vyhlášky?**

Sociální pracovníci nejsou zařazení v úhradové vyhlášce, to znamená, že nemocnici negenerují zisk přímo ze zdravotní pojišťovny. Během rozhovorů se tato oblast objevila jako téma, které stojí za zmínku. V oblasti úhradové vyhlášky, není na rozdíl od výše uvedených oblastí, mezi profesionály shoda. Někteří respondenti si myslí, že by zařazení do vyhlášky pomohlo, někteří se naopak obávají, že by to s sebou neslo přílišnou administrativní zátěž pro již tak zaneprázdňené sociální pracovníky. R4 uvádí: *„Já vůbec nechápu, proč my jako zdravotně sociální pracovníci, nelékařští zdravotničtí pracovníci, nejsme snad jako jediná profese v tom všeoborovém týmu, nejsme v úhradové vyhlášce. Tak tohle mě jako opravdu vadí, takže kdyby s tím šlo něco dělat, tak bych byla jenom ráda, protože si myslím, že je škoda, aby tahle profese byla prostě popelkou, jenom protože je příživníkem zdravotnické organizaci.“* R5 uvádí: *„Tím, že nemocnice je náš chlebodárc a my jakoby nepřispíváme těma bodama, tak samozřejmě nás to hází do takový submisivnější pozice, ale to je velmi slabokrátký, malý úhel pohledu.“* R8 má opačný názor a myslí si, že by sociální práci zařazení do úhradové vyhlášky nepomohlo, říká: *„Za prvé by nám naskakovaly strašně malé body. To měli psychologové... Tak by to byla docela administrativa, protože já s tím mám docela práci, než to najdu. Tak jako, nevím no, myslím si, že ne, že bych byla nerada.“*

### **5.3.5 Dílčí závěr k výzkumné otázce č. 1, 4 a 7**

Činnosti sociálních pracovníků v nemocnicích jsou velmi rozmanité a dle interpretací respondentek jsou mnohem širší, než je uvedeno v legislativě. Činnosti zahrnují jak přímou práci s klientem, kde se jako alfa omega pro sociální práci v nemocnici ukázal výkon sociálního šetření a poskytování základního poradenství, od kterých se poté odvíjí další práce s klientem. V některých, zejména fakulních, ale i v menších nemocnicích, se objevuje prvopočátek individuálního plánování, zejména na geriatrických lůžkách. Sociální pracovníci také v některých případech překračují své kompetence a zajišťují komunikaci se zdravotními pojišťovnami nebo domácí péčí v rozsahu lékaře, a to i přes to, že si uvědomují, že to nepatří do jejich pracovní náplně. Také často zajišťují pokladnu a výplatu důchodů klientům, což by mohl dělat jiný pracovník (pokladní). Co naopak sociální pracovníci nevykonávají je aktivní

vyhledávání klientů. Tuto činnost nechávají spíše na lékařích a všeobecných sestřích, a to i přes to, že si myslí, že sestra ani lékař často nevědí, s čím by mohl sociální pracovník klientovi pomoci. Také se ukázaly mezery v oblasti zajišťování činností spojených s úmrtím. Naopak většina sociálních pracovníků vyřizuje za klienty podávání různých žádostí do různých institucí. Sociální pracovníci se také snaží vyhýbat aktivnímu doprovodu klienta mimo nemocnici, i když někteří přiznávají, že tak občas učinili. Sociální pracovníci se podílí na tvorbě komunitních plánů. Tuto činnost považují za důležitou a prospěšnou. Největší bariérou při výkonu činností je jednoznačně nedostatek času, který je spojen s nedostatkem personálu. Jako další bariéra se ukázala zejména nedostatečná návaznost následné péče a sociálních služeb, kterou sociální pracovníci reflektují především v praktické rovině. Další bariérou je nedostatečné propojení mezi rezortem Ministerstva zdravotnictví ČR a rezortem Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. Péče ze strany MZ také souvisí s úhradovou vyhláškou. Někteří pracovníci si přejí zařazení do této vyhlášky, někteří se naopak bojí, že by to zvýšilo administrativní zátěž.

#### **5.4 Znalosti, metody a techniky, které sociální pracovníci využívají v praxi**

V této kapitole bude interpretováno, jaké znalosti, techniky a metody sociální práce účastníci využívají a jaké znalosti a dovednosti by mohli využívat a co jim v tom brání. Tato kapitola reaguje na výzkumné podotázky č. 3 a 5. Interpretace je zaměřena na vnímání připravenosti sociálních pracovníků ze školy do praxe, na metody práce s klientem, na podporu, kterou by sociální pracovníci potřebovali a na znalosti a dovednosti, které považují za zásadní a které by se chtěli naučit či doplnit.

##### **5.4.1 Podoba sociální práce v praxi – metody a techniky, které sociální pracovníci reálně využívají**

V této oblasti bylo problematické, že pro sociální pracovníky bylo velmi těžké reflektovat, jaké techniky nebo metody práce v praxi používají, případně jaké by využívat mohli. Ve výzkumu se ukázalo, že nejčastěji je využívána metoda individuální sociální práce, kterou sociální pracovníci v nemocnicích často kombinují s prací s rodinou. Naopak skupinová sociální práce přímo s klienty dle sociálních pracovníků nemá v nemocnici moc velké využití.

Individuální sociální práce nejčastěji vypadá tak, že je realizováno sociální šetření, kde jsou mapovány problémové situace a na základě toho je stanoven plán intervencí. R1 práci

s klientem vysvětluje na příkladu práce s osobou bez přístřeší, k tomu říká: „*Takže, když máte žijícího bezdomovce, nebo nemá hmotnou nouzi, nebo nemá vlastně žádné finanční prostředky, tím pádem, začnete, půjdete za ním, uděláte sociální šetření, kde zjistíte, že nemá rodinu, s nikým se z rodiny nestýká, nemá finanční zajištění. Když byste ho chtěli umístit, tak musíte v první řadě se ho ptát, jestli je finančně zajištěn...Tím pádem, já když dělám sociální šetření, tak začínám s rodinou. Nemá. Nemá finanční prostředky. Zeptám se, jestli byl evidován na hmotný nouzi a on někdy byl...Ano byl, a teď není evidován. Dobrý, tím pádem začnete, sepíšete plnou moc, kde vy ho budete v tomhletem jediným úkonu zastupovat a začnete jeho jménem žádat o hmotnou nouzi... Takže finance jsou hodně důležité, protože vám je nikde bez peněz nevezmou.*“ R2 říká, že si nejdříve udělá sociální šetření u klienta, pokud je to možné, což potvrzuje výrok: „*Pokud je to ale možný, tak první teda fáze je, že promluví s klientem, pak si teda většinou pozvu rodinu. Proberu to s nima, s každým zvlášť nejdřív, a pak teda probíhají...pokud jsou svolní... Tak potom probíhá schůzka se všema dohromady.*“ R3 také nejdříve zajistí sociální šetření, kde zjišťuje především rodinnou situaci. Poté se snaží do plánování péče zapojit i rodinu. R4 k metodám sociální práce uvádí: „*Ono těch metod je víc.*“ Poté dodává: „*Je to podle klienta...Z velké části jednáme nejdříve s klientem a pak s rodinou nebo společně.*“ R7 uvádí, že využívá individuální sociální práci a práci s rodinou.

V oblasti práce s rodinou R1 postupuje takto: „*Takže máte celou rodinu, je dobrý, když přijde celá rodina a každý bude mluvit své. Vy jim řeknete, ať se domluví, ať si sednou, udělají takové sezení a najdou jednoho, který za ně bude mluvit, jo. A musí to slyšet všichni, a tím pádem budete mluvit už s jedním a oni, ať se hádají mezi sebou doma...Protože oni se musí domluvit mezi sebou sami. My nemůžeme rozhodovat za ně, ani za pacienta nemůžeme...Takže ať se rodina spolu domluví a pak se to může řešit.*“ K tomu dodává, že pokud má pacient jiný názor než rodina, vždy se přikloní na stranu pacienta a vysvětluje rodině, že nemá právo zasahovat do jeho soukromí. R3 také postupuje tak, že si nejprve promluví s klientem a poté si pozve rodinu, říká: „*Většinou zvlášť, a potom třeba všichni dohromady. Většinou to je v případě, že ta rodina má problém s komunikací a ten senior si tu situaci nechce připustit, tak se i v tom angažujeme. Někdy ale rodina chce, kdybychom my tomu člověku řekli, že má jít do domova, že už to k tomu doma není, ale to neděláme, to zásadně odmítáme.*“ R5 uvádí, že také nejčastěji nejdříve pracuje individuálně s klientem a následně poté s rodinou, což dokazuje výrok: „*Jako standardně nejdříve s klientem, kdy on by měl také vyjádřit nějaký souhlas, že s tou rodinou budeme komunikovat, jo. A pak to už je individuální. Může to být s pacientem i s rodinou, nebo zvlášť s pacientem a s rodinou.*“ R6

popisuje práci s rodinou takto: „*Někdy je to jenom o tom, že první schůzkou, na začátku, zjišťujeme, co potřebujeme. Necháme to třeba tejdén uležet, pak jako znova a pak už jdeme konkrétně za něčím, že už potřebujeme, aby byla sociální služba, potřebujeme příspěvek na péči... Musíme ještě udělat třeba čtyři věci najednou jo.*“ K tomu dodává, že vždy, když má domluvenou schůzku s rodinou, tak o tom klienta informuje. R11 pracuje s rodinou takto: „*Snažím se je hodně aktivizovat, takže to funguje tak, že když vím, že ta rodina by mohla být schopna, tak ode mě dostane kvantum informací, jsem jim k dispozici telefonicky a můžou se vyptávat, když něčemu nerozumí... Měli by si to ale podat (myšleno například žádost o soc. službu) sami.*“ R10 na rozdíl od ostatních nemocnic pracuje s rodinou tak, že se sejde celý multidisciplinární tým, který si s rodinou povídá o možných variantách péče po propuštění z nemocnice.

Sociální pracovníci také poznamenávali, že se často setkávají s rozporů s pacienty nebo jejich rodinami, což může souviset s nedostatkem času. Sociální pracovníci jsou často systémem tlačeni do toho, aby situaci řešili ihned, což může bránit výkonu sociální práce jako efektivní pomoci klientovi. R8 k této problematice říká: „*Ne jenom s pacientem, ale i s jeho příbuznými, protože čím víc dětí, tím větší problém, protože se ty rodiny domlouvají, někdo si ho chce vzít domů, chce mít příspěvek na péči. Tamten řekne, bude mít příspěvek na péči a nebude se dobře starat. Pacient si myslí, že chce domů. Rozumíte, jo? Pacient chce domů, ale tam není péče zajištěná, víme, že to tam nebude dobrý, ale zase musíme toho pacienta propustit. Musíme najít nějaký dobrý řešení.*“ R11 o sociální práci s rodinami hovoří takto: „*No a pak je to samozřejmě komunikace s rodinami, protože mám takovej pocit, že vysvětlit někomu něco a člověk se fakt snaží, i jim to dá písemně, a po nějaké době zjistí, že to ta rodina neudělala, nebo nepochopila, a přitom jim řeknete, že můžou kdykoliv zavolat nebo se stavít, že to je takové hodně náročné.*“ R7 také uvádí, že se dostala do konfliktů s rodinami klientů kvůli přeposílání důchodů do nemocnice. K této problematice říká: „*No, tak to je otázka, kterou jsme řešili nedávno tady u nás, protože jednak nás napadaly rodiny, že to tu neoprávněně přebíráme a uchováváme, důchody pacientů. A na jakým základě a podobně.*“ R3 k tomu dodává: „*Tenhle rozpor vnímám. Pacient je na následné péči, a ještě si často myslí, prostě není schopen reálně posoudit svůj zdravotní stav a prognózu do budoucna, popírá skutečný stav věci, jeho zdravotního stavu...Někdy je to i otázkou té rodiny, že třeba klient nebo pacient, už jako chápe, že ta situace lepší nebude, ale rodina se dožaduje další rehabilitace, dalšího léčení a odmítají si připustit, spíš je to takové nepochopení z pohledu toho zdravotního stavu toho člověka.*“ R1 k problematice komunikace s rodinami uvádí:

*„Pacient chce něco jinýho a rodina chce něco jinýho. Tak přijdu k pacientovi a ptám se, vy chcete, pane, jaký vy máte názor a je tam i ta rodina a slyší to i ten, obě strany.“* Výrok, že sociální pracovník propojuje svět pacienta, rodiny a nemocnice se při výzkumu potvrdil.

Sociální pracovníci si povětšinou myslí, že skupinová sociální práce by neměla v běžné všeobecné nemocnici využití. R2 na otázku, zda by využila skupinovou sociální práci, uvádí: *„Určitě ne, protože já si myslím, mám to i ověřený. Většinou ty klienti se trošku třeba styděj za to, v jaký situaci jsou a nechtěj to jakoby rozebírat s někým jiným.“* R4 na výše zmíněnou otázku odpovídá: *„Řekla bych, že ne u našich klientů.“* R5 si také myslí, že skupinová sociální práce nemá v nemocnici využití, dodává: *„Tak takováhle ne, třeba na LDN možná ano, na psychiatrické klinice taky, ale jako nemám tu potřebu.“* R7 si také myslí, že pro skupinovou sociální práci není v nemocnici prostor. R8 k problematice skupinové práce dodává: *„My tady máme klienty, který sotva slezou z postele. To spíše na psychiatrii nebo třeba v léčebně, kde jsou ty lidi chodící. Tady to nejde ani, tady jsou ty pavilony tak od sebe. V nemocnici to je nesmysl.“*

#### **5.4.2 Přípravenost na praxi ze školy**

Jako první považujeme za důležité zmínit, že někteří participanti nemají vzdělání, které je pro výkon sociální práce v nemocnici dle legislativy nutné (R2 – střední průmyslová škola a R9 – porodní asistentka). Převážná část respondentů má vystudovanou vysokou školu v bakalářském nebo magisterském programu v oboru sociální práce. Někteří vysokoškolské mají zkombinované se střední zdravotnickou školou nebo kurzem zdravotně sociální pracovník z NCO NZO. Nikdo z respondentů nemá vystudovaný obor, kde je současně kombinace zdravotně-sociální práce (viz kapitola 2.4). R2 si v současné době dokončuje bakalářské studium v oboru sociální práce. Zdůrazňuje, že si myslí, že studium je hodně zaměřené na teorie, ale je dobré k tomu, že dává větší rozhled, což potvrzuje výrok: *„No, určitě je to hodně o teorii, ale je pravda, že jsem na nějaký věci změnila názor, hodně mě třeba pomohla supervize... Je to hodně o teoriích a prostě si myslím, že ve finále, když s tím klientem pracuju, tak mě vůbec v tu chvíli nenapadá, jakou metodu v tý chvíli používám nebo jakou teorii, ale určitě mi to něco dalo. Dalo mi to větší rozhled. Musela sem se zajímat víc o nějaký věci.“* Někteří respondenti jsou naopak s připraveností ze školy velmi spokojení. R3 říká: *„Myslím, že ta škola mi dala hodně a zbytek jsem čerpala z nějaké praxe z předchozích let nebo ze své intuice nebo také ze své životní zkušenosti. Myslím, že základ jsem měla daný*

*a co jsem si potřebovala doplnit, sem si doplnila individuálně.*“ R11 říká: *„Moje škola, kterou jsem studovala, tak si myslím, že nás dostatečně připravila, nemůžu říct, že bych vnímala nějakou oblast, která by byla méně podpořena, nebo která chyběla úplně. Spíš bych vyzdvihla, nebo na nás byly kladeny požadavky na praxi, že jsme museli splnit hodně hodin praxe... Myslím si, že ta praxe je taková nezákladnější, aby si ten student uvědomil, jak ta teorie v té praxi prostě funguje, jak to je doopravdy.*“ R4 byla také spokojená a také zdůrazňuje, že si cení toho, že měla hodně hodin praxe, ale zároveň tato praxe byla spojena s dobrým teoretickým základem. R7 upozorňuje na to, že jí v systému vzdělávání chyběla praktická příprava na kontakt s klientem, na otázku, zda si myslí, že jí škola dostatečně připravila na praxi, odpovídá: *„No já si myslím, jak na co. Jako myslím si, že po té odborné stránce tehda, samozřejmě ten sociální systém se mění, ty dávky, příspěvky a podobně... Na co mě ale škola vůbec nepřipravila nebo strašně minimálně, byla nějaká komunikace s tím klientem, jako myslím přímá práce s tím klientem, to znamená například jak reagovat na některé situace, jak vést rozhovor, jak postupovat, já nevím v řešení nějakých těch záležitostí. Obecně mi chyběla ta komunikace... Neměli jsme nějaký praktický nácvik nebo něco takového.*“ R8 si také myslí, že jí škola moc nepřipravila na praxi. Vystudovala střední školu sociálně právní. R8 je také zkušená sociální pracovníce s velkou praxí. K problematice studia říká: *„Tak já jsem dělala školu sociálně právní, no já vlastně jsem na tu školu nastupovala, když jsem pracovala u soudu, a to mě připravilo na tu sociální práci, ale jako škola, dodělávala jsem to dálkově. Škola, no víte, ta mě moc nepřipravila, já si myslím, že ta praxe je prostě úplně nejlepší, i co se týče toho zdravotního vzdělání.*“ Naopak ale zdůrazňuje, že jí v praxi pomohl odborný akr. kurz zdravotně sociální pracovník z NCO NZO. R10 si také myslí, že jí škola nepřipravila dostatečně, zejména na oblast zdravotnictví. K tomu říká: *„Ne, myslím, že mě dostatečně nepřipravila na zdravotnictví. Třeba jako zákonu sociálního, to jo, o příspěvcích různých jsme se bavili, ale ono potom, když to jako dáte do praxe a máte takový ty dotazy, a kam přesně mám jít? Kam se to odevzdává?... Tak to se musíte naučit praxí... Ale pak jsou věci, kdy si fakt řeknete, to bych z té školy měla vědět, ale ta praxe je pak úplně jiná. Jako na takový ty odborný věci jo, ale praxe je úplně někde jinde.*“ R5 si myslí, že jí škola dala do praxe tak třetinu toho, co práce sociálního pracovníka obsahuje. Nejvíce jí chyběla podpora znalosti legislativy a také praktická ukázka provozu v jednotlivých oblastech sociální práce. R6 se také necítila připravena ze školy, a to zejména kvůli tomu, že jí chyběla určitá specializace, na kterou by se mohla více zaměřovat. R6 na otázku, zda jí škola připravila do praxe, odpovídá: *„Rozhodně ne, protože těch oblastí je tolik a jakoby ten výstup, co se učí na té škole, je tak osekanej, za prostě ne. Spíš bych potřebovala ještě vysokou školu na tohle*

*místo, aby prostě to bylo specializovaný, že by nám to vejška po nějaký době rozdělila, třeba jako já nevím... Tohle je takový, že spadnete do vody jako.“*

Respondenti upozorňovali na nedostatky vzdělávacího systému. Často uváděli, že ve škole dostanou teoretický základ, který ale často není podpořen praxí, a to ať již odbornou praxí v konkrétní organizaci nebo prostřednictvím praktických nácviků v hodinách. Ti, kteří podstoupili výuku ve školách, které jsou zaměřené hodně na praxi, to naopak vyzdvihují jako velké plus. Respondenti také upozorňovali na to, že jim chybí praktické informace například v oblasti, jakou agendu který úřad řeší. Také, dle respondentů, je vysoká škola příliš nepřipravila na sociální práci ve zdravotnictví.

### **5.4.3 Chybějící znalosti, dovednosti a techniky**

Sociální pracovníci také reflektovali, jaké znalosti, případně dovednosti jim chybí a chtěli by se je naučit. Pozitivním zjištěním je, že sociální pracovníci si povětšinou uvědomují důležitost celoživotního učení (viz kapitola 2.4.1). R1 k tomuto tématu říká: *„Ano, určitě se budu dál vzdělávat, protože doba jde dopředu, a i když člověk má věk, tak myslím, že nejlepší investice je do vzdělání, musíte vědět legislativu, musíte vědět veškerý další věci. K práci to je nutný.“* R4 také říká, že je důležité, aby se sociální pracovník v určitých oblastech vzdělával pravidelně jednou za dva nebo tři roky. R7 říká: *„Hodně se jezdím já vzdělávat a mám tu možnost, je mi umožněno asi čtyřikrát ročně jet na nějaký seminář nebo konferenci, kterou si vyberu, tak vyjet a zaměstnavatel mi hradí náklady s tím spojené, za což jsem velmi ráda.“* R8 uvádí: *„Já se za těch svých pětatřicet let pořád učím.“*

Chybějící znalosti a dovednosti se objevovaly různé. R11 uvádí, že jejím největším problémem je nedostatek asertivity, proto by si přála podpořit asertivní stránku. R1 stále studuje a dodělává si magisterské studium v oblasti sociální práce. Myslí si ale, že sociální pracovník by dnes měl být vybaven znalostí cizích jazyků, zejména angličtiny, a to zejména kvůli studiu nových poznatků o sociální práci. R1 říká: *„Víte co, angličtina je už pomalu tak, některý články si dávám překládat, naštěstí mám někoho, což mě překládá dcera, ale někdy tím, že už je to tak nutný. Dneska už je to nutný a vidím, že ta doba přišla.“* R9 nemá dokončené vzdělání dle legislativy, ale uvědomuje si, že pokud by tuto pozici měla vykonávat dál, je nutné, aby si vzdělání v oblasti sociální práce doplnila. R4 uvádí, že pro sociálního pracovníka je důležité, aby si upevňoval dovednost vést rozhovor, což dokazuje výrok: *„Mně přijde dobré, když se získávají a potom upevňují v nějakých rozumných časových intervalech*



*dovednosti rozhovoru, protože rozhovor, když je dobře veden, tak mi přijde, že je hlavní nástroj sociální práce. A i když má člověk za sebou nějaký ten kurz, tak to neznamená, že ho má navěky věku.“* R10 by si zase ráda dodělala akr. kurz zdravotně sociální pracovník v NCO NZO v Brně.

Vícekrát zmiňovanou oblastí byly nedostatečné znalosti legislativy, která se často mění, a sociální pracovníci kvůli nedostatku času nemají čas stíhat se legislativu doučovat. R5 na oblast, kterou by se chtěla naučit, říká: *„No musela bych umět všechny zákony o cizincích, o pohřebnictví, o sociálně-právní ochraně, jako to je další schíza. My se všema těma zákonama přijdeme do styku a měli bychom je znát, abychom neudělali chybu, ale nemáme kapacitu, ani nemáme tady nějakého právníka, který by nám udělal pořádný výklad, aby se něco nezkazilo. Těžký no.“* Podobný problém vnímá R7, která uvádí: *„Hodně mě limituje, že kraj nebo jak to mám říct, z nějakých vyšších pozic nejdou cíleně do mailu nebo něco, co bych otevřela...Někde něco otevřít a tam budu mít tohle a pro vás jako zdravotně sociální pracovníky je podstatná informace, tak vám to dáváme na vědomí. Tohle mi trochu chybí, nějaký ten systém, protože já když nevím, tak obvolávám úřady, kolegyně z jiných nemocnic nebo příslušné organizace a dotazuji se...Furt se doprošuji informací, že mi je to občas až takový proti srsti, že třeba bych si to v těch vyhláškách měla najít, ale je to další práce, která vás zdržuje od těch klientů.“*

Jako další oblast, která se objevovala u více respondentů, je metoda krizová intervence, kterou někteří respondenti chápou jako zásadní pro práci v nemocnicích. R2 uvádí: *„Hodně mě zajímá krizová intervence. Určitě by mě zajímal ale jakýkoliv kurz, kterej by se vztahoval k tomu, že bych mohla nějak svojí práci posunout někam dál a nemít třeba pocit, že to dělám jakoby jednosměrně.“* Dále dodává, že na doučení dalších znalostí, metod a technik momentálně nemá čas, protože je zaneprázdněná bakalářským studiem. R4 k této problematice uvádí: *„U té krizové intervence v rámci rozhovoru by byla velká výhoda, kdybychom ten kurz měli...Ale je to problém finanční. Když se člověk rozhodne tomu ten čas věnovat, tak ty finance si myslím, že opravdu, to je brzdou v tom rozvoji sociální práce, protože málokdo si to může dovolit a pro zaměstnavatele to je taky samozřejmě zátěž.“*

Oblasti, ve kterých by se sociální pracovníci chtěli zlepšit, jsou různorodé. Pokud nemají vzdělání v sociální oblasti, tak vnímají především to, že je potřeba si toto vzdělání doplnit a až následně zlepšovat další metody a techniky sociální práce a získávat další znalosti. Ti, co vzdělání mají, tak mají zejména problém ve složité orientaci v legislativě, a to zejména kvůli nedostatku času. Jako další někteří respondenti upozorňovali na to, že sociální pracovník by

se měl celý profesní život učit umění rozhovoru a také mít ideálně kurz v metodě krizové intervence.

#### 5.4.4 Potřeba supervize

Vzhledem k tomu, že sociální pracovníci spadají pod rezort zdravotnictví, nemají povinné supervize (viz kapitola 2.4.2). I přes to většina sociálních pracovníků je jednak nakloněna celoživotnímu učení, jednak si uvědomuje, že supervize může být nástrojem, který podpoří jejich profesní rozvoj. R1 uvádí, že je sama zároveň supervizorem a myslí si, že supervize ve zdravotnictví by měla smysl. R1 říká: *„Určitě jsem pro to, aby se dělala u sociálních pracovníků a vůbec v nemocnici supervize.“* Na otázku, v čem by to sociálním pracovníkům v nemocnici pomohlo, odpovídá: *„Záleží, jaký problém se řeší. Supervize vám nedává návrhy, ale supervize vás někam vede, jo a vy na to vlastně přijdete sama, jak řešit ten problém. Ona vás vlastně vede, jak byste to řešila...Ono vy si to otevřete.“* Také dodává, že sice supervizi nemá, ale určitě by ji pro sebe i pro kolegyně zavedla. R2 po prvé na účinnost supervize přišla během studia na VŠ. Na otázku, v čem jí konkrétně supervize posouvá, odpověděla: *„Konkrétně třeba v udržení hranic s klientem. To je jako pro mě důležitý a vím, že jsem to měla asi trochu špatně...Vlastně jsem si upomohla k tomu, abych si ty hranice uměla nastavit líp.“* K tomu dodává, že by si přála mít supervizi na pracovišti, ale nedaří se jí to prosadit. R5 uvádí, že supervizi využívá a na otázku, zda si myslí, že jí to pomáhá, uvádí: *„Yes, nesmírně ano. Jako indi vindi je pro mě naprosto, ale to mám jako já vedoucí. A týmová, víte co, týmová a případová bude pomáhat ve chvíli, kdy do toho všichni půjdou s tím, že chtějí sdílet, že chtějí podporu a chtějí zpětnou vazbu, v tu chvíli to bude fungovat.“* K tomu dodává, že museli vyměnit supervizora a nyní supervize je na dobré cestě. R6 si fmyslí, že supervize by byla přínosná, pokud by nedocházelo k tak velké fluktuaci zaměstnanců jako nyní. K tomu dodává: *„Kdyby tady byl stálej personál, tak si myslím, že ta supervize by dokázala v určitých momentech jakoby ulehčit. Tam, kde jsou ženský, tam supervize někdy zapotřebí je.“* R7 si prosadila individuální supervizi a velmi si to chválí, říká: *„Nakonec mi bylo vyhověno, že ta supervize alespoň jako nějaký pomocnej prvek k tomu nějakýmu mému, mé duševní obnově nebo jak to říct, že můžu zkonzultovat nějaký problémy, které já vnímám, že jsou jako problémy, a nakonec se ukážou, že to až takové problémy nejsou, ale potřebujete to s někým rozebrat a ta supervize, to že je opravdu individuální, jenom pro mou osobu, tak jsem za to hrozně ráda.“* R11 uvádí, že sice nemá supervizi, ale byla by za ni moc ráda. Myslí si, že problémem je, že zdravotníci nevědí, co to supervize je.

K této problematice dodává: „*Jednou jsem tady dělala takový průzkum v rámci studia a zjistila jsem, že třeba spousta kolegyně, sestřiček, vůbec neví, co to supervize je, takže možná v dnešní době, kdy supervize funguje na nějaké úrovni v sociálních službách, tak tady by to byl takový těžký rozjezd. A nevím, zda by byl od těch pracovníků zájem, ale já bych o to zájem měla.*“

Najdou se ale také výjimky, které nepovažují supervizi za něco, co by potřebovaly. To může ale také souviset s tím, že supervize není ve zdravotnictví tak běžná věc jako v sociálních službách. Dvě respondentky si myslí, že supervize není potřeba. R4 uvádí, že supervize sice využívají a jako vedoucí oddělení nabízí individuální supervizi svým podřízeným, ale k tomu dodává: „*Supervizi jsme neměli docela dlouhou dobu a zrovna teď jsme se bavili o tom s kolegy, a ta potřeba nevyplývala. Že by z nás někdo vnímal tu potřebu, si myslím, že ne. Já jí taky nevnímám.*“ K tomu dodává „*Jinak, když jsem tu možnost navrhla, tak jsem se dozvěděla, že by bylo dobré, abychom šli všichni příští měsíc do hospody.*“ R8 jako vedoucí sociálního oddělení není také supervizi příliš nakloněná, na otázku, zda by si přála odbornou supervizi, uvádí: „*Nechci tady nikoho, kdo by nám dělal supervizi, kdo by nám ji platil? Tak nějaká kolegyně z jiný nemocnice, která má ten kurz. Vždyť já jsem byla taky na školení supervize.*“

Ukázalo se, že až na výjimky, si sociální pracovníci ve zdravotnictví myslí, že by pro ně individuální či skupinová supervize mohla být zdrojem pomoci a podpory. V některých nemocnicích ji sociální pracovníci mají. Jedná se o dvě fakultní nemocnice a jednu nemocnici okresního formátu. V dalších nemocnicích supervize není realizována, a to i přes to, že by si ji sociální pracovníci přáli.

#### **5.4.5 Etická dilemata**

Někteří sociální pracovníci také reflektovali, že se potýkají s některými etickými dilematy. Ty můžeme zařadit do dvou kategorií. V první kategorii se zmiňovali, že váhají mezi tím, zda vyjít vstříc lékaři nebo zdravotní sestře nebo určitou činnost odmítnout, protože se bojí, že by mohli klientovi nějakým způsobem ublížit. R10 k tomu říká: „*Oni po mně chtěli, ať zprostředkuju domácí péči a napíšu tam, že mají přijet v tolik a tolik na měření INR... Tak to už sem se bála, protože to jsou lékařské věci... Občas po nás vyžadují lékařské věci, když to řeknu takhle, u kterých se bojím.*“ Dále uvádí, že i přes to, že se bojí tyto činnosti vykonávat, požadavkům personálu vyhoví.

Druhým dilematem bylo balancování na pomezí toho, kdy převzít situaci do svých rukou a kdy ještě nechat rozhodnutí na klientovi, to znamená, kdy převzít kontrolu a kdy poskytovat pomoc. R6 tuto problematiku reflektuje na konkrétním případě a říká: *„Mám tady jednoho pána, kterej ale spíš bych řekla, že patří do psychiatrický nemocnice... Našlapujete a nevíte, jestli se máte přiklonit na stranu rodiny nebo pacienta. Protože ve chvíli, kdy já ho pošlu tam, kam on chce, tak nemám čistý svědomí, že by nebyl natolik schopnej to posoudit jo. Takže to je pro mě takový dilema. Říkám si, ať si stěžuje na mě, ale hlavně ať se mu nic nestane.“* R1 také řeší, kdy zasáhnout a kdy nezasáhnout. Uvádí to na příkladu klientky, které rodina vybírala peníze. Nakonec se rozhodla zasáhnout a klientce zajistit návazné služby R1 říká: *„Stalo se mi, že rodina vlastně vybrala veškerý peníze a paní zůstala bezdomovkyně, tak to je, co se týče etiky těžký samozřejmě. Nakonec se to dalo zajistit, paní brečela, byla šťastná, protože se dostala do domova s pečovatelskou službou a takových případů je hodně a pak je to těžký.“* K této problematice poté ještě dodává: *„Musíte vědět, podívat se na to z té vyšší perspektivy, protože si řeknete, že by to mělo být takhle, ale někdy nemůžete zasahovat do té rodiny. Můžete mít svůj názor, ale nemůžete to jako profesionál řešit, protože jste profesionál.“* R8 zase uvádí, že často řeší, že vědí, že pacient nebude mít dobré zajištění v domácím prostředí, ale musí ho propustit. K tomu říká: *„Pacient chce domů, ale tam není péče zajištěná. Víme, že to tam nebude dobrý, ale zase musíme pacienta propustit. Musíme najít nějaký dobrý řešení. Přesvědčit ho a nabídnout mu to nejlepší řešení, aby s tím souhlasil... Se vším musí souhlasit.“* Zde je patrné, že se balancuje na hraně pacienta přesvědčovat a nabídnout mu řešení a nechat se rozhodnout.

R2 zase uvedla, že naráží na problém při sociálním šetření, a to kvůli tomu, že občas musí dělat šetření za přítomnosti dalších pacientů, k tomu říká: *„Často řeším problém, že když dělám sociální šetření přímo u lůžka, tak samozřejmě tady máme třílůžkové pokoje, takže se snažím, abych tam byla s klientem sama, ale ne vždycky to jde.“* K tomu dodává, že se snaží všemožně hledat strategie, aby předešla tomu, že se dostane do situace, kdy musí osobní záležitosti řešit před dalšími pacienty, například chodí v době aktivizačních činností, kdy jsou další pacienti pryč. Ne vždy ale uspěje a musí to řešit na pokoji před dalšími klienty.

#### **5.4.6 Dílčí závěr k výzkumné podotázce č. 3 a 5**

V této otázce byl největší problém v tom, že ne vždy sociální pracovníci dokázali reflektovat a ihned reagovat na otázky ohledně technik a metod sociální práce. V praxi sociální pracovníci v nemocnicích nejvíce využívají individuální sociální práci, kterou kombinují

s prací s rodinou. Participantů poukazovali, že v oblasti práce s rodinou, jsou po nich požadovány velké schopnosti v oblasti vyjednávání. Sociální pracovníci si myslí, že pro skupinovou sociální práci v nemocnici není prostor. V oblasti připravenosti ze školy sociálním pracovníkům chybí zejména zaměření na legislativní stránku sociální práce ve zdravotnictví a nedostatečná praktická příprava na komunikaci s klienty. Naopak participantů, kteří si prošli různorodou praxí, tak to oceňují a myslí si, že jim to pomohlo se zorientovat v tom, co skutečně chtějí dělat. Chybějící znalosti, které si chtějí sociální pracovníci doplnit, se ukázaly jako různé, a to až od oblasti znalosti cizích jazyků, přes upevňování vedení rozhovorů až po podporu znalostí v oblasti legislativy. Jako zásadní se z pohledu mnoha respondentů ukázala metoda krizové intervence. Někteří respondenti si myslí, že je to důležitá metoda, která má v nemocnici využití. V její znalosti je však bariérou finanční stránka. Jako důležitá oblast se ukázala také supervize. Až na výjimky by si sociální pracovníci supervizi ve zdravotnictví přáli, ale setkávají se často s odporem kvůli financím nebo nedostatku informací o supervizi u ostatních pracovníků. Sociální pracovníci, kteří si supervizi alespoň na svých pracovištích prosadili, jsou nyní převážně spokojeni a myslí si, že jim pomáhá v jejich osobním rozvoji. Sociální pracovníci také reflektovali, že se často potýkají nad etickým dilematem, kdy převzít kontrolku a kdy poskytovat pomoc nebo jak zajistit důvěrné prostředí na nemocničním pokoji s více lůžky.

## 6 Diskuze

V této části práce budou výsledky výzkumu porovnány s legislativou a poznatky z výzkumů a odborné literatury. Kvalitativní výzkum byl proveden s jedenácti sociálními pracovníky nebo zdravotně sociálními pracovníky pracujícími v nemocnicích všeobecného formátu. Cílem bylo zodpovědět otázky, jak vypadá podoba sociální práce v nemocnicích a jaký je potenciál sociální práce v nemocnicích.

Již při prvním mapování se ukázalo, že mezi sociálními pracovníky není shoda v dosaženém vzdělání. Sociální pracovníci mají povětšinou sice vystudovanou sociální práci, ale poměrně velká část nemá již dokončený akreditovaný kurz zdravotně sociální pracovník v NCO NZO. V praxi se setkávají sociální pracovníci, kteří dosáhli středoškolského vzdělání, sociální pracovníci, kteří mají vysokoškolské vzdělání, případně vysokoškolské vzdělání a akreditovaný kurz zdravotně sociální pracovník, ale i původní profesí všeobecné sestry, které si vysokou školu v oblasti sociální práce teprve dokončují. Sociální práci také v některých nemocnicích vykonávají pracovníci, kteří nemají žádné vzdělání v sociální práci a jsou například porodními asistentkami nebo všeobecnými sestrami. Dle odborné literatury se v ČR vedou diskuze mezi zdravotními sestrami a zkušenými sociálními pracovníky o tom, kdo má vlastně sociální práci v nemocnicích vykonávat? Kuzníková uvádí, že jsou rozpoutané debaty zejména o tom, zda je nutné mít „zdravotnické vzdělání“ a o tom, zda by sociální práci neměly vykonávat všeobecné sestry v rámci realizace ošetrovatelského procesu, které nespĺňují vzdělání dle zákona č. 108/2006 Sb. (Kuzníková, 2014, str. 20). Na tuto problematiku také upozornila ombudsmanka při kontrolách lůžek dlouhodobě nemocných. Z této kontroly vyplynulo, že na LDN často sociální práci vykonává například terénní zdravotní sestra nebo staniční sestra, která nemá potřebnou kvalifikaci. Ombudsmanka poukazuje naopak na to, že by sociální práci měl vykonávat kvalifikovaný zdravotně sociální pracovník, nikoliv všeobecná sestra (Veřejný ochránce práv, 2017, str. 60). Předpoklad, že v praxi jsou sociální pracovníci s různým typem vzdělání a vzdělávání není jednotné, se naplnil. Domníváme se, že je důležité také upozornit na to, že ač zákon č. 55/2011 Sb. upozorňuje na jasné rozdělení odborné způsobilosti k výkonu profese zdravotně sociálního pracovníka a sociálního pracovníka, tak tento zákon není v praxi dodržován. Sociální pracovník by na rozdíl od zdravotně sociálního pracovníka měl vykonávat svou činnost pod odborným dohledem. V praxi se tak však neděje, a to zejména v nemocnicích, kde působí pouze jeden sociální pracovník a nemá mu kdo dělat odborný dohled.

Další oblastí byla multidisciplinární spolupráce. Většina autorů se shoduje v tom, že multidisciplinární spolupráce je zásadní pro sociální práci v nemocnicích (např. Kuzníková, 2011, str. 23, Maramaldi, 2014). Dle Maramaldiho využívají sociální pracovníci multidisciplinární spolupráci k tomu, aby realizovali intervence zaměřené na podporu zdraví a udržovali perspektivu zaměřenou na bio-psycho-sociální poskytování zdravotní služby. Tento autor také zdůrazňuje, že dle jeho výzkumu je důležité, aby v rámci interdisciplinárního týmu byly pochopeny kompetence jednotlivých členů interdisciplinárního týmu. Pokud sociální pracovník v týmu funguje dobře, může se ostatní personál soustředit na svou specifickou činnost (Maramaldi, 2014). Ve výzkumu se ukázalo, že většina sociálních pracovníků si je vědoma nutnosti multidisciplinární spolupráce, ale častým problémem bývá to, že v týmu si své místo musí prosadit. Také se potkávají s nevyjasněním kompetencí, které může být právě bariérou k efektivnímu vykonávání sociální práce. Snaží se tomu bránit tak, že se podílejí na vzdělávání interdisciplinárních týmů a snaží se zdůrazňovat důležitost sociální práce v nemocnici, ale také upozorňovat na to, jaké vlastně mají kompetence. Dle výzkumu Vontorové a Kuzníkové se více jak polovina středoškolsky i vysokoškolsky vzdělaných sociálních pracovníků v nemocnicích v týmu vnímá rovnocenně (Kuzníková, Vontorová, 2011, str. 298). Sociální pracovníci sice převážně uváděli, že se cítí jako rovnocenní partneři. Zároveň ale z výzkumu vyplynulo, že buď si toto místo museli vybojovat a zprvu se setkávali s výsměchem ze strany lékařů, nebo že ač se cítí rovnocenně, jsou nějaké oblasti, které by ve spolupráci s multidisciplinárním týmem změnili (zejména oblast vyjasnění kompetencí). Nevyjasněným kompetencím také může přispívat to, že sociální pracovníci dle výzkumu povětšinou nemají standardy nebo metodiky zdravotně sociální práce. Případně pokud je mají, tak často upozorňovali, že jsou nedotažené a neaktualizované. Na stejný problém poukazuje také ombudsmanka, která uvádí, že právně závazné standardy ve zdravotnických zařízeních neexistují. Jejím doporučením je stanovit systém, dle kterého bude zdravotně sociální pracovník při výkonu svého povolání postupovat (Veřejný ochránce práv, 2017, str. 61).

V oblasti činností se ukázalo, že sociální pracovník vykonává mnohem širší rozsah činností, než stanovuje vyhláška č. 55/2011 Sb. Naopak některé činnosti z této vyhlášky někteří sociální pracovníci nevykonávají, a to i přes to, že patří do jejich kompetencí (zejména depistážní činnost, zajištění sociálních pohřbů). Dle výzkumu VÚPSV sociální pracovníci nejčastěji vykonávají ve všech sledovaných zařízeních získávání informací o klientovi a poznávají jeho životní situaci (Musil, Bareš, Havlíková, 2011, str. 206). Tento předpoklad se potvrdil, a to činností, kterou sociální pracovníci nazývají sociálním šetřením a má za úkol

zejména sběr anamnestických údajů o klientovi. Dle výzkumu se sociální pracovníci zaměřují zejména na zjišťování údajů o rodině a o finanční situaci klienta. Dle výzkumu VÚPSV vyšlo, že jádrem sociální práce je zajišťovat pro jednotlivé klienty služby nebo pomoc jiných lidí, obhajovat stanoviska a zájmy klientů, zastupovat klienty při vyřizování záležitostí a vyřizovat žádosti do soc. služeb nebo o dávky (Musil, Bareš, Havlíková, 2011, str. 206). Tyto činnosti sice sociální pracovníci dle výzkumu vykonávají, ale jejich rozsah je mnohem širší. Téměř všichni sociální pracovníci se snaží klientům poskytovat i něco navíc, zejména psychosociální podporu v jejich těžké situaci, někteří se snaží individuálně plánovat nebo podílet se na různých projektech, které mohou zlepšit kvalitu života klienta v nemocnici (například zajištění canisterapie, podílení se na projektu Ježíškova vnoučata). Bohužel jim v některých činnostech brání faktory, jako je nedostatek času spojený s nedostatkem personálu nebo nedostatečná podpora ze strany vedení. O nedostatku času a personálním nedostatku také hovoří ombudsmanka. Uvádí, že sociální pracovníci nezvládají vyšší počet než padesát klientů na jednoho sociálního pracovníka a sociální práce není často kontinuální (Veřejný ochránce práv, 2017, str. 60). Sociální pracovníci v realizovaném výzkumu měli sice málo času na klienta, na druhou stranu se mu snažili často nabídnout pomoc nad rámec svých kompetencí.

Další zajímavou oblastí bylo nedostatečné propojení zdravotních služeb s následnou péčí a sociálními službami a nedostatečné propojení sociálního a zdravotního rezortu. Sociální pracovníci ve výzkumu často upozorňovali na to, že nemohou zajistit včas následnou péči nebo sociální službu, protože nejsou volné kapacity. Tuto problematiku také řeší ministerstvo práce a sociálních věcí. Dle Národní strategie rozvoje služeb si ministerstvo práce a sociálních věcí uvědomuje, že se jedná o jeden ze zásadních problémů. V tomto dokumentu uvádí, že to, že zdravotní služby nejsou dostatečně propojeny se zdravotními, může vést k tomu, že nejsou dostatečně komplexně naplněny zdravotní a sociální potřeby klientů dlouhodobé péče. Dokument upozorňuje na to, že klienti nepřecházejí kontinuálně mezi systémem zdravotní a sociální péče. Jako důležitý moment vidí zejména odlišné financování sociální a zdravotní péče rozdělené mezi státní a krajské (příp. obecní) rozpočty, prostředky klienta a financí od zdravotních pojišťoven. Také tento dokument zdůrazňuje, že je potřeba podpořit oboustrannou spolupráci se sociálními pracovníky ve zdravotnictví (Pospíšil, 2016, str. 24-26). O nedostatečné propojenosti hovoří také další dokument MPSV věnující se výběru a zdůvodnění optimálního financování sociálních služeb v ČR. Tento dokument vidí jako hrozbu to, že je nedostatečně koordinovaná sociální a zdravotní péče a ideálním stavem by



bylo propojit tyto systémy a umožnit flexibilní přechod klientů mezi systémem zdravotním a sociálním. Jako další hrozbu spatřuje v tom, že se rozdílně vyvíjely oba sektory (MPSV, 2015, str. 27, 33).

Výzkum VÚPSV se také věnoval cílům sociální práce, kde vyšlo, že cílem sociální práce v nemocnici je především stabilizovat pacienta a zajistit návazné služby (Musil, Bareš, Havlíková, 2011, str. 216). To se potvrdilo v našem výzkumu. Domnívám se, že je ale důležité poznamenat, že sociální pracovníci také zdůrazňovali, že by propuštění z nemocnice mělo být humánní cestou a dle přání klienta. Ne vždy tak však mohou učinit, protože jsou tlačeni ke zkracování hospitalizací a co nejrychlejšímu řešení situace. V odborné veřejnosti se často hovoří o pojetí sociální práce jako pomoci a pojetí sociální práce jako kontroly. O sociální práci jako pomoci najdeme hodně informací v české literatuře. Například Úlehla charakterizuje pomoc jako „*dojednaný způsob společné práce, kterou si klient přeje, pracovník ji nabízí a klient si ji zvolil. Cestou k uskutečnění pomoci je její nabízení*“ (Úlehla, 2005, str. 21). Trotter a Ward uvádí, že sociální práce má kromě pomoci také roli kontroly a sociální pracovníci vědomě či nevědomě ovlivňují nedobrovolné klienty (Trotter, Ward, 2013, str. 74-75). Janebová a Truhlářová k tomuto tématu říká, že sociální pracovník očekává od klienta, že bude splňovat určité podmínky a pokud je nesplní, může přijmout direktivní opatření, ale současně se ptá na přání a potřeby klientů (Janebová, Truhlářová, 2017, str. 120-121). Domnívám se, že dle interpretací cílů zdravotně sociální práce se sociální pracovníci pohybují na pomezí pomoci a kontroly. Sociální pracovníci chtějí vyjít vstříc přání klienta a nabízejí mu různé možnosti řešení, na druhou stranu jsou ale často systémem nuceni tlačit na urychlení propuštění a snaží se hledat strategie, jak vyjít vstříc všem stranám (nemocnici, klientovi, rodině klienta). Často jsou sociální pracovníci postaveni před dilema, zda převzít kontrolu nebo zajistit pomoc. Dle výzkumu také sociální pracovníci uváděli, že jsou jim hlášeni klienti převážně dalším zdravotnickým personálem, který vyhodnotí, zda je sociální pracovník potřeba či nikoliv. To může vést k tomu, že sociální pracovník se může setkat s prací s nedobrovolným klientem, který si myslí, že zdravotně sociální péči nepotřebuje. Může se jednat například o seniory, kteří se nemohou kvůli zdravotnímu stavu vrátit domů, nemají rodinu, nemohou setrvat v nemocnici, ale zároveň odmítají přechod do sociálních služeb. Na to také někteří respondenti poukazovali.

Ve výzkumu Judd a Sheffield vyšlo, že sociální pracovníci 60 % svého času věnují zejména činnostem spojeným s propuštěním pacienta (Judd, Sheffield, 2009). Vzhledem k povaze výzkumu nemůžeme sice určit procento činností, které jsou spojené s propuštěním klienta,

můžeme však říci, že převážná část činností, které sociální pracovníci vykonávají, směřuje právě k propuštění klienta (např. podávání žádostí o příspěvky, podávání žádostí o sociální služby, zajišťování terénních služeb apod.), což může souviset i s tím, že propuštění klienta z nemocnice vnímají sociální pracovníci jako jeden z cílů své práce.

V oblasti chybějících znalostí a dovedností se ukázala jako zajímavá oblast supervize, která by mohla sociálním pracovníkům přinášet potřebnou podporu, profesionalizaci práce a rozvoj nemocniční sociální práce. Význam supervize můžeme ukázat na výzkumu realizovaném v Melbourne v oblasti onkologie. Zde vyšlo, že sociální pracovníci na supervizi oceňovali zejména možnost zaměření v supervizi na sociální práci s pacienty a jejich rodinami, ale také možnost zaměření na emoční dopady práce (Joubert, Hocking, Hampson, 2013). Je sice nutné upozornit na to, že prostředí onkologie je odlišné od všeobecných nemocnic, nicméně tento výzkum by mohl být inspirací pro české prostředí v oblasti zavedení supervize alespoň pro sociální pracovníky. Výzkum v diplomové práci ukázal, že si většina sociálních pracovníků alespoň individuální supervizi přeje a ti, co supervizi využívají, si její vliv převážně chválí.

## 7 Navrhované změny pro rozvinutí potenciálu

Výsledky výzkumu ukazují, že v oblasti zdravotně sociální práce je nejednoznačné postavení sociálního pracovníka nebo zdravotně sociálního pracovníka v týmu. Dle participantů je toto postavení stabilnější ve fakultních nemocnicích, kde je jasně strukturované sociální oddělení, tvořené vedoucí sociální pracovníci, a jí vedenými sociálními pracovníky. Postavení v nemocnicích okresního formátu tak jasné již není. Ideální by bylo, kdyby fakultní nemocnice podpořily nemocnice okresního formátu. Tato podpora by mohla mít podobu například celostátní odborné konference zaměřené na zdravotnictví a pomezí zdravotních a sociálních služeb. Další možnou podporou by byla možnost krátkých stáží či návštěv sociálních pracovníků z okresních nemocnic ve fakultních nemocnicích. Vzhledem k tomu, že výzkum poukazyval na to, že fakultní nemocnice mají poměrně dobře sociální práci strukturovanou i ve vnitřních předpisech, standardech a metodikách a nemocnice okresního formátu mají v tomto stále nedostatky, otevírá se otázka, zda by nebylo vhodné se tuto oblast od fakultních nemocnic naučit. Sociální pracovníci poukazovali také na to, že často nemají možnost se účastnit supervize, kterou někteří považují za pozitivní nástroj svého rozvoje. Dalším doporučením by byla možnost nabídnutí skupinové supervize pro zdravotně sociální pracovníky z nemocnic, kde by zájemci mohli sdílet svá témata ze zdravotnictví a vzájemně se prostřednictvím supervizora podpořit. To by mohlo jednak vést ke stabilizaci postavení sociálního pracovníka, ale také k upevnění porozumění etice sociální práce a loajalitě vůči svým klientům. Ve výzkumu sociální pracovníci reflektovali, že jsou často postaveni před rozhodnutí, zda zrychlit propuštění na úkor zajištění kvalitní péče nebo zda vyjít vstříc potřebám klientů. Porozumění etice sociální práce by mohlo pomoci v řešení těchto dilemat a ukotvení se v hodnotách a poslání vlastní profese.

## Závěr

Cílem práce bylo zjistit, jakou má podobu sociální práce v nemocnicích a jak vypadá potenciál současné sociální práce v nemocnicích pohledem sociálních pracovníků a zdravotně sociálních pracovníků pracujících v nemocnicích.

V teoretické části práce bylo představeno téma subdisciplíny zdravotně sociální práce z pohledu historického i současného. Blíže jsme se věnovali porovnání zdravotně sociální práce s oborem sociální práce, dále činností sociálních pracovníků v nemocnicích a vzdělávání sociálních pracovníků v nemocnicích.

Výzkum, který byl představen v praktické části práce, byl realizován pomocí dvou metod, stručného dotazníku zasláného všem všeobecným nemocnicím v ČR a pomocí rozhovorů s jedenácti zdravotně sociálními nebo sociálními pracovníky pracujícími ve fakulních, krajských nebo okresních nemocnicích. Využita byla metoda polostrukturovaného rozhovoru se seznamem předem připravených otázek. Limitem výzkumu bylo to, že rozhovory byly realizovány pouze se zdravotně sociálními nebo sociálními pracovníky pracujícími v nemocnicích. Vhodné by bylo výzkum doplnit také o pohled managementu nemocnic.

Při vstupu do terénu se jako první důležité zjištění ukázalo, že sociální pracovníci v nemocnicích mají velmi rozmanité vzdělání, i když u nich převládá vzdělání v sociální práci. V některých nemocnicích vykonávají sociální práci ti, co nemají dle legislativy příslušné vzdělání. V oblasti multidisciplinárního týmu se ukázalo, že ač se sociální pracovníci vnímají v multidisciplinárních týmech převážně dobře a partnersky a uvědomují si důležitost spolupráce v týmu, stále bojují s nevyjasněním kompetencí a neznalostí dalších členů týmu o tom, s čím může sociální pracovník při holistické péči o pacienta pomoci. Někteří pracovníci se domnívají, že jsou chápáni jako ti, co udělají to, s čím si ostatní v týmu neví rady. Ukázalo se, že postavení v týmu také hodně záleží na osobnostním vkladu sociálního pracovníka. Sociální pracovníci nemají jednotné zařazení v organizaci a někteří spadají přímo pod hlavní sestru, další pod vrchní sestru, nejčastěji LDN, případně přímo pod primáře určitého oddělení.

V oblasti činností se ukázalo, že intervence sociálních pracovníků směřují zpravidla k tomu, aby byl klient propuštěn z nemocnice, ale zároveň bylo podpořeno jeho sociální fungování. Činnosti sociálních pracovníků jsou poměrně dobře formálně ukotvené prostřednictvím standardů či metodických postupů ve fakulních nemocnicích, v nemocnicích okresního

formátu dle respondentů tyto postupy zcela chybí nebo jsou nedokončené. Základem sociální práce dle výzkumu je zejména sociální šetření (zmapování situace klienta) a poskytování základního sociálního poradenství. Od těchto činností se odvíjejí další intervence. Sociální pracovníci také často vykonávají činnosti, které jsou mimo jejich kompetence, například zajišťují komunikaci se zdravotními pojišťovnami nebo zprostředkovávají domácí péči včetně domluvy konkrétních ošetrovatelských úkonů (např. krevní odběry), a to i přes to, že vědí, že to nepatří do jejich náplně práce. Také vykonávají činnosti, které by mohl vykonávat jiný pracovník, zejména v oblasti přebírání důchodů a výplat důchodů klienta. Co naopak někteří sociální pracovníci nevykonávají, a to i přes to, že to je stanovené legislativou, je depistážní činnost a zajišťování úkonů spojených s úmrtím osamělých klientů.

Nejzásadnějšími bariérami zdravotně sociální práce je čas a nedostatek sociálních pracovníků vzhledem k rozsahu práce, nedostatečná propojenost mezi rezorty Ministerstva zdravotnictví ČR a Ministerstva práce ČR a nedostatečná kapacita následné péče a sociálních služeb. Sociální pracovníci také reflektovali možnost zařazení do úhradové vyhlášky. V této oblasti však mezi sociálními pracovníky nepanuje shoda. Někteří si myslí, že by zařazení do úhradové vyhlášky mohlo ztraktivnit profesi zdravotně sociálního pracovníka pro nemocnice, někteří si myslí, že by to byla nadměrná administrativní zátěž.

V oblasti metod využívají participanti nejčastěji individuální sociální práci, kterou kombinují s prací s rodinou. V oblasti vzdělávání na vyšších a vysokých školách sociálním pracovníkům chybí větší zaměření se na legislativní znalosti v rámci sociální práce a nedostatečná praktická příprava na práci s klienty. V oblasti chybějících znalostí a dovedností si sociální pracovníci nejčastěji chtějí doučit nebo upevnit cizí jazyk, umění vedení rozhovorů a přejí si větší podporu v oblasti znalosti legislativy. V oblasti celoživotního vzdělávání by si většina sociálních pracovníků přála zavedení supervize. V oblasti metod a technik chybí sociálním pracovníkům znalost krizové intervence. Pro rozvinutí potenciálu by bylo vhodné, kdyby fakultní nemocnice, kde je sociální práce dobře ukotvená, podpořily v rozvoji nemocnice okresního formátu. Potenciál sociální práce v nemocnicích by také mohlo podpořit zavedení skupinové supervize pro sociální pracovníky pracující v nemocnicích v ČR. Skupinová supervize by mohla zájemce podpořit v porozumění etice sociální práce a stabilizaci postavení sociálního pracovníka ve zdravotnictví.

## Seznam použité literatury

ASVSP. 2017. *Minimální standard vzdělávání v sociální práci ASVSP*. Dostupné z [www <http://www.asvsp.org/standardy/>](http://www.asvsp.org/standardy/). [cit. 5. května 2018]

Brnula, Peter. 2013. *Sociálna práca – dejiny, teorie a metódy*. Bratislava: Iris.

Bruthansová, Daniela, Anna Červenková, Iva Holmerová. 2000. *Sociální hospitalizace*. Praha: VÚPSV.

Burnham, David. 2016. *The social worker speaks – a history of social workers through the twentieth century*. New York: Routhledge.

Clark, Alice. 2011. It is time for social workers to claim their place in Australia's health care system. *Australian polici*. <Dostupné z [www <http://apo.org.au/node/24392>](http://apo.org.au/node/24392). [cit. 20. listopadu 2017]

Cleak, Helen M, Maggie Turczynski. 2014. Hospital Social Work in Australia: Emerging Trends or More of the Same. *Social Work in Health Care*. Dostupné z [www <https://www-tandfonline-com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/pdf/10.1080/00981389.2013.873516?needAccess=true>](https://www.tandfonline-com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/pdf/10.1080/00981389.2013.873516?needAccess=true). [cit. 20. listopadu 2017]

Cowles, Lois A Fort. 2003. *Social Work in the Health Field: A Care Perspective*. The New York: Haworth Press.

ČAS. 2018. Sekce zdravotně-sociální. Dostupné na [www <http://www.cnaa.cz/docs/akce/clenstvi\\_sekce\\_22.pdf>](http://www.cnaa.cz/docs/akce/clenstvi_sekce_22.pdf). [cit. 12. prosince 2017]

ČAS. 2007. Důvodová zpráva o počtech sociálních pracovníků. Dostupné z [www <http://www.cnaa.cz/docs/sekce/duvodova\\_zprava\\_pocty\\_socialnich\\_pracovniku\\_2007.pdf>](http://www.cnaa.cz/docs/sekce/duvodova_zprava_pocty_socialnich_pracovniku_2007.pdf). [cit. 12. prosince 2017]

Čeledová, Libuše, Jan Holčík a kol. 2017. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Praha: Karolinum.

ČSÚ. 2017. *Průměrné mzdy – 3. čtvrtletí 2017*. Dostupné z www  
<<https://www.czso.cz/csu/czso/cri/prumerne-mzdy-3-ctvrtleti-2017>>. [cit. 12. prosince 2017]

D'Ambruoso, Sarah, Berkman Barbara. 2006. *Handbook of social work in health and aging*. New York: Oxford.

Davis, Cindy, Bijana Milosevic, Eileen Baldry, Anne Walsh. 2016. *Defining the role of the hospital social worker in Australia*. Londýn: Sage publication. Dostupné z www  
<<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.844.5755&rep=rep1&type=pdf>>. [cit. 12. prosince 2017]

MZČR. 2018. *Databáze zdravotních výkonů*. Dostupné z <[www https://szv.mzcr.cz/](https://szv.mzcr.cz/)>. [cit. 2. června 2018]

DVSG. S.D. Soziale Arbeit und Gesundheit. Dostupné z www  
<[http://dvsg.org/fileadmin/dateien/01Die\\_DVSG/DVSG\\_760\\_Flyer-allgemein.pdf](http://dvsg.org/fileadmin/dateien/01Die_DVSG/DVSG_760_Flyer-allgemein.pdf)>. [cit. 20. listopadu 2017]

Dziegielewski B, Sophia. 2004. *The Changing Face of Health Care Social Work – Professional Practice in Managed Behavioral Health Care*. New York: Springer Publishing Company.

Elichová, Markéta. 2017. *Sociální práce – aktuální otázky*. Praha: Grada.

Etický kodex sociálního pracovníka ČR. 2004. Dostupné z www  
<[http://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etick%C3%BD%20kodex\\_Profesn%C3%AD%20svaz\\_verII.pdf](http://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etick%C3%BD%20kodex_Profesn%C3%AD%20svaz_verII.pdf)>. [cit. 5. května 2018]

Havrdová, Zuzana, Martin Hajný et. al. 2008. *Praktická supervize*. Praha: Galén.

Havrdová, Zuzana. 1999. *Kompetence v praxi sociální práce*. Praha: Osmium.

Hendl, Jan. 2008. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.

Holčík, Jan. 2016. „Sociální lékařství, veřejné zdravotnictví a řízení péče o zdraví“. *Časopis lékařů českých*. Dostupné z [www <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=81024da7-1e7b-4424-b412-7f15eef52189%40sessionmgr120>](http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=81024da7-1e7b-4424-b412-7f15eef52189%40sessionmgr120). [cit. 28. května 2018]

Innerbody. S.D. *How to Become a Medical Social Worker*. Dostupné u [www <http://www.innerbody.com/careers-in-health/how-to-become-a-medical-social-worker.html>](http://www.innerbody.com/careers-in-health/how-to-become-a-medical-social-worker.html). [cit. 15. února 2018]

Janebová, Radka, Zuzana Truhlářová. 2017. „Janusova tvář sociální práce: Tři pohledy na pojetí kontroly v sociální práci. *Sociální práce/sociálna práca*. 17 (6): 116-130.

Joubert, Lynette, Alison Hocking, Ralph Hampson. 2013. „Social Work in Oncology – Managing Vicarious Trauma – The positive Impact of Professional Supervision“ *Social Work in Health Care*. 296-310. Dostupné z [www <https://www.tandfonline.com/ezproxy.is.cuni.cz/doi/pdf/10.1080/00981389.2012.737902?needAccess=true>](https://www.tandfonline.com/ezproxy.is.cuni.cz/doi/pdf/10.1080/00981389.2012.737902?needAccess=true). [cit. 15. dubna 2018]

Judd, Rebecca, Sherry Sheffield. 2010. „Hospital Social Work: Contemporary Roles and Professional Activities“. *Social Work in Health Care*. 856-871. Dostupné z [www <http://www.tandfonline.com/ezproxy.is.cuni.cz/doi/abs/10.1080/00981389.2010.499825>](http://www.tandfonline.com/ezproxy.is.cuni.cz/doi/abs/10.1080/00981389.2010.499825). [cit. 15. dubna 2018]

Kadushin, Alfred. 1958. *Prestige of Social Work – Facts and Factors*. Dostupné z [www <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=ad6742e3-267f-4b9b-ad61-8193f54f3120%40sessionmgr4008>](http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=ad6742e3-267f-4b9b-ad61-8193f54f3120%40sessionmgr4008). [cit. 20. listopadu 2017]

Kadushin, Goldie, Candyce Berger, Carlean Gillbert, Mark de St. Aubin. 2009. „Models and Methods in Hospital Social Work Supervision“. *The Clinical Supervisor*. 180-199. Dostupné z [www <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/07325220903324660?needAccess=true>](http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/07325220903324660?needAccess=true). [cit. 15. února 2018]

Kodymová, Pavla. 2015. *Historie české sociální práce v letech 1918-1948*. Praha:Karolinum.



Kodymová, Pavla. 2016. „Nekončící příběh“. *Listy sociální práce*. 4 (6): 14-16. Dostupné z www <[http://www.listysp.cz/images/obr/1467007284\\_clanek-lsp-leto.pdf](http://www.listysp.cz/images/obr/1467007284_clanek-lsp-leto.pdf)>. [cit. 12. prosince 2017]

Kutnohorská, Jana, Martina Cichá, Radoslav Goldmann. 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada.

Krebs, Vojtěch a kol. 2010. *Sociální politika*. Praha: Wolters Kluwer.

Kutnohorská, Jana. 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada.

Kuzníková, Iva, Zuzana Vontorová. 2011. „Výzkumná oblast – sociální práce ve zdravotnictví.“. *Od teorie k praxi, od praxe k teorii: sborník z konference VIII. Hradecké dny sociální práce*. 399-405. Hradec Králové: Gaudeamus.

Kuzníková, Iva. 2017. The Practice of Social Work in Health Care in the Czech Republic: How to Identify Understanding the Practice of Social Work in Health Care through Research?. *Czech and Slovak Social Work*. 3 (1): 5-22.

Kuzníková, Iva a kol.. 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada.

Levická, Jana. 1999. *Náčrt dejín sociálnej práce*. Bratislava: Slovak Academic Press.

Levická, Jana. 2012. „Medicínsky model – biomedicínsky diskurz sociálnej práce“. *Kontakt – časopis pro ošetrovatelství a sociální vědy ve zdraví a nemoci*. 8 (2):177-184

Lorenz, Walter. 2007. „Teorie a metody sociální práce v Evropě – profesní profil sociálních pracovníků“. *Sociální práce/sociálna práca*. 6 (1): 62-72. Dostupné z www <[http://www.socialniprace.cz/soubory/1-2007\\_rolesocialnihopracovnika-120116134909.pdf](http://www.socialniprace.cz/soubory/1-2007_rolesocialnihopracovnika-120116134909.pdf)>. [cit. 20. listopadu 2017]

Maramaldi, Peter. 2014. Interdisciplinary Medical Social Work: A Working Taxonomy. *Social Work in Health Care*. 53 (6): 532-551. Dostupné z www <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00981389.2010.499825?scroll=top&needAccess=true&instName=Charles+University>>. [cit. 20. listopadu 2017]

Martini, Andrea. 2017. *Soziale Arbeit: Gehalt von Sozialpädagogen und Sozialarbeitern*. Dostupné z www <<https://www.academics.de/ratgeber/sozialarbeiter-gehalt>>. [cit. 20. listopadu 2017]

Matoušek, Oldřich a kol. 2001. *Základy sociální práce*. Praha: Portál.

MPSV. 2015. *Studie proveditelnosti – Výběr a zdůvodnění optimální varianty financování sociálních služeb v ČR*. Praha: MPSV.

Ministerstvo zdravotnictví ČR. 2018. *Vzdělávací program akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotně-sociální pracovník*. Praha: MZ. Dostupné z [www < https://www.mzcr.cz/Soubor.ashx?souborID=30984&typ=application/pdf&nazev=P%C5%99%C3%ADloha%201%20-%20AKK%2019%20Zdravotn%C4%9B%20-%20soci%C3%A1ln%C3%AD%20pracovn%C3%ADk.pdf>](https://www.mzcr.cz/Soubor.ashx?souborID=30984&typ=application/pdf&nazev=P%C5%99%C3%ADloha%201%20-%20AKK%2019%20Zdravotn%C4%9B%20-%20soci%C3%A1ln%C3%AD%20pracovn%C3%ADk.pdf). [cit. 5. května 2018]

Mlčák, Zdeněk, Karel Slíva. 2005. "Pracovní a životní spokojenost sociálních pracovníků a percepce rozvoje jejich profesních kompetencí". *Kontakt*. 1 (3): 305-313. Dostupné z <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120322135443837265.pdf>>. [cit. 20. listopadu 2017]

Mojtová, Martina. 2008. *Sociální práce v zdravotnictví*. Bratislava: VŠ Sv. Alžběty.

Morales, T. Armando, Bradford W. Sheafor, Malcolm E. Scott. 2017. *Social Work: A Profession of Many Faces*. Dostupné z [www < https://books.google.cz/books?id=V6XSCwAAQBAJ&pg=PT80&lpg=PT80&dq=social+work+subdisciplines+medical&source=bl&ots=o4Grj5EXt5&sig=5XnMtSsVonhPN79TSTtS6xetqbQ&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwjppofqh5rbAhWS-aQKHYAJB14Q6AEIbzAI#v=onepage&q=social%20work%20subdisciplines%20medical&f=false>](https://books.google.cz/books?id=V6XSCwAAQBAJ&pg=PT80&lpg=PT80&dq=social+work+subdisciplines+medical&source=bl&ots=o4Grj5EXt5&sig=5XnMtSsVonhPN79TSTtS6xetqbQ&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwjppofqh5rbAhWS-aQKHYAJB14Q6AEIbzAI#v=onepage&q=social%20work%20subdisciplines%20medical&f=false). [cit. 22. května 2018]

Mühlum, Albert, Helmut Pauls. 2005. "Klinische Kompetenzen. Eine Ortsbestimmung der Sektion Klinische Sozialarbeit". *Klinische Sozialarbeit*. 1 (1): 6-9.

Musil, Libor, Pavel Bareš, Jana Havlíková eds. 2011. *Výkon profese sociální práce v systémech sociální ochrany ČR – závěrečná zpráva z řešení veřejné zakázky*. Praha: VÚPSV.

Musil, Libor. 2004. „*Ráda bych vám pomohla, ale... Dilemata práce s klienty v organizacích*“. Brno: Marek Zeman.

Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb. 2017. Dostupné z www <<http://nrpzs.uzis.cz/index.php?pg=vyhledavani-poskytovatele--pro-verejnost>>. [cit. 10. října 2017]

Navrátil, Pavel. 2001. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman.

Nečasová, Mirka. 2004. Mezinárodní etický kodex sociální práce – principy. *Sociální práce/sociální práce*. 3 (4): 31-34.

Nemocnice Jihlava. 2018. Sociální lůžka. Dostupné z www <<https://www.nemji.cz/socialni-luzka/d-4132/p1=3526>>. [cit. 20. listopadu 2017]

Oláh, Michal, Milan Schavel, Zlatica Ondrušová. *Úvod do štúdia a dejín sociálnej práce*. Vysoká škola zdravotníctva a socialnej práce sv. Alžbety: Bratislava.

Pauls, Helmut. 2004. *Klinische Sozial Arbeit – Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. Weinheim: Juventa Verlag.

Platy.cz. Průměrný plat sociálního pracovníka. Dostupné z www <<https://www.platy.cz/platy/zdravotnictvi-a-socialni-pece/socialni-pracovnik>>.

Pospíšil, David. 2016. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025*. Praha: MPSV. Dostupné z <www <https://www.mpsv.cz/files/clanky/29624/NSRSS.pdf>>. [cit. 31. května 2018]

Prošková, Eva. 2015. *Právní regulace způsobilosti k výkonu zdravotnických povolání na území České republiky*. Nepublikovaná dizertační práce. Olomouc: Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Rehr, Helen, Gary Rosenberg. 2006. *Social work- Medicine Relationship*. New York: Taylor & Francis Group.

Reisch, Michael. 2012. „The Challenges of Health Care Reform for Hospital Social Work in the United States“. *Social Work in Health Care*. Dostupné z www <<http://www.tandfonline.com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/full/10.1080/00981389.2012.721492?scroll=top&needAccess=true>>. [cit. 15. února 2018]

Sjöström, Manuela. 2013. To Blend in or Stand out? – Hospital Social Workers – Jurisdictional Work in Sweden and Germany. Dizertační práce:Göteborgs Universitet. Dostupné z www <<https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/34196>>. [cit. 15. února 2018]

Směrnice 10/1986 Sb. Věstníku Ministerstva zdravotnictví o náplni činnosti středních a nižších a pomocných zdravotnických pracovníků

Social Work Licensure. 2018. *Medical and Health Social Workers*. Dostupné z www <<https://www.socialworklicensure.org/types-of-social-workers/medical-health-social-worker.html>>. [cit. 15. února 2018]

Stodola, Ivan. 1927. *Sociální sestra v protituberkulózní boji*. Praha: Věstník Ministerstva zdravotnictví

Stuart Ci. 2007. *Assessment, Supervision and Support in Clinical Practice a guide for nurses, midwives and another health professionals*. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier

Šándorová, Zdenka. 2011. „Specifika zdravotnické profese zdravotně-sociální pracovníků a její perspektivy“. *Od teorie k praxi, od praxe k teorii: sborník z konference VIII. Hradecké dny sociální práce*. 399-405. Hradec Králové: Gaudeamus.

Špiláčková, Marie. 2016. *Česká sociální práce v letech 1968-1989 – rozvedeno na příkladu Ostravy*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.

Švaříček, Roman, Klára Šedřová a kol. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Grada.

Trotter, Chris, Tony Ward. 2013. „Involuntary Clients, Pro-social Modelling and Ethics“. *Ethics and Social Welfare*. 7 (1). 74-90. Dostupné z www <<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/17496535.2012.666753?needAccess=true>>. [cit. 15. dubna 2018]

Tuček, Milan. 2016. *Prestiž povolání – únor 2016 – tisková zpráva*. Praha: AVČR. Dostupné z [www](http://www)  
<[https://cvvm.soc.cas.cz/media/com\\_form2content/documents/c2/a2025/f9/eu160309.pdf](https://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c2/a2025/f9/eu160309.pdf)>.  
[cit. 12. prosince 2017]

Úlehla, Ivan. 2005. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. Praha: Slon.

Vaňková, Milena. *Supervize v ošetrovatelství aneb Vize pro budoucnost?*. Dostupné z [www](http://www)  
<<https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/supervize-v-oseetrovatelstvi-aneb-vize-pro-budoucnost-462302>>.  
[cit. 20. listopadu 2017]

Varzinskiene, Laura. 2009. „Prestige of Social Work Profession“. *Social Research*. 15 (1): 98-104.

Venglářová, Martina a kol. 2013. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada.

Veřejný ochránce práv. 2017. *Léčebny pro dlouhodobě nemocné – zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv*. Brno: VOP. Dostupné z [www](http://www)  
<[https://www.ochrance.cz/fileadmin/user\\_upload/ESO/LDN\\_souhrnna\\_zprava\\_2017\\_web.pdf](https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ESO/LDN_souhrnna_zprava_2017_web.pdf)>.  
[cit. 27. května 2018]

Vyhláška č. 44/1966 Sb. o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví

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

Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách

Zákon č. 49/1947 Sb. o poradenské zdravotní péči

Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti související s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů