

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FILOZOFICKÁ FAKULTA

Katedra sociální práce

Diplomová práce

Bc. Nikola Svobodová

Role sociálního pracovníka v nemocnici

Vedoucí práce:

Praha 2017

prof. JUDr. Igor Tomeš, CSc.

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu mé diplomové práce panu prof. JUDr. Igorovi Tomešovi, CSc. za vstřícnost, odborné vedení a poskytnutí cenných rad. Mé poděkování také náleží všem účastníkům výzkumného šetření, bez kterých by tato práce nevznikla.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 3. 1. 2017

Bc. Nikola Svobodová

.....

ABSTRAKT

Diplomová práce se zaměřuje na zmapování stěžejních pracovních činností a náplně práce sociálního pracovníka v pražských, krajských a bývalé okresní nemocnici.

V teoretické části práce jsou vymezeny základní pojmy a geneze sociální práce ve zdravotnictví. Jedna z kapitol je věnována etickému kodexu, kvalitě sociální práce v nemocnici, platné legislativě vztahující se na tuto oblast a dále také interdisciplinární spolupráci v rámci nemocnice. V teoretické části práce je dále popsána náplň práce, kompetence, dovednosti či osobností charakteristiky sociálního pracovníka zaměstnaného v nemocnici. Poslední část je věnována sociální práci v nemocnici podle různých cílových skupin, se kterými sociální pracovníci přichází do kontaktu.

Empirická část diplomové práce byla získána metodou polostrukturovaného interview. Hlavní výzkumná otázka celé diplomové práce se snaží zjistit, jaká je role sociálního pracovníka v nemocnici. K zodpovězení hlavní výzkumné otázky slouží tři zkoumané oblasti. První zkoumá kvalifikaci a dovednosti sociálního pracovníka v nemocnici. Druhý okruh se týká náplně práce sociálního pracovníka v nemocnici a jeho stěžejních pracovních činností. Poslední část výzkumu je věnována interdisciplinární spolupráci mezi personálem nemocnice.

V rámci diskuze jsou porovnávány teoretické poznatky z odborné literatury a poznatky získané kvalitativním výzkumem.

ABSTRACT

The diploma thesis is focused on the main activities of the social workers at the hospitals in Prague, the regional hospitals, and one former district hospital.

Within the theoretical section of the abstract there are clearly defined fundamental concepts of social work in health care and its historical transformation. The chapters consist of four sections: ethics code, the quality of social work at the hospital, valid legislation, as well as interdisciplinary collaboration within the hospital. The theoretical part focuses on job description, competencies, skills or personality characteristics of the social worker in the hospital. The last section describes social work in the hospitals by different target groups with whom the social workers can come into contact.

The empirical part of this diploma thesis is acquired by the semistructured interviews. The main research question tries to find out the role of the social worker at the hospital. The research targets three surveyed areas: The first examines the qualification skills of the social worker at the hospital. The second refers to the job description of the social worker at the hospital's core business activities. The last part of the research is dedicated to interdisciplinary collaboration among hospital staff.

The discussion consists of compared theoretical knowledge and knowledge gained from qualitative research.

KLÍČOVÁ SLOVA

Sociální pracovník, sociální práce, zdravotnictví, nemocnice, role sociálního pracovníka, náplň práce, interdisciplinární tým

KEYWORDS

Social worker, social work, health, hospital, role of social worker, job description, interdisciplinary team

Obsah

Úvod	10
1 SOUČASNÝ STAV.....	12
1.1 Vymezení základních pojmů a geneze sociální práce ve zdravotnictví.....	12
1.1.1 Sociální práce.....	12
1.1.2 Sociální pracovník	14
1.1.3 Zdravotně sociální pracovník.....	17
1.1.4 Cíle sociální práce.....	18
1.1.5 Hodnoty v sociální práci	19
1.1.6 Geneze sociální práce ve zdravotnictví	20
1.2 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ	25
1.2.1 Legislativa sociální práce ve zdravotnictví.....	25
1.2.2 Interdisciplinární spolupráce ve zdravotnictví.....	27
1.2.3 Etická a hodnotová reflexe ve zdravotnictví.....	29
1.2.4 Etický kodex sociálního pracovníka	30
1.2.5 Kvalita sociální práce ve zdravotnictví.....	33
1.3 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK V NEMOCNICI	35
1.3.1 Kompetence sociálního pracovníka v nemocnici	35
1.3.2 Etapy sociální práce v nemocnici	37
1.3.3 Pracovní náplň zdravotně sociálního pracovníka	38
1.3.4 Osobnost a dovednosti sociálního pracovníka.....	41
1.4 Sociální práce ve zdravotnictví s cílovými skupinami.....	43
1.4.1 Sociální práce se seniory ve zdravotnickém zařízení	43
1.4.2 Sociální práce s dětmi ve zdravotnickém zařízení.....	44

1.4.3	Sociální práce s lidmi bez přístřeší ve zdravotnictví	45
1.4.4	Sociální práce s umírajícími	45
1.4.5	Práce s oběťmi domácího násilí.....	47
1.4.6	Sociální práce s nezletilými těhotnými dívkami.....	47
1.4.7	Práce s onkologicky nemocnými a jejich rodinami	48
2	CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	50
2.1	Cíle výzkumu	50
2.2	Výzkumné otázky.....	50
3	METODIKA.....	52
3.1	Metodika výzkumu a výběru výzkumného souboru	52
3.2	Metoda získávání dat.....	53
3.3	Metodika zpracování dat	54
3.4	Analýza kvalitativních dat.....	54
3.5	Harmonogram výzkumu.....	54
4	Výsledky.....	56
5	Diskuze.....	78
6	Závěr	86
7	Použitá literatura	88
8	Seznam zkratk	94
9	Přehled příloh.....	95
9.1	Okruhy otázek pro rozhovor se sociálními pracovníky	95
9.2	Kazuistiky sociálních pracovníků	99
9.2.1	Kazuistika č. 1.....	99
9.2.2	Kazuistika č. 2.....	102

9.2.3	Kazuistika č. 3.....	103
9.2.4	Kazuistika č. 4.....	105
9.2.5	Kazuistika č. 5.....	107
9.2.6	Kazuistika č. 6.....	109
9.2.7	Kazuistika č. 7.....	110
9.2.8	Kazuistika č. 8.....	112
9.2.9	Kazuistika č. 9.....	113
9.2.10	Kazuistika č. 10.....	115

Úvod

Sociální pracovník je prostředníkem mezi pacientem a světem mimo nemocnici, tedy okolím, bydlištěm, rodinou, školou, zaměstnáním, různými institucemi atd. Práce sociálního pracovníka je směřována na pacienta samotného, ale také na jeho rodinu v případě potřeby. Rodině je poskytována pomoc, pokud se na základě onemocnění své blízké osoby ocitla v nepříznivé sociální situaci. Sociální práce ve zdravotnictví se v mnoha aspektech odlišuje od tzv. sociální práce terénní. K jejím specifickým patří zejména znalost diagnóz a jejich odraz v sociální oblasti.

Téma role sociálního pracovníka byla vypsána vedoucím diplomové práce a vzhledem ke skutečnosti, že o této oblasti v rámci studia nebylo tolik hovořeno a zajímavost tématu byla velká, zvolila jsem zpracování této práce. Jsem si vědoma toho, že několik studentských prací již na toto téma bylo zpracováno, avšak vždy s určitým specifickým zaměřením. Sociální práce v nemocnici je stejně důležitá jako sociální práce v jiných státních či nestátních sférách, avšak stále v dnešní době mezi veřejností málo rozšířená. Sociálních pracovníků v nemocnici působí velmi malé procento. Vzhledem k důležitosti prozkoumat fungování sociální práce v nemocnici blíže, jevílo se jako vhodné absolvovat studentskou praxi na pozici sociálního pracovníka v nemocnici. Díky získaným kontaktům v rámci opakované praxe a psaní diplomové práce mi byla nabídnuta práce na pozici sociálního pracovníka v nemocnici v jedné z pražských nemocnic. Diplomová práce tedy obsahuje názory a zkušenosti mě samotné.

V teoretické části práce jsou vymezeny základní pojmy a geneze sociální práce ve zdravotnictví, která je důležitá pro stanovení časové linky posunu od dobrovolné charitativní práce po sociální práci v nemocnici, jakou známe dnes. Další kapitola je věnována etickému kodexu, kvalitě sociální práce v nemocnici, platné legislativě vztahující se k této oblasti a dále také interdisciplinární spolupráci v rámci nemocnice. V teoretické části práce je dále popsána náplň práce, kompetence, dovednosti či osobnostní charakteristiky sociálního pracovníka zaměstnaného v nemocnici podle

odborné literatury. Poslední část je věnována sociální práci v nemocnici podle různých cílových skupin, se kterými sociální pracovníci přicházejí do kontaktu.

Na výše zmíněnou teoretickou část navazuje část výzkumná. Při získávání dat k účelům diplomové práce bylo pracováno se sociálními pracovníky pracující v nemocnicích. Rozdílem mezi nimi je, zda působí v okresní, krajské či pražské nemocnici. Kvalitativní data byla získávána metodou polostrukturovaného rozhovoru. Hlavní výzkumná otázka celé diplomové práce se snaží zjistit, jaká je role sociálního pracovníka v nemocnici. K zodpovězení hlavní výzkumné otázky slouží tři zkoumané oblasti, z nichž první zkoumá kvalifikaci a dovednosti sociálního pracovníka v nemocnici, druhý okruh se týká náplně práce sociálního pracovníka v nemocnici a jeho stěžejních pracovních činností a poslední část výzkumu je věnována interdisciplinární spolupráci mezi personálem nemocnice.

V rámci diskuze jsou porovnávány teoretické poznatky z odborné literatury a poznatky získané kvalitativním výzkumem.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Vymezení základních pojmů a geneze sociální práce ve zdravotnictví

V úvodní kapitole diplomové práce vstoupíme do tématu sociální práce vymezením základní terminologie, která se vztahuje nejenom k následujícím kapitolám, ale i oboru sociální práce obecně. Budou zde definovány pojmy sociální práce, sociální pracovník, zdravotně sociální pracovník, což je důležité pro pochopení kontextu mé práce. V této kapitole budou také zmíněny cíle sociální práce, její význam a hodnoty. V závěru je popsána stručná geneze sociální práce ve zdravotnictví tak, jak se vyvíjela na našem území.

1.1.1 Sociální práce

Jako každý vědní obor, tak i sociální práce má velké množství různých definic. Ve této práci je uváděn pouze malý výčet z nich.

Americká Národní asociace sociálních pracovníků (NASW) definovala cíl následovně (1973): „*Sociální práce je profesionální aktivita zaměřená na pomáhání jednotlivcům, skupinám či komunitám zlepšit nebo obnovit jejich schopnost sociálního fungování a na tvorbu společenských podmínek příznivých pro tento cíl.*“ (Matoušek, 2012, s. 184)

Dle Matouška (2001) je sociální práce z pohledu teorie uznávána jako vědecky fundovaná odborná disciplína, která prostřednictvím metod sociální práce zajišťuje na profesionální úrovni péči o potřebné. Její praktická aplikace vstupuje do života všech potřebných sociálně znevýhodněných skupin v nejrůznějším slova smyslu, buď

v podobě služby, nebo aktivity, která by měla pomoci klientovi tak, aby si dokázal pomoci sám.

Další z definic uvádí Denney (1998, s. 17-18), který říká, že: *„účelem sociální práce podle CCETSW je umožnit dětem, dospělým, rodinám, skupinám a komunitám pracovat, participovat a rozvíjet se ve společnosti. Většina lidí, kterým sociální pracovníci poskytují služby, patří mezi nejvíce zranitelné a znevýhodněné ve společnosti. Sociální práce jim pomáhá překonat tyto rozdíly prostřednictvím podpůrných, rehabilitačních, ochranných nebo nápravných aktivit, ...“*

Havrdová (1999, s. 154) podrobně definuje a rozděluje sociální práci, a to: *„na dvě roviny. Jednou z rovin je obor sociální práce vymezen jako aplikovaná věda, která zkoumá komplexní souvislosti mezi intrapsychickými, interpersonálními, skupinovými a společenskými procesy a způsoby jejich ovlivnění legislativními, organizačními, komunikačními a vztahovými prostředky, s cílem zlepšit životní pohodu všech lidí. Na druhé straně můžeme sociální práci chápat jako činnost, tedy profesionální aktivitu, která vytváří podmínky pro rozvoj a lepší využití zdrojů jednotlivce, skupin, komunit a společnosti...“* (Havrdová, 1999, s. 154).

Stručněji sociální práci definuje Zastrowa (1995, s. 7). Sociální práci chápe jako: *„profesionální aktivity pomáhající jednotlivcům, skupinám či komunitám zvyšovat nebo obnovovat jejich kapacitu pro sociální fungování a vytvořit příznivé podmínky pro naplňování jejich cílů.“*

Z výše uvedeného je patrné, že definic sociální práce je nesčetně a každý autor na sociální práci pohlíží z trochu jiného pohledu.

Květenská (2009, s. 25) uvádí, že: *„Sociální práce patří do skupiny tzv. sociálních věd, tedy věd o společnosti, kam patří např. sociologie, pedagogika, psychologie, politologie, právo, etika, politická ekonomie a jiné.“* Sociální práce sdílí některé své poznatky a postupy s řadou akademických a praktických disciplín, které se zabývají životem člověka. I přesto však mezi nimi sociální práce zaujímá samostatné postavení. Od ostatních oborů se odlišuje důrazem na sociální fungování klienta.

Sociální práce integruje poznatky jiných disciplín s ohledem na svůj úkol, čímž je podporovat klientovo sociální fungování. Sociální práce je pravděpodobně nejvíce propojena se sociologií, psychologií, psychiatrií, pedagogikou a právními vědami (Navrátil, 2001). Dle profesora Tomeše nesmíme zapomínat na propojení sociální práce s ekonomikou. Ekonomie je zmíněna hlavně kvůli financování sociálních dávek a služeb (Tomeš, 2016).

Vzhledem k zaměření diplomové práce nás nejvíce zajímá opora ze strany zdravotnictví a psychiatrie. Sociální práce a psychiatrie mají mnoho společného. Obě profese pracují s lidmi, kteří mají osobní a sociální problémy. Obě pomáhají lidem zlepšit jejich vztahy k druhým lidem a současně také ovlivňují jejich emoce a vnitřní stavy. Sociální pracovník se však angažuje především při podpoře a obnově sociálního fungování klienta. Psychiatr pracuje s klientem spíše na medicínské bázi, do které zapadá předepisování léků a hospitalizace v nemocnici. Sociální pracovník se v této sféře zabývá především sociálními vztahy, tedy manželstvím a rodinou, v nichž se klient vyskytuje (Navrátil, 2001). Dle studie Simpkin (in Matoušek at. al., 2013) je důležité změnit model organizace spolupráce lékařů a sociálních pracovníků. Lékaři by měli brát v úvahu nejen biomedicínské, ale také psychosociální faktory uzdravení. Mezi tyto faktory můžeme řadit prožívání nemoci pacientem, vztahy pacienta s rodinou a zaměstnavatelem, situace na trhu práce, dostupnost sociální péče atd. V těchto situacích musí lékaři přijmout účast při rozhodování o pacientovi i pracovníků jiných odvětví, např. účast při rozhodování sociálních pracovníků. Simpkin poukazuje na skutečnost, že mezioborovou spoluprací brzdí primární identifikování pracovníků se svými obory a také to, že je společný přístup velmi slabý (Matoušek at. al., 2013). Tato teorie je prokazatelná i v praktické části diplomové práce.

1.1.2 Sociální pracovník

Sociální pracovník se pohybuje v širokém spektru sociální práce, které zahrnuje konkrétní působení pracovníka v rámci sociálně-správní činnosti i vysoce

specializované oblasti spojené s terapií a tréninkem, supervizí, výzkumem a vytvářením teoretického základu, až po přípravu a vzdělávání sociálních pracovníků Gulová (2011). Vzestupně uvádí možná uplatnění sociálních pracovníků. Na nejnižší post řadí sociálně-správní činnost, sociálně-právní poradenství, sociální diagnostiku, sociální prevenci a ochranu, sociální intervenci, kam řadíme provázení, poradenství, terapie, organizování, vyjednávání, a trénink. Dále mezi uplatnění sociálního pracovníka uvádí na vyšší pozice sociální koncepci, supervizi, sociální management, výzkum v sociální práci, vědeckou činnost – rozvoj teorie a metodologie, a na závěr vzdělávání a další vzdělávání sociálních pracovníků. S tímto teoretickým poznatkem se neshoduje Tomeš (2011) ve své knize *Obory sociální politiky* uvádí, že sociálně právní poradenství je nejnáročnější sociální práce.

Zákon o sociálních službách definuje sociální práci jako zaměstnání, nikoliv jako profesi. Dle zákona o sociálních službách s č. 108/2006 Sb. (dále jen zákon o sociálních službách) sociální pracovník vykonává nesčetné množství aktivit např. sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy, poskytuje sociálně-právního poradenství, provádí analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, dále depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace atd. V paragrafu §110 tohoto zákona jsou popsány předpoklady k výkonu sociálního pracovníka. Sociální pracovník musí mít plnou svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odbornou způsobilost v souladu s tímto zákonem (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Vzhledem ke skutečnosti, že sociální pracovník vstupuje do života svých klientů, je důležité, aby se pohyboval v rámci práv a povinností dané právním systémem, zaměstnavatelem či profesními standardy. Jeho jednání musí být legitimní, dané institucionálním rámcem. Nečasová (in Matoušek et al., 2008) se v knize *Metody a řízení sociální práce* zmiňuje o defenzivní a reflexivní praxi, kdy defenzivní praxi charakterizuje jako jednání sociálního pracovníka podle předpisů. Ten plní své povinnosti dané zaměstnavatelem a zákonem. Nemůže být osočen, pokud plní své

povinnosti podle předepsaného postupu. Tyto postupy ho na jedné straně chrání, ale na straně druhé zároveň omezují. Reflexivní praxi lze vysvětlit reflektováním sociálního pracovníka, který dokáže identifikovat etická dilemata. Pracovník si je jistý svými hodnotami, hodnotami profese.

Banksová (1995) rozděluje sociální pracovníky na 4 typy z hlediska způsobů přístupů k praxi. Tyto čtyři typy se v realitě většinou prolínají. Prvním typem je **angažovaný sociální pracovník**, většinou chápe svou práci jako způsob uplatňování osobní morální hodnoty. Klienty vnímá s empatií a respektem, kteří jsou mu rovni. Sociální pracovník sám sebe vnímá spíše jako osobu, která má pečovat o klienty, než jako sociálního pracovníka. Tento přístup bývá problematickým tím, že může dojít k vytvoření osobního vztahu s klientem. Důležité je zde dodržování práv a povinností v institucionálním rámci. Druhým typem je **radikální sociální pracovník**, který opět vkládá osobní empatie do praxe, ale nedělá to proto, aby poskytl klientům bezpodmínečnou praxi, ale jde mu především o změnu zákonů, které jsou dle jeho názoru nespravedlivé. Třetím typem Banksová (1995) pojmenovává **byrokratickým sociálním pracovníkem**, který manipuluje s lidmi v zájmu jejich změny. Posledním typem je **pracovník profesionální**, který je velice vzdělaný ve svém oboru, dbá na etický kodex. Prioritou pro profesionálního pracovníka jsou práva a zájem klientů. Profesionální model je založený na tom, že je třeba vyvážit moc mezi sociálním pracovníkem a klientem, a to upevněním práv klientů.

Dle Zastrowa (in Matoušek et al., 2008) vymezuje kompetence americká Rada pro vzdělávání v sociální práci. Zastrow definuje celou řadu těchto kompetencí. Pro účely této práce zmiňuji pouze některé z nich jako např. uplatňovat dovednost kritického myšlení v pracovním kontextu, včetně dovednosti uplatňovat teorie v praxi, pracovat v souladu s etickými principy sociální práce, být schopen profesionálně využívat vlastní osobnost, rozumět historii sociální práce, uplatňovat své znalosti při práci s cílovými skupinami na všech úrovních, a při práci se specifickými problémy, atd.

1.1.3 Zdravotně sociální pracovník

„Sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení hraje významnou úlohu v zahájení složitého procesu zdravotně sociální rehabilitace.“ (Kuzníková, Malík Holasová, 2012, s. 11). V platné české legislativě můžeme dohledat činnosti zdravotně sociálního pracovníka, který získal odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, tento výkon svého povolání může provádět bez odborného dohledu. Dle §10 Zákona č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů - zákon o nelékařských zdravotnických povoláních, v platném znění. Jde o činnost v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Tyto činnosti se vztahují na zdravotně sociálního pracovníka. Sociální pracovník tyto činnosti provádět může, ale za dohledu někoho ze zdravotnického personálu, např. nahlížet do zdravotnické dokumentace pacienta může pouze s odborným dohledem.

„Zdravotně sociální práce je činnost zdravotně sociálního pracovníka zaměřená na různé životní situace, do nichž se klient v souvislosti se svým zdravotním stavem dostal a které neumí řešit svými silami, ani s pomocí svých nejbližších.“ (Kutnohorská et al., 2012, s. 86)

Činnosti zdravotně sociálního pracovníka vymezuje vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění. Dle tohoto zákona, konkrétně § 3 odst. 1 vykonává zdravotně sociální pracovník následující činnosti: *„Provádí sociální prevenci, včetně depistážní činnosti. Depistážní činnost je zaměřená na vyhledávání jedinců, kteří se v důsledku své nemoci nebo nemoci blízkých osob mohou ocitnout v tíživé sociální situaci nebo se do ní už dostali. Sociální pracovník může provádět sociální šetření u pacientů a posuzovat životní situace pacienta ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům.“* (vyhláška č. 55/2011Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků). Zdravotně sociální pracovník může dle potřeby: *„Objektivizovat rozbor sociální situace terénní službou v rodinách, a to na základě*

spolupráce s orgány veřejné správy, popřípadě dalšími subjekty, a o zjištěných skutečnostech zpracovávat zprávu o posouzení životní situace pacienta.“(vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků). Zdravotně sociální pracovník plánuje psychosociální intervenci do životní situace pacienta. Plánuje jednak její rozsah, druh a potřebu sociálních opatření. Zdravotně sociální pracovník připravuje a organizuje rekondiční pobyty pacientů ve spolupráci s ostatními odborníky pečující o pacienta, s nimi též připravuje pacienta na propuštění do domácího ošetřování popř. zajišťuje následnou péči a služby. V případě úmrtí pacientů provádí odborné poradenství v sociální oblasti, u osamělých zemřelých pacientů zajišťuje záležitosti spojené s úmrtím (vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků). K těmto činnostem se vrátíme ještě v následujících kapitolách podrobněji.

1.1.4 Cíle sociální práce

Sociální pracovníci jsou dle Tomeše (2007) zaměstnáváni institucemi, aby realizovali jejich sociální cíle, programy, plány či projekty, tj. poskytovali sociálním objektům (klientům) různé předměty (dávky, služby) k uspokojování určitých služeb.

Je zřejmé, že poslání a cíle sociální práce se liší v různých historických obdobích. Vždy jsou podmíněny společenským kulturním kontextem. V dnešním moderním pojetí se sociální práce začala rozvíjet až ve 20. století a její význam stále více roste (Veteška, 2015).

Jak uvádí Matoušek (2003b), cílem sociální práce je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů. Dle Zastrowa (1995) jsou praktické cíle sociální práce uvedené Americkou asociací sociálních pracovníků následující: klienti by měli dostávat podpory v samostatném řešení své nepříznivé situace, pokusit se na nároky těžké situace adaptovat a nějakým způsobem situaci vyřešit, zprostředkovat klientovi kontakt se subjekty, které by mu mohly být v jeho situaci nápomocny, zprostředkovat služby a potřebné příležitosti. Sociální pracovník by měl napomáhat

tomu, aby systémy podpory klientů pracovaly co nejefektivněji. Důležité je rozvíjet a zlepšovat sociální politiku. Hrozenková (2008) tvrdí, že cílem není podporovat klientovu pasivitu, ale naopak, motivovat ho k vlastnímu rozhodnutí a zodpovědnosti za svou osobu.

1.1.5 Hodnoty v sociální práci

Hodnoty sociální práce jsou důležité hned z několika důvodů. Hodnoty sociální práce určují jednak povahu sociální práce, ale i povahu vztahu, který vzniká mezi sociálním pracovníkem a klientem, kolegy i širší společností. Pomáhají nám zvolit užití určité metody sociální práce, jsou primárně používány k řešení etických dilemat (Nečasová in Matoušek, 2008).

Butrymová v Británii a Gordon v USA shrnuli hodnoty sociální práce do šesti zásad, kdy společnost věnuje svůj zájem v první řadě jednotlivci, jednotliví lidé ve společnosti jsou na sobě navzájem závislí, tito jednotlivci jsou za sebe navzájem odpovědní, každý člověk má obdobné lidské potřeby, zároveň je každý člověk jedinečný a liší se od ostatních. Základním atributem demokratické společnosti je umožnění realizace plného potenciálu každému jednotlivci a zároveň odpovědnost každého vzhledem ke společnosti, což se projevuje aktivní účastí na životě společnosti. Poslední zásada, kterou autoři uvádějí, říká, že: *„společnost má povinnost zajistit, aby překážky této seberealizace mohly být překonány, nebo aby jim bylo možné předejít.“* (Matoušek et al., 2008).

Hodnoty ve vztahu sociálního pracovníka a klienta se řídí následujícími principy, které definoval F. Biestek koncem 50. let 20. století. Řadíme mezi ně individualizaci, tedy uznání vlastní jedinečné kvality osobnosti klienta a z toho vyplývající individuální přístup. Dále je zmiňováno vyjadřování pocitů, empatie, akceptace, čímž Biestek myslí vnímání klienta takového, jaký je, včetně jeho slabostí. Pátým principem je nehodnotící postoj a sebeurčení, čili respektování klientova práva a

potřeby svobodně se rozhodovat. Posledním principem je diskretnost. Vztah sociálního pracovníka a klienta musí být postavený na důvěře a diskretnosti ze strany sociálního pracovníka. Klient si musí být jistý, že informace, které sděluje pracovníkovi, zůstanou pouze mezi nimi.

1.1.6 Geneze sociální práce ve zdravotnictví

Doktorka Vallová v knize *Zdravotnictví a sociální práce* (2007, s. 13) píše: *„Zrod sociální práce vychází ze tří skutečností, kterými jsou: existence člověka, člověk má subjektivní problémy nejen jako individuální lidská bytost, ale také jako člen rodiny či společnosti, přičemž se jedná o problémy, které se rodí v interakci s jinými lidmi; lze něco dělat pro vyřešení jeho problémů a obohacení jeho života.“*

Na našem území se postupem času rozrostla řada institucí, které zajišťují to, čemu v dnešní době říkáme sociální práce. Začátek tohoto růstu sahá až do středověku. Lze tedy říci, že tradice sociální práce, stejně jako v jiných zemích, je i v naší zemi dlouhodobá. Její počátky tkví především v činnostech charitativních organizací (Kodymová in Matoušek, 2012). Sociální práce v době středověku představovala spíše péči o sociálně potřebné, kterou zabezpečovala hlavně církve a města, případně cechy.

Kuzníková (2012, s. 8) píše: *„Z charitativní práce dobrovolnických sdružení se v minulém století stala etablovaná vědní disciplína s vlastním etickým kodexem, psychosociálně terapeutickou metodikou, formálním způsobem výuky a silným finančním a organizačním propojením na státní správu.“* O hluboké tradici sociální práce ve zdravotnictví se zmiňuje i Řezníček (1994), který českou sociální práci ve svých počátcích dělí na zdravotnickou a civilní. Možnosti v tomto sektoru jsou zúžené z důvodu kladení důrazu na zdravotnickou přípravu sociálních pracovníků, kteří jí nemají. V době renesance doby osvícenství jsou nejznámějšími představiteli Marie Terezie, která se soustředí na vývoj školství, vzdělání pro chudé. Dalším jménem je Josef II., který ruší kláštery a používá tyto prostory k vytvoření ústavů. V této době stále

převládá neorganizovaná forma pomoci, organizovanou pomoc poskytují řemeslné spolky či církevní organizace (Kodymová in Matoušek, 2012).

Květenská (2009) ve své knize utřídila několik hlavních osobností české sociální práce. Jednou z nich je Alice Masaryková, která se spolupodílela na otevření sociologického semináře, jehož se stala také vedoucí. Společně s dr. Annou Berkovcovou otevřela Vyšší školu sociální práce. Další osobností české sociální práce byl Přemysl Pitter, který byl zakladatelem Milíčova domu na Žižkově. Toto zařízení sloužilo jako komunitní centrum pro chudé děti. Představitelem sociologického hlediska v sociální práci v období před II. světovou válkou se stal Arnošt Inocent Bláha. S ucelenou psychologickou koncepcí případové sociální práce přišla Marie Krakešová – Došková po II. světové válce.

Ve 20. století se z charitativní práce stává obor s vlastní metodikou a formálním způsobem výuky. V této době se objevuje potřeba intenzivního rozvoje sociální péče. Ve 20. století rovněž vzniká Ministerstvo sociální péče, které mělo na starost sociálně polickou problematiku, péči o mládež, péči o válečné poškozence, bytovou a stavební péči a ochranu spotřebitelů a družstevníků. MSP spolupracovalo i s ministerstvem vnitra ohledně chudinských záležitostí, s ministerstvem veřejných prací ohledně hornické péče a dalšími (Kodymová in Matoušek, 2012).

V roce 1918 zformovali první profesní organizaci sociální práce u nás sociální pracovníci z nemocničního prostředí. V této době mělo na zdraví občanů velký vliv ekonomické a sociální zařazení, místo jejich pobytu, první světová válka a její následky, hospodářská krize. K velkým zdravotně sociálním problémům této doby patřil alkoholismus. Preventivní povahu zde měly dobrovolné spolky zdravotní a sociální péče, které se podílely na prevenci a boji proti sociálním chorobám (Kuzníková, Holasová, 2012).

Z popsaného vyplývá, že formování sociální práce ve zdravotnictví se odráželo zejména od protiepidemiologických činností sociální práce. Jednou z hlavních rolí během válečného období hrál i Československý červený kříž, který poskytoval pomoc

všem bez ohledu na jejich ekonomickou situaci (Kuzníková, 2011). V meziválečném období u nás neexistovaly žádné praktické specializace sociální práce, jako tomu bylo např. v Německu, Belgii, Francii či USA. V těchto zemích byly zavedeny praktické specializace, jakými byly např. ženská policie, psychiatrická sociální péče aj. (Kodymová in Matoušek, 2012).

V době nástupu komunismu je sociální politika závislá na státním aparátu, sociální práce je brána jako nežádoucí a dochází ke znárodnění i fondů sociálního, důchodového, úrazového a nemocenského pojištění. Za doby komunistické ideologie vládl názor, že v budoucnu nebude sociálních pracovníků potřeba. Tento názor převládal díky teorii třídních rozdílů. Pokud si budou všichni rovni, vymizí sociální problémy. V důsledku názoru zbytečnosti sociálních pracovníků zaniká i Masarykova státní škola zdravotní a sociální péče. V této době byl důraz kladen na poskytování peněžitých dávek. Vzhledem k politickému režimu, který u nás byl nastaven, bylo zničeno dosud vytvořené provázání mezi státní a nestátní pomocí potřebným (Šiklová in Matoušek, 2012).

Na začátku šedesátých let se stávající systém začíná stále častěji kritizovat. V této době je sociální politika i sociální práce stále státem řízené odvětví. I v řadách stávajících členů komunistické strany se začala objevovat kritika přístupu k sociální péči. V druhé polovině šedesátých let tak došlo k vlně odporu, byla znovuobnovena sociální péče a reformulována nová koncepce sociální politiky. Reakcí na hospodářskou krizi, do které se ČSSR dostalo, došlo k uznání faktu, že i za socialismu existují problémy. V dubnu 1968 byl přijat Akční program KSČ, který byl spojován s Alexandrem Dubčekem. Obsahem tohoto programu byly oblasti týkající se sociální politiky, sociálního zabezpečení včetně sociálního školství. Tento program se však nikdy neuskutečnil (Šiklová in Matoušek, 2012).

V době normalizace se sociální práce nevyvíjí jako odborná disciplína, nýbrž jako oblast nutná pro praxi. Ve zdravotnictví se jasně spojuje tematika sociální s tematikou zdravotní, jako např. v ošetrovatelských ústavech pro staré, v domovech důchodců, kojeneckých ústavech atd. Objevují se zde snahy o propojení sociální práce a

zdravotnictví. Byla rozvinuta sociální práce v podnicích, v oblasti školství, zdravotnictví, vězeňství a v ústavech sociální péče (Chytil in Adams, 2000). V sedmdesátých letech se sociální práce pomalu začala opět rozvíjet. Byla rozšířena pečovatelská služba pro staré lidi, přicházely myšlenky ze zdravotnictví o vybudování domovinek, začaly se objevovat domovy pro staré lidi, denní stacionáře atd. Ve velkých závodech se začala sociální práce také přirozeně rozvíjet. Byla postupně systemizována funkce sociálních pracovníků, rozšiřují se odbory péče o pracující, dochází k rozšíření péče o ženy s malými dětmi, o svobodné matky atd. (Šiklová in Matoušek, 2012).

Po roce 1989 tedy dochází k právnímu definování sociální práce a objevuje se zde snaha o profesionalizaci oboru (Kuzníková, Holasová, 2012). Po převratu se začalo obnovovat vzdělávání v sociální práci na vysokoškolské úrovni. Zároveň se však začaly objevovat nové sociální problémy, jejichž řešení zatím u nás nebylo vyzkoušeno. Byly modifikovány nové modely práce vyzkoušené v zahraničí (Šiklová in Matoušek, 2012).

Kodymová (2013) ve své knize Historie české sociální práce 1918-1948 popisuje kompetence a náplň práce sociálního pracovníka při nemocnici. V nemocnicích a léčebných ústavech byla kromě zdravotního vyšetření kladena za úkol lékařům i sociální anamnéza. Tento úkol později převzala sociální pracovnice, která prováděla šetření v bytě nemocného, v rodině, sousedství i na pracovišti. Sociální pracovnice měla na starosti převedení pacienta do následné péče, vyjednání nemocenské podpory, zabezpečení peněžité podpory, stravování, ubytování, úhradu léků a zdravotních pomůcek, pravidelné návštěvy u pacientů, vedení evidence propuštěných pacientů, snaha o zajištění soběstačnosti pacienta, akcent na prevenci nemocí, spolupráci se všemi sociálně-zdravotními institucemi, atd. Kompetence, které byly těmto pracovníkům při nemocnici uděleny, je podle literatury nespočet. Zmíněná náplň práce se vztahuje na všeobecně veřejnou nemocnici na Vinohradech, která byla založena v roce 1938.

Kodymová (2013) dále uvádí, že zdravotně sociální služba byla rozdělena do tří navazujících fází, kdy první je před zahájením nemocniční péče. V rámci přednemocniční péče je dbáno na ochranu zdraví a prevenci různých chorob. Dále

samotný pobyt klienta v nemocnici, kde je důležitá práce diagnostická a léčebná. Třetí závěrečná fáze je po propuštění pacienta z nemocnice, kdy se pracovník stará o zachování a zdokonalení léčebných výsledků.

Související s tématem diplomové práce je skutečnost, že sociální pracovníce byly zaměstnávány v Sociálním ústavu v Krči - tzv. Masarykovy domy. Dřívější pojmenování Masarykovy domy, které dnes nesou jméno Thomayerova nemocnice v Praze. Systém pavilonů zde dříve umožňoval diferencovanou péči o dospělé podle typů jejich postižení. Zcela odděleny byly dětské ústavy. Úkolem sociálního pracovníka bylo zmapovat rodinnou situaci a vylepšit ji takovým způsobem, aby zotavené dítě mohlo zpět ke svým rodičům a nebyl ohrožen jeho vývoj a zdraví (Matoušek, 2012).

1.2 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Druhá kapitola diplomové práce bude věnována sociální práci ve zdravotnictví. Kapitola bude zaměřena na definování právního rámce sociální práce v nemocnici. Součástí práce v nemocnici je také multidisciplinární spolupráce mezi pracovníky v nemocnici. Důležité je popsat, v čem tato spolupráce spočívá a v čem je pro celý tým tak užitečná. Dle společnosti, pracovníků nemocnice či státního aparátu je sociální práce ve zdravotnictví postradatelná, proto je třeba zdůraznit a vysvětlit, co je opravdová sociální práce při nemocnici. Existují mýty o tom, že sociální pracovník je jak administrativní pracovník, tak případně zdravotní sestra. Těmito úkoly jsou pověřováni, proto na sociální práci jako takovou nezbývá tolik času, zdá se nepotřebná.

Hermanová (2007) používá definici J. Vorlíčka, který sociální práci ve zdravotnictví definuje jako *„disciplínu, jejíž úlohou je „chránit zájmy člověka proti všem poškozujícím tendencím z okolí i proti zdlouhavým postupům ze strany úřadů, ale též chránit klienta před jeho vlastním sebepoškozujícím chováním. Cílem však není trvalá paternalistická péče podporující klientovu pasivitu, ale poskytnutí pomoci v kritické situaci.“*

1.2.1 Legislativa sociální práce ve zdravotnictví

Znalost právních norem je předpokladem každého kvalifikovaného sociálního pracovníka, ať už působí ve zdravotnictví nebo sociální práci vůbec. Sociální práce má vzhledem k různorodosti své klientely a různorodým problémům ve zdravotnických zařízeních mnoho legislativních pramenů, proto ve své práci zmíním jen přehled základních norem, které nejčastěji ovlivňují činnost a rozhodování sociálního pracovníka.

Přelomový rok 2006 v oblasti sociální práce zavádí legislativní normy z oblasti sociálních služeb, konkrétně zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který však

zmiňuje sociální práci v nemocnici pouze v souvislosti se sociální péčí poskytovanou ve zdravotnických zařízeních ústavní péče. Tato lůžka jsou v nemocnicích zastoupena jen v malé míře. Dále zavádí zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu a zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi. Očekávalo se, že tento právní rámec ovlivňující každodenní činnost sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních bude koncipován v souladu se zdravotnictvím a bude v návaznosti na zmíněnou právní úpravu sociálních služeb zpracován celistvě v rámci mezioborové, zdravotně sociální spolupráce. Sociální práce ve zdravotnictví ale jako odborná profesní aktivita dosud komplexně vymezena není. Sociální práce a sociální pracovníci v oblasti zdravotnictví „...nemají pro svoje působení dostatečnou legislativní oporu ...“ (Marková, 2010, s. 6).

V současnosti je v České republice sociální práce vykonávaná v rezortu zdravotnictví upravena velice slabě, mnoha jednotlivými legislativními normami vydanými jak Ministerstvem zdravotnictví, tak i Ministerstvem práce a sociálních věcí, kde je nezřídka tato činnost jen okrajovou oblastí nebo zcela chybí (Kuzníková, 2011).

Sociální práce v nemocnici se řídí také zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, který hovoří o komplexní ošetrovatelské péči, v rámci které je poskytována kvalitní sociální péče a poradenství dle potřeby pacienta.

Platná legislativa České republiky neřadí nemocnice mezi zařízení sociálních služeb, což ovlivňuje i náplň práce sociálního pracovníka v nemocnici. V současnosti se sociální práce v nemocnicích řídí následujícími právními předpisy. Prvním z nich je zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Tento zákon rozděluje činnosti pracovníků, a tedy i sociálního pracovníka, dle dosaženého vzdělání a pracovního zařazení. Sociální pracovník by měl poskytovat služby všem pacientům dané nemocnice. Tento zákon rozlišuje v nemocnici dva typy pracovních míst se sociálním zaměřením - zdravotně sociálního pracovníka, a jiného odborného pracovníka se sociálním zaměřením.

Druhým právním předpisem je vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů, která stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a dále také jiných odborných pracovníků. Činnosti prováděné zdravotně sociálním pracovníkem jsou ukotveny v § 3 tohoto zákona.

1.2.2 Interdisciplinární spolupráce ve zdravotnictví

Dle zahraničního periodika je mezioborová spolupráce v nemocnici stále více vnímána jako jeden z nejdůležitějších faktorů při práci sociálního pracovníka v nemocnici. Mezioborová spolupráce přináší mnoho pozitiv a výzev. Sociální pracovník vnáší do týmu jedinečný pohled na pacienta, který jiní odborníci pečující o pacienta nemusí vidět. Zmíněny jsou hlavní domény interdisciplinarity jako přijímání hodnot a etiky mezioborové spolupráce, vzájemné porozumění roli každého člena týmu, zvýšený důraz na předávání si informací mezi členy týmu a vzájemné usnadnění v rámci týmové práce (Ambrose-Miller, Ashcroft, 2016). Kultura zdravotnického zařízení a charakter interpersonálních vztahů mezi jednotlivými spolupracovníky hraje významnou roli, podobně jako vhodné sociální prostředí pracovníka. Harmonické vztahy v týmu spolupracovníků jsou důležitou součástí prevence pracovního stresu či syndromu vyhoření. Fungující a dobře spolupracující pracovní tým ve zdravotnictví se pak odráží i na kvalitě péče o nemocné nejen znalostmi a vzděláním jednotlivých pracovníků, kvalitou ošetrovatelského procesu, ale i pochopením potřeb pacienta, profesionálním přístupem, adekvátní komunikací a porozumění jak pacientovi, tak i sobě samému (Jarolímová, Holá, 2007).

Joan Beder (2006) vymezuje interdisciplinární spolupráci jako: „*komplexní a dynamický proces, kdy dva a více pracovníků poskytují pomoc a služby klientům či členům rodiny klienta*“.

Interdisciplinární týmy, jinak také mezioborové týmy jsou složeny z odborníků z různých pracovišť, oddělení či útvarů. Každý jednotlivec do týmu přináší svou specializaci. Tyto týmy mohou být zaměřeny na řešení jednoho dílčího problému, ale zároveň na dlouhodobou spolupráci v určité oblasti (Plevová, 2012). Jak již bylo výše řečeno, celý tým je složen z odborníků různých oborů. Tým se skládá z lékařů, zdravotních sester, sociálních pracovníků, psychologů, fyzioterapeutů, ergoterapeutů a dle potřeby z dalších specialistů (Mach, 2013).

I přesto, že je potřeba sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních zřejmá a dle mého názoru neodmyslitelná, dochází stále k problémům ve vzájemné komunikaci i při vymezení kompetencí a pracovních náplní. Pro sociálního pracovníka jako součásti týmu je důležité být respektován a mít pocit sounáležitosti s ostatními členy týmu, s nimiž spolupracuje. Avšak v českých poměrech, i přes vynakládání velkého úsilí sociálních pracovníků, bývá jejich snaha ostatními zdravotníky nedoceněna. Bartůněk a Ptáček (2011) říkají, že k problematice komunikaci dochází i mezi všeobecnými sestrami a lékaři. Velký počet osob, které komunikují s lékaři, nutně vyžaduje tzv. meziprofesionální dialog. Každý lékař by měl znát specializaci a kompetence jednotlivých nelékařských spolupracovníků, s nimiž se podílí na péči o nemocné, což je nejen základem pro dobře fungující tým, ale i pro účelnou komunikaci. Co se týče týmu nemocničního, musíme znalost rozšířit i o spolupracovníky – nutriční terapeutky, fyzioterapeutky, sociální pracovníky atd. (Ptáček, Bartůněk, 2011).

Dle Kuzníkové (2011) rozsah spolupráce sociálního pracovníka, zdravotnického personálu daného zařízení a spolupráce s osobami mimo nemocnici, se odvíjí od systému práce a vymezené náplně práce v dané organizaci. Sociální pracovník by se měl účastnit pravidelných setkání na poradách určených k řešení klientovi situace a účastnit se vizit v nemocnici. Zdravotně sociální pracovník nejčastěji spolupracuje se sociálními pracovníky obecních úřadů, s úřady práce, správou sociálních zabezpečení, PČR, soudy, praktickými lékaři, organizacemi poskytujícími služby zdravotní péče, sociální péče, terénní služby, služby sociální prevence (Kuzníková, 2011).

Procházka (2014) ve své knize dělí interdisciplinární spolupráci na dva různé poradenské týmy, z nichž jeden je vnitřním týmem a druhým typem je vnější, tzv. širší tým. Dle autora je důležitým znakem týmu vzájemná spolupráce jednotlivých členů týmu, která vede ke komplexnímu pohledu na problém klienta, který k nám přichází.

1.2.3 Etická a hodnotová reflexe ve zdravotnictví

V hodnotově nepřehledné situaci se určitou oporou stávají etické kodexy, kterých přibývá ve všech sférách celospolečenského života. Ve zdravotnictví se zavazují k určitému žádoucímu mravnímu jednání. V českém prostředí se řadu let setkáváme s potřebou funkční reformy zdravotnictví, která zatím nemá základní hodnotový rámec v souladu s konsenzuální akceptací představy, jaké chceme zdravotnictví mít. Naše zdravotnictví má prozatím spíše ekonomický charakter, nikoliv však hodnotový (Havrdová et al., 2010). Profese, které jsou dány hodnotovým charakterem, vyžadují kromě kvalifikace a dovedností také vztah k výkonu této profese. Profese v oblasti zdravotnictví, avšak nejen v něm, vyžadují etický přístup, který je založen na vztahu k člověku (Holá, 2011). V souvislosti s pomáhajícími profesemi a etickým přístupem vznikají tzv. etická dilemata. Zdravotně sociální pracovník řeší při své práci etické problémy, které vznikají v situaci, kdy je jasné, jak by měl rozhodnout, a toto rozhodnutí se mu osobně příčí. Dále řeší taková dilemata, která vznikají, když se sociální pracovník musí rozhodnout mezi dvěma nebo více stejně nevhodnými možnostmi, které představují konflikt morálních principů, a přitom není jasné, které rozhodnutí bude přijatelnější (Čeledová, Čevela, 2010). Kutnohorská (2011) uvádí vhodný systematický postup pro řešení etických dilemat. Etický problém musíme identifikovat včetně hodnot a povinností sociální práce, které se ocitly v konfliktu. Identifikovat také musíme jednotlivce, skupiny nebo organizace, kterých se bude etické rozhodnutí pravděpodobně týkat. Je nutné předběžně identifikovat všechny realizovatelné směry konání a možné následky pro všechny účastníky včetně potencionálních přínosů a rizik pro každého z nich. Zdravotně sociální pracovník musí

také prozkoumat výhody a nevýhody každé z variant s ohledem na: etický kodex a platnou legislativu, etické teorie, principy a směrnice, praktické teorie a principy sociální práce, osobní hodnoty, konzultace s kolegy a ostatními odborníky, rozhodnutí a dokumentaci celého procesu rozhodování.

Etické pojetí ve zdravotně sociální práci zahrnuje jak klienta, tak zdravotně sociálního pracovníka, jelikož právě on má profesní a osobní zodpovědnost. Nezbytnost etické reflexe si musí uvědomit každý člověk pracující v této oblasti. Etická reflexe klade důraz na znalost sebe sama, zejména pak na hodnoty a principy, ze kterých pracovník vychází při snaze o objektivní posuzování konkrétních faktů daného problému (Kutnohorská et al., 2011). Dle Bartůňka a Ptáčka (2011) je propastný rozdíl mezi tím, jak si myslím, že se chovám, a jak se skutečně chovám. Tomuto je třeba věnovat pozornost, a to metodami reflexe a sebereflexe.

Smyslem etiky ve zdravotně sociální sféře je, aby profesionál příslušné hodnoty a principy rozeznal a dovedl s nimi pracovat v daném kontextu a situaci. Základní hodnotou je důstojnost a jedinečnost člověka. Ve zdravotně sociální oblasti dochází k prolínání systému osobních hodnot, společenských hodnot, legislativních a profesních hodnot. Zdravotně sociální pracovník se musí řídit několika principy. Musí mít respekt ke klientovi a měl by být sociálně spravedlivý. Sociální pracovník disponuje mnoha kompetencemi, které budou popsány v další kapitole mé práce. Samozřejmostí zdravotně sociálního pracovníka by dále měla být odpovědnost ke klientům jako takovým, ale také ke společnosti jako celku (Kutnohorská et al., 2011).

1.2.4 Etický kodex sociálního pracovníka

Společnost sociálních pracovníků České republiky je členem IFSW, což je mezinárodní federace sociálních pracovníků, která: *„usiluje o společenskou spravedlnost, lidská práva, a společenský rozvoj prostřednictvím rozvoje sociální práce, její dobré praxe a mezinárodní spolupráce sociálních pracovníků a jejich profesní organizace.“*

(Společnost sociálních pracovníků ČR, 2016). Valné shromáždění IFSW v roce 2004 v Austrálii (Adelaide) přijalo mezinárodní etický kodex asociace sociálních pracovníků. Dle mezinárodního etického kodexu je etické uvědomění nutnou součástí odborné práce sociálních pracovníků. V kodexu je definována sociální práce, jsou zde uvedeny mezinárodní konvence akceptované společností opírající se o lidská práva - Všeobecná deklarace lidských práv, Mezinárodní pakt o občanských a politických právech, Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech, Úmluva o právech dítěte aj., dále etické principy a profesionální jednání sociálního pracovníka (Malíková, 2011). Evropská sekce má 35 členů, kteří zastupují více než 160 tis. sociálních pracovníků, z nichž jedním z členů je i ČR (Společnost sociálních pracovníků ČR, 2016).

Na sociální pracovníky v sociální sféře, ale i na zdravotně sociálního pracovníka v nemocnici, je kladeno mnoho nároků. Jedním z nich je i nárok přijmout etiku sociální práce, která byla prosazena v podobě etických principů a kodexů. Nejpoužívanějším v oblasti sociální práce je etický kodex, který byl vydán Národní asociací sociálních pracovníků v roce 1983 ve Spojených státech amerických (Kuzníková, 2011). Kuzníková (2011) dále ve své knize uvádí, že například ve Finsku jsou propracovány pracovní a etické zásady sociální práce přímo pro oblast sociální práce ve zdravotnictví. Tyto zásady jsou určeny sociálním pracovníkům nemocnic, zdravotních center, atd. U nás toto zatím vytvořeno nebylo. V oblasti etických zásad ve zdravotnictví fungují kodexy pro lékaře, všeobecné sestry. Jedním z nich je i Kodex zdravotnických pracovníků nelékařských profesí.

Pro výkon profese sociální práce nepostačuje pouze samotná znalost etického kodexu, ale mělo by dojít i k určitému zvnitřnění jeho norem, pravidel a postupů.

V České republice etický kodex nabyt své účinnosti v roce 2006. Obsahuje úvodní část - Etické zásady, Pravidla etického chování sociálního pracovníka, Etické problémové okruhy a závěr. V části etických zásad je poukázáno na soulad v dodržování lidských práv sociálními pracovníky s doporučeními ve významných dokumentech. Jedním z těchto dokumentů je Všeobecná deklarace lidských práv, která

však není právně závazným dokumentem, ale je jím Pakt o ekonomických, sociálních a kulturních právech z roku 1966. Další z nich je Charta lidských práv Spojených národů, Úmluva o právech dítěte, Ústava ČR, Listina základních práv a svobod aj. V rámci pravidel etického chování sociálního pracovníka jsou podrobně popsána pravidla ve vztahu ke klientovi, ve vztahu k zaměstnavateli, ve vztahu ke kolegům, ve vztahu ke svému povolání a odbornosti a ve vztahu ke společnosti. V části etických problémových okruhů se kodex zaměřuje na definování možných etických problémů, které mohou nastat během práce sociálního pracovníka (Malíková, 2011). Dle Hauke (2014) jednou z dilematických situací může například být, pokud se střetnou práva klienta a zároveň práva sociálního pracovníka.

Etický kodex v sobě obsahuje devět základních etických zásad, kterými by se měl sociální pracovník řídit a těmi jsou: nezávislost, osvobození od represe a podřadných životních podmínek, protidiskriminační přístup, demokracie a lidská práva, spoluúčast klientů, ochrana integrity klientů, sebeurčení, odpor proti násilí, osobní odpovědnost. Všechny zmíněné zásady jdou krok po kroku směrem od sociálního pracovníka ke klientovi. Vysoké nároky jsou kladeny na sociálního pracovníka a jeho profil, což je spojené i s nárokem pracovat s klientem v kontextu lidských práv (Gulová, 2011).

Zde vyvstává otázka, jak dalece mohou sociální pracovníci skutečně využít etický kodex v každodenní praxi? Dle Matouška (2013) sociální pracovníci velmi často pracují v byrokratické organizaci, z jejíž povahy vyplývá napětí mezi ideálem profesní autonomie a realitou hierarchických struktur, kterým vládou pravidla. Můžeme tedy říci, že se etický kodex, o němž se předpokládá, že jej budou sociální pracovníci aplikovat podle vlastní profesionální úvahy, může dostat do konfliktu s jasně definovanými organizačními pravidly.

1.2.5 Kvalita sociální práce ve zdravotnictví

Aby organizace, v našem případě zdravotnické zařízení, byla kvalitní, musí reagovat přesně na potřeby a očekávání jejích uživatelů, a to jak v oblasti řízení služby, tak v oblasti jeho plánování. Nutností strategie zajištění kvality je zapojit všechny relevantní zaměstnance, zaměřit se na procesy probíhající v organizaci a nastavit způsob neustálého zlepšování. Tyto procesy vycházejí z přesně nastavených cílů služby. Úspěch služby je téměř vždy souhrnným výsledkem dobrých služeb, vhodné strategie a účelně využitých zdrojů, jež má organizace k dispozici (Havrdová et al., 2010).

Velkou roli v zajištění kvality v organizaci mohou hrát hodnoty managementu i pracovníků, ale i spokojenost zaměstnanců s pracovním prostředím, povaha týmové spolupráce a komunikace i další faktory, např. právní forma organizace (Havrdová et al., 2011).

Rozvoji kvality ve zdravotnictví je věnováno čím dál více pozornosti, avšak sociální práce jako prvek komplexu zdravotnické péče je v tomto směru spíše okrajová. Zájem o problematiku kvality se začal rozvíjet od 20. století. Tyto tendence rozvoje kvality v oblasti sociální práce, na rozdíl od západoevropských zemí, se začaly výrazněji prosazovat až v 80. letech 20. století (Malík Holasová, 2014). Národní akreditační standardy pro nemocnice obsahují 74 standardů, avšak podrobněji se nezaměřují na sociální práci. Pouze několik formulací nalezneme ve standardu 8, dle kterého stanoví potřeby každého pacienta příslušně kvalifikovaný personál, kým může být i zdravotně sociální pracovník a dále ve standardu 12, v němž se u náležitostí dokumentace zmiňuje anamnéza ze strany sociálního pracovníka (Kuzníková, 2011).

Pro zabezpečení kvality v organizacích byly rozvíjeny různé systémy kvality. Systém kvality je založen na tom, že existují pokyny a postupy týkající se aspektů poskytované služby a metody kontroly, zda jsou tyto postupy v praxi skutečně dodržovány. Každá organizace si musí zvolit svou cestu (Kuzníková, 2011). Některé z koncepcí managementu kvality jsou profesní, oborové a organizační standardy. Dále sem řadíme ISO normy, které stanovují požadavky, jejichž splnění má vést k dosažení

předem určené kvality služby. Dalším konceptem je model EFQM, v angličtině European Foundation for Quality Management, který představuje základní strukturu modelu k hodnocení pracovišť. Jeví se jako vhodný nástroj pro použití v sociálních a zdravotnických organizacích. Poslední model, který zmíním, je model TQM – total quality management. TQM byl založen pro zapojení všech pracovníků organizace do řízení.

1.3 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK V NEMOCNICI

Sociální pracovník plní mnoho rolí, které jsou vzájemně propojeny a jsou závislé na obsahu pracovní náplně, charakteru zařízení a způsobu vedení organizace a naplňování cílů a prostředků. Potřeba sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních včetně nemocnice, kteří by řešili a uspokojovali psycho-sociální potřeby klientů, je nezbytná. Problémem je zde však stále nevyjasněná situace týkající se kompetencí a pracovní náplně sociálního pracovníka v nemocnici. Vzhledem k této situaci vznikají problémy v komunikaci s týmem specialistů, kteří působí v nemocnici.

V kapitole *Sociální pracovník v nemocnici* se dostáváme ke stěžejnímu tématu této práce, kde budou popsány kompetence sociálního pracovníka, s čímž souvisí také náplň práce v nemocnici či zdravotnických zařízeních. Každý sociální pracovník by měl postupovat různými pracovními etapami, které v jedné z podkapitol budou popsány. Důležitým bodem bude vymezení požadavků na osobnost a dovednosti sociálního pracovníka ve zdravotnictví.

1.3.1 Kompetence sociálního pracovníka v nemocnici

„V americkém slovníku sociální práce je kompetence definována jako schopnost naplnit požadavky povolání nebo jiné požadavky. Kompetence v sociální práci pak zahrnuje zvládnutí požadavků vzdělávacích i zkušenostních, ...“ (Havrdová, 1999, s. 41).

Kompetence zdravotně sociálního pracovníka vymezuje již zmiňovaná vyhláška č. 55/2011 Sb., konkrétně § 9. Do kompetencí sociálního pracovníka v nemocnici spadá například poskytování zdravotní péče v rozsahu jemu dovolenému, dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu, vede pacientovu zdravotnickou dokumentaci, dle svého vzdělání poskytuje informace spadající do jeho kompetence, apod. Podrobně dle vyhlášky č. 55/2011 jsou kompetence vypsány v podkapitole 1.1.3. Zdravotně sociální pracovník provádí například sociální šetření, sestavuje plán psychosociální

intervence, provádí odborné sociální poradenství atd. Uvedené kompetence může zdravotně sociální pracovník vykonávat bez odborného dohledu a indikace.

Kompetenční přístup v sociální práci není prozatím příliš aplikován. V kontextu evropské sociální práce má v této souvislosti poměrně velký význam dokument britské Ústřední rady pro vzdělávání a trénink v sociální práci (CCETSW) označovaný jako tzv. revidovaný Paper 30 z roku 1995, který formuluje pravidla pro dosažení kvalifikace v sociální práci a tzv. jádrové kompetence v sociální práci v šesti základních oblastech, včetně jejich indikátorů. Návrh označovaný jako Paper 30 (CCETSW, 1995) chápe kompetence jako široký koncept zahrnující znalosti, schopnosti, hodnoty a případné další charakteristiky, které se vztahují k šesti základním oblastem: 1) komunikovat a angažovat se, 2) podporovat a uschopňovat, 3) hodnotit a plánovat, 4) intervenovat a poskytovat služby, 5) pracovat v organizacích, 6) rozvíjet odbornou způsobilost. Návrhem 30 se u nás inspirovala Z. Havrdová (1999), která kompetence v sociální práci vymezuje jako funkcionální projevy dobře zvládnuté profesionální role sociálního pracovníka. Na jeho základě, a také po konzultacích s českými odborníky, vytvořila českou modifikaci soustavy praktických kompetencí v sociální práci určenou k hodnocení profesionálního výkonu sociálních pracovníků a studentů sociální práce (Mlčák, Slíva, 2005).

Dle Havrdové (1999) mezi kompetence sociálního pracovníka řadíme schopnost účinně komunikovat s jednotlivci, skupinami, rodinami i komunitami. Pokud bychom tuto kompetenci měli převést do zdravotnického prostředí, bude se kompetence týkat hlavně jednotlivce a rodiny, se kterými zdravotně sociální pracovník v nemocnici pracuje. Zdravotně sociální pracovník by se měl dále orientovat a plánovat postup. Zdravotně sociální pracovník by měl také rozeznat silné stránky a možnosti klienta, podporovat a pomáhat k soběstačnosti atd. Důležitým úkolem pro zdravotně sociálního pracovníka je sledovat vývoj zákonodárství v sociální a zdravotní oblasti, doplňovat své znalosti a dovednosti v sociální práci.

Dle interních dokumentů, získaných v jedné z pražských nemocnic, má zdravotně sociální pracovník nespočet kompetencí. V rámci zdravotnické dokumentace

a legislativy zaměstnanec pracuje se zdravotnickou dokumentací v souladu s interní legislativou dané nemocnice. Všechny své činnosti provedené u pacienta řádně zaznamenává do dokumentace, pracuje s informačními systémy v nemocnici atd. Co se týče personálně právní oblasti, zdravotně sociální pracovník je členem multidisciplinárního týmu, s jehož členy úzce spolupracuje. Oblast výuky a výzkumu zahrnuje účast na odborných seminářích a exkurzích v rámci lepší orientace v sociálních službách, provádí výzkumná a průzkumná šetření, podílí se na výzkumu v oboru, zavádí nové metody do praxe. Oblast kvality a řízení se týká dodržování termínů překladů pacientů, podílení se na kontinuálním zvyšování kvality a bezpečnosti činnosti na pracovišti, podílení se na přípravě informačních materiálů. Pracuje jako interní auditor.

1.3.2 Etapy sociální práce v nemocnici

Sociální pomoc představuje sociální poradenství včetně jednání s institucemi, řešení finančních a bytových otázek i kooperaci s příbuznými klienta. Sociální pracovník nedává pouze rady, ale vyřizuje pacientovi záležitosti, které si sám nemůže vyřídit, např. na úřadech. Sociální prevence by měla zahrnout rozhovor s klientem, zjištění sociální tíže a potřeb, i poznání všeho o jeho sociální situaci. První a velmi důležitou součástí spolupráce zdravotně sociálního pracovníka s klientem je navázání vztahu založeného na důvěře. Tento kontakt můžeme nazvat terapeutickým vztahem (Hermanová, 2007).

Vorlíček (2004) uvádí pět etap sociální práce v nemocnici. Tyto etapy sociální práce jsou obecné, tedy použitelné i v jiných zařízeních než jen v zařízení zdravotnickém. 1. etapa - seznámení s chorobopisem (dokumentací) se týká prvního kontaktu s pacientem. V této fázi sociální pracovník musí udělat rámcové seznámení se zdravotnickou dokumentací. Pracovník musí znát, jaký problém klienta trápí a navázat s ním důvěrný vztah. Důvěrný vztah je předpokladem jakékoliv spolupráce. V druhé etapě sociální pracovník usiluje o určení diagnózy za pomoci klienta. Sociální pracovník zjišťuje psychosociální anamnézu, zajímá se o osobu samotného klienta, jeho rodinu,

širší sociální podmínky, představy o budoucnosti pacienta. Zájem směřujeme také na otázky týkající se bydlení a financí. Sociálně zdravotní pracovník se konkrétně zajímá o to, jak vypadala finanční situace před onemocněním a nyní. Třetí etapa zahrnuje určitý návrh řešení a plán sociální pomoci. Další etapou je sociální terapie, která je charakteristická souborem metodických postupů, prostřednictvím kterých pracuje sociální pracovník s klientem. Soustředí se na obnovení, zlepšení, ozdravení anebo zmírnění určitého sociálního stavu, ve kterém se klient nachází. Poslední etapou je ověřování výsledků, kdy sociální pracovník po skončení všech předchozích etap ověřuje, do jaké míry se mu podařilo splnit plán svých činností, který si původně určil v zájmu klienta. Jeho zájem se upírá také na to, jak plán přispěl ke zlepšení kvality života klienta.

1.3.3 Pracovní náplň zdravotně sociálního pracovníka

„Sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení má významnou úlohu v zahájení složitého procesu zdravotně sociální rehabilitace, která vede k udržení reálně dosažitelné kvality života klienta a zároveň působí jako preventivní faktor snižující možnost opakovaného návratu do zdravotního zařízení.“ (Kuzníková, 2011, s. 47). Sociální práce v nemocnici je dle informací z Všeobecné fakultní nemocnice nezbytnou součástí hospitalizace pacienta v nemocnici. Sociální pracovník v nemocnici pomáhá hospitalizovaným pacientům nacházejících se v těžké sociální situaci. Pomoc hospitalizovanému pacientovi je poskytnuta, pokud není schopen tuto situaci zvládnout sám, ani za pomoci své rodiny. Sociální pracovníci v nemocnicích pomáhají pacientům a jejich rodinám při zmírňování nebo odstraňování sociálních důsledků jejich nemoci (VFN, 2012).

Nemocnice na svých sociálních odděleních většinou poskytují sociálně právní poradenství ve vztahu k onemocnění hospitalizovaného nebo k jeho následkům. Sociální pracovník by měl pomoci pacientovi a jeho rodině v zorientování se v jejich právech, ale zároveň také povinnostech, které jsou na ně kladeny. U dětí zajišťují

sociálně právní ochrany, u zemřelých pacientů bez rodiny zařizuje sociální pracovník záležitosti spojené s úmrtím, např. sociální pohřeb, spolupracuje se zdravotnickým personálem v případě propuštění či překlady pacientů. V rámci poskytování služeb sociální péče nejčastěji dochází ke zprostředkování pečovatelské služby, osobní asistence, odlehčovací služby, domovů pro seniory, centra denních služeb atd. U poskytování služeb sociální prevence hovoříme o zprostředkování azylových domů, nocleháren, apod. Co se týče zdravotnických služeb, sociální pracovník zajišťuje domácí zdravotnickou péči poskytovanou v přirozeném prostředí pacienta, léčebny dlouhodobě nemocných, hospice, rehabilitační ústavy atd.

Dle metodických pokynů činnosti zdravotně sociálního pracovníka v Thomayerově nemocnici v Praze je náplň práce shodná s výše uvedeným. Kromě zmíněných činností, se dále uvádí další činnosti zdravotně sociálního pracovníka. Ten např. jedná v zájmu pacientů s jinými odborníky, správními orgány, soudy, spolupracují se státními i nestátními organizacemi. Součástí práce zdravotně sociálního pracovníka je i účast na ošetrovatelských a primářských vizitách dle přání kliniky či oddělení, preventivně vyhledává rizikem sociálně ohrožené pacienty (FTN, 2016).

Interní dokumenty jedné pražské nemocnice týkající se základní zdravotně sociální činnosti pracovníků uvádí mnoho činností, které by měl zdravotně sociální pracovník vykonávat. Vybírám pouze několik z nich, které jsou stěžejní. Zdravotně sociální pracovník vykonává běžnou sociální agendu, v případě úmrtí pacientů poskytuje rodině odborné sociální poradenství v sociální oblasti, vyřizuje telefonické dotazy a návštěvy rodinných příslušníků, účastní se lékařských vizit, monitoruje a vyhodnocuje potřeby pacienta podle údajů ve zdravotnické dokumentaci.

Interní dokumenty dále uvádějí i speciální zdravotně sociální činnosti, jež zahrnují pomáhání zajišťovat terénní zdravotně sociální služby, zajišťování zdravotních pomůcek pro pacienty, vykonávání pochůzek do prodejen zdravotnických potřeb. Provádí sociální šetření u lůžka a to zejména u osob, které jsou rizikové.

V různých nemocnicích se můžeme setkat i s tzv. superspecializovanou zdravotně sociální činností, která zahrnuje jednání s jinými odborníky, správními orgány, soudy a dalšími institucemi. Dochází také k realizaci sociální práce s rodinou, komunitou či skupinou. V psychosociální oblasti se superspecializovaná činnost týká poskytování krizové pomoci, koordinace krizové pomoci, pokud existují nějaké závažné nevhodné sociální faktory. Sociální pracovník se podílí na jejich odstraňování, aby nedošlo k nepříznivému ovlivnění dalšího průběhu nemoci.

Pokud se podíváme na povahu zdravotnických zařízení, zjistíme, že v tomto směru vznikají pochybnosti ohledně zařízení provozovaného jako jesle či zařízení poskytující péči pro dlouhodobě nemocné. Oba tyto typy zařízení vykazují značné sociální dimenze. Zdravotníci v těchto zařízeních nemají tu nejvýraznější roli. V zahraničí se setkáváme s tím, že takovéto instituce jsou spravovány společně s ministerstvy sociálních věcí (Tomeš, 2011).

Zahraniční praxi ohledně role sociální práce ve zdravotnictví zmiňuje profesor Tomeš ve své knize *Obory sociální politiky*. Zahraniční literatura, zejména britská a skandinávská, apeluje na rostoucí roli sociálních pracovníků ve zdravotnictví. Tomeš (2011) uvádí, že ve Velké Británii jsou sociální pracovníci školeni v postgraduálních kurzech a musí skládat zvláštní dodatečné zkoušky pro práci ve zdravotnictví. Role sociálních pracovníků stoupá v důsledku většího zájmu lidí o domácí péči o zdravotně znevýhodněné, o duševně postižené mimo ústavy apod. (Tomeš, 2011). Praxe ze zahraničí je trochu odlišná. V USA je sociální práce ve zdravotnictví spíše orientována na člověka v jeho přirozeném prostředí. Největší pozornost je zde věnována komunitě poskytující zdravotní i sociální služby. Mezi nejčastější činnosti sociálních pracovníků ve zdravotnictví patří tři oblasti: Case management fungující na principu úhrady sociální péče z finanční částky, kterou disponuje nemocnice a pokud tuto částku překročí, klient musí přesah pokrýt z vlastních zdrojů. Druhou oblastí je utilization review neboli kontrola využívání finančních zdrojů. Poslední oblast discharge planning znamená plánování propuštění ze zdravotnického zařízení (Kuzníková, 2011). Ve Finsku je sociální práce součástí sociálního systému, kdy platí, že cílem je vytvořit

komplexní sociální zabezpečení pro všechny občany. Sociální pracovník v nemocnici je zde součástí pracovního týmu každé kliniky a je stále v blízkosti pacientů. V Anglii je v nemocnicích sociální pracovník nedílnou součástí týmů akutní péče, péče o dlouhodobě nemocné klienty anebo týmů poskytující zdravotní péči dětem (Kuzníková, 2011). V zahraniční praxi již funguje sjednocení rezortu ministerstva zdravotnictví a ministerstva práce a sociálních věcí. V oblasti dlouhodobé péče o nemocné jsou provozované nově koncipovaná ošetrovatelská zařízení tzv. nursing homes, jejichž založení vede k úspoře administrativních nákladů a k vyšší soustředěné péči o potřebné. Tato zařízení již fungují ve Velké Británii, Irsku, Austrálii či Kanadě. Zatímco u nás stále přetrvává dichotomie mezi zdravotními a sociálními hledisky v dlouhodobé péči o nemocné. Některá zařízení spadají do rezortu zdravotnictví a jiná zase do rezortu ministerstva práce a sociálních věcí. (Tomeš, 2011) Dle Lawrence (2016) se oblast sociální práce v nemocnici ujala vedení hlavně v Austrálii, USA a Velké Británii, kde uznali potřebu sociální práce v nemocnici vzhledem k propojení zdravotního stavu pacienta s jeho sociálními podmínkami.

1.3.4 Osobnost a dovednosti sociálního pracovníka

Osobnost sociálního pracovníka, jeho zkušenosti a schopnosti často hrají v poskytování odborné pomoci klientům stěžejní roli. Kromě etického ukotvení jednání sociálních pracovníků jsou nezbytné odborné znalosti a jejich adekvátní aplikace, vhodné osobnostní charakteristiky či osobní odpovědnost (Malík Holasová, 2014).

Dle Vallové (2008) profese sociálního pracovníka vyžaduje nejen osobní zralost a zkušenosti. Musí umět komunikovat s klienty, kolegy, ale i s jinými organizacemi. Sociální pracovník musí být schopen pracovat v týmu, odpovídat za plnění společenských úloh a zároveň musí být samostatný. Samostatnost je nevyhnutelná, jelikož sociální pracovník je neustále v kontaktu s individuálními případy, jejichž řešení není vždy určeno v právním předpisu, ale často je potřebné vlastní rozhodnutí. Práce od sociálních pracovníků vyžaduje rychlé a správné rozhodnutí, osobní nasazení při řešení

problémů jejich klientů, hodnotovou neutralitu, emocionální rovnováhu, teoretickou a praktickou erudovanost.

Zásady, jak pracovat s klienty jsem již zmiňovala v předešlé kapitole týkající se etického kodexu a etické reflexe, což souvisí i s osobnostní charakteristikou správného sociálního pracovníka.

1.4 Sociální práce ve zdravotnictví s cílovými skupinami

Ve čtvrté kapitole diplomové práce jsou popsány cílové skupiny, se kterými zdravotně sociální pracovník ve zdravotnictví pracuje. Typologie klientů zdravotních zařízení je velmi různorodá a s každou z těchto skupin pacientů musí zdravotně sociální pracovník jednat trochu odlišným způsobem. Zdravotně sociální pracovník pracuje jak s dětmi například na onkologickém oddělení, s matkami rodičkami, tak třeba se seniory.

Zdravotně sociální pracovník se v nemocnici setkává i se specifickými cílovými skupinami, které potřebují větší pozornost. Specifickou cílovou skupinou mohou být například zdravotně postižení, drogově závislí, nezletilé těhotné, etnické skupiny, apod. V následující kapitole bude pozornost věnována hlavním skupinám pacientů, se kterými sociální pracovník pracuje a bude zmíněna i některá ze specifických cílových skupin.

1.4.1 Sociální práce se seniory ve zdravotnickém zařízení

Pracovní pole zdravotně sociálního pracovníka se podle představy lékařů nalézá mezi nemocným a jeho rodinou. Sociální pracovník může být zde vnímán jako znalec problematiky sociální pomoci, nárokových sociálních dávek, možností a postupů při zajišťování návaznosti akutní a následní, dlouhodobé péče ústavní či terénní (Matoušek, 2010).

Dle Matouška (2010) je sociální pracovník důležitým členem geriatrického týmu, který by měl hodnotit zdravotní a funkční stav pacienta, a to vždy ve vztahu k podmínkám a zdrojům v jeho přirozeném prostředí. Pacientovi je potřeba zajistit dostatek potřebné zdravotní péče, vhodné prostředí a dostatek sociální podpory, aby zvládl proces rekonvalescence, případně návrat do přirozeného prostředí či přechod do

jiné instituce. V této fázi návratné péče je zdravotně sociální pracovník nezbytnou součástí.

Od sociálního pracovníka se očekává, že pokud bude pacient propuštěn z akutní péče, napomůže k co nejrychlejšímu propuštění rizikového pacienta do domácí či jiné následné zdravotní či sociální péče. Problémem je však kapacita navazujících sociálních služeb poskytující ubytování v kombinaci s ošetrovatelskou péčí, terénní pečovatelskou či asistenční službou. Pacient nemá možnost volby a často mu hrozí neodůvodněné a nehumánní překládání z jednoho zařízení do druhého, ve kterém on sám hraje jen pasivní roli (Matoušek, 2010).

1.4.2 Sociální práce s dětmi ve zdravotnickém zařízení

Práce sociálního pracovníka v oblasti práce s dětmi ve zdravotnickém zařízení se velmi prolíná se sociálním pediatrem, jelikož ji nemůžeme ostře ohraničit. Sociální pediatrie se soustředí převážně na diskutovanou oblast zdraví (Kuzníková, 2011).

Sociální pracovník pracuje s dětmi v nemocnici hlavně v situacích, kdy ho kontaktuje lékař s tím, že dítě je pravděpodobně zanedbáváno, týráno či zneužíváno. Tomuto fenoménu říkáme CAN – Child Abuse and Neglect. Kvalifikované posouzení špatného zacházení s dítětem musí brát v úvahu závažnost zneužívání a týrání, častost těchto projevů pečujících dospělých, věk dítěte a vyspělost dítěte. Sociální pracovník je kontaktován hlavně z toho důvodu, jelikož lékař není speciálně vyškolen pro rozpoznávání následků špatného zacházení s dítětem a není ani vycvičen pro postupy objasňující, co se dítěti stalo, bez dalšího traumatizování dítěte. V tomto případě je potřebný vyškolený sociální pracovník (Fisher, Škoda, 2014). Matoušek (2010) dodává, že poškození dítěte nemusí být vždy patrné ve formě tělesné újmy zjistitelné lékařským vyšetřením. Zjišťování skutkové podstaty je náročná procedura, kterou by měl provádět tým specializovaných profesionálů s jasně rozdělenými kompetencemi.

1.4.3 Sociální práce s lidmi bez přístřeší ve zdravotnictví

Dle Matouška (2010) jsou lidé bez přístřeší skupinou potencionálních uživatelů sociálních služeb. Bezdomovectví vede k sociálnímu vyloučení. Pokud chceme pomáhat osobám bez domova, musíme se zaměřit na odstraňování těchto příčin. Důležitá je provázanost s nejrůznějšími specializovanými službami a dobrá spolupráce mezi organizacemi, jež je poskytují. Lidem bez přístřeší je třeba poskytnout zázemí pro pokrytí jejich základních potřeb, aby nabrali síly k řešení jejich obtížné situace. Sociální pracovník nabízí účinnou podporu reintegrace, např. formou azylového bydlení, rozvíjení pracovních schopností, kvalifikace, rekvalifikace a tréninkových a vzdělávacích programů.

Dle Arnoldové (2015) je největším problémem to, že nejenže lidé bez přístřeší nemají kde bydlet a těžko seženou práci, ale většina z nich nemá nárok na podporu v nezaměstnanosti či na sociální dávky, jelikož nemají trvalé bydliště. Nárok na dávky je vázán na trvalé bydliště, které lidé bez domova nejsou schopni prokázat, protože většina z nich nemá ani doklady totožnosti.

V nemocnici se lidé bez přístřeší ocitají většinou z důvodu nedostatku kvalitní stravy a nedostatečné hygieny. Z výše uvedených důvodů většina z nich nemá též zdravotní pojištění, tzn. nemají nárok na zdravotní péči při chronickém onemocnění, pouze pokud jde o stav ohrožující jejich život (Arnoldová, 2015).

1.4.4 Sociální práce s umírajícími

Dle Mackové (2015) stejně jako ve všech ostatních oblastech sociální práce, i práce s umírajícími může být po emocionální stránce velmi náročná. Sociální pracovník by se měl postavit myšlence vlastní smrtelnosti, aby mohli efektivně pracovat s umírajícími klienty a jejich rodinami. Sociální pracovník, který si není vědom rizik práce s umírajícími a pozůstalými, může mít při zážitku silných emocí problém udržet

profesní hranice vztahu. To může být nebezpečné nejen pro klienta, ale i pro sociálního pracovníka zejména z toho důvodu, že nedodržování profesní hranice může vést k vyhoření sociálního pracovníka nebo k projevům sekundární stresové reakce.

Sociální pracovník se zaměřuje na specifickou sociální situaci konkrétní osoby. V tom je jeho hlavní přínos pro práci multidisciplinárního týmu. Nabízí praktickou i emoční pomoc jak nemocným, tak i osobám pečujícím o terminálně nemocné. Musí být schopen pomoci i ve složitých situacích, kdy potřeby nemocného a osob pečujících jsou v konfliktu. Musí mít přehled o dostupnosti vhodných služeb pro podporu terminálně nemocných a jejich rodin. Zdravotně sociální pracovník by měl mít přehled o tom, co nabízí státní i nestátní sektor. Musí být schopen pracovat s lidmi, kteří utrpěli ztrátu (Matoušek, 2010).

Úkolem sociálního pracovníka je seznámit se s potřebami pacienta a jeho rodiny, zhodnotit potřeby emoční, sociální, praktické a finanční. Měl by umět posoudit sílu a schopnost pacienta a jeho rodiny, zda situaci zvládnou či jim nabídnou pomoc. Důležité je vytvoření optimálních podmínek nemocnému, jeho rodině i pečujícím, zajistit pozůstalým potřebné, zprostředkovat pomoc okolí, radit, asistovat v jednání s jinými organizacemi, pomoci s vyřizováním žádostí o dávky apod. (Matoušek, 2010).

V systému sociální péče se ukazuje, že chybí služby, které by poskytovaly náležitou důstojnou péči umírajícím. Pro pacienta v terminálním stadiu onemocnění může sociální pracovník v nemocnici zajistit následnou péči. Jednou z možností jsou hospice, a to jak mobilní hospic (péče je poskytována v přirozeném prostředí pacienta), tak hospic pobytový. Péče veřejného sektoru o nevléčitelně nemocné a umírající lidi v ČR a jeho podpora hospicům není na žádoucí úrovni (Tomeš a kol., 2015).

Principem paliativní či hospicové péče je zmírnění bolesti a dalších fyzických symptomů nemoci a to v prostředí, které by pacientovi mělo navodit pocit domácího prostředí. Tým odborníků skládající se z lékařů, sester, psychologů, sociálních pracovníků, duchovních atd. by měl pacientovi poskytnout co nejlepší péči na konci jeho života. U nás ale stále ani v zahraničí není tato péče v současné době intenzivně

využívána. Pacient se do takovýchto zařízení dostane velmi pozdě nebo v horším případě vůbec. Dle zahraniční literatury by paliativní péče měla probíhat již v nemocničních zařízeních, kde je pacient v terminálním stadiu hospitalizován (Peres, 2016).

1.4.5 Práce s oběťmi domácího násilí

V případě domácího násilí by pomáhající sociální pracovník měl dát přednost neformálním způsobům řešení konfliktů a nabídnout oběti domácího násilí svou pomoc. Formou pomoci by mělo být i informování o fungujících organizacích, které se domácímu násilí věnují intenzivně. Oběti domácího násilí a týrání v rodině vyžadují praktickou i duševní podporu, která je posílí. Nejčastějšími prvky podpůrného zásahu jsou materiální pomoc, psychická podpora a právní pomoc, která zahrnuje děti a jejich opatrovnictví, majetek, finanční podporu a sociální podporu (Svobodová, 2014).

Dle Matouška (2010) pomáhající profesionálové by měli mít na paměti, že oběť žádající o pomoc se cítí velmi zahanbená, ponížená, vystrašená, nebo dokonce odpovědná za násilí.

1.4.6 Sociální práce s nezletilými těhotnými dívkami

Byť je úloha sociálního pracovníka při řešení nezletilé gravidity a mateřství důležitá a významná, mnohdy se stává, že jeho zásah nastupuje až po vzniku problémů. Jeho role tedy nemá ráz preventivní. Jeho úkolem je v tomto případě daný problém zmírnit, v ideálním případě vyřešit.

Často se v praxi stává, že se těhotná nezletilá dívka, respektive rodička, poprvé dostává do kontaktu se sociálním pracovníkem až v nemocnici na gynekologicko-porodnickém oddělení. Sociální pracovník daného oddělení spolupracuje se zákonným

zástupcem a příslušným oddělení sociálně právní ochrany dětí (OSPOD). V případech nezletilých dívek pod 15 let je kontaktován i sociální kurátor magistrátu města, případně obvodu, kde má dívka uvedené trvalé bydliště. Dívky pod 15 let se nacházejí pod zákonnou hranicí, vše by tedy mělo být řešeno v rámci trestního řízení ve spolupráci s policií (Kuzníková, 2011).

Dle Kuzníkové (2011) pokud nedojde k žádným komplikacím, zůstávají dívky a ženy na porodnických odděleních obvykle 4 dny. Z tohoto důvodu je na rodinnou anamnézu málo času a mnohdy se stává, že zdravotně sociální pracovník z porodnice není o dalším postupu mladé matky informován.

1.4.7 Práce s onkologicky nemocnými a jejich rodinami

Onkologická onemocnění jsou druhým typem onemocnění vedoucí k úmrtí pacienta. Práce s onkologicky nemocnými je stále opomíjena a zůstává mimo zájem. Jedním z důvodů může být její rozpoložení mezi sférou sociální a sférou zdravotní. V oblasti sociální se řeší hlavně dopad onkologického onemocnění na příjmovou stránku pacienta či jeho rodiny, která na něm byla závislá, ale také vliv např. na děti pacienta s onkologickým onemocněním a na kvalitu jeho života. Onkologické onemocnění představuje specifickou krizovou situaci, se kterou daný nemocný nemohl dopředu počítat a připravit se na ni. V České Republice doposud chybí řešení, které by se zabývalo rodinou onkologicky nemocného. Práce s rodinou je v této situaci klíčová, jelikož rodina nese velkou zátěž spojenou s onemocněním blízkého člena rodiny. (Čadková Svejková, Chrdlová, Slavíková, 2014). V těchto situacích by měl hlavní roli hrát sociální pracovník jako koordinátor pomoci pacientovi a jeho rodině. Praxe v Austrálii v rámci péče o onkologicky nemocné ukazuje, že sociální pracovník je hlavním poskytovatelem psychosociálních služeb. Sociální pracovník v nemocnici je prvním člověkem, který onkologicky nemocnému poskytuje psychosociální podporu. Sociální pracovník intervnuje a koordinuje návaznou péči pro pacienta v rámci jeho sociálního a komunitního okolí. Sociální pracovník pracuje jednak s pacientem, ale také

s jeho rodinou, osobami pečujícími o pacienta a komunitou. Zde je zapotřebí mezioborová spolupráce v rámci nemocnice (Pockett et al., 2016).

Cílové skupiny, které zde uvádím, samozřejmě nejsou kompletní. Zdravotně sociální pracovník spolupracuje s nesčetnou sortou lidí. K přiblížení typologie pacientů však dle mého názoru uvedený výčet postačí.

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V následující kapitole bude definován cíl výzkumu a z něho plynoucí výzkumné otázky. V rámci této kapitoly si musíme určit ústřední otázku a další specifické dílčí otázky, abychom dosáhli cíle, který jsme si na začátku určili.

2.1 Cíle výzkumu

Cílem výzkumu diplomové práce bylo zjistit, jaká je role sociálního pracovníka v nemocnici. V rámci výzkumu je zjišťováno, jaké má sociální pracovník působící v nemocnici vzdělání a jaké jsou jeho dovednosti. V druhé části výzkumu je pozornost věnována kompetencím a náplni práce sociálního pracovníka. Ve třetí části je výzkum zaměřen na fungování interdisciplinární spolupráce mezi personálem nemocnice, zda dochází k předávání si informací o pacientovi a jestli se sociálnímu pracovníkovi dostává podpory ze strany zdravotnického personálu či svého zaměstnavatele. V této části jde o zjištění, jestli sociální pracovník dělá „pravou“ sociální práci nebo je pouze administrativním pracovníkem.

2.2 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka:

1. Jaká je role sociálního pracovníka v nemocnici?

Dílčí výzkumné otázky:

- 1. Jakými dovednostmi a kvalifikací sociální pracovník v nemocnici disponuje?*
- 2. Jaká je náplň práce sociálního pracovníka v nemocnici?*
- 3. Funguje mezi personálem nemocnice interdisciplinární spolupráce?*

K výše uvedenému je potřeba doplnit **dílčí otázku č. 1**. V této otázce bude zjišťováno dosažené vzdělání a zkušenosti sociálního pracovníka spolu s tím, jaké postavení v nemocnici zaujímá. K zodpovězení první otázky slouží okruh zabývající se kvalifikací a dovednostmi potřebnými pro výkon povolání sociálního pracovníka. **V dílčí otázce č. 2** zjišťuji od sociálních pracovníků, jaká je náplň práce sociálního pracovníka v nemocnici, jaké jsou jejich stěžejní pracovní činnosti, jaké jsou jejich kompetence v rámci oddělení, na kterém pracují. **V dílčí otázce č. 3** je zmíněno fungování interdisciplinární spolupráce, čímž je zkoumána provázanost mezi jednotlivými profesemi v rámci nemocnice a předávání si informací mezi personálem pečujícím o pacienty. Ve třetím okruhu, který vede k zodpovězení dílčí otázky a zároveň k zodpovězení hlavní výzkumné otázky se zaměřujeme i na komunikaci mezi zdravotníky a sociálním pracovníkem.

3 METODIKA

Vzhledem k podobnosti metody a techniky výzkumu v rámci diplomové práce společně s výzkumem v rámci bakalářské práce, byly informace převzaty z vlastní bakalářské práce a rozšířeny o informace týkající provedení diplomového výzkumu.

3.1 Metodika výzkumu a výběru výzkumného souboru

Z důvodu vhodnosti a potřeby poznat problematiku sociální práce v nemocnici do hloubky se jeví jako nejvhodnější metoda výzkumu forma kvalitativní. Mezi vlastnosti základních metod kvalitativního přístupu bychom řadili delší období kontaktu, což má svou výhodu v pochopení subkultury, dále rozbor významu, organizace a použití, kdy výzkumník lépe porozumí teorii (Hendl, 2005, s. 63).

Při výběru výzkumného souboru jsem zvolila prostý záměrný (účelový) výběr, který je podle literatury zřejmě nejjednodušší formou záměrného výběru. „*Spočívá v tom, že bez uplatnění dalších specifických metod či strategií vybíráme mezi potencionálními účastníky výzkumu (tj. účastníky splňujícími určité kritérium nebo soubor kritérií) toho, který je pro účast ve výzkumu vhodný a současně s ní také souhlasí.*“ (Miovský, 2006, s. 136). Při svém výběru jsem volila odborníky z řad sociálních pracovníků pracujících v nemocnicích. Vybráni byli jak sociální pracovníci v okresních nemocnicích, krajských, tak i z nemocnic pražských. Výzkumný soubor tvořilo 10 sociálních pracovníků, včetně jedné kazuistiky zahrnující mé výpovědi, jelikož pracuji na pozici sociálního pracovníka v jedné z pražských nemocnic. Všichni tito odborníci byli nejprve kontaktováni skrze e-mail, kde byl společně dohodnut termín a místo osobní schůzky. Všichni respondenti byli seznámeni s tím, že schůzka bude zaměřena na sběr dat k mé diplomové práci, a zároveň byli informováni o tom, že jejich výpovědi budou zpracovány anonymně. Pro zachování anonymity byli všichni respondenti v rámci

výsledků diplomové práce zapsání pod kódovou značkou – respondent č. 1, č. 2 ... Všem respondentům bylo sděleno, že účast na výzkumu je dobrovolná a mohou z něj kdykoliv odstoupit.

3.2 Metoda získávání dat

Při získávání dat k účelům diplomové práce bylo pracováno pouze s jedním výzkumným souborem, což byli sociální pracovníci pracující v nemocnicích. Rozdílem mezi nimi bylo, zda působí v okresní, krajské či pražské nemocnici. Veškerá data byla získána metodou polostrukturovaného rozhovoru. Pro polostrukturovaný rozhovor je nutné si vytvořit schéma, kterého se během rozhovoru musíme držet (Miovský, 2006). Schéma, podle kterého jsem se řídila, obsahovalo tři velké okruhy. Prvním okruhem byly zjišťovány dovednosti a kvalifikace sociálního pracovníka v nemocnici. V tomto okruhu bylo zjišťováno, jaké má respondent nejvyšší dosažené vzdělání, jaké kurzy jsou potřebné pro výkon tohoto povolání, jak dlouhá je praxe respondenta, osobnostní charakteristiky a klíčové dovednosti významné pro toto povolání, apod. Ve druhém okruhu se zajímáme o náplň práce sociálního pracovníka v nemocnici – jaké jsou stěžejní pracovní činnosti respondenta, jak vypadá běžný pracovní den sociálního pracovníka, jaký je přínos sociální práce v nemocnici, legislativní zakotvení sociální práce ve zdravotnických zařízeních apod. Třetí velký okruh rozhovoru se týkal fungování interdisciplinární spolupráce mezi personálem nemocnice. Tyto okruhy se skládaly z minima otázek a témat, které bylo nutné probrat, tzv. jádro interview (příloha č. 1). Všechny rozhovory jsem prováděla po vzájemné domluvě s respondentem v jeho kanceláři, vždy cca 30 minut. Při rozhovorech jsem používala tzv. přímé otázky, které umožňují se zeptat na daný jev účastníka přímo. Respondenti odpovídali sami, spontánně. Celý rozhovor byl vždy nahráván na diktafon, tedy formou audiozáznamu. Audiozáznam je nejčastější používanou metodou fixace kvalitativních dat, z důvodu své komplexnosti záznamu a také autentičnosti (Miovský, 2006). Pouze v jednom případě si respondent nepřál být nahráván, z toho důvodu jsem použila pouze záznamový arch – tužka, papír.

3.3 Metodika zpracování dat

Data získaná polostrukturovaným rozhovorem, který byl nahráván jako audiozáznam, byla přepsána do elektronické podoby. Rozhovory s respondenty jsou přepsány do jednotlivých kazuistik, tedy nedoslovnou transkripci. Každá z těchto kazuistik je napsána jako obsahové shrnutí celého rozhovoru. V případě potřeby je kazuistika prokládána i doslovným přepisem výpovědi respondenta. Jednotlivé kazuistiky jsou doloženy v příloze č. 2. Výpovědi účastníků rozhovoru jsou vzájemně porovnávány a jsou zároveň podkladem pro naplnění výzkumné otázky, která byla stanovena na samém počátku výzkumu. V případě potřeby je řešitel diplomové práce ochoten poskytnout na žádost doslovný přepis rozhovorů s respondenty.

3.4 Analýza kvalitativních dat

Získaná kvalitativní data byla analyzována pomocí metody vytváření trsů. Dle Miovského (2006, s. 221) „*slouží tato metoda obvykle k tomu, abychom seskupili a konceptualizovali určité výroky do skupin, např. dle rozlišení určitých jevů, místa, případů atd. Tímto procesem vznikají obecnější, induktivně zformované kategorie.*“ Výpovědi jednotlivých respondentů jsou mezi sebou vzájemně porovnávány – v čem se názory sociálních pracovníků shodují nebo naopak v čem se liší.

3.5 Harmonogram výzkumu

Kvalitativní výzkum se dělil do několika fází. V první fázi výzkumu bylo třeba vyhledat podklady pro zpracování diplomové práce – práce s odbornou literaturou, její přečtení a prostudování. Po nastudování literatury byla během listopadu až ledna sepsána teoretická část práce. Před samotným výzkumem v terénu byla zvolena strategie výzkumu a správná technika sběru dat. Před provedením rozhovorů bylo vytvořeno schéma okruhu otázek, na které byli respondenti tázáni. V červenci byla provedena

pilotní studie, která napomohla s dodatečnou úpravou kladených otázek. Ve druhé fázi, v červenci a srpnu 2016, proběhl samotný terénní výzkum v okresní, krajské a pražských nemocnicích. Na závěr, ve třetí fázi, byla zpracována a vyhodnocena získaná data z terénu.

4 Výsledky

V následující části diplomové práce budou prezentovány výsledky kvalitativního výzkumu provedeného se sociálními pracovníky pracujícími v nemocnicích. Konkrétní údaje o respondentech jsou uvedeny v tabulce č. 1. Výsledky jsou interpretovány podle jednotlivých dílčích otázek, které vedou k zodpovězení hlavní výzkumné otázky, kterou je v případě této diplomové práce: Jaká je role sociálního pracovníka v nemocnici?. K zodpovězení této hlavní výzkumné otázky posloužily tři tematické okruhy, z nichž první se týkal dovedností a kvalifikace sociálního pracovníka v nemocnici. V této části bylo zjišťováno vzdělání, dále pak kurzy, osobnostní charakteristiky, dovednosti, praxe sociálního pracovníka potřebné pro výkon jeho povolání. Druhý tematický okruh zjišťoval, jaká je náplň práce sociálního pracovníka v nemocnici, tedy stěžejní pracovní činnosti, běžný pracovní den sociálního pracovníka. Poslední okruh se zabýval fungováním interdisciplinární spolupráce mezi personálem nemocnice. Tento okruh byl zaměřen na ochotu předávání si informací mezi pracovníky pečující o pacienta, kdo mezi tyto pracovníky patří, a jak je sociální pracovník přijímán v rámci týmu.

Tabulka č. 1: Výzkumný vzorek

Respondent	Pozice	Pohlaví	Praxe (v letech)	Vzdělání
Č. 1	Zdravotně sociální pracovník	Žena	10	VŠ – magisterské
Č. 2	Sociální pracovník	Žena	5	VŠ – magisterské
Č. 3	Sociální pracovník	Žena	4	VŠ – magisterské
Č. 4	Sociální pracovník	Žena	0,5	VŠ – bakalářské
Č. 5	Zdravotně sociální pracovník	Žena	20	Středoškolské
Č. 6	Zdravotně sociální pracovník	Žena	12	VOŠ, VŠ – bakalářské v oboru

Č. 7	Sociální pracovník	Žena	4	VŠ – magisterské
Č. 8	Zdravotně sociální pracovník	Žena	5	VŠ – bakalářské
Č. 9	Zdravotně sociální pracovník	Žena	15	Středoškolské
Č. 10	Sociální pracovník	Žena	2	VŠ – magisterské

zdroj: vlastní výzkum

OKRUH Č. 1: DOVEDNOSTI A KVALIFIKACE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V NEMOCNICI

V prvním okruhu otázek byly zjišťovány dovednosti a kvalifikace sociálního pracovníka v nemocnici, konkrétně bylo zjišťováno nejvyšší dosažené vzdělání, dále absolvované kurzy, osobností charakteristiky a klíčové dovednosti potřebné pro práci sociálního pracovníka v nemocnici. Níže je prezentována tabulka se shrnutím výsledků prvního okruhu.

Tabulka č. 2: Shrnutí výsledků 1. okruhu

<u>Otázky</u>	<u>Cíl</u>	<u>Ilustrativní odpovědi</u>
Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	Zjistit: Vzdělání sociálních pracovníků v nemocnici	<i>Mám magisterské vzdělání, vystudovanou Zdravotně sociální fakultu v Českých Budějovicích.</i>
Absolvoval/a jste nějaký kurz potřebný pro pozici sociálního pracovníka v nemocnici?	Potřebná školení a kurzy na pozici sociálního pracovníka v nemocnici.	<i>Absolvovala jsem zdravotnický kurz v Brně, který není však k výkonu povolání povinný.</i>
Jak dlouho již pracujete na pozici soc. pracovníka?	Praxe a zkušenosti sociálního pracovníka	<i>Na pozici sociálního pracovníka pracuji již dvacet let, avšak pouze 4 roky v</i>

		<i>nemocnici</i>
Jakými odděleními jste za dobu své praxe prošel/a?	Zkušenosti na jednotlivých odděleních	<i>Během své praxe jsem prošla oddělení chirurgie, pneumologie.</i>
Existují rozdíly v požadavcích a dovednostech na jednotlivých odděleních?	Rozdíly v požadavcích	<i>Rozdílná je práce na akutních lůžkách a lůžkách následné péče hlavně.</i>
Jaké jsou dle Vašeho názoru potřebné osobnostní charakteristiky?	Osobnostní charakteristiky sociálního pracovníka v nemocnici	<i>Je potřeba, aby sociální pracovník byl empatický, ale zároveň asertivní a stál si za svým názorem.</i>
Jaké jsou klíčové dovednosti sociálního pracovníka v nemocnici?	Klíčové dovednosti	<i>Sociální pracovník musí být komunikativní a umět jednat s lidmi.</i>
Kolik zdravotně sociálních pracovníků čítá Vaše oddělení?	Počet pracovníků zdravotně sociálních oddělení, zda je počet dostačující	<i>Naše oddělení má 9 sociálních pracovníků, což považuji za dostačující.</i>
Máte možnost využít supervize?	Využívání supervize v nemocnicích, její výhody či nevýhody	<i>Máme možnost využít jak individuální, tak skupinové supervize.</i>

zdroj: vlastní výzkum

První otázka byla směřována ke vzdělání sociálních pracovníků v nemocnici, s čímž zároveň souvisí i absolvované kurzy potřebné k výkonu tohoto povolání. Většina sociálních pracovníků v nemocnici má vysokoškolské magisterské studium, popřípadě vysokoškolské bakalářské studium, jak se můžeme přesvědčit i ve výše prezentované tabulce č. 1. Pouze dva respondenti mají středoškolské vzdělání, avšak jejich praxe převyšuje 15 let. Jeden z respondentů má dokonce dvacetiletou praxi přímo na pozici sociálního pracovníka v nemocnici. **Respondent č. 5** uvádí: „*V nemocnici na sociálním oddělení působím již dvacátým rokem, za dobu své praxe jsem absolvovala zdravotnický kurz, který mě staví na pozici zdravotně-sociálního pracovníka. Vzdělání mám*

středoškolské v sociálním oboru.“(Respondent č. 5). Dle tabulky č. 1 si můžeme všimnout, který z respondentů má absolvovaný zdravotnický kurz. Uvedení respondenti na pozici sociálního pracovníka tento zdravotnický kurz nemají, tudíž jsou bráni jako sociální pracovníci, nikoli zdravotně sociální pracovníci. Dle respondentů rozdíl mezi jednotlivými pozicemi je minimální. **Respondent č. 7** zmiňuje, že rozdílem v jednotlivých pozicích je jednak finanční, kdy zdravotně-sociální pracovník má větší kompetence, tudíž je i lépe finančně hodnocený. **Respondent č. 2** říká: „*Jedním z rozdílů je také to, že zdravotně sociální pracovník má právo nahlížet do lékařské dokumentace, aniž by musel být pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka. Rozdílem je i jiné finanční ohodnocení.*“ (respondent č. 2). Respondenti se shodují na tom, že sociální pracovník v nemocnici je posuzován a vyplácen podle jiných tabulek, nežli pracovník zdravotně sociální.

Respondenti působí v různých nemocnicích, ať už pražských, krajských či bývalých okresních nemocnicích. U většiny z nich má každý sociální pracovník na starosti svá oddělení. Výjimkou je respondent z jedné okresní nemocnice, kde má tento respondent na starost všechna oddělení, a to jak oddělení akutní, tak oddělení následné péče. **Respondent č. 3** zmiňuje: „*Jelikož jsem jediným sociálním pracovníkem v nemocnici, mám na starosti veškerá oddělení nemocnice – oddělení akutní i následné péče. Proto mohu říct, že za dobu své praxe mám zkušenosti s mnoha odděleními. Rozdíly mezi odděleními jsou hlavně mezi prací na akutních lůžkách, sociálních lůžkách a lůžkách následné péče.*“ (respondent č. 3). O rozdílech mezi akutními lůžky a prací na oddělení následné péče se shodují i ostatní respondenti. **Respondent č. 10** říká: „*Práce s pacienty a jejich rodinami na akutních odděleních je velmi krátkodobá, kdežto na oddělení následné péče je kontakt s pacientem dlouhodobější a intenzivnější. U akutních lůžek je práce v rádech dnů a řešíme s pacientem možnosti propuštění či rychlý překlad v případě potřeby následné péče.*“ (respondent č. 10). Dle respondentů neexistují rozdíly v požadavcích na vzdělání mezi jednotlivými odděleními.

U otázky směřované k osobnostním charakteristikám sociálního pracovníka byly odpovědi velmi shodné, kdy převažovaly odpovědi zmiňující charakteristiky jako:

empatie, komunikativnost, naslouchání, trpělivost, prosociální chování. Dle **respondenta č. 1:** „*Sociální pracovník by měl být komunikativní, empatický, trpělivý, naslouchající a to ať už pracuje v nemocnici, neziskové sféře či např. úřadu práce. Toto jsou všeobecné charakteristiky. Důležitá je v nemocnici trpělivost, kterou sociální pracovník potřebuje při komunikaci s pacienty.*“ (respondent č. 1). **Respondent č. 6** jako několik ostatních kolegů zmiňuje pokoru a asertivitu: „*Dle mého názoru by sociální pracovník měl být pokorný, ale zároveň asertivní např. při komunikaci s lékaři či jiným zdravotnickým personálem, musí umět říct svůj názor a umět si ho také obhájit a stát si za ním.*“ (respondent č. 6). Zdravé sebevědomí zmiňuje i **respondent č. 2**, který tuto vlastnost považuje za velmi důležitou při práci s personálem nemocnice. „*Sebevědomí je důležité, sociální pracovník musí stát za svým rozhodnutím a obhájit si ho.*“ (respondent č. 2).

Klíčovými dovednostmi, na kterých se opět většina respondentů shoduje, jsou umění komunikovat s rodinami pacientů, komunikace s úřady. Sociální pracovník by měl mít přehled ohledně fungujících sociálních, ošetrovatelských, zdravotnických zařízení v okolí, kam by bylo možné pacienta z nemocnice přeložit. Vědět, co tyto organizace nabízejí, jaká je jejich cílová skupina apod. **Respondent č. 9** říká: „*Důležitou dovedností je komunikace jak s pacientem, tak jeho rodinou. Kromě komunikace musí sociální pracovník znát platnou legislativu, podle které se musí řídit. Znalost zařízení, kam je možné pacienta přeložit či mu nabídnout služby, které mu budou poskytovány v jeho přirozeném prostředí, je nezbytná.*“ (respondent č. 9). Sociální práce v nemocnici je založená na integraci pacienta do jeho přirozeného prostředí. Pacient musí být společensky včleněn i přes situaci, v které se nachází. **Respondent č. 8** zmiňuje: „*Sociální pracovník by si měl umět práci dobře rozvrhnout a zorganizovat. Práce v nemocnici je hodně nárazová. Někdy se nahromadí spousta případů a je třeba zvážít, který případ je nejakutnější.*“ (respondent č. 8).

Dle výsledků výzkumu je zřejmé, že sociálních pracovníků v nemocnicích je malé množství. Většina respondentů se shoduje na tom, že počet sociálních pracovníků na počet lůžek, který mají na starosti, je velmi malý. U bývalé okresní nemocnice, kde

byl proveden rozhovor s respondentem, je to více než zjevné. Respondent v této nemocnici je sám a má na starost všechna oddělení, což dle jeho názoru může zapříčinit, že sociální práce není prováděna v takovém rozsahu jako u nemocnic, kde je pracovníků více. Dle jeho názoru je obsahem jeho práce spíše veškerá administrativa spojená s překlady pacientů. Sociální práci jako takové se věnuje jen okrajově. U jedné z pražských nemocnic byli respondenti s počtem sociálních pracovníků na počet lůžek v rámci možností spokojeni. **Respondent č. 1** říká: „*Naše oddělení čítá patnáct sociálních pracovníků, z nichž každý má svá oddělení. Tento počet je v rámci možností dostačující, ale jeden plný úvazek navíc by byl lepší.*“ (respondent č. 1). Všichni ostatní respondenti se shodují na tom, že pro kvalitnější a intenzivnější sociální práci by bylo potřeba více pracovníků.

Poslední částí prvního okruhu bylo zjištění, zda v nemocnicích mají sociální pracovníci možnost využití individuální, skupinové či týmové supervize a v čem respondenti vidí její výhody či nevýhody. Pozitivním zjištěním při provedeném výzkumu bylo, že všechny nemocnice mají možnost externí supervize či supervize s interním supervizorem. **Respondent č. 4** říká: „*V naší nemocnici máme možnost využít týmové supervize, které se účastní jak vedoucí oddělení, tak řádoví zaměstnanci. Jako výhodu vidím předání si informací, zkušeností s různými případy. V případě nějakého osobního problému máme možnost využít i individuální supervize.*“ (respondent č. 4). Tyto výpovědi se u respondentů velice opakovaly. Někteří využívají skupinové či individuální supervize. Pouze jeden respondent uvedl, že supervize jako taková u nich v nemocnici neprobíhá, ale koná se jednou týdně hromadné sezení s ostatním personálem, kde jsou probírány jednotlivé problematické případy. S touto možností je spokojen, supervizi neshledává jako potřebnou.

SHRNUTÍ:

První okruh otázek se týkal kvalifikace a dovedností sociálního pracovníka v nemocnici. Z výsledků výzkumu je zřejmé, že většina sociálních pracovníků působících v nemocnici má magisterský titul. Někteří respondenti mají středoškolské vzdělání, ale jejich praxe a zkušenosti sčítají mnoho let. Jeden z respondentů má 20 let praxe. Někteří z respondentů mají absolvovaný zdravotnický kurz, který je staví na pozici zdravotně-sociálního pracovníka. Rozdíly v těchto pozicích nejsou velké, respondenti uvádí, že rozdíl je ve finančním ohodnocení a také v možnosti nahlížet do lékařské dokumentace. Respondenti se ve svých odpovědích v části osobnostních charakteristik a dovedností velmi shodují. Dle jejich názoru by měl být sociální pracovník empatický, komunikativní, trpělivý, pokorný, ale zároveň také asertivní, umět říct svůj názor a stát si za ním. Zvláště komunikace je v nemocnici důležitá při jednání se zdravotnickým personálem, pacientem a rodinami. Respondenti dále tvrdí, že sociální pracovník by měl mít přehled o aktuální platné legislativě, o jednotlivých zařízeních, kam je možné pacienta z nemocnice přeložit. Sociální pracovník ať již v nemocnici, či v jiných zařízeních musí dodržovat etický kodex sociálního pracovníka. Pražské, krajské i bývalé okresní nemocnice se liší v počtech sociálních pracovníků působících v těchto zdravotnických zařízeních. U krajské či bývalé okresní nemocnice, kde byly rozhovory provedeny, je zaměstnán 1 či 2 sociální pracovníci. U pražských nemocnic jsou počty sociálních pracovníků vyšší, ale přesto se respondenti shodují, že ke kvalitně odvedené sociální práci by bylo potřeba zaměstnanců více. Respondenti se také shodují na tom, že mají možnosti využívat v organizaci supervize.

OKRUH Č. 2: NÁPLŇ PRÁCE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V NEMOCNICI

Druhý okruh výzkumné části diplomové práce byl zaměřen na zjištění náplně sociálního pracovníka v nemocnici. Respondenti byli tázáni na stěžejní činnosti, které vykonávají v nemocnici, jaké jsou jejich kompetence, jak probíhá přijímání pacientů. Zda mají možnost nahlédnout do lékařské dokumentace, zda mají možnost účastnit se lékařských vizit a co jim tato účast na vizitách přináší. V této části jsou řešeny i mezery sociální práce v nemocnici či problémové případy pacientů.

Tabulka č. 3: Shrnutí výsledků 2. okruhu

OTÁZKY	CÍL	ILUSTRATIVNÍ ODPOVĚDI
Jaké jsou vaše stěžejní pracovní činnosti?	Náplň práce	<i>Stěžejní jsou překlady pacientů do jiných zařízení mimo naši nemocnici...</i>
Co vše zahrnuje pomoc, kterou nabízíte pacientům?	Pomoc pacientovi	<i>Činností zahrnujících pomoc je mnoho, jednou z nich je např. pomoc zažádat o dávky osob se zdr. postižením...</i>
Děláte nějaké činnosti, které podle Vás spadají do kompetence jiných osob pracujících v nemocnici?	Kompetence jednotlivých pracovníků nemocnice	<i>Některé činnosti děláme, aniž bychom museli. Dle mého názoru zařizování RHB pobytů nespadá do naší kompetence.</i>
Jak probíhá přijímání	Proces přijímání pacienta	<i>Každý pracovník má svá</i>

pacientů? Kdo pacienty přiděluje?		<i>oddělení, kde provádí soc. šetření na žádost lékaře, či sestry.</i>
Máte přístup k lékařským záznamům pacienta, se kterým pracujete?	Možnost nahlížet do lékařské dokumentace	<i>Jako zdravotně sociální pracovník mám právo nahlédnout do této dokumentace.</i>
S čím se na Vás pacienti nejčastěji obrací?	Žádosti pacientů	<i>Většinou se obrací rodiny s potřebou rady ohledně následných zařízení, kam by pacienta bylo možno umístit.</i>
Největší přínos sociální práce v nemocnici? Je podle Vás nezbytná?	Přínos sociální práce v nemocnici	<i>Sociální práce v nemocnici je nezbytná, zdravotnický personál by neměl na řešení sociálních věcí kapacitu.</i>
Účastníte se lékařských vizit? Co Vám tato účast přináší?	Účast na lékařských vizitách	<i>Lékařských vizit se účastní pracovníci následné péče, kteří provádí dlouhodobější práci s pacientem. Zde je to účelné.</i>
Docházíte na sociální šetření do přirozeného prostředí klienta?	Terénní sociální práce	<i>Pouze ve výjimečných případech pro věci pacienta.</i>
V čem spatřujete největší mezeru sociální práce v nemocnici?	Nedostatky sociální práce v nemocnici	<i>O sociální práci v nemocnici se téměř neví, počty sociálních pracovníků jsou nedostatečné.</i>
Jaké případy pacientů shledáváte jako nejproblematičtější?	Nejtěžší případy pacientů	<i>Velký problém je, pokud pacient nemá rodinu a je absolutně nesoběstačný, nepropustitelný do domácího prostředí.</i>

zdroj: vlastní výzkum

Ve druhém okruhu otázek se tazatel zaměřil na náplň práce sociálního pracovníka v nemocnici. Respondenti se v této části hodně shodovali, jelikož náplň práce sociálních pracovníků v nemocnicích je totožná. Rozdíly budou viděny spíše v rozsahu a intenzitě této práce, jelikož některé nemocnice mají sociálních pracovníků více či méně a od této skutečnosti se práce odvíjí. První otázka: „**Jaké jsou Vaše stěžejní pracovní činnosti?**“ byla hlavním stavebním kamenem tohoto okruhu a zároveň souvisí s otázkou následující, která se ptá na pomoc pacientům. **Respondent č. 1** říká: „*Stěžejní činnosti se liší podle toho, jakého pacienta zrovna řešíme, zda se jedná o dospělého pacienta – osamělého, soběstačného, orientovaného atd., či o dítě a jeho matku...*“ (respondent č. 1.) **Respondent č. 5** říká: „*U dospělých pacientů se jedná zejména o následující: není-li schopen vykonávat aktivity denního života (stravování, oblékání, obouvání, udržování tělesné hygieny, snížení výkonů fyziologických potřeb, péče o zdraví, péče o domácnost), pokud je osamělý, není orientován (časem, místem, osobou), je-li narušena míra soběstačnosti (omezení související s onemocněním), vyžaduje-li následnou zdravotně sociální péči, pokud se ocitne bez bydliště, v hmotné nouzi, pokud se u něj vyskytne onemocnění s dlouhodobými následky (indikace lékaře). U dětských pacientů se jedná zejména o následující: pokud jde o nezletilou matku, je zde podezření na požívání alkoholu nebo návykových látek, podezření, že je dítě zanedbáváno, sexuálně zneužíváno, týráno, pokud je dítě přijaté z dětského domova nebo z jiného azylového zařízení, podezření na šikanu ve škole či vrstevníky, podezření na ohrožení výchovy a vývoje dítěte. Setkáváme se i s případy, kdy matka po narození své dítě opustí a ponechá ve zdravotnickém zařízení.*“ (respondent č. 5). Všichni respondenti se shodují na postupu své práce. Pokud je potřeba sociálního šetření u lůžka pacienta, většinou se týká následujících oblastí. Je zjišťována sociální anamnéza: bytová situace, ekonomické poměry, zaměstnání, studium, doprava atd., osobní anamnéza: základní identifikační a další osobní údaje o pacientovi/klientovi, včetně vývoje jeho situace. Rodinná anamnéza: základní údaje o rodině a rodinných příslušnících – rodiče, děti, sourozenci. Nynější onemocnění – základní diagnóza vedoucí k problémové situaci, prognóza onemocnění, schopnost rehabilitace. **Respondent č. 10** zmiňuje příklady konkrétní pomoci: návrh na podání či úpravu příspěvku na péči, pomoc při vyřizování žádostí k

přijetí do zařízení pobytových sociálních služeb (např. do domovů pro seniory, domovů se zvláštním režimem, domů s byty zvláštního určení), zajištění terénních zdravotních a sociálních služeb před propuštěním pacienta z nemocnice (domácí ošetrovatelská péče, pečovatelská služba, osobní asistence apod.), zajištění přijetí na lůžka následné péče (nemocnice následné péče, léčebny dlouhodobě nemocných, následná rehabilitační péče apod.), informace o respitní a hospicové péči (podání žádosti/přijetí do hospiců, zajištění domácí hospicové péče), zajištění ošacení a pomoc při zajištění ubytování osobám bez přístřeší, dále pomoc při vyřizování dokladů totožnosti, zprostředkování kontaktů na půjčovny kompenzačních pomůcek, předání informací ohledně dávek pro osoby se zdravotním postižením, dávek pomoci v hmotné nouzi, zajištění záležitostí související s úmrtím u osamělých zemřelých pacientů, pomoc dle individuálních požadavků klientů a jejich sociální situace. Pokud některé služby nemohou být zajištěny, poskytují pracovníci v souladu se zákonem č.108/2006 Sb. o sociálních službách základní poradenství a předávají kontakt na vhodného poskytovatele služby, případně poskytují informační materiály k dané problematice. **Respondent č. 3** jako jediný zmiňuje tzv. sociální lůžka. „*Sociální lůžka jsou určena pacientům, kteří se neobejdou bez pomoci druhé osoby vzhledem ke svému zdravotnímu stavu, ale zároveň již zdravotní péči nepotřebují.*“ (respondent č. 3). Setrvání na sociálním lůžku není trvalé. Tato služba je poskytována pouze do doby, než je klientovi zajištěno jiné zařízení sociálních služeb. Mohou to být např. domovy pro seniory, stacionáře, domy s pečovatelskou službou. Lepší variantou je zabezpečení pomoci osobou blízkou mimo zdravotnické zařízení, popřípadě zajištění terénních sociálních služeb či terénních zdravotních služeb jako je domácí zdravotní péče, osobní asistence či pečovatelská služba.

K otázce, zda existují nějaké činnosti, které nespádají do kompetence sociálních pracovníků, ale do kompetence jiného personálu nemocnice. **Respondent č. 6** uvádí, že existují i činnosti, které dle jeho názoru nespádají do kompetence sociálních pracovníků. „*Komunikace s pojišťovnami pacientů v rámci schvalování žádostí o umístění do rehabilitačních ústavů. Zde není důvodem k přijetí sociální situace klienta, ale jen zdravotní stav, který by měl vykomunikovat ošetřující lékař.*“ (respondent č. 6). Tuto

nadbytečnou kompetenci zmiňují i **respondent č. 4** a **respondent č. 9**. **Respondent č. 7** k této otázce doplňuje: „*Občas se mi stává, že mě zdravotnický personál zkouší, co vše udělám, aniž by to bylo v popisu mé práce. Např. uložení peněz pacientovi do pokladny, za což nenesu odpovědnost. Tato kompetence je i popsána ve vnitřní směrnici, kde má tuto povinnost zdravotnický personál, nikoliv sociální pracovník.*“ (respondent č. 7). Respondenti se shodují na tom, že nemají problém s vykonáním nadbytečných úkonů, otázkou však je, kdo za tyto úkony ponese zodpovědnost. Tato odpověď souvisí i s otázkou, zda sociální pracovníci dělají nějakou práci navíc, kdo jim tuto práci zadává a zda je zaplacená. Zaplacená práce navíc samozřejmě není. **Respondent č. 5** říká: „*Pokud děláme práci navíc a přes čas, je to jenom náš problém. Tato práce navíc zaplacená není.*“ (respondent č. 5).

Další otázka „**Kdo Vám přiděluje pacienty? Jak tento proces přijímání pacientů probíhá?**“ U této otázky se opět výpovědi respondentů shodovaly. Proces přijímání pacientů je obdobný ve všech zařízeních. **Respondent č. 8** uvádí: „*Každý sociální pracovník u nás v nemocnici má na starost svá oddělení, kde pracuje se všemi potřebnými pacienty. Indikace k zahájení řešení zdravotně sociálních potřeb pacientů vychází od ošetřujícího lékaře, všeobecné sestry či jiného člena multidisciplinárního týmu, rodiny pacienta, instituce nebo se klient přihlásí sám.*“ (respondent č. 8). Tato informace byla získána od všech respondentů. **Respondent č. 4** zmiňuje: „*Žádost o sociální šetření je zasílána elektronicky příslušným oddělením, kde je potřeba provést sociální šetření.*“ (respondent č. 4).

Všichni respondenti se shodují na tom, že pro kvalitní sociální práci je potřeba znát přesnou zdravotní diagnózu a prognózu pacienta, se kterým pracujeme. Tyto informace jsou sociálním pracovníkům předány zdravotnickým personálem, ve většině případů ošetřujícím lékařem nebo staniční sestrou. Tyto záznamy také najdeme v lékařské dokumentaci, se kterou by sociální pracovník měl umět pracovat. Otázkou na respondenta tedy je: „**Máte přístup k lékařským záznamům pacienta, se kterým pracujete?**“ **Respondent č. 2** říká: „*Ano, nahlížet do zdravotnické dokumentace smí pouze registrovaný zdravotně sociální pracovník – tzn. že pracuje bez odborného*

dohledu, sociální pracovník bez osvědčení práce bez odborného dohledu může pouze nahlédnout pod dohledem jmenovaného pracovníka.“ (respondent č. 2).

Respondenti byli tázáni na přínos sociální práce v nemocnici, zda-li je tato práce v nemocnici nezbytná a v čem je tak nezastupitelná. Dle respondentů je sociální práce v nemocnici nezbytná a nezastupitelná. **Respondent č. 10** říká: *„Sociální práce je všeobecně čím dál potřebnějším povolání, v nemocnici je nezastupitelná vzhledem k vytíženosti zdravotnického personálu. Zdravotníci mají dělat zdravotnictví a sociálně musí dělat sociální pracovník.“ (respondent č. 10).* **Respondent č. 6** zmiňuje hlavní přínosy své práce pro pacienty: *„Dostupnost – přítomnost naší služby přímo u lůžka, komunikace a ochota pomoci, podpora pacientovi – vzdělání pracovníci, kteří mají přehled o službách a formách pomoci (kontinuální vzdělávání). Denně se setkáváme s klienty a onemocněními různého charakteru. Pracujeme s klienty různých povahových rysů, charakterů, přičemž každý prožívá své onemocnění a postižení jinak.“ (respondent č. 6).*

Další částí druhého okruhu se tazatel zaměřil na účast na lékařských vizitách, které probíhají na jednotlivých odděleních. Otázkou zůstává, zda je tato účast na vizitách přínosem či nikoliv. Zde se názory sociálních pracovníků poněkud rozcházejí. Jedna skutečnost je však shodná u všech respondentů. **Respondent č. 1** říká: *„Vizit se účastní pracovnice, které mají na starost oddělení následné péče, kde je sociální práce s pacientem dlouhodobější a intenzivnější, proto tuto účast vyžaduje i primář oddělení. Je zde řešena jak zdravotní, tak sociální anamnéza a plán do budoucna.“ (respondent č. 1).* Respondenti se shodují, že účast na vizitách na odděleních akutní péče není zase tak potřebná, jako na odděleních následné péče či interních odděleních, kde je hospitalizace pacienta dlouhodobější a je potřeba komunikovat se zdravotnickým personálem ohledně blízké budoucnosti pacienta – zda dojde k dimisi, či k překladi do jiného zařízení. **Respondent č. 2** vnímá účast na vizitách takto: *„Účastníme se, ale bohužel jen na 3 klinikách, na ostatních jen v rámci potřeby nárázově. Kvalitní sociální práci je možné zajistit v součinnosti s ostatními odborníky. Je potřeba pracovat v týmu a předávat si informace.“ (respondent č. 2).* Někteří z respondentů berou účast na vizitách jako velký

přínos, dozví se postup léčby u pacienta a mohou sdílet sociální plán konzultovaný jak s pacientem, tak jeho rodinou – tedy to, kam může pacient být propuštěn či přeložen. Naopak druhá část respondentů vidí účast na velkých vizitách jako ztrátu cenného času. Účast na vizitách akutních oddělení je dle respondentů zbytečný, vzhledem k velmi krátké hospitalizaci pacienta.

U otázky docházení na sociální šetření do domácího prostředí pacienta, odpověděli respondenti téměř všichni stejně. **Respondent č. 9** říká: *„Do přirozeného prostředí pacienta nedocházíme, s pacientem pracuje pouze v nemocnici. Většinou není důvod dojíždět za pacientem domů.“* (respondent č. 9). Jeden z respondentů pouze zmínil, že ve výjimečném případě jedou pacientovi domů pro věci, což není pravidelné. Terénní sociální práce tedy v nemocnicích nefunguje.

Dle respondentů je největší mezerou sociální práce v nemocnici nedostatek sociálních pracovníků, kteří v nemocnici pracují. Nedostatek počtu sociálních pracovníků zmínili téměř všichni respondenti. Dle respondentů se nedostatečný počet sociálních pracovníků v nemocnici odvíjí na intenzitě a kvalitě poskytované sociální práce s pacienty. **Respondent č. 5** říká: *„Dle mého názoru ideální počet by byl 12 pracovníků, naše fakultní nemocnice je jednou z největších v ČR a poskytuje nadstandardní profesionální péči ve všech svých oborech, tudíž by tomu měl odpovídat i počet našich pracovníků. Obecně lze říci, že počet sociálních pracovníků v rezortu zdravotnictví je nedostatečný.“* (respondent č. 5). **Dle respondenta č. 4** by se měla zlepšit i vzájemná komunikace mezi multidisciplinárním týmem. Dále se shodují na tom, že se mezi širokou veřejností o sociální práci v nemocnici vůbec neví.

Poslední část byla věnována nejproblematictějšími případům, které sociální pracovníci řeší. V této části se opět respondenti shodují na tom, že složité případy jsou ty, kdy je pacient nesoběstačný, neorientovaný a bez rodiny. Je těžké se s tímto pacientem dohodnout na budoucím plánu. Problematické jsou i situace bezdomovců, lidí drogově závislých či nezletilých matek. **Respondent č. 2** uvádí problémy, které souvisí se sociální prací v nemocnici: *„Při zajištění pomoci našim pacientům se potýkáme s těmito problematickými oblastmi: nárůst pacientů v produktivním věku*

(chybí návaznost péče), nárůst složitých sociálních problémů, úroveň péče a možnosti zařízení následné péče, nedostatečný počet zařízení následné rehabilitační péče.“(respondent č. 2). **Respondent č. 3** dodává další problematiku oblasti: *„Neprovázané pokrytí potřebné péče terénními službami, nedostatečná spolupráce blízkých (ačkoli netrvá indikace k hospitalizaci, rodiny pacientů oddalují řešení návazné situace argumenty o zdravotním stavu pacienta; také je stále zažité podvědomí ve společnosti, že následná péče trvá neomezenou dobu a v zařízeních následné péče pacienti dožívají).*“(respondent č. 3). Respondenti se v odpovědích často shodují, každého z nich napadne ještě něco navíc. **Respondent č. 6** říká: *„Častým problémem jsou dlouhé čekací doby na umístění klienta do zařízení pobytové sociální péče, pozastavení dalšího řízení příspěvku na péči v průběhu hospitalizace, nedostatek agentur domácí péče s náročnou péčí o klienta, svoboda volby klienta a jeho blízkých.*“(respondent č. 6). V této výpovědi respondenta č. 6 je již zastaralá informace, jelikož výzkum byl proveden ještě před změnami zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, kde již zákon dává možnost řízení o příspěvku na péči i v průběhu hospitalizace pacienta. Avšak to, že příspěvek v průběhu hospitalizace není vyplácen je stále platné.

SHRNUTÍ:

Druhá část výzkumu byla zaměřena na náplň práce sociálního pracovníka v nemocnici, což také vede k zodpovězení hlavní výzkumné otázky, která se ptá na to, jaká je role sociálního pracovníka v nemocnici. V této části se sociální pracovníci shodují na prováděných činnostech, kde zmiňují hlavně: poskytování různých druhů poradenství (v případě potřeby podává sociální pracovník žádosti o příspěvek na péči, dále žádosti o příspěvky pro pacienty s těžkým zdravotním postižením jako jsou karty ZTP, ZTP/P, příspěvek na mobilitu, vyřizování kompenzačních pomůcek pro pacienta) Tyto žádosti jsou většinou podávány v situaci, kdy pacient nemá bližší příbuzné, kteří by mu žádost mohli podat. Zprostředkovává domácí zdravotní péči, pečovatelskou službu, osobní asistenci, atd. Sociální pracovník provádí sociální šetření většinou u pacientů, u kterých

potřebu sociálního šetření indikuje lékař, např. u pacientů nesoběstačných, bez bližších příbuzných, imobilních, bez domova, závislých na alkoholu či jiných návykových látkách apod. Dále sociální pracovník může zajišťovat duchovní službu u lůžka klienta, zajišťuje následnou lůžkovou péči – zdravotní i sociální jako např. léčebny dlouhodobě nemocných, domovy seniorů, pobytová zařízení hospicové péče, azylové domy, ošetrovatelská lůžka, atd. Sociální pracovník v nemocnici je v rámci multidisciplinarity spolupracuje i s ostatními odborníky z různých sociálních a zdravotnických zařízení. Těmito odborníky mohou být sociální pracovníci např. z úřadů práce, městských úřadů, domovů pro seniory, hospicových zařízení, z LDN zařízení, jiných nemocnic, rehabilitačních ústavů, dětských domovů, azylových domů a mnoha dalších.

OKRUH Č. 3: FUNGOVÁNÍ INTERDISCIPLINÁRNÍ SPOLUPRÁCE MEZI PERSONÁLEM NEMOCNICE

Třetí okruh byl věnován tématu fungování interdisciplinární spolupráce mezi personálem nemocnice. Tento okruh je důležitý k zodpovězení hlavní výzkumné otázky. Komunikace a předávání si informací mezi zdravotníky i nezdravotníky jsou velice důležité procesy při řešení pacientovi situace. Respondenti zmiňují pracovníky, se kterými přichází do kontaktu a s kterými pacientovu situaci řeší. Vztah sociální pracovník a ošetřující lékař je ze všech nejdůležitější, jelikož lékař sociálnímu pracovníkovi předává informace o zdravotním stavu. V této části respondenti zmiňují, co by se dle jejich názoru dalo zlepšit v zařízení, ve kterém pracují.

Tabulka č. 4: Shrnutí výsledků 3. okruhu

OTÁZKY	CÍL	ILUSTRATIVNÍ ODPOVĚDI
Funguje u Vás v nemocnici (oddělení) interdisciplinární tým pečující o pacienta?	Fungování či nefungování multidisciplinarity	<i>Ano, funguje...</i>
Kteří odborníci jsou součástí interdisciplinárního týmu?	Složení týmu	<i>Členem týmu je ošetřující lékař, všeobecné sestry, asistenti, psycholog, fyzioterapeut, nutriční terapeut, duchovní...</i>
Jak funguje spolupráce mezi personálem pečujícím o pacienta?	Fungování multidisciplinarity	<i>Co se týče komunikace s ošetřujícím lékařem, nemohu si stěžovat, řekne mi vždy potřebné informace o pacientovi</i>

Jak je dle Vašeho názoru vnímán sociální pracovník ostatním personálem?	Vnímání sociálního pracovníka ostatními	<i>Někteří se domnívají, že jsme ti, kdo chodí pouze s důchodem...</i>
Kdo je vaším nadřízeným? Mate v něm oporu?	Struktura	<i>Nadřízená je vedoucí oddělení a ta je podřízena náměstkyni pro nelékařská povolání...ano mám v ní oporu</i>
Myslíte si, že by se dalo něco zlepšit ve Vašem zařízení?	Možnosti zlepšení	<i>Vždy je co zlepšovat, ale asi vzájemná komunikace mezi personálem</i>

zdroj: vlastní výzkum

Třetí část výzkumu byla zaměřena na fungování interdisciplinární spolupráce mezi personálem nemocnice. Všechna zařízení, kde byl výzkum proveden, ať už se jedná o pražské, krajské či okresní nemocnice, se shodla na tom, že interdisciplinární spolupráce je klíčovým bodem v péči o pacienta. Tato spolupráce funguje ve všech zkoumaných zařízeních. Rozdílem je, jak je tato spolupráce nastavena, jak je rozsáhlá a intenzivní. **Respondent č. 1** říká: „*Multidisciplinární tým na jednotlivých klinikách – lékař, nelékař (fyzioterapeut, nutriční terapeut, všeobecná sestra, zdravotnický asistent), psycholog, ergoterapeut.*“ (respondent č. 1). **Respondent č. 10** zmiňuje uvedené odborníky a dodává: „...*psychiatr, duchovní.*“ (respondent č. 10). Samozřejmě neopomenutelným členem multidisciplinárního týmu je právě sociální pracovník či zdravotně-sociální pracovník. Cílem multidisciplinárního fungování je navrácení pacienta do jeho přirozeného prostředí. Avšak pokud tato možnost není, je nutno pacienta sociálně integrovat i v případě, že bude umístěn v nějakém sociálním či zdravotnickém pobytovém zařízení. Členové multidisciplinárního týmu se snaží vyřešit situaci pacienta formou předávání si informací a vzájemnou spoluprací. Tato spolupráce musí fungovat jednak mezi zdravotnickým personálem, ale zároveň i předáváním informací nezdravotnickým pracovníkům, jako je sociální pracovník, psycholog apod.

Respondent č. 7 říká: „Sociální práce je uskutečňována v úzké multidisciplinární spolupráci s celou řadou dalších osob, jako jsou zdravotní pracovníci, rodina pacienta, a také v úzké součinnosti s městskými úřady, úřady práce, zdravotnickými a sociálními zařízeními podle konkrétních potřeb a situace klienta. Koordinace a kontinuita služeb by měly odpovídat potřebám a možnostem našich pacientů.“ (respondent č. 7).

Interdisciplinární spolupráce začíná vždy indikací potřeby sociálního šetření, které vychází od zdravotnického personálu, tedy lékaře, někteří respondenti uvádí i staniční sestry, které mají na starost všechny pacienty na oddělení. **Respondent č. 9** říká: „Lékař indikuje potřebu sociálního šetření, tudíž nás vždy informuje o zdravotním stavu, o prognóze onemocnění, možnosti rehabilitace apod. V tomto okamžiku začíná interdisciplinární spolupráce.“ (respondent č. 9). Na základě žádosti lékařů či sester začíná multidisciplinární spolupráce, toto tvrzení udávají všichni respondenti. **Respondent č. 6** říká: „Spolupráce vychází samozřejmě od zdravotnického personálu, ale nesmíme zapomenout, že spolupráce začíná i v okamžiku, kdy o to požádá samotný pacient či jeho rodina.“ (respondent č. 6).

Vzájemná komunikace mezi personálem nemocnice je velmi důležitá, sociální pracovník většinou vychází z informací, které mu poskytne zdravotnický personál, popř. ze zdravotnické dokumentace pacienta. Sociální pracovník při řešení např. následné péče pro pacienta musí znát pacientovu diagnózu a především prognózu onemocnění, kvůli výběru specifického zařízení, kam bude pacient umístěn. Respondenti se shodují na tom, že komunikace mezi zdravotníkem a sociálním pracovníkem je velmi individuální. Každý člověk má různé povahové a osobnostní rysy a podle toho s Vámi také jedná. **Respondent č. 5** říká: „Komunikace s lékaři je opravdu individuální, jeden lékař je Vám v plné míře ochoten poskytnout veškeré informace, jiní zase nepovažují sociální práci v nemocnici za důležitou a podle toho se také k Vám chovají.“ (respondent č. 5). **Respondent č. 4** zmiňuje: „Mám zkušenost s tím, že pokud potřeba sociálního šetření vychází od lékaře, je spolupráce s ním bezproblémová. Avšak pokud tato potřeba vychází od pacienta či jeho rodiny, zdravotníci nemají potřebu s vámi situaci řešit.“ (respondent č. 4). Tuto zkušenost uváděl i **respondent č. 2 a č. 3**. Fungování

interdisciplinární spolupráce dle respondenta č. 3 naráží na vytiženost lékařů a sester. **Respondent č. 3** říká: „Komunikace s lékaři je složitá vzhledem k jejich vytiženosti, a v tomto případě je možností účast na lékařských vizitách, kde sociální pracovník dostane veškeré informace potřebné ke svému kvalitnímu výkonu sociální práce.“(respondent č. 3). S tímto výrokem se ztotožňují i někteří ostatní respondenti. **Respondent č. 1** dodává: „Problémem však je, že na některých klinikách sociální pracovník není přizván k lékařským vizitám, proto poté informace navíc vyžaduje od ošetřujících lékařů, kteří jsou velmi vytiženi a podle toho komunikace s nimi vypadá.“(respondent č. 1).

Sociální práce v nemocnici je povědomím veřejnosti téměř nedotčena. Většina lidí si nedokáže představit, co takový sociální pracovník v nemocnici dělá. Představa sociálního pracovníka v nemocnici veřejností, avšak i personálem nemocnice, je poněkud zkreslená. **Respondent č. 8** říká: „Občas jsme vnímáni jako ti, co „zařizují jídlo“ nebo „nosí důchody do nemocnice“, jsme ve zdravotnickém zařízení, tudíž je pochopitelné, že je upřednostňována zdravotní situace a stav pacienta. Je nutné, aby si lékaři uvědomili, že vhodně a cíleně zajištěnou sociální službou můžeme zkrátit dobu hospitalizace, zabránit rizikům rehospitalizace, a tak zabránit opakovaným návštěvám u lékaře.“(respondent č. 8). **Respondent č. 4** dodává: „Někteří si myslí, že jsme tam proto, abychom si přišli s pacientem povídat, pokud se zrovna cítí pesimisticky.“(respondent č. 4). **Respondent č. 5** říká s úsměvem: „Mám zkušenost s některými zdravotníky, že pokud si neví rady, co a jak, zavolají sociální. Nemají problém Vám toto říct. Zdravotníci zkouší, co vše jsme schopni za ně udělat.“(respondent č. 5). Sociální práci v nemocnici chybí zviditelnění, osvěta veřejnosti i odborníků o tom, co sociální práce v této oblasti poskytuje a zahrnuje.

Struktura sociálních oddělení je u většiny nemocnic stejná. Oddělení má několik pracovníků, kteří jsou podřízeni vedoucí oddělení. Pouze u bývalé okresní nemocnice a krajské nemocnice, kde byl rozhovor proveden, je pouze řádový sociální pracovník, který spadá pod vrchní sestru, či náměstkyni pro nelékařská povolání. **Respondent č. 8** říká: „Kvalita sociální práce je přímo závislá na sociálních pracovnících – na jejich

dovednostech a vzdělání, vedení a podpoře, na podmínkách, které pro svou práci mají. Naším bezprostředním nadřízeným je náměstkyně pro nelékařská zdravotnická povolání, oporu v ní máme po všech výše uvedených stránkách.“(respondent č. 8). Respondenti se shodují na tom, že je velmi důležitá opora ve svém nadřízeném např. při vzniku nějakého problému. Respondenti v rozhovorech většinou uvádějí, že jejich nadřízeným je vedoucí sociálního oddělení. Rozhovor byl proveden i s vedoucí oddělení, která je přímou podřízenou náměstkyně pro nelékařská povolání.

Poslední část výzkumu se týkala možností zlepšení. V této části respondenti opět zmiňují, že je potřeba zlepšit vzájemnou komunikaci mezi personálem nemocnice. **Respondent č. 10** říká: *„V rámci zajišťování zdravotně-sociálních služeb našim pacientům bych určitě navýšila počet sociálních pracovníků s patřičným ohodnocením, každá velká klinika by měla mít „svého,, sociálního pracovníka, dále účast a přizvání sociálního pracovníka na vizitách oddělení (nyní probíhá pouze na některých klinikách) a také větší kompetence v rámci multidisciplinárního týmu.*“ (respondent č. 10). S potřebou navýšení počtu sociálních pracovníků v nemocnicích přicházejí i ostatní respondenti. K dobře vykonané a kvalitně provedené sociální práci je potřeba více sociálních pracovníků v těchto zařízeních. Jeden z respondentů se v této části zmiňuje o řešení stížností. **Respondent č. 7** říká: *„Stížnosti se nevyskytují – v loňském roce na naši činnost nebyla ani jedna stížnost, stížnosti se objevují spíše na lékařskou péči (rodina samozřejmě očekává úplné uzdravení pacienta, přeje si pobyt v nemocnici do jeho úplného uzdravení apod.), vždy je to chyba v nedostatečné komunikaci, většinou ze strany zdravotníků (lékařů). Postup při vyřizování na našem oddělení – jde v součinnosti vedoucího oddělení s náměstkem pro nelékařská zdravotnická povolání.*“(respondent č. 7). **Dle respondenta č. 3** by mělo dojít celkově k větší osvětě a informovanosti veřejnosti ohledně sociální práce v nemocnici, mělo by dojít k pořádání více vzdělávacích akcí, kurzů, seminářů – a to jak pro veřejnost, tak pro odborníky z řad lékařů, sester, sociálních pracovníků.

SHRNUTÍ:

Multidisciplinární tým v nemocnici se snaží zlepšit kvalitu života pacienta. Nejlepší možnou variantou pro pacienta, avšak i pro rodinu a celý multidisciplinární tým je úplné uzdravení pacienta a jeho propuštěním do domácího prostředí. Pokud však pacientův zdravotní stav a sociální zázemí nedovoluje první variantu, méně přijatelnou variantou pro pacienta je umístění do pobytových zařízení sociální či zdravotní péče, např. léčeben dlouhodobě nemocných. K zlepšení kvality života je nezbytně důležitá komunikace mezi personálem, pacientem a jeho rodinou. Tato komunikace je důležitá k vyřešení situace a spokojenosti všech tří stran, kdy nejdůležitější je spokojenost pacienta. Multidisciplinární tým je většinou složen z řad odborníků – lékařů, všeobecných sester, zdravotních asistentů, sociálního pracovníka, psychologa, nutričního terapeuta, fyzioterapeuta, psychiatra, duchovního. Tento tým by si měl vhodným způsobem předávat informace, aby došlo ke správnému vyřešení pacientovi situace. Respondenti sdělili, že jsou oddělení, která vám poskytnou veškeré informace o pacientovi, plánují s vámi následnou péči a řešení pacientovi situace. Avšak jsou i oddělení, u kterých komunikace vážne. Samozřejmě záleží na osobnosti každého pracovníka. Ne všichni lékaři a sestry považují sociální práci za nezbytnou a potřebnou v nemocnici.

5 Diskuze

V následující části diplomové práce budou porovnány výsledky provedeného výzkumu společně s odbornou literaturou věnující se sociální práci v nemocnici. Kvalitativní výzkum byl proveden s deseti sociálními pracovníky z různých typů zdravotnických zařízení. Jednak jimi byly pražské nemocnice, krajské nemocnice a bývalá okresní nemocnice, která je soukromým zařízením. K zodpovězení hlavní výzkumné otázky sloužily tři tematické okruhy zabývající se rolí sociálního pracovníka v nemocnici. V rámci diskuze jsou vyjádřeny názory respondentů, ale zároveň i samotný názor autorky této diplomové práce, která na pozici sociálního pracovníka působí.

„Sociální práce je praktická profese a vědecký obor, které podporují sociální změnu, sociální soudržnost, práva a svobodu lidí. Zásady sociální spravedlnosti, lidských práv, kolektivní zodpovědnosti a respektování rozdílností jsou základem sociální práce. S pomocí teorií sociální práce, sociálních věd, humanitních oborů a tradičních (původních) poznatků, sociální práce zapojuje lidi a struktury do řešení problémů života a do posilování sociálního blaha“ (Společnost sociálních pracovníků ČR). Tato definice, která byla v červenci 2014 v Melbourne vyslovena mezinárodní organizací sdružující sociální pracovníky a jejich vzdělavatele, vymezuje roli sociálního pracovníka. Profesor Tomeš (2010) volí klíčová slova, která mohou identifikovat skutečnou sociální práci. Těmito snahami jsou úsilí o sociální soudržnost, boj proti sociální vyloučenosti, úsilí o realizaci sociálních práv každého člověka, realizaci sociální solidarity s potřebnými jedinci. Sociální práce byla vnímána spíše jako ošetrovatelská činnost v ústavech. Až ve 20. století se sociální práce pomalu dostává do oblasti školství, zdravotnictví a vězeňství. Dnes se již sociální práce vymezuje oproti ostatní sociálním vědám. Sociální pracovníci souhrnně diagnostikují individuální případ a zjišťují jeho zdravotní, psychologické, sociální, ekonomické a právní dimenze (Tomeš, 2010). Podle tohoto vyhodnocení, ve spolupráci s dalšími odborníky, hovoříme-li o sociální práci v nemocnici – ve spolupráci s lékařem, psychologem,

fyzioterapeutem atd., případ řeší společnými silami. O fungování interdisciplinární spolupráce bude řečeno níže.

První okruh otázek byl zaměřen na kvalifikaci a dovednosti sociálního pracovníka v nemocnici. Dle Tomeše (2010) jsou různé kvalifikační úrovně sociální práce. Jednou skupinou jsou úrovně realizační, dělí se na mikro, mezo a makro úrovně a druhou skupinou jsou řídicí úrovně. Jednotlivé úrovně vyžadují jiné vzdělání. U pracovníka poskytující asistenci a péči např. o pacienta postačí středoškolské vzdělání. U profesního výkonu, tedy výkonu sociální práce v nemocnici, je potřeba vysokoškolského vzdělání. Tato skutečnost v porovnání s výsledky výzkumu však naráží na nedostatky ve vzdělání. Většina respondentů dosahuje magisterského vzdělání, pravdou také je, že rozhovory byly provedeny i s pracovníky nižšího vzdělání. Otázkou zůstává, zda je středoškolské vzdělání společně s mnoha lety praxe lepší nežli magisterské vzdělání bez praxe. Dle mého názoru jsou obě varianty možné, každý z pracovníků má různé znalosti, dovednosti a zkušenosti. Sociální pracovníci, kteří působí ve zdravotnictví, by měli mít speciální dovednosti a znalosti v kontextu klienta v prostředí a v bio-psycho-sociální orientaci k praxi. Znalosti a dovednosti sociálního pracovníka umožňují kvalitní dojednání, plánování, intervenci, zhodnocení, spolupráci a komunikaci s pacienty a jejich rodinami. Nezbytná je u sociálního pracovníka v nemocnici komunikace, a to jak s týmem pečujícím o pacienta, tak se samotným pacientem a jeho rodinou (Mojžíšová in Tomeš, 2015). Dovednost komunikace často zmiňovali i respondenti působící v nemocnicích. Kromě umění komunikovat respondenti uvádí i potřebu znalosti platné legislativy sociální a zdravotní oblasti. Konkrétně by sociální pracovník měl mít přehled o různých sociálních a zdravotních pobytových či terénních zařízeních, které by mohl pacient a jeho rodina využít. Přehled by měl mít jak o státních, tak nestátních ziskových či neziskových organizacích, popřípadě církevních organizacích. Odborná literatura se shoduje s výpověďmi respondentů v oblasti osobnostních charakteristik. Dle Vallové (2008) je důležitá emocionální vyrovnanost, erudovanost, hodnotová neutralita, empatie atd. Toto sdělují i jednotliví respondenti, kteří navíc zmiňují asertivitu, která je důležitá k prosazení svého názoru, dále trpělivost, komunikativnost, aktivní pracovní nasazení. Dle mého názoru je

velice důležitá samostatnost. Sociální pracovník se každodenně setkává s různými případy pacientů, u nichž není řešení nijak právně zakotveno, a je potřeba se rychle rozhodnout, jak situaci pacienta vyřešit. Dle výsledků prvního okruhu vyšla **hypotéza H1: Klíčovou dovedností sociálního pracovníka v nemocnici je umět komunikovat s pacientem, jeho rodinou a interdisciplinárním týmem.**

Druhý okruh zodpovídající hlavní výzkumnou otázku byl zaměřen na náplň práce sociálního pracovníka v nemocnici, na jeho stěžejní pracovní činnosti, kompetence, přínos účasti na lékařských vizitách či práce s lékařskou dokumentací. Zákon o sociálních službách ovlivňuje každodenní činnosti sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních. Pracovní úkony jsou vymezeny v zákoně, jsou upraveny v pracovních popisech sociálních pracovníků v nemocnicích. Musíme rozlišovat sociálního pracovníka a zdravotně sociálního pracovníka. Na pozici sociálního pracovníka se vztahují dvě oblasti, a to jak zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, tak zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Z výše uvedeného plyne, že ve zdravotnických zařízeních mohou pracovat dva typy sociálních pracovníků. Rozdílem jsou odlišné požadavky na celoživotní vzdělávání. Dle respondentů má zdravotně sociální pracovník navíc absolvovaný zdravotnický kurz, tudíž má více kompetencí ze své pozice, např. možnost nahlédnout do zdravotnické dokumentace bez dohledu, což dle respondentů sociální pracovník může pouze s odborným dohledem. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, konkrétně § 9 uvádí činnosti zdravotně-sociálního pracovníka, které může konat bez odborného dohledu a bez indikace, např. provádět sociální prevenci, provádět sociální šetření, sestavovat plán psychosociální intervence, zajišťovat sociálně právní poradenství, účastnit se integrace pacientů, organizovat rekondiční pobyty, zajišťovat následnou péči pro pacienty, zajišťovat záležitosti spojené s úmrtím pacienta atd. Vyjmenované činnosti se shodují s tím, co uvádějí dotazování respondenti. Dle Kukly (2016) by sociální pracovník měl vše zkoumat, sledovat, shromažďovat a analyzovat, aby mohl hodnotit a uvést do pohybu plány a procesy, které povedou k co nejlepší reintegraci člověka do společnosti. Dle mého názoru je klíčovou činností sociálního pracovníka snažit se pacienta integrovat do jeho přirozeného prostředí a společnosti,

pokud to jeho zdravotní stav dovoluje. V případě, kdy je u pacienta potřeba následné péče, je nezbytná konzultace s pacientem o jeho možnostech a přáních. Je také nutné situaci probrat s rodinou nemocného. Sociální pracovník po dohodě s rodinou zajišťuje následná pobytová zařízení buďto sociálního či zdravotnického typu, jako např. LDN, rehabilitační zařízení, hospicovou péči, domovy seniorů, domy s pečovatelskou službou, ošetrovatelská lůžka, azylové domy pro osoby bez přístřeší atd. Respondenti zmiňují, že pracovní náplň na jednotlivých odděleních se výrazně neliší. Rozdílná je práce na akutních odděleních a odděleních následné péče. Dle Novákové et al. (2006) uvádí stejnou informaci jako respondenti, že pracovní náplň závisí na charakteru oddělení, zda jde o oddělení akutní či následné péče. Obecně je v náplni práce sociálního pracovníka v nemocnici poskytování sociálně právního poradenství, napomáhání resocializace pacienta, spolupráce s jeho rodinou a ostatními odborníky a institucemi. Sociální pracovník provádí anamnestická šetření s pacientem o jeho sociální, ekonomické, rodinné a bytové situaci při příjmu na oddělení. Pracovní činnosti jsou v odborné literatuře spíše okrajově a v základních teoretických bodech. Respondenti však zmiňují konkrétní každodenní činnosti. Respondent č. 1 říká: *„Indikace k zahájení řešení zdravotně sociálních potřeb pacientů vychází od ošetřujícího lékaře, všeobecné sestry či jiného člena multidisciplinárního týmu, rodiny pacienta, instituce nebo se klient přihlásí sám.“* (respondent č. 1). Tentýž respondent jmenoval následující činnosti: návrh na podání či úpravu příspěvku na péči, pomoc při vyřizování žádostí k přijetí (např. do domovů pro seniory, domovů se zvláštním režimem, domů s byty zvláštního určení), zajištění terénních zdravotních a sociálních služeb před propuštěním pacienta z nemocnice (např. zajištění domácí zdravotní péče, pečovatelské služby, osobní asistence apod.), zajištění přijetí na lůžka následné péče (nemocnice následné péče, léčebny dlouhodobě nemocných, následná rehabilitační péče apod.), podání žádostí do hospiců, zajištění domácí hospicové péče, zajištění ošacení a pomoc při zajištění ubytování osobám bez přístřeší, pomoc při vyřizování dokladů totožnosti, poradenství a pomoc při zajištění a zapůjčení kompenzačních pomůcek, pomoc při zažádání si o dávky státní sociální podpory a dávky pro osoby se zdravotním postižením, zajištění záležitostí souvisejících s úmrtím u osamělých pacientů, pomoc dle individuálních

požadavků klientů a jejich sociální situace (příloha č. 2). Z výsledků provedeného výzkumu vyplývá, že rozsah poskytovaných služeb sociálními pracovníky nemocnice je opravdu široký. Sociální pracovníci musí být erudovaní v mnoha oblastech sociální práce, jelikož přijdou do kontaktu s různými cílovými skupinami pacientů. Mohou jimi být osoby bez přístřeší, pacienti s psychiatrickými onemocněními, děti, senioři, osoby závislé na návykových látkách, oběti domácího násilí atd. S každou skupinou těchto osob musí sociální pracovník pracovat jiným způsobem a musí také vědět, jaké jsou pro tyto osoby možnosti. Dle Mojžíšové (2015) sociální pracovník by měl dobře znát svou komunitu, jelikož tato znalost vede ke zdárnému přeložení pacienta do zdravotní a sociální péče v terénu, do domácího prostředí pacienta. Z výsledků výzkumu dále plyne, že sociální práce v nemocnici je indikována vždy několika způsoby. Sociální pracovník přichází do kontaktu s pacientem buďto na žádost zdravotnického personálu, rodiny pacienta nebo na žádost samotného pacienta. Tuto indikaci práce sociálního pracovníka v nemocnici s pacientem zmiňovali všichni respondenti. Přínos účasti na lékařských vizitách jsou respondenty vnímány odlišně. Dle některých je účast na vizitě ztrátou času, ale jiných by mohla být velkým přínosem. Účast na vizitách se různí podle toho, na jakém oddělení respondent působí. Respondenti pracující na akutních odděleních se vizit většinou neúčastní, jelikož je zde hospitalizace pacienta velmi krátkodobá, kdežto na odděleních následné péče pacient může být hospitalizován až tři měsíce. V těchto situacích je velmi účelné účastnit se vizit. Dle mého názoru by účast na vizitách měla probíhat i na odděleních akutních. Svou účastí na těchto vizitách může sociální pracovník včas vyhledat pacienty, kteří se nacházejí nebo se mohou dostat do tíživé sociální situace. Zároveň se sociální pracovník dozví veškeré informace o zdravotním stavu a prognóze pacientovy nemoci, což je velice důležité a ne vždy se toto od zdravotnického personálu sociální pracovník dozví. Z druhého okruhu vychází **hypotéza H2: Sociální pracovník v nemocnici poskytuje rozmanité množství služeb pro nejrůznější cílové skupiny pacientů.** A dále dle výsledků vychází **hypotéza H3: Názory na důležitost účasti na lékařských vizitách se mezi sociálními pracovníky různí.**

Třetí okruh výzkumu se věnoval interdisciplinární spolupráci mezi týmem pečujícím o pacienta. Dle respondentů se interdisciplinární tým skládá z lékařů, všeobecných sester, sociálního pracovníka, nutričního terapeuta, fyzioterapeuta, psychologa, psychiatra a duchovního. Beder (2006) ve své knize zmiňuje ty samé odborníky jako respondenti a uvádí, že funkcí tohoto týmu je zhodnocení klientova problému a potřeb, získání relevantních informací, týmová výuka zaměstnanců, vypracování intervenčního plánu, etické aspekty rozhodnutí, delegování úkolů a odpovědnosti a evaluace zhodnocených výsledků. Dle Kuzníkové (2011) má sociální pracovník nezastupitelnou roli jako koordinátor činností a cílů týmu a manažera, který organizuje činnost týmu a spolupráci s profesemi vně organizace. Sociální pracovník často kromě odborníků z vně organizace, spolupracuje i s odborníky mimo nemocnici, jako jsou pracovníci OSPODu, pracovníci úřadu práce, sociální pracovníci různých sociálních a zdravotních pobytových zařízení, pracovníci terénních služeb atd. Z výsledků výzkumu dle výpovědí respondentů vyplývá, že spolupráce mezi profesemi v nemocnici funguje. Každý z nich však upozorňuje na to, že spolupráce s lékaři je obtížnější vzhledem k jejich vytíženosti. Dále zmiňují, že záleží na každém jednotlivém lékaři. Někteří z nich v dnešní době stále nepovažují sociální práci v nemocnici za důležitou a podle toho spolupráce s nimi funguje/nefunguje. Z vlastní zkušenosti vím, jak jsou někteří lékaři ochotni poskytnout veškeré potřebné informace, které ke své práci sociální pracovník potřebuje, avšak jsou i tací, kteří tuto práci stále nedoceňují. Pokud lékař není ochoten spolupracovat, pacientova situace je pak těžko řešitelná. Lékaři velmi často přenáší zodpovědnost na všeobecné sestry a sociální pracovníky s odůvodněním velké vytíženosti. Dle respondenta č. 9 je komunikace mezi personálem pečujícím o pacienta klíčová ve vyřešení jeho situace, s čímž se jako sociální pracovník v nemocnici velice ztotožňuji. Bartůněk a Ptáček (2011) píší o tom, jak jsou sociální pracovníci v českých podmínkách i přes velké úsilí, které na svou práci musí vynaložit, zdravotními pracovníky stále nedoceny. Dle mého názoru je to jak nedoceny zdravotnickými pracovníky, tak nedoceny společností a veřejností jako takové. Sociální práce je u nás málo viditelná, dle některých nepotřebná a podle toho i finančně ohodnocená, spíše absolutně neohodnocená. Z výsledků třetího okruhu vyvstává

hypotéza H4: Fungování interdisciplinární spolupráce je klíčové v řešení tíživé situace pacienta. A hypotéza H5: Sociální práce v nemocnici je zdravotními pracovníky a společnostmi nedoceněna.

Jsem si vědoma toho, že kvalitativní výzkum mohl být zkreslen hned několika proměnnými. Jednou z příčin zkreslení výzkumu mohla být skutečnost, že většina respondentů zaujímá pozici vedoucího oddělení, tudíž na rozhovor neměli tolik času a mohli na otázky odpovídat bez většího se rozmyšlení nad daným tématem. Výzkum mohl být dále zkreslen délkou praxe respondentů, která byla rozdílná. Někteří z nich v nemocnici pracují již dlouhá léta, ale někteří sociální práci v nemocnici teprve poznávají. Další proměnou může být skutečnost, že jednotliví respondenti působí v jiném zařízení, a to buď pražském, krajském a okresním. Avšak dle výsledků výzkumu se ukázalo, že rozdíly jsou mezi jednotlivými nemocnicemi minimální. Liší se hlavně v rozsahu poskytovaných služeb a počtu přidělených pacientů.

Domnívám se, že výzkum, který byl proveden, naplnil stanovený záměr. Výzkum si kladl za cíl zjistit, jaká je role sociálního pracovníka v nemocnici, tedy jaké jsou potřeba dovednosti k této pozici, co tato pozice sociálního pracovníka v nemocnici obnáší, jaká je náplň práce, stěžejní pracovní činnosti a kompetence sociálního pracovníka, zda v nemocnici funguje interdisciplinární spolupráce mezi personálem pečujícím o pacienta. Dle výsledků výzkumu nejočekávanější rolí sociálního pracovníka je moderátor v prostoru mezi prostředím nemocnice a sociálním prostředím pacienta. Sociální prostředí pacienta si představme jako prostředí, ve kterém se pohyboval předtím, než byl hospitalizován v nemocnici. Úkolem sociálního pracovníka je propojit tato dvě prostředí, přiblížit pacientovi jeho přirozené prostředí a odstranit bariéry, které mohla nemoc zapříčinit.

K větší zajímavosti by se výzkum dal rozšířit o názory na roli sociálního pracovníka zdravotnickým personálem pečujícím o pacienta, či názorem na sociálního pracovníka samotným pacientem. V rámci výzkumu měla být provedena kvantitativní deskripce počtu pracovníků působících v nemocnicích. Tato data byla požadována

v Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, avšak neúspěšně. Data o sociálních pracovnících v nemocnicích dle informací nevedou.

6 Závěr

Povolání sociálního pracovníka existuje v naší republice již od roku 1920, jehož zakladatelkou byla Alice Masaryková. Rok poté byla ustanovena první Společnost sociálních pracovníků a speciální škola. V roce 1950 byla její činnost jako taková ukončena v důsledku politických změn. Činnost se přesto schovala pod pláštěm lékařské společnosti J. E. Purkyně a také v podnikových personálních útvarech. Obnovena byla až v roce 1990 a tato Společnost byla již registrována jako občanské sdružení. Po revoluční změně začínají vznikat státní a nestátní, ziskové i neziskové organizace, jelikož se ve společnosti začalo objevovat stále větší množství sociálně patologických jevů. V době komunismu bylo uměle vytvořeno prostředí, které bylo bez sociálních problémů. Na tyto změny bylo nutné reagovat potřebou pomoci sociálních pracovníků, a to i v nemocničním prostředí. V zahraničí je role sociálního pracovníka v nemocnici stále více upevňována a oceňována jak společností, tak zdravotnickým personálem. U nás pozice sociálního pracovníka v nemocnici stále není v takové míře rozšířena.

Cílem diplomové práce je zjistit, jaká je role sociálního pracovníka v nemocnici. K zodpovězení hlavní výzkumné otázky: *Jaká je role sociálního pracovníka v nemocnici?* posloužily tři zkoumané oblasti, které vedly k naplnění předem stanoveného cíle.

První okruh byl zaměřen na zjištění potřebných dovedností a kvalifikace sociálního pracovníka v nemocnici, kdy bylo zjištěno, že u sociálních pracovníků převládá vysokoškolské magisterské studium. V rámci zjišťovaných dovedností respondenti apelují na potřebu umět dobře komunikovat, jak s pacientem a jeho rodinou, tak s týmem pečujícím o pacienta. Toto hodnotí jako klíčové k vyřešení nepříznivé situace pacienta. Druhý okruh byl věnován náplni práce sociálního pracovníka v nemocnici, jeho stěžejním pracovním činnostem, kompetencím a také účasti na lékařských vizitách. Z tohoto okruhu vyplývá, že sociální práce v nemocnici je velice rozmanitá, co se týče pracovních činností sociálního pracovníka. Sociální pracovníci poskytují jednak sociálně právní poradenství, zajišťují následná zdravotnická a sociální

pobytová zařízení, zajišťují terénní služby v případě propuštění pacienta do jeho přirozeného prostředí, spolupracují s úřady městských částí či úřady práce, zajišťují sociální pohřby v případě úmrtí pacienta, který nemá rodinu atd. Třetí okruh popisuje fungování interdisciplinární spolupráce v rámci týmu pečujícího o pacienta. Do tohoto týmu většinou patří lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovník, psycholog, fyzioterapeut, nutriční terapeut. Dle výsledků tato spolupráce v rámci nemocnice funguje a je nezbytná pro výkon sociální práce v nemocnici. Sociální pracovník vychází z poskytnutých informací v rámci multidisciplinárního týmu. Důležité je pro sociálního pracovníka znát zdravotní stav pacienta a prognózu jeho onemocnění.

Dle mého názoru by sociální práce měla být propojována se zdravotní péčí a stát se tak nedílnou součástí komplexní moderní péči o pacienta.

7 Použitá literatura

MONOGRAFIE:

1. ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2015-. ISBN 978-80-247-5147-4.
2. BEDER, Joan. *Hospital social work: the interface of medicine and caring*. New York: Routledge, 2006. ISBN 0-415-95067-8.
3. ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.
4. FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5046-0.
5. GULOVÁ, Lenka. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3379-1.
6. HAUKE, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5216-7.
7. HAVRDOVÁ, Zuzana. *Kompetence v praxi sociální práce: metodická příručka pro učitele a supervizory v sociální práci*. Praha: Osmium, 1999. ISBN 80-902081-8-5.
8. HAVRDOVÁ, Zuzana. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. 1. vyd. V Praze: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, 2010. ISBN 978-80-87398-06-7.
9. HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 407 s. ISBN 80-736-7040-2.
10. HAVRDOVÁ, Zuzana. *Organizační kultura v sociálních službách jako předmět výzkumu*. 1. vyd. Praha: FHS UK, 2011. ISBN 978-80-87398-15-9.

11. HERMANOVÁ, Gabriela. *Zdravotnictví a sociální práce*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2007. ISBN 978-80-87023-03-7.
12. HOLÁ, Lenka. *Mediace v teorii a praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3134-6.
13. JAROLÍMOVÁ, Eva a Miroslava HOLÁ. *Psychologie pro praxi ve zdravotně sociální péči*. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0178-1.
14. KODYMOVÁ, Pavla. *Historie české sociální práce v letech 1918-1948*. V Praze: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2256-9.
15. KUKLA, Lubomír. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-3874-1.
16. KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3843-7.
17. KUZNÍKOVÁ, I. et al. 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3676-1
18. KUZNÍKOVÁ, Iva a Věra MALÍK HOLASOVÁ. *O sociální práci pro management zdravotnických organizací*. V Ostravě: Ostravská univerzita v Ostravě, 2012. ISBN 978-80-7368-987-2.
19. LAWRENCE, R. J. *Professional social work in Australia*. Canberra: Australian National University, 2016.
20. MACKOVÁ, Marie. *Sociální práce s umírajícími a pozůstalými*. Vydání první. Brno: Marie Macková, 2015. ISBN 978-80-260-8949-0.
21. MACH, Jan. *Univerzita medicínského práva*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-5113-9.
22. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.
23. MALÍK HOLASOVÁ, Věra. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4315-8.
24. MATOUŠEK, O. 2003a. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 384 s. ISBN 80-7178-548-2

25. MATOUŠEK, O. 2003b. Slovník sociální práce. Praha: Portál, 387s. ISBN 80 - 7178-549-0
26. MATOUŠEK, O. KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. 2005. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, 352 s. ISBN 80-7367-002-X
27. MATOUŠEK, O., et al. 2011. Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Praha: Portál, 200s. ISBN 978-80-262-0041-3
28. MATOUŠEK, O., et al. 2001. Základy sociální práce. Praha: Portál, 309s. ISBN 80-7178-473-7
29. MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.
30. MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
31. MOJŽÍŠOVÁ, A. 2008. Kapitoly sociální práce. 2008. České Budějovice. ISBN 978-7394-081-2
32. NAVRÁTIL, P. 2001. Teorie a metody sociální práce. Brno: Marek Zeman, 168s. ISBN 80-903070-0-0
33. NEČASOVÁ, M. 2008. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 384 s. ISBN 978-80-7367-502-8
34. NOVÁKOVÁ, Iva. 2011. Zdravotní nauka 2. díl – učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada, 208 s. ISBN 978-80-247-3709-6
35. NOVOSAD Libor, 2000. Základy speciálního poradenství. Praha: Portál, 160s. ISBN 80-7178-197-5
36. PLEVOVÁ, Ilona. *Management v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3871-0.
37. PROCHÁZKA, Roman. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4451-3
38. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, c2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.

39. SMUTKOVÁ, L. 2007. Sociální práce s rodinou. Hradec Králové: Gaudeamus, ISBN 978-80-7041-069-1
61. STRIEŽENEC, Š. 1999. Ú
40. SOKOL, R., TREFILOVÁ, V. 2008. Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb. Praha: ASPI, 444 s. ISBN 978-80-7357-316
41. TOMEŠ, Igor. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-680-3.
42. TOMEŠ, Igor. *Sociální právo České republiky*. 2., přepracované vydání. Praha: Wolters Kluwer, 2015. ISBN 978
43. TOMEŠ, Igor. *Obory sociální politiky*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-868-5-80-7478-941-0.
44. TOMEŠ, Igor, Eva DRAGOMIRECKÁ, Katarina SEDLÁROVÁ a Daniela VODÁČKOVÁ. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2941-4.

ČLÁNEK V PERIODIKU

45. AMBROSE-MILLER W a ASHCROFT R. Challenges Faced by Social Workers as Members of Interprofessional Collaborative Health Care Teams. *Health* [online]. 2016, **41**(2), 101-9 [cit. 2016-12-19]. ISSN 03607283.
46. MLČÁK, Zdeněk, SLÍVA, Karel, 2005. *KONTAKT - časopis pro ošetrovatelství a sociální vědy ve zdraví a nemoci.: Pracovní a životní spokojenost Sociálních pracovníků a Percepce rozvoje jejich profesních kompetencí* [online]. **2005**(7) [cit. 2016-12-19]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/3-4~2005/313-pracovni-a-zivotni-spokojenost-socialnich-pracovniku-a-percepce-rozvoje-jejich-profesnich-kompetenci>
47. PERES J. A Time and Place: The Role of Social Workers in Improving End-of-Life Care. *Journal Of Social Work In End-Of-Life* [online]. 2016, **12**(3), 185-94 [cit. 2016-12-19]. DOI: 10.1080/15524256.2016.1200522. ISSN 15524264.

48. POCKETT, Rosalie, Michelle PEATE, Kim HOBBS, Monika DZIDOWSKA, Melanie L BELL, Brandi BAYLOCK a Irwin EPSTEIN. The characteristics of oncology social work in Australia: Implications for workforce planning in integrated cancer care. *Asia Pacific Journal of Clinical Oncology* [online]. 2016, **12**(4), 444-452 [cit. 2016-12-19]. DOI: 10.1111/ajco.12482. ISSN 17437555.

WEBOVÉ STRÁNKY

49. Oddělení sociální. *Fakultní nemocnice v Motole* [online]. Praha, 2012 [cit. 2016-12-19]. Dostupné z: <http://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/spolecna-pracoviste/oddeleni-socialni/>
50. Úsek pro nelékařská zdravotnická povolání: Oddělení zdravotně sociální. *Všeobecná fakultní nemocnice v Praze* [online]. Praha, 2012 [cit. 2016-12-19]. Dostupné z: <http://www.vfn.cz/>
51. Zdravotně sociální oddělení. *Thomayerova nemocnice* [online]. Praha, 2016 [cit. 2016-12-19]. Dostupné z: <http://www.ftn.cz/zdravotne-socialni-oddeleni-76/>
52. Mezinárodní etický kodex. *Společnost sociálních pracovníků ČR* [online]. Praha, 2016 [cit. 2016-12-19]. Dostupné z: <http://socialnipracovnici.cz>
53. ČADKOVÁ SVEJKOVSKÁ, Michaela, Michaela CHRDLOVÁ a Šárka SLAVÍKOVÁ. Rodina s onkologicky nemocným dospělým. *Sociální práce/ Socialna praca* [online]. **2014** [cit. 2016-12-19]. Dostupné z: <http://socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=3&clanek=485>

LEGISLATIVA

54. ČESKO. Zákon č. 96 ze dne 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2008, částka 109, s. 5206-5247. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: www.mvcr.cz/soubor/sb109-08-pdf.aspx.

55. ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257-1289. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2006/sb037-06.pdf>.
56. ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 20, s. 482-5433. ISSN 1211-1244. Dostupná také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2011&typeLaw=zakon&What=Rok&stranka=15>.
57. Interní dokumenty jednotlivých nemocnic

AKADEMICKÉ PRÁCE

58. SVOBODOVÁ, Nikola. *Dostupnost sociálních služeb v problematice domácího násilí páchaného na ženách z pohledu sociálních pracovníků*. České Budějovice, 2014. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita.

8 Seznam zkratk

atd. – a tak dále

apod. – a podobně

aj. – a jiné

tzn. – to znamená

LDN – Léčebny dlouhodobě nemocných

OSPOD – Orgán sociálně právní ochrany dětí

IFSW – Mezinárodní federace sociálních pracovníků (Internation Federation of social workers)

9 Přehled příloh

9.1. Okruhy otázek pro rozhovor se sociálními pracovníky

9.2. Kazuistiky sociálních pracovníků

9.1 Okruhy otázek pro rozhovor se sociálními pracovníky

Dílčí výzkumná otázka č. 1	Otázky k rozhovoru
Jakými dovednostmi a kvalifikací sociální pracovník v nemocnici disponuje?	<p>Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?</p> <p>Absolvoval/a jste nějaký kurz či školení potřebné pro pozici zdravotně sociální pracovník?</p> <p>Jak dlouho již pracujete na pozici zdravotně sociálního pracovníka?</p> <p>Jakými odděleními jste za dobu své praxe prošel/a?</p> <p>Existují rozdíly v požadavcích na vzdělání a dovednosti na jednotlivých odděleních?</p> <p>Jaké podle Vás by měl mít zdravotně sociální pracovník</p>

	osobnostní charakteristiky potřebné pro tuto pozici?
	Jaké jsou podle Vás klíčové dovednosti zdravotně sociálního pracovníka?
	Kolik zdravotně sociálních pracovníků sčítá oddělení, na kterém pracujete?
	Je tento počet dle Vašeho názoru dostačující? Pokud ne, kolik by bylo potřeba pracovníků navíc?
	Máte možnost využít individuální, skupinové či týmové supervize ve Vaší organizaci?
	NE: Uvítal/a byste tuto možnost?
	ANO: V čem spatřujete její výhody či nevýhody?

Dílčí výzkumná otázka č. 2	Otázky k rozhovoru
Jaká je náplň práce sociálního pracovníka v nemocnici?	Jaké jsou Vaše stěžejní pracovní činnosti?
	Co vše zahrnuje pomoc, kterou

nabízíte pacientům?

Děláte nějaké činnosti, které podle Vás spadají do kompetence jiných osob pracujících v nemocnici?

Kdo Vám přiděluje pacienty? Jak tento proces přijímání pacientů probíhá?

Máte přístup k lékařským záznamům pacienta, se kterým pracujete?

S čím se na Vás pacienti a jejich rodiny nejčastěji obrací?

V čem spatřujete největší přínos sociální práce v nemocnici? Je podle Vás nezbytná?

Účastníte se lékařských vizit, které probíhají na oddělení? Co Vám to přináší?

Docházíte i na sociální šetření do přirozeného prostředí klienta?

Existují podle Vás nějaké činnosti, které neděláte, ale dle Vašeho názoru by je měl zajišťovat

	zdravotně sociální pracovník nemocnice?
	V čem spatřujete největší mezeru zdravotně sociální práce v nemocnici?
	Jaké případy pacientů shledáváte jako nejproblematictější?

Dílčí výzkumná otázka č. 3	Otázky k rozhovoru
Funguje mezi personálem nemocnice interdisciplinární spolupráce?	Funguje u Vás na oddělení interdisciplinární tým pečující o pacienta?
	Kteří odborníci do týmu patří?
	Jak funguje spolupráce mezi personálem pečujícím o pacienta?
	Dochází k předávání informací mezi lékaři a sociálními pracovníky?
	Jak je dle Vašeho názoru zdravotně sociální pracovník vnímán ostatním personálem nemocnice?
	Kdo je Vaším nadřízeným a cítíte

	v případě problému oporu ve Vašem nadřízeném?
	Myslíte si, že by se dalo zlepšit ve vašem zdravotnickém zařízení?

9.2 Kazuistiky sociálních pracovníků

9.2.1 Kazuistika č. 1

V prvním okruhu otázek byl respondent tázán na dovednosti a kvalifikaci, která je potřeba k výkonu povolání sociálního pracovníka v nemocnici. Respondent č. 1 má vysokoškolské magisterské studium. První respondent je zdravotně sociálním pracovníkem, k jehož výkonu je potřeba absolvovat zdravotně sociální kurz. V nemocnicích se setkáváme buďto se sociálními pracovníky nebo zdravotně-sociálními pracovníky. Rozdíl v pozici je minimální. Zdravotně sociální pracovník má základy zdravotnického vzdělání, ale náplň práce je stejná jako u sociálního pracovníka. Oba tito pracovníci zajišťují následnou péči pro pacienty. Rozdílné je finanční ohodnocení a na zdravotně sociálního pracovníka se nevztahuje zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Respondent za dobu své praxe (10 let) prošel několika odděleními zajišťující péči pacientům. Dle názoru respondenta jsou požadavky na všech odděleních stejné, ať už se jedná o pacienty vyžadující pomoc na akutním lůžku, či lůžku následné péče. Náplň práce je však trochu rozdílná mezi odděleními akutními a následnými. Dle respondenta by pracovník pracující v nemocnici měl být trpělivý, ochotný naslouchat, empatický, komunikativní a prosociální. Klíčovými dovednostmi jsou umění komunikovat s rodinami pacientů, komunikace s úřady. Sociální pracovník by měl mít přehled ohledně fungujících sociálních zařízení v okolí, kam by bylo možné pacienta

z nemocnice přeložit. Vědět, co tyto organizace nabízejí, jaká je jejich cílová skupina apod. Respondent působí v nemocnici, která sčítá 15 sociálních pracovníků, což považuje za dostačující. Každý z pracovníků má přidělené své oddělení, se kterým komunikuje ohledně následné péče pro pacienta. Respondent považuje za důležitou i možnost využití supervize v rámci celého kolektivu. Výhody spatřuje v předání si informací a zkušeností.

Druhý okruh otázek se týkal náplně práce sociálního pracovníka v nemocnici. Dle respondenta sociální práce v nemocnici začíná v následujících případech. Indikace k zahájení řešení zdravotně sociálních potřeb pacientů vychází od ošetřujícího lékaře, všeobecné sestry či jiného člena multidisciplinárního týmu, rodiny pacienta, instituce nebo se klient přihlásí sám. U dospělých pacientů se jedná zejména o následující: není-li schopen vykonávat aktivity denního života jako je stravování, oblékání, obouvání, udržování tělesné hygieny, snížení výkonů fyziologických potřeb, péče o zdraví, péče o domácnost, pokud je osamělý, není orientován, je-li narušena míra soběstačnosti, vyžaduje-li následnou zdravotně sociální péči, pokud se ocitne bez bydliště, v hmotné nouzi, pokud se u něj vyskytne onemocnění s dlouhodobými následky. U dětských pacientů se jedná zejména o následující: nezletilá matka, podezření na požívání alkoholu a návykových látek. Setkáváme se i s případy podezření, že je dítě zanedbáváno, v horším případě sexuálně zneužíváno či dokonce týráno. Řešíme případy dětí přijatých z dětského domova nebo z jiného azylového zařízení, podezření na šikanu ve škole či vrstevníky, podezření na ohrožení výchovy a vývoje dítěte. Dalším z případů, kdy je indikována sociální práce – pokud zanechá své dítě po porodu v našem zařízení. Pokud je potřeba sociálního šetření u lůžka pacienta, většinou se týká těchto oblastí. Respondent zjišťuje sociální anamnézu: - bytová situace, ekonomické poměry, zaměstnání, studium, doprava atd. osobní anamnézu: základní identifikační a další osobní údaje o pacientovi/klientovi, včetně vývoje jeho situace. Rodinná anamnéza: základní údaje o rodině a rodinných příslušnících – rodiče, děti, sourozenci... Nynější onemocnění – základní diagnóza vedoucí k problémové situaci, prognóza onemocnění, schopnost rehabilitace. Příklady konkrétní pomoci: návrh na podání/úpravu příspěvku na péči, pomoc při vyřizování žádostí k přijetí do zařízení pobytových sociálních služeb

(např. do domovů pro seniory, domovů se zvláštním režimem, domů s byty zvláštního určení), zajištění terénních zdravotních a sociálních služeb před propuštěním pacienta z nemocnice (domácí ošetrovatelská péče, pečovatelská služba, osobní asistence apod.), zajištění přijetí na lůžka následné péče (nemocnice následné péče, léčebny dlouhodobě nemocných, následná rehabilitační péče apod.), informace o respitní a hospicové péči (podání žádosti/přijetí do hospiců, zajištění domácí hospicové péče), zajištění ošacení a pomoc při zajištění ubytování osobám bez přístřeší (Armáda spásy, Centrum sociálních služeb – Azylový dům s ošetrovatelskou péčí, Charitas, Naděje apod.) a pomoc při vyřizování dokladů totožnosti, poradenství a pomoc při zajištění a zapůjčení kompenzačních pomůcek, pomoc můžeme poskytnout rodině v případě podání žádosti o různé druhy příspěvků, např. příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu, kartu ZTP. Zajišťujeme i záležitosti související s úmrtím u osamělých zemřelých pacientů, pomoc dle individuálních požadavků klientů a jejich sociální situace. Pokud některé služby nemohou být zajištěny, poskytují v souladu se zákonem č.108/2006 Sb. o sociálních službách základní poradenství a je předán kontakt na vhodného poskytovatele služby, případně informační materiály k dané problematice. Sociální pracovníci mají vždy přístup k lékařským záznamům pacienta, z čehož vycházejí ve své práci. Dle respondenta je sociální práce v nemocnici nezbytná. Co se týče účasti na lékařských vizitách, tak je to individuální. Lékařské vizity jsou určené spíše po pracovníky následné péče, kde pacient leží delší dobu a řeší se, co s pacientem bude dále. Na akutních lůžkách je účast nevýznamná vzhledem k délce hospitalizace na těchto odděleních.

Třetí okruh otázek byl zaměřen na interdisciplinární spolupráci mezi personálem nemocnice. Dle respondenta tato spolupráce v jejich nemocnici funguje. Členy týmu jsou lékaři, sestry, fyzioterapeuti, psycholog, duchovní, zdravotničtí asistenti, ergoterapeuti či nutriční terapeuti. Mezi těmito pracovníky dochází k předávání si informací týkajících se pacienta. Nejdůležitější je předání informací sociálnímu pracovníkovi od lékaře. Dle respondenta je toto hodně individuální a záleží, s jakým lékařem zrovna jedná. Někteří lékaři oceňují práci sociálního pracovníka a dávají mu to najevo, ale jsou i případy, kdy lékaři tuto profesi za důležitou nepovažují. Dle

respondenta je však tato komunikace mezi personálem klíčová pro správné vyřešení situace pacienta.

9.2.2 Kazuistika č. 2

Druhý respondentem byl sociální pracovník jedné z krajských nemocnic. Jeho vzdělání dosahuje magisterského titulu a praxi na této pozici má 5 let. Důležitým rozdílem mezi pražskými a krajskými nemocnicemi je vidět v počtu pracovníků působících v nemocnici. V krajské nemocnici, ve které byl dotazován respondent, je pouze 1,5 úvazku. Respondent pracuje na plný úvazek, kdy zajišťuje veškerou následnou péči pacientům na akutních lůžkách. Pracovník zaměstnaný na zkrácený úvazek má oddělení následné péče. Vzhledem k takovéto vytiženosti respondent reaguje na otázku, zda je počet pracovníků v nemocnici dostačující, velmi asertivně. Dle jeho názoru je tento počet absolutně nevyhovující. Práce, kterou odvádí, nemůže být stoprocentní, jelikož má na starost velký počet pacientů. Pro kvalitně odvedenou práci by bylo potřeba alespoň o dva pracovníky navíc. Dle respondenta jsou požadavky na dovednosti pracovníka trochu odlišné. Pokud pracovník zajišťuje následnou péči pro pacienty na akutních lůžkách, pokud pracovník řeší pacienty dětské (porodnice) či pacienty vyžadující paliativní medicínu. Zde je rozdílná komunikace s rodinou, samotným pacientem i organizacemi. U pacientů s onkologickým onemocněním a u dětí pracovník potřebuje větší psychickou odolnost. Situace, ve které se tito pacienti nacházejí, bývají velmi složité a vyžadující zkušeného sociálního pracovníka. Zde je i částečná odpověď na otázku, jaký by sociální pracovník měl být? – psychicky odolný, trpělivý, komunikativní, empatický apod. Co se týče supervize v organizaci, tak tuto možnost v nemocnici nemají, pouze formou konzultace s kolegou.

Druhý okruh týkající se náplně práce pracovníka se shoduje s předešlým respondentem. Obecně sociální práce v nemocnici je stejná ve všech nemocnicích. Liší se pouze v drobnostech a rozsahu této práce. Je téměř jasné, že sociální pracovník působící v nemocnici sám, nemůže zajistit takovou péči všem pacientům, jako

pracovníci ve větších nemocnicích, kteří mají na starosti jednotlivá oddělení. Dle respondenta vypadá jeho běžná náplň následně: sociální pracovník provádí sociální šetření u lůžka pacienta, zajišťuje následné sociální služby, komunikuje s úřady, konzultuje s rodinami. Sociální pracovník může nahlédnout do lékařských záznamů, které jsou důležité k jeho práci. Dle respondenta do těchto záznamů však může nahlédnout jen zdravotně sociální pracovník, nikoliv sociální pracovník bez odborného dohledu. Tuto informaci následně sdělilo i několik dalších respondentů. Dle respondenta je sociální práce v nemocnici nezbytná. Pokud by tuto práci, kterou vykonává sociální pracovník, měl vykonávat zdravotnický personál, bylo by to nemožné. Pracovník krajské nemocnice zmínil, že na některých nemocničních odděleních se též zúčastňuje lékařských vizit. Účast na lékařských vizitách spatřuje jako velké pozitivum, jelikož má veškeré informace o pacientovi, slyší názor lékařů, ví co je s pacientem v plánu a může dle těchto informací dále pracovat. Komunikace s lékaři na některých odděleních není jednoduchá, vzhledem k jejich velké vytíženosti. V tomto případě je účast na lékařských vizitách velkým přínosem i pro sociálního pracovníka.

Třetí okruh fungování interpersonální spolupráce v nemocnici byl již trochu zmíněn výše. Komunikace mezi personálem nemocnice dle sociálního pracovníka funguje. Důležitá je dle respondenta hlavně komunikace mezi lékařem, sociálním pracovníkem, sestrami, fyzioterapeuty či psychologem. Jak již bylo řečeno, komunikace s lékaři je složitá vzhledem k jejich vytíženosti, a v tomto případě je možností účast na lékařských vizitách, kde sociální pracovník dostane veškeré informace potřebné ke svému dobrému výkonu sociální práce. K zajištění následné péče pro pacienta, který není soběstačný, nebo potřebuje nějakou další následnou péči, je potřeba vědět, jaká je jeho diagnóza a prognóza. S tím sociální pracovník pracuje a dle toho se řídí.

9.2.3 Kazuistika č. 3

Třetím respondentem byl sociální pracovník, teď již bývalé, okresní nemocnice. Respondent v této nemocnici má magisterské vzdělání a na pozici působí čtvrtým

rokem. V nemocnici je respondent sám, jako jediný sociální pracovník, což vzhledem k velikosti nemocnice, je málo. Dle respondenta by bylo potřeba alespoň o jednoho pracovníka navíc, což by bylo znát i na kvalitě odvedené sociální práce. Respondent má na starost všechna oddělení nemocnice včetně oddělení následné péče a sociálních lůžek.

K okruhu týkající se náplně sociálního pracovníka v nemocnici respondent zmiňuje celou řadu činností, které spadají do jeho kompetence. Jednou ze stěžejních činností je zprostředkování následné péče podle zdravotního stavu pacienta. Pacientovi je zajišťována péče v odpovídajícím zdravotnickém či sociálním zařízení. Tato potřebná péče je vždy indikována ošetřujícím lékařem za souhlasu pacienta a jeho rodiny. Nejčastěji pracují s klienty v seniorském věku, s dětmi, s osamělými osobami, osobami s nevyлéčitelným onkologickým onemocněním, kde řeší zajištění např. hospicové péče. Setkávají se s pacienty s různým typem postižením jako např. pohybové, mentální, atd. Mezi pacienty najdeme i osoby psychicky nemocné, dementní, závislé na různých návykových látkách, osoby bez přístřeší, bez příjmů, atd. Mezi každodenní činnosti sociálního pracovníka patří: poskytování nejrůznějších poradenství, ať už se jedná o poradenství, sociální či právní. Rodina se většinou na pracovníka obrací s žádostí o radu ohledně podávání žádostí o příspěvek na péči či příspěvek na mobilitu. Sociální pracovník zprostředkovává domácí zdravotní péči, pečovatelskou službu, osobní asistenci, předává kontakty na půjčovny kompenzačních pomůcek. V případě špatné prognózy u pacienta s onkologickým onemocněním je rodina edukována o hospicové péči a to jak pobytové, tak mobilní, která je poskytována v přirozeném prostředí pacienta. Respondent uvádí, že je součástí multidisciplinárního týmu a účastní se lékařských vizit. Díky této účasti na vizitách má možnost se setkat se všemi pacienty a vyhledávat tak potencionální jedince, kteří budou potřebovat pomoc sociálního pracovníka. Sociální pracovník pracuje s pacienty, které uzná za sociálně potřebné, tzn. např. s těmi, co nemají rodinu, nikoho, kdo by se o ně mohl postarat, zároveň jsou upoutáni na lůžko a je u nich potřeba celodenní zdravotní či ošetrovatelské péče. V případě potřeby může sociální pracovník zajistit např. psychologa, duchovního, který v nemocnici působí. Jednou z činností je zajišťování následné péče. Respondent tím má

na mysli zprostředkování léčeben pro dlouhodobě nemocné, domov pro seniory, domovy s pečovatelskou službou, hospicovou péčí, azylové domy, ošetrovatelská lůžka atd. Pomáhá zajišťovat terénní služby - pečovatelská služba, domácí zdravotní péče, osobní asistence. V rámci multidisciplinarity by měl sociální pracovník spolupracovat nejen s personálem nemocnice, ale také s pracovníky mimo ni - s pracovníky úřadu práce, městských úřadů, sociálními pracovníky v různých zdravotních a sociální zařízeních.

V nemocnici, ve které pracuje třetí respondent, fungují tzv. sociální lůžka. Sociální lůžka jsou určena pacientům, kteří již nepotřebují akutní zdravotní péči, ale zároveň nemohou být propuštěni do svého domácího prostředí, jelikož není nikdo, kdo by se o ně mohl postarat. Sociální lůžko je určeno pacientovi, který čeká na místo v různých sociálních zařízeních, jako jsou domovy pro seniory, domy s pečovatelskou službou či stacionáře. Na oddělení sociálních lůžek se řídí zákonem o sociálních službách a dle tohoto zákona také poskytují své služby – např. poskytnutí stravy, pomoc s hygienou apod.

Odpovědi na otázky jsou velmi shodné s předchozími respondenty. Respondent shodně říká, že nejdůležitější je komunikace s lékaři a zdravotními sestrami, které mají informace ohledně diagnózy a prognózy pacienta, zároveň jsou v kontaktu s rodinou. Pro sociálního pracovníka je klíčové, zda se pacient může vrátit do svého přirozeného prostředí, nebo zda bude potřeba zajistit jiné zařízení. Respondent se shoduje na tom, že interpersonální komunikace je velice důležitá a pro vyřešení pacientovy situace klíčová.

9.2.4 Kazuistika č. 4

Čtvrtý respondent má vysokoškolské bakalářské studium, dokončující magisterské studium. Praxi jako sociální pracovník v nemocnici má zatím minimální, pár měsíců. Avšak v odpovědích v rozhovoru se velmi shodoval s ostatními respondenty působících v oblasti již léta. Respondent pracuje v jedné z pražských nemocnic, kde je zaměstnáno

9 sociálních pracovníků. Každý z nich má na starosti různá oddělení. Respondent je sociálním pracovníkem, nikoliv však zdravotně sociálním pracovníkem. V těchto pozicích je rozdíl ve vzdělání. Zdravotně sociální pracovník má navíc základy zdravotnictví, tudíž má možnost nahlížet do lékařských záznamů bez potřeby odborného dohledu. Na zdravotně sociálního pracovníka se nevztahuje zákon o sociálních službách. Respondent zajišťuje následnou péči pacientům na akutních lůžkách - chirurgie a pneumologie. Dle respondenta se práce na akutních lůžkách liší od práce na odděleních následné péče. Respondent zdůrazňuje, že na akutní lůžka je velký nátlak, tudíž sociální práce je zde prováděna v rádech maximálně pár dnů. Pacienta je potřeba přeložit v tu chvíli, kdy již nepotřebuje akutní péči, ale péči následnou. V tomto nemocničním zařízení funguje týmová supervize, které se účastní všichni sociální pracovníci společně s vedoucím pracovníkem. Respondent ji vnímá pozitivně, dochází tak k předání informací a zkušeností. Každý z pracovníků přináší téma, které je pro něj nějakým způsobem složité, nevyjasněné a rád by se o něm poradil se svými kolegy.

Proces přijímání pacientů je ve většině nemocnic stejný. Sociální šetření se zahajuje na základě žádosti lékaře či staniční sestry. Žádosti jsou podávány formou elektronické žádanky, kde je uvedeno, co je u pacienta vzhledem k jeho zdravotní a sociální anamnéze potřeba. Druhým způsobem zahájení šetření může být zadání pacienta na následnou péči v rámci nemocnice, kdy pacient již nepotřebuje akutní péči, ale péči následnou. V tomto případě sociální pracovník provádí sociální šetření u lůžka pacienta. Sociální šetření se skládá ze zjišťování sociální anamnézy pacienta – bytové poměry, hmotné poměry, rodinné poměry apod. Sociální pracovník vychází ze zjištěných informací a řeší pacientovu následnou situaci. Pokud pacient nevyžaduje již akutní péči a je možnost jeho propuštění, může lékař zažádat o zařízení domácí ošetrovatelské péče či terénní pečovatelské služby. V případě, že pacient ještě vyžaduje následnou péči, řeší sociální pracovník jeho umístění v jiném zdravotnickém zařízení – rehabilitační ústavy či v zařízení sociálním – domovy pro seniory, domy s pečovatelskou službou, hospicová péče, lůžka následné péče, apod. V případě, že je pacient bez finančních prostředků, zajišťuje pracovník např. azylový dům. Kromě zajišťování následné péče jednájí sociální pracovníci s úřady, pojišťovnami, rodinami.

Vyřizují za pacienta žádosti o dávky, důchody, sociální pohřby, apod. Činností, které sociální pracovník vykonává v rámci svého zaměstnání v nemocnici, je nespočet. Každá situace pacienta je individuální a nějakým způsobem odlišná. Dle respondenta některé činnosti by ani do jeho kompetencí spadat neměly. Jednou z nich je zařizování rehabilitačních ústavů. Dle názoru respondenta je to spíše náplň práce pro lékaře. Dle respondenta nevykonávají terénní sociální práci, ani by tato práce nemohla být v jejich kapacitě.

Dle respondenta je interdisciplinární spolupráce mezi personálem nemocnice klíčová v řešení situace pacienta. Respondent se neúčastní lékařských vizit, ale má možnost nahlédnout do lékařských záznamů pacienta a do nemocničního systému, ve kterém jsou údaje týkající se pacienta. V tomto systému jsou jak identifikační údaje pacienta, tak diagnóza pacienta, podle které může pracovník dále konat. Respondent tvrdí, že vzhledem k velké vytiženosti lékařů, je i komunikace trochu složitější. Ve většině případů respondent situaci pacientů řeší se staniční sestrou, která má základní údaje o pacientovi. Zde trochu chybí větší provázanost interdisciplinarity.

9.2.5 Kazuistika č. 5

Pátý respondent je vedoucím pracovníkem jedné z pražských nemocnic, který má středoškolské vzdělání a praxi v oboru přes dvacet let. Respondent má zároveň základy zdravotnického vzdělání, tudíž působí jako zdravotně sociální pracovník. Dle jeho názoru náplň práce, osobnostní charakteristiky i požadavky na výkon povolání jsou u obou pozic shodné. Sociální pracovník stejně jako zdravotně sociální by měl být empatický, komunikativní, psychicky odolný, trpělivý, zároveň však asertivní, musí umět říct svůj názor, musí být vzdělaný ve své oblasti. Zdravotně sociální oddělení v zařízení, kde byl rozhovor proveden, působí 6 sociálních pracovníků. Na otázku, zda je tento počet pracovníků dostačující, odpověděl respondent negativně. Dle respondenta je tento počet pracovníků, na tak velkou nemocnici, nedostatečný. Jako kolektiv se účastní supervizí, která je zaměstnavatelem nabízena. Téměř ve všech nemocnicích, je

hierarchie pracovního týmu stejná. Vždy je jeden vedoucí pracovník sociálního oddělení, který pod sebou má sociální pracovníky. Nad vedoucím pracovníkem je vrchní sestra, která spadá pod náměstka pro ošetrovatelskou péči.

Sociální pracovník by měl spolupracovat s řadou dalších odborníků - se zdravotnickými pracovníky, s rodinou pacienta, ale také s pracovníky působícími v různých zdravotnických a sociálních zařízeních. Sociální péče je zaměřena na pacienty, kteří se nacházejí v nepříznivé sociální situaci a tuto situaci nejsou schopni zvládnout vlastními silami. Důvodem je většinou věk, mobilita pacienta, chybějící rodinné zázemí, zdravotní postižení, závislost na péči jiné osoby atd. Dle respondenta zajišťují služby sociální péče – pečovatelské služby, centra denních služeb, domovy pro seniory, služby sociální prevence – azylové domy, stacionáře, noclehárny, kontaktní centra, zdravotní služby - domácí zdravotní péči, hospicovou péči, lůžka následné péče, ošetrovatelská lůžka, léčebny dlouhodobě nemocných, rehabilitační ústav. Respondent zmínil i kriteria pro poskytování sociálně zdravotní pomoci u dospělého pacienta: nesoběstačný pacient, který není schopen vykonávat sám běžné denní aktivity jako je oblékání, stravování, vykonání základní hygieny, pacient osamělý, dezorientovaný, pacient vyžadující následnou zdravotní péči v LDN, hospici. Osobě, která vyžaduje následnou zdravotní nebo sociální péči v domácím prostředí může být přínosná pečovatelská služba, osobní asistence, domácí zdravotní péče. Cílovou skupinou jsou oběti domácího násilí, zde s pacientem pracují v případě, že si sám o poradenství zažádá. Další cílovou skupinou jsou matky, které jsou nezletilé, je u nich podezření na požívání alkoholu či matky žijící na ulici. Setkávají se s případy, kdy matka o dítě neprojevuje po porodu zájem a dítě opustí, tedy zanechá ve zdravotnickém zařízení.

Respondent zmiňuje případy, kdy dochází k sociálnímu šetření u dětí. Většinou se jedná o děti, u kterých je prokázáno zanedbávání, týrání, sexuální zneužívání, v případě dětí přijatých z dětských domovů nebo jiných sociálních zařízení, pokud dítě vyrůstá v nevhodných rodinných a sociálních poměrech, a to v takovém případě, kdy je ohrožen jeho mravní vývoj. Sociální šetření je dále indikováno, pokud nezletilé dítě

požívá alkohol či jiné návykové látky. Případů indikace sociální péče u dětí a mladistvých je nesčetné množství.

Multidisciplinární tým by se měl snažit zlepšit kvalitu života pacienta. K tomuto zlepšení pacientovy situace je důležité, aby fungovalo předávání si informací mezi personálem pečujícím o pacienta. Nezbytně důležitá je komunikace mezi těmito odborníky. K vyřešení pacientovy situace a spokojenosti je komunikace klíčová.

9.2.6 Kazuistika č. 6

Šestým respondentem je sociální pracovník jedné z pražských nemocnic, který má bakalářské vysokoškolské studium, zároveň má vystudovanou vyšší odbornou školu se sociálním zaměřením a má absolvovaný zdravotní kurz, který ho staví na pozici zdravotně sociálního pracovníka. Praxi na pozici zdravotně sociálního pracovníka má již 12 let, která zahrnuje i pozici vedoucí. Pracovníků v kolektivu je 15, i přesto je počet dle respondenta nedostačující vzhledem k velikosti nemocnice a náročnosti sociální práce v ní. Každý z pracovníků má možnost individuální a skupinové supervize, kterou zaměstnavatel nabízí.

Indikace potřeby sociálního šetření jsou sociálním pracovníkům sděleny buďto lékařem nebo všeobecnou sestrou. Pacient je sociálním pracovníkem evidován v případě, že bude propuštěn domů, tudíž je třeba zajistit domácí zdravotní péči nebo domácí sociální péči, např. osobní asistence či pečovatelská služba. V případě potřeby jsou rodině a pacientovi prostředkovány kontakty na tyto služby. Domácí zdravotní péče je indikována ošetřujícím lékařem a sociální pracovník je schopen tuto péči v den propuštění pacientovi zajistit. V případě zprostředkování pečovatelské služby musí rodina sepsat s určitou vybranou službou smlouvu o poskytování sociálních služeb. Z tohoto důvodu si službu musí rodina většinou zajistit sama. Někteří pracovníci sídlí přímo na odděleních, která mají na starosti a jsou tak nedílnou součástí multidisciplinárního týmu. Sociální práce musí jít ruku v ruce se zdravotní péčí a musí

reagovat na měnící se zdravotní stav pacienta. V případě zajišťování následných služeb, ať už sociálních či jiných zdravotních, musíme znát diagnózu a prognózu pacienta.

Cílem sociální práce v nemocnici, ale nejen sociální i zdravotní péče, je vrátit klienta do jeho přirozeného prostředí. Hospitalizace pacienta v nemocnici je velmi náročná na jeho psychickou stránku, proto by interdisciplinární tým měl usilovat o co nejkratší dobu setrvání v nemocnici a snažit se pacienta navrátit zpět domů. Pokud jeho zdravotní stav nedovoluje propuštění do domácího prostředí, konzultuje se situace se samotným pacientem, ale také s jeho rodinou, co by bylo nejvhodnějším řešením v rámci zajišťování jiného zdravotnického či sociálního zařízení.

Dle respondenta je velice důležitá edukovanost jednotlivých sociálních pracovníků pracujících v nemocnici. Každý z nich by měl být seznámen s možnými cílovými skupinami, se kterými se v nemocnici může setkat. S každou z těchto skupin se pracuje specifickým způsobem a pracovník by měl umět reagovat na potřeby každé z nich. Znalostí sociální práce a zkušenostmi sociální pracovníků se tak může zkrátit délka hospitalizace pacienta, zlepšit se kvalita života pacientů a rodin vážně nemocných.

9.2.7 Kazuistika č. 7

Sedmý respondent je opět sociální pracovník jedné z pražských nemocnic, který má magisterské vzdělání v oboru. Praxi na pozici sociálního pracovníka má již 20 let, z toho 4 roky v nemocnici. Respondent prošel několika odděleními, z nichž jedno bylo oddělení následné péče, infekční oddělení a nyní pracuje na dětské klinice a porodnici. Dle respondenta jsou tyto tři oddělení rozdílná. Na oddělení následné péče sociální pracovník potřebuje znát hlavně zařízení a možnosti pro pacienta po jeho propuštění. Pracovník musí být orientovaný v možnostech, které pacientovi může nabídnout. Jednak musí znát pobytová sociální zařízení, pobytová zdravotnická zařízení, zařízení terénní zdravotnická i sociální. De facto tyto zařízení musí znát i po propuštění z akutní péče.

Rozdílná je práce s dětmi. Zde pracovník řeší případy týrání dětí, domácího násilí, nezletilé matky, apod. Jedná s úřady, orgánem sociálně právní ochrany dětí či soudy.

Sedmý respondent působí jako sociální pracovník na oddělení gynekologie a porodnice. Zde je sociální práce velice specifická oproti sociální práci na jiných odděleních. Vyznačuje se hlavně tím, že vyžaduje okamžité řešení a sociální pracovník musí úzce spolupracovat v rámci multidisciplinárního gynekologicko-porodnického týmu. Sociální práce je zde hlavně s cílovou skupinou matek, které jsou závislé na drogách, alkoholu, nemají vhodné bytové a finanční podmínky pro výchovu malého dítěte, nebo jsou dokonce bez domova. Sociální pracovnice musí vyhodnotit, zda matka péči o dítě zvládne nebo bude potřeba začít spolupracovat s orgánem sociálně právní ochrany dětí, širší rodinou, azylovými domy, různými sdruženími apod.

Respondent zmiňuje, že v nemocnici, ve které působí, se sociální práce s dětmi zaměřuje i na problematiku dětí se syndromem CAN a dětí chronicky nemocných. Sociální práce v této oblasti tkví v zaměření se na zachycení případů dětí, které jsou týrané, zanedbávané či sexuálně zneužívané. Sociální práce s dětmi se syndromem CAN spočívá hlavně ve vyřešení situace mezi rodiči dítěte a zdravotnickým personálem, který ve spolupráci sociální pracovnice je v kontaktu s organizacemi zabývající se touto problematikou. Takovými organizacemi mohou být orgán sociálně právní ochrany dětí, krizové centrum, fond pro ohrožené děti a dalšími státními a nestátními subjekty poskytující péči a zajištění vhodného zázemí pro ohrožené dítě.

Sedmý respondent se opět shoduje s předešlými sociálními pracovníky na tom, že důležitá je interdisciplinární spolupráce mezi personálem nemocnice. V případě tohoto pracovníka je velmi důležitá i práce orgánu sociálně právní ochrany dětí, který v dětské problematice má nezastupitelnou roli.

9.2.8 Kazuistika č. 8

Osmý respondent je zaměstnán v jedné z pražských nemocnic, kde působí pátým rokem. Respondent je zdravotně sociálním pracovníkem, jelikož absolvoval zdravotnický kurz. Vzdělání má bakalářské v oboru sociální práce. Respondent během svého působení prošel několika odděleními, např. chirurgie, onkologie a nyní má na starost oddělení interny a urologie. Dle respondenta mezi těmito odděleními nejsou rozdíly, jelikož jsou to oddělení akutní, kde se pracovní náplň neliší. Respondent uvádí, že rozdíly v náplni práce jsou spíše mezi akutními odděleními a odděleními následné péče. Na odděleních následné péče je práce s pacientem dlouhodobější, kdežto na akutních lůžkách řešíme aktuální překlad či propuštění pacienta do domácí péče. Dle respondenta by měl zdravotně sociální pracovník být asertivní, stát si za svým názorem, ale také být empatický, trpělivý, komunikativní. Komunikace je velice důležitá v rámci multidisciplinárního týmu, komunikace s lékaři, sestrami, fyzioterapeuty apod. Dle respondenta by se pracovník měl umět rychle rozhodovat, mít přehled v sociální i zdravotní oblasti, znát platnou legislativu, vnitřní předpisy nemocnice. Sociální oddělení tohoto pracoviště má 7 sociálních pracovníků. Respondent zmínil, že mají možnost využít supervize a to jak skupinové, tak individuální. Mezi výhody individuální supervize řadí možnost sdělit svůj problém na pracovišti nezávislé osobě, u skupinové supervize vidí přednost v možnosti předání si zkušeností a informací.

Sociální pracovník v nemocnici se zaměřuje na pomoc pacientovi a jeho rodině při navrácení se do přirozeného prostředí, pokud to jeho zdravotní stav dovoluje. Dle individuálních potřeb a zdravotního stavu pacienta je cílem prevence sociálního vyloučení klienta a úsilí o zajištění všech dostupných zdravotních i sociálních služeb. Sociální pracovník, ale i celý zdravotnický tým, se snaží o co nejlepší kvalitu života pacienta v nemocnici s cílem navrácení do běžného života. Dle respondenta poskytují rozmanitou škálu služeb. Sociální pracovník poskytuje poradenství, které se odvíjí od jeho zdravotního stavu, dle toho zda bude pacient propuštěn do domácího prostředí, nebo bude potřeba zajistit následná péče. Buďto ve formě sociálních služeb či zdravotnických služeb. Zprostředkovává sociální služby jako např. pečovatelská služba,

tísňové volání, osobní asistence, krizové linky pro seniory, půjčovny kompenzačních pomůcek. V rámci terénní zdravotní péče je zajišťována na předpis ošetřujícího lékaře domácí zdravotní péče. Sociální pracovník poskytuje poradenství v oblasti dávek - dávek státní sociální podpory, příspěvku na péči, příspěvku na mobilitu, průkazu osob se zdravotním postižením, případně invalidního důchodu. V nemocnici se sociální pracovník často setkává s pacienty, kteří jsou bez domova. V těchto situacích péči o klienty bez domova zajišťují zařízení následné péče a azylové domy. Sociální práce s touto cílovou skupinou dále tkví v administrativní pomoci s vyřízením dokladů totožnosti. Rodině jsou předávány kontakty na domovy pro seniory, domy s pečovatelskou službou. Respondent sdělil, že o pacienta se začnou zajímat v tu chvíli, kdy ho kontaktuje lékař či jiný zdravotnický pracovník s žádostí o sociální šetření. Respondent má přístup k jeho lékařským záznamům a účastní se i lékařských vizit. Dle respondenta jsou lékařské vizity důležité spíše na odděleních následné péče, kde je práce s pacientem dlouhodobější.

Poslední část rozhovoru s respondentem se týkala interdisciplinarity. Dle respondenta fungování předávání si informací a komunikace mezi personálem je velmi individuální a záleží na jednotlivých pracovnících. Respondent sdělil, že jsou oddělení, která vám poskytnou veškeré informace o pacientovi, plánují s vámi následnou péči a řešení pacientovu situaci. Avšak jsou i oddělení, u kterých komunikace trochu vážne. Samozřejmě záleží na osobnosti každého pracovníka. Ne všichni lékaři a sestry považují sociální práci za nezbytnou a potřebnou v nemocnici. Tento názor je však ojedinělý. Většina zdravotnických pracovníků práci sociálního pracovníka obdivuje a dává to náležitě najevo. Dle respondenta je komunikace nejdůležitější věcí, při řešení situace pacienta.

9.2.9 Kazuistika č. 9

Předposledním respondentem byl pracovník jedné z krajských nemocnic, který na pozici působí patnáct let. Vzdělání má středoškolské v oboru sociálně správní. Tento

respondent absolvoval zdravotnický kurz, takže je zdravotně sociálním pracovníkem, nikoliv sociálním pracovníkem. Zdravotně sociální oddělení této nemocnice je zastoupeno pěti zdravotně sociálními pracovníci, mezi které jsou rozdělena všechna oddělení nemocnice. Dle respondenta je tento počet pracovníků na krajskou nemocnici a počet oddělení malý. Dle jeho názoru by bylo potřeba alespoň o dva pracovníky více. Dle respondenta by sociální pracovník měl umět pracovat s časem, dobře si svou práci rozvrhnout.

Sociální práce je nezbytnou součástí hospitalizace a léčby pacientů, kteří se ocitli v situaci, ve které si nemohou pomoci sami nebo za pomoci jejich rodiny. Dle respondenta je sociální péče poskytována pacientům jak ambulantním, tak hospitalizovaným na lůžku. V tomto ohledu se liší od ostatních respondentů, kteří ambulantní pacienty nezmiňovali. Hlavní náplní činnosti práce zdravotně sociálního pracovníka je poskytnutí různých druhů poradenství, např. sociálně právní poradenství, pomoc při vyřizování různých příspěvků a sociálních dávek, podání žádostí na lůžka následné péče, domovů pro seniory, domovů s pečovatelskou službou, aj., Sociální pracovník předává kontakty na organizace působící v oblasti sociálních a zdravotnických služeb, informace o návazné sociální či zdravotní péči po propuštění pacienta domů, do jeho přirozeného prostředí. Respondent zmiňuje domácí zdravotní péči, pečovatelskou službu, osobní asistenci. V případě, že pacient nemá rodinu, ale možnost propuštění do domácí péče připadá v úvahu, sociální pracovník služby pacientovi přímo zprostředkuje. Sociální pracovníci spolupracují s mnoha odborníky jak v nemocnici, tak i mimo ni – obvodní lékaři pacientů, sociální pracovníci na úřadech práce, městských úřadech, ministerstvu, v pobytových sociálních a zdravotnických službách, s terénními pracovníky sociálních a zdravotnických služeb. Vyjmenované činnosti jsou stěžejní pracovní náplní, avšak dle respondenta se setkávají i s jinými situacemi a činnostmi. Dle respondenta je možnost i vyjet za klientem do domácího prostředí. Tyto případy jsou však zcela výjimečné. Nejčastěji se na sociálního pracovníka rodiny obrací s požadavkem předání kontaktů na pečovatelskou službu, domácí zdravotní služby, domovy pro seniory, domovy s pečovatelskou službou, půjčovny kompenzačních pomůcek, s žádostí o radu ohledně příspěvku na péči,

příspěvku na mobilitu, karty ZTP, dávky hmotné nouze. Pokud je pacient v terminálním stádiu nemoci, řeší se s rodinou např. umístění do hospiců, či využití mobilního hospice. Dle respondenta jejich práce začíná v případě, že je někdo kontaktuje telefonicky či prostřednictvím zdravotnického personálu (lékaře, sestry), kteří o sociální šetření požádají. Nejčastějším případem je kontaktování personálem nemocnice. Dle respondenta je sociální práce v nemocnici nezbytná, jelikož zdravotnický personál vzhledem k vyčerpání s péčí o pacienta na poskytování informací ohledně následné péče, dávek, příspěvků, překladů do jiných zařízení nemá kapacitu. Dle respondenta jsou nejsložitějšími případy pacientů lidé bez přístřeší, bez financí, drogově závislí lidé. Pro tyto pacienty je složité najít následnou péči, kterou by finančně zvládli.

V rámci rozhovoru na téma interdisciplinární spolupráce respondent sdělil, že multidisciplinarita na jejich pracovišti funguje výborně. Členy týmu jsou vždy sociální pracovník, lékař, sestry, duchovní, fyzioterapeuti, nutriční terapeuti, psycholog. Nejintenzivnější komunikace probíhá mezi lékařem, sestrou a sociálním pracovníkem při řešení následné péče pro pacienta, kdy návrh, co s pacientem bude dál, dává lékař. Lékař vždy indikuje překlad, s tím samozřejmě, že pacient a jeho rodina musí souhlasit. Pokud rodina nebo samotný pacient odmítají navrhovaný postup, sociální pracovník musí s rodinou probrat jiné možnosti. Dle respondenta lékaři respektují názor sociálního pracovníka a považují jeho práci za nezbytnou. Spolupráce v multidisciplinárním týmu je nezbytně důležitá pro správné řešení pacientovy situace.

9.2.10 Kazuistika č. 10

Posledním respondentem byl sociální pracovník jedné z pražských fakultních nemocnic, který má magisterské sociální vzdělání a působí v nemocnici druhým rokem. Respondent neabsolvoval zdravotnický kurz, takže je pouze sociálním pracovníkem, nikoliv zdravotně sociálním pracovníkem. Během své praxe působí na oddělení interny, neurologie a revmatologie. Všechna tři oddělení jsou akutní, tudíž u pacienta většinou pracovník řeší propuštění do domácí péče, překlad na lůžka následné péče, překlad do

rehabilitačních zařízení. Zařizování rehabilitace je nejčastější na oddělení revmatologie. Zdravotně sociální oddělení, kde je respondent zaměstnán čítá 9 sociálních pracovníků, z nichž každý má na starost zhruba tři oddělení. Dle respondenta by měl sociální pracovník být empatický, komunikativní, rozvážný. Měl by umět pracovat s nejrůznějšími cílovými skupinami, jelikož v nemocnici se setkáváme jak se seniory, nezletilými matkami, drogově závislými, tak s lidmi bez přístřeší. Sociální práce v nemocnici vyžaduje širší orientaci v oboru, vzhledem k velké rozmanitosti cílových skupin. Sociální pracovník musí být seznámen s legislativou jak zdravotní, tak sociální. Musí být komunikativní, jelikož pracuje jak s pacientem, jeho rodinou, tak s nemocničním personálem. Respondent sdělil, že mají možnost skupinové supervize, které se účastní celé zdravotně sociální oddělení.

Druhá část rozhovoru se týkala náplně sociálního pracovníka v nemocnici. Sociální pracovník, jako většina respondentů, zmiňuje, že hlavním cílem sociální práce v nemocnici by mělo být navrácení pacienta do jeho přirozeného prostředí. Sociální pracovník vyjmenoval nesčetně činností, které během své práce provádí. Provádí sociální prevenci, díky které jsou včas zachyceni sociálně potřební pacienti. Respondent uvádí situace sociálně potřebných pacientů: osoba imobilní, osamocená, nesoběstačná, bez rodinných příslušníků, nevléčitelně nemocná, osoba závislá na návykových látkách, osoba bez přístřeší, osoby v hmotné nouzi apod. Sociální pracovník na žádost lékaře či jiného zdravotnického pracovníka provádí sociální šetření u pacientů a posuzuje pacientovu individuální situaci ve vztahu k jeho onemocnění. Poskytuje sociálně právní poradenství samotnému pacientovi nebo jeho rodině v otázce možnosti podání žádostí o různé druhy finanční podpory, v možnostech následné péče, buď v přirozeném prostředí pacienta, v jiném zdravotnickém či sociální zařízení. Sociální pracovník ve spolupráci s lékařem a rehabilitačním pracovníkem zajišťuje ortopedické a kompenzační pomůcky potřebné pro pacientovo běžné fungování v domácím prostředí. V rámci multidisciplinárního týmu sociální pracovník připravuje podmínky k propuštění pacientů, což může zahrnovat zajištění další péče a služeb. V případě smrti pacienta, který nemá bližší příbuzné, se zajišťuje sociální pohřeb a záležitosti s tím spojené.

Třetí část týkající se spolupráce mezi personálem nemocnice se respondent shoduje s ostatními. Komunikace mezi ošetřujícím lékařem pacientem a sociálním pracovníkem je klíčová. Respondent sdělil, že má možnost nahlédnout do lékařské dokumentace o pacientovi, a stejně tak je mu lékař ochoten diagnózu pacienta sdělit a vysvětlit. Respondent má možnost účasti na lékařských vizitách, kde se dozví, jaký bude u pacienta postup léčby. Toto respondentovi umožní rozvrhnout si řešení následné péče vzhledem k plánované době hospitalizace na oddělení. Stejně důležitá je komunikace se staniční sestrou. Dle respondenta staniční sestra má přehled o každém pacientovi a je ochotná situaci pacienta se sociálním pracovníkem řešit.